

T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI



**OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK, KAYGI BOZUKLUĞU
VE DEPRESYON TANISI ALMIŞ DANIŞANLARDA
ALGILANAN SOSYAL DESTEK, BENLİK SAYGISI VE
İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALAMA ARASINDAKİ
İLİŞKİLER**

Yüksek Lisans Tezi

Cansu AKÇINAR

Danışman
Prof. Dr. Bozkurt KOÇ

SAMSUN
2024

TEZ KABUL VE ONAYI

Cansu AKÇINAR tarafından, Prof. Dr. Bozkurt KOÇ danışmanlığında hazırlanan “OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK, KAYGI BOZUKLUĞU VE DEPRESYON TANISI ALMIŞ DANIŞANLARDA ALGILANAN SOSYAL DESTEK, BENLİK SAYGISI VE İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALAMA ARASINDAKİ İLİŞKİLER ” başlıklı bu çalışma, jürimiz tarafından 4.9.2024 tarihinde yapılan sınav sonucunda oy birliği ile başarılı bulunarak Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

	Unvanı Adı Soyadı Üniversitesi Ana Bilim/Ana Sanat Dalı	Sonuç
Başkan	Prof. Dr. Bozkurt KOÇ Ondokuz Mayıs Üniversitesi Psikoloji Ana Bilim Dalı	☒ Kabul ☐ Ret
Üye	Dr. Öğr. Üyesi Elif ÜNAL Ondokuz Mayıs Üniversitesi Psikoloji Ana Bilim Dalı	☒ Kabul ☐ Ret
Üye	Dr. Öğr. Üyesi Osman HATUN Sinop Üniversitesi Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Ana Bilim Dalı	☒ Kabul ☐ Ret

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen ve yukarıda adları yazılı jüri üyeleri tarafından uygun görülmüştür.

Prof. Dr. Ahmet TABAK
Enstitü Müdürü

BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK BEYANI

Hazırladığım Yüksek Lisans tezinin bütün aşamalarında bilimsel etiğe ve akademik kurallara riayet ettiğimi, çalışmada doğrudan veya dolaylı olarak kullandığım her alıntıya kaynak gösterdiğimi ve yararlandığım eserlerin Kaynaklar'da gösterilenlerden oluştuğunu, her unsurun enstitü yazım kılavuzuna uygun yazıldığını ve TÜBİTAK Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu Yönetmeliği'nin 3. bölüm 9. maddesinde belirtilen durumlara aykırı davranılmadığını taahhüt ve beyan ederim.

Etik Kurul Gerekli mi?

Evet ☒

Hayır ☐

04 /09 / 2024
Cansu AKÇINAR

TEZ ÇALIŞMASI ÖZGÜNLÜK RAPORU BEYANI

Tez Başlığı: PSİKİYATRİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK, KAYGI BOZUKLUĞU VE DEPRESYON TANISI ALMIŞ DANIŞANLARDA ALGILANAN SOSYAL DESTEK, BENLİK SAYGISI VE İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALAMA ARASINDAKİ İLİŞKİLER

Yukarıda başlığı belirtilen tez çalışması için şahsım tarafından 04/09/2024 tarihinde intihal tespit programından alınmış olan özgünlük raporu sonucunda;

Benzerlik oranı : % 16

Tek kaynak oranı : % 4 çıkmıştır.

04 /09 / 2024
Prof. Dr. Bozkurt KOÇ

ÖZET

OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK, KAYGI BOZUKLUĞU VE DEPRESYON TANISI ALMIŞ DANIŞANLARDA ALGILANAN SOSYAL DESTEK, BENLİK SAYGISI VE İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALAMA ARASINDAKİ İLİŞKİLER

Cansu AKÇINAR
Ondokuz Mayıs Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Psikoloji Ana Bilim Dalı
Yüksek Lisans, Eylül/2024
Danışman: Prof. Dr. Bozkurt KOÇ

Araştırmada algılanan sosyal destek ve benlik saygısı düzeyinin içselleştirilmiş damgalamayı ne kadar yordadığı ve değişkenlerin birbirleri ile olan ilişkisi değerlendirilmektedir. Araştırmada veri toplama araçları olarak “Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalama Ölçeği, “Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve “Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği” kullanılmıştır. Araştırmada 18-58 yaş aralığında olan 400 gönüllü katılımcı ile çalışılmıştır. Veriler IBM SPSS Statistics 21 programı kullanılarak analiz edilmiştir.

Araştırma bulgularına göre algılanan sosyal destek ve benlik saygısı düzeyi içselleştirilmiş damgalama düzeyindeki varyansın %62.8’ ini açıklamaktadır. Algılanan sosyal destek ve benlik saygısı düzeyi arttıkça içselleştirilmiş damgalama düzeyi azalmaktadır. Algılanan sosyal destek ve benlik saygısının içselleştirilmiş damgalama ile negatif yönde; algılanan sosyal destek ve benlik saygısının ise pozitif yönde ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Demografik değişkenler açısından incelendiğinde; içselleştirilmiş damgalama düzeyinde cinsiyet, medeni durum, eğitim seviyesi, ikamet edilen yer, tıbbi tanı ve ailede psikiyatrik hastalık öyküsünün varlığı açısından anlamlı farklılıkların bulunduğu görülmüştür. Erkeklerin içselleştirilmiş damgalama düzeyi kadınlarınkinden, boşanmış bireylerin içselleştirilmiş damgalama düzeyi, evli ve bekarlardan, ilçede yaşayanların içselleştirilmiş damgalama düzeyi il merkezinde yaşayanlarınkinden daha yüksektir. Eğitim seviyesi açısından bakıldığında lise ve önlisans mezunu olan bireylerin içselleştirilmiş damgalama düzeyi, eğitim seviyesi lisans ve üzerinde olan bireylerin içselleştirilmiş damgalama düzeyinden daha yüksektir. Kaygı bozukluğu olan bireylerin içselleştirilmiş damgalama düzeyi depresyon ve obsesif kompulsif bozukluk (OKB) tanısına göre daha düşüktür. Ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü bulunanların içselleştirilmiş damgalama düzeyi bulunmayanlara göre daha yüksektir.

Araştırmadan elde edilen bulguların ruhsal hastalıklarda içselleştirilmiş damgalamayı azaltıcı ve önleyici müdahalelerin oluşturulması açısından yararlı olacağı düşünülmektedir.

Anahtar Sözcükler: İçselleştirilmiş damgalama, Algılanan sosyal destek, Benlik saygısı.

ABSTRACT

RELATIONSHIPS BETWEEN PERCEIVED SOCIAL SUPPORT, SELF-ESTEEM AND INTERNALIZED STIGMA IN CLIENTS DIAGNOSED WITH OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER, ANXIETY DISORDER AND DEPRESSION

Cansu AKÇINAR

Ondokuz Mayıs University

Institute of Graduate Studies

Department of Psychology

Master, September/2024

Supervisor: Prof. Dr. Bozkurt KOÇ

The study evaluates how much perceived social support and self-esteem levels predict internalized stigma and the relationship between variables. The “Internalized Stigma of Mental Illness Scale,” “Multidimensional Scale of Perceived Social Support,” and “Rosenberg Self-Esteem Scale” were used as data collection tools in the study. The study included 400 volunteer participants between the ages of 18-58. The data were analyzed using the IBM SPSS Statistics 21 program.

According to the research findings, perceived social support and self-esteem levels explain %62,8 of the variance in the level of internalized stigma. As the level of perceived social support and self-esteem increases, the level of internalized stigma decreases. Perceived social support and self-esteem are negatively related to internalized stigma; It was determined that perceived social support and self-esteem were positively related. When examined in terms of demographic variables; the level of internalized stigma is affected by gender, marital status, educational status, place of residence, medical diagnosis and the presence of psychiatric diseases in other family members. The level of internalized stigma in men is higher than that of women, the level of internalized stigma in divorced individuals is higher than that of married and single individuals, and the level of internalized stigma in districts is higher than that of those living in the city center. In terms of level of education, the level of internalized stigma in individuals who are high school and associate degree graduates is higher than the level of internalized stigma in individuals with a bachelor's degree or higher. The level of internalized stigma in individuals with anxiety disorders is lower than those diagnosed with depression and obsessive compulsive disorder (OCD). The level of internalized stigma in those with a family history of psychiatric illness is higher than those without.

It is thought that the findings obtained from the research will be useful in creating preventive interventions and reducing internalized stigma in mental illnesses.

Keywords: Internalized stigma, Perceived social support, Self- esteem.

ÖN SÖZ VE TEŞEKKÜR

Lisans ve yüksek lisans eğitimim boyunca beni yönlendiren, her soruma içtenlikle ve güler yüzle yanıt veren ve değerli görüşleriyle çalışmamı zenginleştiren, tezimi bitirmemde büyük emekleri olan Sayın Hocam Prof. Dr. Bozkurt Koç'a teşekkür ederim.

Hayatımın her aşamasında benden desteklerini ve güvenlerini esirgemeyen sevgili aileme derin bir minnettarlıkla teşekkür ederim.

Bu süreçte daima yanımda olan ve tezimin veri toplama aşamasında destek sağlayan kıymetli eşim Çağrı AKÇINAR'a sevgilerimi sunarak teşekkür ederim.

Tezimin gerek veri toplama aşamasında gerek diğer adımlarında benden desteklerini esirgemeyen, beni motive eden ve cesaretlendiren canım arkadaşlarım Zeynep ÇALBIYIK ve Dilan KAYGÜL ÇELİK'e teşekkür ederim.

Cansu AKÇINAR

İÇİNDEKİLER

TEZ KABUL VE ONAYI	i
BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK BEYANI	ii
TEZ ÇALIŞMASI ÖZGÜNLÜK RAPORU BEYANI	ii
ÖZET	iii
ABSTRACT	iv
ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR	v
İÇİNDEKİLER	vi
SİMGELER VE KISALTMALAR	ix
ŞEKİLLER DİZİNİ	x
TABLolar DİZİNİ	xi
1. GİRİŞ	1
1.1. Araştırmanın Konusu	1
1.2. Araştırmanın Amacı ve Önemi	4
1.3. Araştırmanın Problemi	6
1.4. Araştırmanın Hipotezleri	6
1.5. Araştırmanın Sınırlılıkları	8
1.6. Sayıtlılar	9
2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE	10
2.1. Damga ve Damgalama	10
2.1.1. İçselleştirilmiş Damgalama	11
2.1.2. Damgalama Modelleri	12
2.1.2.1. Damga Tanımı Modeli	13
2.1.2.2. Corrigan ve Kleinlein'in İçselleştirilmiş Damgalama ve Toplumsal Damgalama Modeli	13
2.1.2.3. Peterson ve Diğerlerinin Damgalama Modeli	14
2.1.3. Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalama	15
2.2. Sosyal Destek	18
2.2.1. Sosyal Destek ve Sağlık	20
2.2.1.1. Temel Etki Modeli	20
2.2.1.2. Tampon Etki Modeli	21
2.2.2. Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalama ve Sosyal Destek	21
2.3. Benlik Kavramı ve Benlik Saygısı	24
2.3.1. Ruhsal Hastalıklarda Benlik Saygısı	26
2.3.2. Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalama ve Benlik Saygısı	29
3. YÖNTEM	32
3.1. Katılımcılar	32

3.2. Veri Toplama Araçları	35
3.2.1. Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalama Ölçeği (RHİDÖ).....	35
3.2.1.1. RHİDÖ' nün Alt Ölçekleri ve Maddeleri	36
3.2.1.1.1 Yabancılaşma.....	36
3.2.1.1.2. Kalıp Yargıların Onaylanması.....	36
3.2.1.1.3. Algılanan Ayrımcılık.....	36
3.2.1.1.4. Sosyal Geri Çekilme.....	37
3.2.1.1.5. Damgalamaya Karşı Direnç.....	37
3.2.2. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)	37
3.2.3. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ)	38
3.2.4. Kişisel Bilgi Formu.....	38
3.3. İşlem.....	38
3.4. Verilerin Analizi	40
4. BULGULAR.....	42
4.1. İçselleştirilmiş Damgalama, Algılanan Sosyal Destek ve Benlik Saygısı Arasındaki İlişkiler	42
4.2. Sosyal Destek Algısı ve Benlik Saygısının İçselleştirilmiş Damgalamayı Ne Kadar Yordadığına İlişkin Bulgular	42
4.3. Cinsiyet Açısından İçselleştirilmiş Damgalama Düzeyleri.....	43
4.4. Yaş Açısından İçselleştirilmiş Damgalama Düzeyi.....	44
4.5. Medeni Durum Açısından İçselleştirilmiş Damgalama Düzeyleri	44
4.6. Eğitim Seviyesi Açısından İçselleştirilmiş Damgalama Düzeyleri.....	45
4.7. İkamet Edilen Yer Açısından İçselleştirilmiş Damgalama Düzeyi.....	47
4.8. Tıbbi Tanı Açısından İçselleştirilmiş Damgalama Düzeyi	48
4.9. Psikiyatri Polikliniklerine Başvurma Durumu Açısından İçselleştirilmiş Damgalama Düzeyi.....	50
4.10. Ailede Psikiyatrik Hastalık Öyküsü Değişkenine Göre İçselleştirilmiş Damgalama Düzeyi.....	50
4.11. Cinsiyet Açısından Algılanan Sosyal Destek Düzeyleri.....	51
4.12. Yaş Açısından Algılanan Sosyal Destek Düzeyleri	52
4.13. Medeni Durum Açısından Algılanan Sosyal Destek Düzeyi	52
4.14. Eğitim Seviyesi Açısından Algılanan Sosyal Destek Düzeyi	53
4.15. İkamet Edilen Yer Açısından Algılanan Sosyal Destek Düzeyi	56
4.16. Tıbbi Tanı Açısından Algılanan Sosyal Destek Düzeyi	57
4.17. Psikiyatri Polikliniklerine Başvurma Durumu Açısından Algılanan Sosyal Destek Düzeyi.....	58
4.18. Ailede Psikiyatrik Hastalık Öyküsü Değişkenine Göre Algılanan Sosyal Destek Düzeyi.....	59
4.19. Cinsiyet Açısından Benlik Saygısı Düzeyleri	60

4.20. Yaş Grupları Açısından Benlik Saygısı Düzeyleri.....	60
4.21. Medeni Durum Açısından Benlik Saygısı Düzeyleri.....	61
4.22. Eğitim Seviyesi Açısından Benlik Saygısı Düzeyleri.....	62
4.23. İkamet Edilen Yer Açısından Benlik Saygısı Düzeyi	64
4.24. Tıbbi Tanı Açısından Benlik Saygısı Düzeyi.....	65
4.25. Psikiyatri Polikliniklerine Başvurma Durumu Açısından Benlik Saygısı Düzeyi	66
4.26. Ailede Psikiyatrik Hastalık Öyküsü Değişkenine Göre Benlik Saygısı Düzeyi	66
5. TARTIŞMA.....	68
5.1. İçselleştirilmiş Damgalama, Algılanan Sosyal Destek ve Benlik Saygısı Arasındaki İlişkiler	68
5.2. Farklı Değişkenler Açısından İçselleştirilmiş Damgalama Düzeyi	72
5.2.1. Cinsiyet Açısından İçselleştirilmiş Damgalama Düzeyi.....	72
5.2.2. Yaş Açısından İçselleştirilmiş Damgalama Düzeyi.....	73
5.2.3. Medeni Durum Açısından İçselleştirilmiş Damgalama Düzeyi.....	74
5.2.4. Eğitim Seviyesi Açısından İçselleştirilmiş Damgalama Düzeyi.....	75
5.2.5. İkamet Edilen Yer açısından İçselleştirilmiş Damgalama Düzeyi.....	76
5.2.6. Tıbbi Tanı açısından İçselleştirilmiş Damgalama.....	77
5.2.7. Psikiyatri Polikliniğine Başvurma Durumu Açısından İçselleştirilmiş Damgalama Düzeyi.....	78
5.2.8. Ailede Psikiyatrik Hastalık Öyküsü Açısından İçselleştirilmiş Damgalama Düzeyi.....	78
5.3. Farklı Değişkenler Açısından Algılanan Sosyal Destek Düzeyi.....	79
5.3.1. Cinsiyet Açısından Algılanan Sosyal Destek Düzeyi	79
5.3.2. Yaş Açısından Algılanan Sosyal Destek Düzeyi	80
5.3.3. Medeni durum Açısından Algılanan Sosyal Destek Düzeyi.....	81
5.3.4. Eğitim Seviyesi Açısından Algılanan Sosyal Destek Düzeyi	82
5.3.5. İkamet Edilen Yer Açısından Algılanan Sosyal Destek Düzeyi.....	83
5.3.6. Tıbbi Tanı Açısından Algılanan Sosyal Destek Düzeyi	84
5.3.7. Psikiyatri Polikliniğine Başvurma Durumu Açısından Algılanan Sosyal Destek Düzeyi.....	85
5.3.8. Ailede Psikiyatrik Hastalık Öyküsü Açısından Algılanan Sosyal Destek Düzeyi86	
5.4. Farklı Değişkenler Açısından Benlik Saygısı Düzeyleri	86
5.4.1. Cinsiyet Açısından Benlik Saygısı Düzeyi	86
5.4.2. Yaş Açısından Benlik Saygısı Düzeyi	87
5.4.3. Medeni durum Açısından Benlik Saygısı Düzeyi.....	87
5.4.4. Eğitim Seviyesi Açısından Benlik Saygısı Düzeyi	88
5.4.5. İkamet Edilen Yer Açısından Benlik Saygısı Düzeyi	89
5.4.6. Tıbbi Tanı Açısından Benlik Saygısı Düzeyleri	90

5.4.7. Psikiyatri Polikliniğine Başvurma Durumu Açısından Benlik Saygısı Düzeyi ...	91
5.4.8. Ailede Psikiyatrik Hastalık Öyküsü Açısından Benlik Saygısı Düzeyi	92
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	94
KAYNAKLAR	100
EKLER	116
ÖZ GEÇMİŞ.....	121



SİMGELER VE KISALTMALAR

BS	: Benlik Saygısı
ÇBASD	: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek
ÇBASDÖ	: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği
OKB	: Obsesif Kompulsif Bozukluk
RBSÖ	: Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği
RHİD	: Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalama
RHİDÖ	: Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalama Ölçeği



ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 2.1. Corrigan ve Kleinlein'in İçselleştirilmiş Damgalama ve Toplumsal Damgalama Modeli	13
Şekil 2.2. Peterson ve Diğerlerinin Damgalama Modeli.....	14
Şekil 3.1. Güç Analizi Sonuçları.....	32



TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 4.1. Korelasyon katsayıları	42
Tablo 4.2. Sosyal destek algısı ve benlik saygısının içselleştirilmiş damgalamayı yordamasına ilişkin bulguların Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi ile incelenmesi	43
Tablo 4.3. Ölçeklerin puan ortalamalarına göre kadınlar ile erkekler arasındaki farklılığın t Testi ile incelenmesi	43
Tablo 4.4. Ölçeklerin puan ortalamalarına göre yaş grupları arasındaki farklılığın Tek Yönlü Varyans Analizi ile incelenmesi	44
Tablo 4.5. Ölçeklerin puan ortalamalarına göre medeni durum arasındaki farklılığın Kruskall Wallis Analizi ile incelenmesi	44
Tablo 4.6. Medeni durum açısından içselleştirilmiş damgalama düzeylerine ilişkin çoklu karşılaştırma bulguları	45
Tablo 4.7. Ölçeklerin puan ortalamalarına göre eğitim seviyeleri arasındaki farklılığın Kruskall Wallis Analizi ile incelenmesi	45
Tablo 4.8. Eğitim seviyesi açısından içselleştirilmiş damgalama düzeylerine ilişkin çoklu karşılaştırma bulguları	46
Tablo 4.9. Ölçeklerin puan ortalamalarına göre ikamet ettikleri yer arasındaki farklılığın Kruskall Wallis Analizi ile incelenmesi	47
Tablo 4.10. İkamet edilen yer açısından içselleştirilmiş damgalama düzeylerine ilişkin çoklu karşılaştırma bulguları	48
Tablo 4.11. Ölçeklerin puan ortalamalarına göre tanıları arasındaki farklılığın Tek Yönlü Varyans Analizi ile incelenmesi	49
Tablo 4.12. Tıbbi tanı açısından içselleştirilmiş damgalama düzeylerine ilişkin çoklu karşılaştırma bulguları	49
Tablo 4.13. Ölçeklerin puan ortalamalarına göre psikiyatri polikliniklerine başvurma durumundaki farklılığın t Testi ile incelenmesi	50
Tablo 4.14. Ölçeklerin puan ortalamalarına göre ailede psikiyatrik hastalık öyküsü değişkenindeki farklılığın t Testi ile incelenmesi	51
Tablo 4.15. Ölçeklerin puan ortalamalarına göre kadınlar ile erkekler arasındaki farklılığın t Testi ile incelenmesi	51
Tablo 4.16. Ölçeklerin puan ortalamalarına göre yaş grupları arasındaki farklılığın Brown- Forsythe Testi ile incelenmesi	52
Tablo 4.17. Ölçeklerin puan ortalamalarına göre medeni durum arasındaki farklılığın Kruskall Wallis Analizi ile incelenmesi	52
Tablo 4.18. Medeni durum açısından algılanan sosyal destek düzeylerine ilişkin çoklu karşılaştırma bulguları	53
Tablo 4.19. Ölçeklerin puan ortalamalarına göre eğitim seviyesi arasındaki farklılığın Kruskall Wallis Analizi ile incelenmesi	54
Tablo 4.20. Eğitim seviyesi açısından algılanan sosyal destek düzeylerine ilişkin çoklu karşılaştırma bulguları	54
Tablo 4.21. Ölçeklerin puan ortalamalarına göre ikamet ettikleri yer arasındaki farklılığın Kruskall Wallis Analizi ile incelenmesi	56

Tablo 4.22. İkamet edilen yer açısından algılanan sosyal destek düzeylerine ilişkin çoklu karşılaştırma bulguları	56
Tablo 4.23. Ölçeklerin puan ortalamalarına göre tanıları arasındaki farklılığın Brown-Forsythe Testi ile incelenmesi	57
Tablo 4.24. Tıbbi tanı açısından algılanan sosyal destek düzeylerine ilişkin çoklu karşılaştırma bulguları	58
Tablo 4.25. Ölçeklerin puan ortalamalarına göre psikiyatri polikliniklerine başvurma durumundaki farklılığın t Testi ile incelenmesi	59
Tablo 4.26. Ölçeklerin puan ortalamalarına göre ailede psikiyatrik hastalık öyküsü değişkenindeki farklılığın t Testi ile incelenmesi	59
Tablo 4.27. Ölçeklerin puan ortalamalarına göre kadınların ve erkeklerin benlik saygısı düzeylerinin t Testi ile incelenmesi	60
Tablo 4.28. Ölçeklerin puan ortalamalarına göre yaş grupları arasındaki farklılığın Tek Yönlü Varyans Analizi ile incelenmesi	61
Tablo 4.29. Ölçeklerin puan ortalamalarına göre medeni durum arasındaki farklılığın Kruskall Wallis Analizi ile incelenmesi	61
Tablo 4.30. Medeni durum açısından benlik saygısı düzeylerine ilişkin çoklu karşılaştırma bulguları	61
Tablo 4.31. Ölçeklerin puan ortalamalarına göre eğitim durumları arasındaki farklılığın Kruskall Wallis Analizi ile incelenmesi	62
Tablo 4.32. Eğitim seviyesi açısından benlik saygısı düzeylerine ilişkin çoklu karşılaştırma bulguları	63
Tablo 4.33. Ölçeklerin puan ortalamalarına göre ikamet ettikleri yer arasındaki farklılığın Kruskall Wallis Analizi ile incelenmesi	64
Tablo 4.34. İkamet edilen yer açısından benlik saygısı düzeylerine ilişkin çoklu karşılaştırma bulguları	64
Tablo 4.35. Ölçeklerin puan ortalamalarına göre tanıları arasındaki farklılığın Tek Yönlü Varyans Analizi ile incelenmesi	65
Tablo 4.36. Ölçeklerin puan ortalamalarına göre psikiyatri polikliniklerine başvurma durumundaki farklılığın t Testi ile incelenmesi	66
Tablo 4.37. Ölçeklerin puan ortalamalarına göre ailede psikiyatrik hastalık öyküsü değişkenindeki farklılığın t Testi ile incelenmesi	67

1. GİRİŞ

1.1. Araştırmanın Konusu

Geçmişten bu yana insanlar dil, ırk, din, mezhep, fiziksel ve ruhsal hastalıklar açısından damgalamaya ve ayrımcılığa maruz kalmışlardır. Birey ya da toplum kendine benzemeyen, toplumsal normlara uymayan biriyle ya da kendini rahatsız eden bir durumla karşılaştığında sıklıkla onu kendinden uzaklaştırmayı ve dışlamayı tercih etmektedir (Avcil vd., 2016; Oran ve Şenuzun, 2008; Soygür ve Özalp, 2005). 1300’lü yıllardan bu yana insanlık tarihi birçok damgalayıcı ve ayrımcı davranış örneklerine tanıklık etmiştir. O yıllarda veba hastalığına yakalananların, günahkâr ve toplum normlarına uygun olmayan davranışları sebebiyle Tanrı tarafından cezalandırıldıklarına inanılmış ve halk hastalığa yakalananları “günah keçisi” ilan etmiştir. 15. yüzyılda frengi hastalığına yakalananlar “lanetli” olarak görülmüştür (Özdemir, 2005). 18. yüzyılda tüberküloz hastalığı alt sınıfın bir hastalığı olarak kabul edilmiş ve hastalığı olanlar dışlanmıştır (Barış, 2002). 1900’lü yıllarda ise dünya “kanser” adı verilen bir hastalıkla tanışmış ve insanların bu hastalığı kabullenmeleri tıpkı geçmişte olduğu gibi kolay olmamıştır. Yaklaşık son 20 yıla kadar da toplum kanser hastalığına yakalanan bireylere karşı önyargılı tutumlar sergilemeye ve ayrımcı yaklaşımlarda bulunmaya devam etmiştir (Cho vd., 2013; Öztürk vd., 2019). Bu tür ayrımcılıktan ve damgalanmadan nasibini alan bir diğer hastalık grubu ise ruhsal hastalıklar olmuştur (Üçok, 2003). Diğer bir ifadeyle insanlar tarihin her döneminde kötülükle ve günahla özdeşleştirecekleri bir hastalık bulmuşlardır (Sontag, 2005).

Ruhsal hastalığı olan insanlar da uzun yıllar boyunca önyargı ve ayrımcılıkla karşı karşıya kalmışlardır. Araştırmacılar bu fenomeni damgalama olarak incelemiş ve damgalamayı azaltmanın yollarını aramışlardır (Corrigan ve Rao, 2012). Yapılan araştırmalara göre damgalama tedavi uyumu, sosyal fırsatlar, özgüven, benlik saygısı gibi özellikler açısından bireyi olumsuz etkilemektedir (Corrigan, 1998; Corrigan, 2004; Haghithat, 2001). Psikiyatri hizmetlerinden faydalanacak birçok birey, tedavi görmemeyi ya da başladıktan sonra sürdürmemeyi tercih etmektedir. Bunun sebeplerinden biri de damgalamadır. Diğer bir ifadeyle, birey ruhsal hastalık etiketinden ve etiketin ortaya çıkardığı zarardan kaçınmak için çoğu zaman bu hizmetlerden yararlanmamayı tercih etmektedir (Corrigan, 2004). Günümüzde filmler, gazeteler, dergiler, televizyon şovları, kitaplar, radyo programları ve

reklamlar ruhsal hastalık deneyimini iletmek için bir araç olmuştur. Bununla birlikte bu araçlar bu deneyimi yanlış tanıtmaya eğilimindedir (Corrigan, 1998). Ruhsal hastalığı olan biriyle ilgili cinayet haberi televizyon, radyo ve sosyal medya aracılığı ile daha farklı niteliklere bürünmektedir. Dolayısıyla ruhsal hastalığı olan bireyler “tehlikeli, saldırgan ve vahşi” olarak tanımlanmaktadır. 21. yüzyılda ruhsal hastalığı olan bireyler, damgalama olgusunun farkındadır; ancak genelde ilaç ve tedavi uyumu konusunda istekli değildirler; çünkü bireyin ilaç kullanımını ve tedaviyi kabul etmesi toplum tarafından ona atfedilen “deli” yaftasını kabullendiği anlamına gelmektedir (Haghighat, 2001). Her ne kadar ruhsal sağlık hizmetlerinin kalitesi ve etkinliği son 50 yılda büyük ölçüde artmış olsa da bu hizmetlerden yararlanma ihtimali olan birçok birey, bu hizmeti almamayı tercih etmekte ya da tedavi düzenine tam olarak uymamaktadır. Damgalanacak olma durumu insanların bu tarz seçimler yapmasının birkaç nedeninden biridir. Sosyal ve bilişsel süreçler, insanları damgalamadan kaçınmaya teşvik etmektedir. Dolayısıyla insanların ruh sağlığı hizmetinden faydalanma süreci sekteye uğramaktadır (Corrigan, 2004; Corrigan vd., 2014; Fox vd., 2018).

Ruhsal hastalığı olan bireyler genellikle iki sorunla mücadele etmek zorunda kalmaktadır. İlk olarak, hastalığın semptomlarıyla baş etmek zorundadırlar. Hastalığa bağlı olarak tekrarlayan halüsinasyonlar, sanrılar, anksiyete veya ruh hali değişimleri gibi sorunlar yaşayabilmektedirler (Rüsch vd., 2005). Bu semptomlar, ruhsal hastalığı olan bir bireyin çalışma hayatını, bağımsız yaşamasını veya tatmin edici bir yaşam kalitesi elde etmesini zorlaştırabilmektedir (Çam ve Çuhadar, 2011; Mashiaich Eizenberg vd., 2013). İkinci olarak ise, toplumun ruhsal hastalıklarla ilgili inanç ve önyargıları damgalamayla sonuçlanabilmektedir. Birey aynı zamanda bu damgalamayla da mücadele etmektedir. Bu nedenle, ruhsal hastalığa sahip bireyler sadece hastalığın semptomlarından kaynaklanan zorluklarla değil aynı zamanda toplumun tepkileriyle, önyargı ve bu konudaki inançlarıyla da baş etmek zorundadırlar (Corrigan, 1998; Rüsch vd., 2005). Bu açıdan bakıldığında damgalama ruhsal hastalığı olan bireyin yaşantısını zorlaştırıcı bir etkiye sahiptir. Bu bağlamda, toplumsal uyum, toplumun refahı, bireyin kendini gerçekleştirebilmesi ve tedavi hizmetinden faydalanabilmesi için damgalamanın anlaşılması, neden olduğu sorunların fark edilmesi ve birey üzerindeki etkilerinin ortaya koyulabilmesi oldukça önemlidir (Barney vd., 2006; Corrigan ve Bink, 2005; Schomerus vd., 2009).

Genel nüfusun ruhsal hastalığı olan bireylere karşı göstermiş olduğu tepkiler toplumsal damgalama olarak değerlendirilmektedir. Toplumun ruhsal hastalığı olan bireylerden uzak durması, onları işe almaması veya onlara ev kiralamaması gibi davranışlar buna örnek oluşturmaktadır (Corrigan, 1998; Corrigan ve Watson, 2002). İçselleştirilmiş damgalama ise ruhsal hastalığı olan bireylerin, hastalıkları ile ilgili toplumda var olan önyargı ve kalıp yargıları kabul etmesi, bu kalıp yargıların kendisi için de uygun olduğunu düşünmesi ve özgüvenlerini kaybetmesi olarak değerlendirilmektedir (Ritsher vd., 2003; Rüsch vd., 2005). Toplumsal damgalamanın varlığı içselleştirilmiş damgalamanın ortaya çıkmasına sebep olmaktadır (Corrigan ve Bink, 2005). İçselleştirilmiş damgalama; kalıp yargıların farkındalığı, bu kalıp yargıların kabulü ve kalıp yargıları içselleştirme- kendiyile bağdaştırma şeklindeki üç süreçten oluşmaktadır. Bu süreçlerin bir sonucu olarak da bireylerin benlik saygıları azalabilmektedir (Corrigan vd., 2009).

İçselleştirilmiş damgalama bireyin sosyal yaşantısında olumsuzluklara yol açmakta, bireyin benlik saygısını azaltmaktadır (Corrigan, 2004). Toplumsal damgalama nedeniyle birey dışlanma ve ayrımcılığa maruz kalmaktadır. Bu durum ise beraberinde içselleştirilmiş damgalamayı getirmektedir (Corrigan ve Bink, 2005). İçselleştirilmiş damgalama ise azalmış özsaygı ve özgüvene, bireyin hedeflerine ulaşma korkusuna ve karşılaştığı sosyal fırsatları kaybetmesine yol açabilmektedir (Corrigan vd., 2009). Nitekim yapılan çalışmalar içselleştirilmiş damgalanma ve benlik saygısı arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğuna dair kanıtlar sağlamaktadır (Batinic vd., 2014; Karakaş vd., 2016; Kök, 2014; Picco vd., 2016).

Sosyal destek ise genel olarak bireye çevresindeki insanlar tarafından yapılan yardım olarak değerlendirilmektedir. Kriz ve duygusal gerginlik durumlarında bireyler, doğal yardımcı olarak görülen aile üyeleri ve arkadaşlarına dayanma gereksinimi duymaktadırlar. Bu destek ağının bireyin uyum süreci ve sağlığı üzerinde önemli bir etkisi bulunmaktadır (Barrera vd., 1981; Sarason vd., 1983). Sosyal desteğin, fiziksel ve ruhsal çok sayıda hastalığın ortaya çıkışı, gidişatı ve süresi üzerinde önemli etkilerinin olduğu bilinmektedir. Başka bir deyişle sosyal destek, insan sağlığı ile ilişkili olduğu kabul edilen sosyal bir değişkendir. Sosyal desteğin, hem stres verici yaşam olaylarının oluşumunu hem de onların yarattığı sonuçları çeşitli şekillerde etkilediği düşünülmektedir (Arıcıoğlu, 2008; Birtel vd., 2017; Cobb, 1976). Sosyal destek; bireyin içinde bulunduğu durum, bu durumun

anlamı ve gösterilen duygusal tepkide değişiklik meydana getirmektedir. Sosyal destek bireyin sağlığını sürdürmesi için gereklidir (Ardahan, 2006; Shumaker ve Brownel, 1984). Bireylerin içselleştirilmiş damgalama düzeyi çevresinden, ailesinden ve arkadaşlarından sağlamış olduğu destekle de ilişkilidir. Ruhsal hastalığı olan bireyin yaşamış olduğu damgalama, sosyal destek sürecini de olumsuz etkilemektedir. Dolayısıyla algılanan sosyal destek düzeyi içselleştirilmiş damgalama düzeyini etkilemektedir. Bireyin algıladığı sosyal destek düzeyi azaldıkça, içselleştirilmiş damgalama düzeyi artmaktadır (Cebeci, 2021; Korkmaz ve Küçük, 2016; Li vd., 2020; Özdamar Ünal vd., 2022).

Bu değerlendirmelerden hareketle mevcut çalışmada, psikiyatri polikliniğine başvuran obsesif kompulsif bozukluk, kaygı bozukluğu ve depresyon tanısı almış danışanların algıladığı sosyal destek düzeyi ile benlik saygısı düzeyinin içselleştirilmiş damgalama düzeyindeki değişimleri ne kadar yordadığı ve bu değişkenler arasındaki ilişkiler incelenmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Ruhsal hastalığı olan bireylerde içselleştirilmiş damgalama kişinin hayatını zorlaştıracı bir etkiye sahiptir. İçselleştirilmiş damgalama, ruhsal hastalığı olan bireyin tedaviye başlamaması, başladığı tedavi programını yarım bırakması, sosyal işlevselliğinin ve arkadaş çevresinin azalması, sosyal yaşamında güçlükler ortaya çıkması, benlik saygısında ve özgüveninde azalmalar ile çaresizlik duygularını daha sık yaşaması gibi olumsuz sonuçlara sebep olmaktadır (Barney vd., 2006; Corrigan, 1998; Haghithat, 2001). Ruhsal hastalığı olan birey zaten ruhsal hastalığından dolayı pek çok psikiyatrik semptom ve yakınma ile mücadele içerisinde (Rüsch vd., 2005). Bu hastalıkla ilgili yakınma ve semptomlara ek olarak birde ruhsal hastalık damgasının ortaya çıkardığı damgalama ile mücadele etmektedir (Corrigan, 1998). Ruhsal hastalığı olan birey hastalığından dolayı ortaya çıkan damga ve damgalamanın etkisinden kurtulmak için, sosyal yaşamına sınırlar getirip arkadaşlarıyla görüşmeme, işini bırakma, sosyal izolasyon gibi durumlarla karşı karşıya kalabilmektedir. Bunun yanı sıra, içselleştirilmiş damgalamanın etkisi altında kalan bireyler, benliklerini yalnızca hastalıklarıyla tanımlamaya başlamakta ve kendilerini olumsuz bir şekilde değerlendirme eğiliminde olmaktadır. Bu süreç, “yetersizim, beceriksizim, hastalığımdan dolayı bu işi yapamam, insanlar neden hastalığı olan biriyle konuşsun ki” gibi olumsuz benlik şemalarının oluşmasına yol

açmakta ve benlik saygısında azalmaya neden olmaktadır (Corrigan ve Rao, 2012; Çam ve Çuhadar, 2011; Lawrence, 2000; Plummer, 2005; West vd., 2011).

Bu açıdan bakıldığında, içselleştirilmiş damgalama ruhsal hastalığı olan bireylerin yaşantısında önemli bir yer tutmaktadır. Dolayısıyla, içselleştirilmiş damgalamayı azaltmak ve bu konuda farkındalık yaratmak büyük önem taşımaktadır. Bu bağlamda, mevcut çalışmanın temel amacı, içselleştirilmiş damgalama üzerindeki değişimlerin benlik saygısı ve sosyal destek tarafından ne ölçüde yordandığını incelemek ve analiz etmektir.

Literatür incelendiğinde içselleştirilmiş damgalamanın daha önce şizofreni ve bipolar hastalarda (Kök, 2014; Tel ve Ertekin Pınar, 2012; Üstündağ ve Kesebir, 2013), obsesif kompulsif bozukluğu, anksiyete bozukluğu olan bireylerde (Beyazyüz vd., 2015; Mercan, 2017), majör depresyonu olan bireylerde (Yıldız vd., 2012), adli psikiyatri hastalarında (Baysan Arabacı vd., 2015) ve madde bağımlılığı olan bireylerde (Alban, 2018) çalışıldığı görülmektedir. Buna göre içselleştirilmiş damgalama daha çok ağır ruhsal hastalığı olan bireylerle çalışılmıştır (Doğanavşargil Baysal vd., 2013; Karaağaç Özçelik ve Yıldırım, 2018; Kök, 2014; Park vd., 2013; Tsang vd., 2016; Üstündağ ve Kesebir, 2013; West vd., 2011; Yanos vd., 2008). Ancak içselleştirilmiş damgalama yalnızca ruhsal hastalıklara ilişkin yardım arama davranışında değil psikolojik danışma yardımı söz konusu olduğunda dahi ortaya çıkmaktadır (Gürsoy ve Gizir, 2018; Vogel vd., 2005). Bu nedenle bu çalışmada ağır ruhsal hastalığı olmayan, ayaktan tedavi gören kaygı bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk ve depresyon hastaları örneklem olarak seçilmiştir. Bu örneklem grubuyla çalışılmış olmasının literatüre önemli katkılar sağlayacağı düşünülmektedir.

Tüm bunlara ek olarak içselleştirilmiş damgalamanın tedaviye başlamayı geciktirdiği, tedavi uyumunu bozduğu düşünüldüğünde içselleştirilmiş damgalamanın olumsuz etkilerinin azaltılması açısından mevcut çalışmanın bulguları önem arz etmektedir. Algılanan sosyal destek düzeyi damgalamanın olumsuz etkilerini hafifletmektedir. Birey yakın çevresinin desteği ile kendine daha adil bir yaklaşım sergileyebilmekte, kendisi hakkındaki olumsuz inançlarını sorgulayabilmektedir. Yeterli sosyal destek düzeyi, damgalamanın olumsuz sonuçlarından olan yalnızlık, sosyal izolasyon gibi durumların önüne geçilmesine, bireyin topluma ait hissetme duygularının ve topluma bağlılığının artmasına zemin hazırlamaktadır. Bu sayede bireyin içselleştirilmiş damgalamanın olumsuz etkilerini

daha az yaşaması ve psikolojik iyilik hallerinin devamlı olması sağlanmış olmaktadır. Bu açıdan bakıldığında ruhsal hastalığı olan bireyin yaşantısında sosyal destek içselleştirilmiş damgalamanın olumsuz sonuçlarını azaltabilmek adına önemli bir olgu olarak karşımıza çıkmaktadır. Öte yandan ruhsal hastalığı olan bireylerin düşük benlik saygısı düzeyleri toplumun kalıp yargılarının içselleştirilmesi sürecini hızlandırmaktadır. Yüksek benlik saygısına sahip bireylerin kendilerine olan güvenleri, başkalarının olumsuz yargılarını sorgulamalarına ve bu yargıların kendi değerleri üzerinde etkili olmasına engel olmaktadır. Yüksek benlik saygısı bireyin kendisine dair daha gerçekçi bir bakış açısı geliştirmesini, kendisine karşı daha anlayışlı olmasını ve benliğine yöneltilen bir eleştiriyi daha gerçekçi bakış açısıyla değerlendirmesine olanak sağlamaktadır. Bu hususta ruhsal hastalığı olan bireylerin içselleştirilmiş damgalama düzeylerini azaltabilecek müdahaleler açısından benlik saygısı önemli bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu durumun mevcut çalışmanın bulguları açısından literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

1.3. Araştırmanın Problemi

Obsesif kompulsif bozukluk, kaygı bozukluğu ve depresyon tanısı almış danışanların algıladığı sosyal destek düzeyi ile benlik saygısı düzeyinin içselleştirilmiş damgalama düzeyindeki değişimin ne kadarını yordadığı ve bu değişkenler arasında nasıl bir ilişki olduğu araştırmanın problemini oluşturmaktadır.

1.4. Araştırmanın Hipotezleri

1. İçselleştirilmiş damgalama düzeyi ile benlik saygısı düzeyi ve algılanan sosyal destek düzeyi arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.
2. Psikiyatri polikliniğine başvuran depresyon, kaygı bozukluğu veya OKB tanısı almış bireylerde algılanan sosyal destek ve benlik saygısı düzeyinin artması içselleştirilmiş damgalama düzeyini azaltmaktadır.
3. Algılanan sosyal destek düzeyi ve benlik saygısı düzeyi arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki bulunmaktadır.
4. Erkeklerin içselleştirilmiş damgalama düzeyleri kadınlardan daha yüksektir.

5. 32-58 yaş grubundaki bireylerin içselleştirilmiş damgalama düzeyleri, diğer yaş gruplarındaki bireylerin içselleştirilmiş damgalama düzeylerine göre daha fazladır.
6. Evli bireylerin içselleştirilmiş damgalama düzeyleri, bekar ve boşanmış olan bireylerin içselleştirilmiş damgalama düzeylerine göre anlamlı ölçüde daha düşüktür.
7. Eğitim seviyesi lisans ve üstünde olan bireylerin içselleştirilmiş damgalama düzeyleri, diğer eğitim seviyelerindeki bireylerin içselleştirilmiş damgalama düzeylerine göre daha düşüktür.
8. İl merkezinde yaşayan bireylerin içselleştirilmiş damgalama düzeyleri, ilçe ve köyde yaşayanlara göre daha düşüktür.
9. Kaygı bozukluğu tanısı olan bireylerin içselleştirilmiş damgalama düzeyleri diğer tanı gruplarındaki (depresyon - kaygı bozukluğu) bireylerin içselleştirilmiş damgalama düzeylerine göre anlamlı ölçüde daha düşüktür.
10. Birden çok kez psikiyatri polikliniğine başvuran bireylerin içselleştirilmiş damgalama düzeyi, ilk defa başvuran bireylerin içselleştirilmiş damgalama düzeyine göre daha yüksektir.
11. Kendisi dışında psikiyatrik rahatsızlığı olan başka bir aile üyesi bulunan bireylerin, psikiyatrik rahatsızlığa sahip aile üyesi bulunmayan bireylere göre içselleştirilmiş damgalama düzeyi daha yüksektir.
12. Kadınların algıladığı sosyal destek düzeyi erkeklere göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.
13. 32-58 yaş grubundaki bireylerin algıladığı sosyal destek düzeyi, diğer yaş gruplarına (18-24, 25-31) göre daha düşüktür.
14. Evli bireylerin algıladığı sosyal destek düzeyi, bekar ve boşanmış bireylerin algıladığı sosyal destek düzeyinden daha yüksektir.
15. Lisans ve lisansüstü eğitim seviyesindeki bireylerin algıladığı sosyal destek düzeyi, diğer eğitim seviyesindeki bireylerin algıladığı sosyal destek düzeyinden daha yüksektir.
16. İlçe ve köyde yaşayan bireylerin algıladığı sosyal destek düzeyi, il merkezinde yaşayan bireylerin algıladığı sosyal destek düzeyinden anlamlı ölçüde daha düşüktür.
17. Kaygı bozukluğu tanılı bireylerin algıladığı sosyal destek düzeyi, diğer tanı gruplarına göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.

18. Psikiyatri polikliniğine ilk defa başvuran bireylerin algıladığı sosyal destek düzeyi, daha önce birden çok kez başvuru yapmış bireylerin algıladığı sosyal destek düzeyine göre anlamlı ölçüde daha yüksektir.
19. Kendisi dışında psikiyatrik bozukluğu olan başka bir aile üyesi bulunan bireylerin, psikiyatrik bozukluğa sahip aile üyesi bulunmayan bireylere göre algıladığı sosyal destek düzeyi daha düşüktür.
20. Kadınların benlik saygısı düzeyi erkeklere göre daha yüksektir.
21. 32-58 yaş grubundaki bireylerin benlik saygısı düzeyi, diğer yaş gruplarındaki (18-24, 25-31) bireylerin benlik saygısı düzeyinden daha düşüktür.
22. Evli bireylerin benlik saygısı düzeyi bekar ve boşanmış bireylerin benlik saygısı düzeylerinden anlamlı ölçüde daha yüksektir.
23. Eğitim seviyesi lisans ve lisansüstü olan bireylerin benlik saygısı düzeyi diğer eğitim seviyesindeki bireylerin benlik saygısı düzeylerinden daha yüksektir.
24. Köy ve ilçede ikamet eden bireylerin benlik saygısı düzeyi, il merkezinde ikamet eden bireylerin benlik saygısı düzeyinden anlamlı ölçüde daha düşüktür.
25. Kaygı bozukluğu tanılı bireylerin benlik saygısı düzeyi diğer tanı gruplarındaki bireylerin benlik saygısı düzeylerinden anlamlı ölçüde daha yüksektir.
26. Daha önce de psikiyatri polikliniğine başvuran bireylerin benlik saygısı düzeyi, ilk defa başvuran bireylerin benlik saygısı düzeylerinden anlamlı ölçüde daha düşüktür.
27. Kendisi dışında psikiyatrik bozukluğu olan başka bir aile üyesi bulunan bireylerin benlik saygısı düzeyi, psikiyatrik bozukluğa sahip aile üyesi bulunmayan bireylerin benlik saygısı düzeyinden daha düşüktür

1.5. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma 2023-2024 yılları arasında Erzurum Şehir Hastanesi psikiyatri polikliniğine ayaktan başvuran ve sonrasında psikoloğa yönlendirilen ve online olarak çalışmaya katılan, okuma yazma bilen, 18-58 yaş aralığındaki depresyon, kaygı bozukluğu ve OKB tanılarından birini alan bireylerin oluşturduğu bir örnekleme sınırlıdır. Mevcut çalışmaya yüz yüze katılan bireylerin tanıları,

psikiyatristler tarafından psikiyatrik tanı sınıflandırması (DSM IV- DSM- V) doğrultusunda verilen kararlar ile konulmuştur. Ek olarak bu bireylerin tanılarının mevcut çalışmanın amaçlarına uygun olup olmadığı hastane sistemi üzerinden de kontrol edilmiştir. Ancak çalışmaya online olarak katılan bireylerin tanıları ile ilgili vermiş olduğu bilgiler, onların öz bildirimlerine dayanmaktadır. Öz bildirimlerin güvenilirliği açısından bu durum mevcut çalışmanın bir sınırlılığını oluşturmaktadır. Mevcut çalışmaya katılan bireyler OKB, depresyon ve anksiyete tanılarına sahip olmalarına rağmen, bu hastalıkların semptom şiddetleri ölçülmemiştir. Örnekleimde yer alan katılımcılar arasında, kaygı bozukluğu olan ancak hafif semptomlar yaşayanlar veya depresyon tanısı almış ancak semptom şiddeti yüksek olan bireyler bulunabilir. Aynı şekilde, daha yoğun kaygı belirtileri gösteren bireyler ile hafif depresif semptomlar yaşayanlar da bu grupta yer alabilir. OKB hastaları için ise obsesyon ve kompülsiyonların şiddeti yüksek olabilir. Bu farklılıklar, çalışmada potansiyel bir karıştırıcı değişken olarak rol oynayabilmektedir. Bu durum mevcut çalışmanın bir sınırlılığını oluşturmaktadır. Araştırma bulguları, Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği'nin ölçtüğü özellikler ile sınırlıdır. Araştırmada öz bildirim ölçümlerinin kullanılması ve çalışmanın kesitsel bir çalışma olması araştırmanın sınırlılıkları arasında yer almaktadır.

1.6. Sayıtlar

Araştırmaya katılan bireylerin araştırmaya gönüllü olarak katıldıkları ve kendilerine yöneltilen soruları yaşantılarına uygun bir şekilde içtenlikle, tarafsız bir şekilde yanıtladıkları varsayılmaktadır. Araştırmada örneklemin içselleştirilmiş damgalama düzeyini ölçmek için kullanılan “Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği”, algılanan sosyal destek düzeyini ölçmek için kullanılan “Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği” ve benlik saygısı düzeyini ölçmek için kullanılan “Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği” güvenilir ve geçerli ölçüm araçlarıdır. Araştırmaya online olarak katılan bireylerin tanılarına ilişkin verdikleri bilgilerin doğru ve güvenilir olduğu varsayılmaktadır.

2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE

2.1. Damga ve Damgalama

Damga (stigma) bir birey veya grup için utanılması gereken bir durumun varlığını, normal dışılığı ya da herhangi bir özelliği ile diğer bireylerden farklı olma ve bu nedenle suçlayıcı, kurban edici yaklaşım ve tutuma maruz kalma durumunu yansıtmaktadır (Avcil vd., 2016). Damga, kelime anlamı olarak yara, iz anlamına gelse de günümüzde daha çok “kara leke” anlamında kullanılmaktadır (Taşkın, 2007).

Damgalama, bir bireyin ya da bir grup insanın fiziksel özellikleri, ruhsal sağlık durumu, madde kötüye kullanımı, etnik köken gibi unsurlar açısından olumsuz bir değerlendirmeye tabi tutulmasıdır (Goffman, 2014). Damgalama ile damgalanan bireyin ya da grubun farklı olduğu vurgulanır ve damgalanan birey öteki diye tabir edilen grubun içerisine dâhil edilir (Taşkın, 2007). Damgalama, bireyin içinde yaşadığı toplumun "normal" saydığı ölçütlerin dışında sayılması nedeniyle, bireye toplumu oluşturan diğer bireyler tarafından saygınlığını azaltıcı bir atıfta bulunulmasıdır (Soygür ve Özalp, 2005). Özmen ve Erdem'e (2018) göre ise damgalama insanların bir özelliğinden dolayı toplum içinde itibarlarını sarsma, onları olduğundan daha düşük konuma yerleştirme durumudur. Bir diğer ifadeyle, başlangıçta sağlıklı ve normatif bir konumda olan birey, damgalama sonucunda itibarsızlaştırılmış, marjinalleşmiş ve önemsizleştirilmiş bir konuma düşmektedir (Goffman, 2014). Toplumun bireyi olumsuz bir özelliğinden dolayı dışlaması, ayrımcılıkta bulunması damgalama olarak adlandırılırken (Goffman, 2014; Taşkın, 2007), bu eyleme maruz kalan bireyler damgalanma yaşamaktadırlar.

Damgalamanın sosyal, bireysel ve yapısal olmak üzere üç etki alanı bulunmaktadır (Corrigan vd., 2005; Herek, 2007). Bu etki alanları toplumsal damgalama, içselleştirilmiş damgalama ve yapısal damgalama olmak üzere üç türü karşımıza çıkartmaktadır (Corrigan ve Bink, 2005). Toplumsal damgalama, toplumun belirli bir gruba karşı olumsuz düşüncelerini, stereotiplerini ve önyargılarını kapsamaktadır (Rüsch vd., 2005). Başka bir ifadeyle, toplumsal damgalama, toplumdaki bireylerin öncelikle belirli bir gruba yönelik stereotipleri benimsemesi ve sonrasında ayrımcı davranışlar sergilemesi sürecini içermektedir (Corrigan ve Bink, 2005). Örneğin ruhsal hastalığı olan bireyin toplumda tehlikeli

biri olarak görülmesi, bu kalıp yargı aracılığıyla hastalığı olan bireye yönelik korku duygusunun oluşumu ve sonrasında hastalığı olan bireyden uzak durma, dışlama gibi ayrımcılık içeren davranışların ortaya çıkması toplumsal damgalamayı açıklamaktadır (Corrigan, 2004; Karagöl vd., 2013).

Toplum bu stereotiplere uygun hareket ettiğinde yapısal damgalama ortaya çıkmaktadır (Cifteci vd., 2013). Yapısal damgalama, damgalanan bireyin sosyal fırsatlarını baltalayan kurumsal politika ve uygulamaları içermektedir (Corrigan vd., 2005). Bu damgalama biçimi ruhsal hastalığı olan bireyin iş fırsatları, eğitim olanakları, sağlık hizmetleri ve barınma olanakları gibi hizmetlere erişimini engelleyen önyargı ve ayrımcılığı içermektedir. Yapısal damgalama bu yönüyle toplumsal damgalamanın bir sonucudur (Bekiroğlu, 2021; Livingston ve Boyd, 2010).

Toplumsal damgalamanın bir diğer sonucu ise içselleştirilmiş damgalamadır. Bireyin kendi kendini damgalama sürecini ifade etmektedir. Toplumda ruhsal hastalıklara yönelik stereotiplerin ve olumsuz tutumların farkındalığı ile ortaya çıkmaktadır. Birey açıkça ayrımcılığa maruz kalmasa dahi kendini damgalanmış hissetmektedir (Ritsher vd., 2003; West vd., 2011; Yanos vd., 2011).

2.1.1. İçselleştirilmiş Damgalama

Toplumun her üyesi gibi ruhsal hastalığı olan bireyler de o toplumdaki kalıp yargılara maruz kalmaktadırlar (Ritsher vd., 2003). Ruhsal hastalığa sahip bireyler, toplumun ruhsal hastalıklar için geliştirdiği tehlikelilik, yetersizlik gibi kalıp yargıları o toplumda yaşadığı için öğrenmekte ve benimsemektedir (Çam ve Çuhadar, 2011). Dolayısıyla “ruhsal olarak hasta” şeklinde damgalandıklarında bu gruba ve grubun kalıp yargılarına isteyerek ya da isteksizce uymaktadırlar. Bu süreçten itibaren birey artık bu kalıp yargı ve etiketlenmenin kendisi için uygun olduğuna inanmakta ve böylece içselleştirilmiş damgalama süreci başlamış olmaktadır (Ritsher vd., 2003). Örneğin, şizofreni hastası olduğu için “tehlikeli ve korkulması gereken biri” olarak görülen birey, bu olumsuz kalıp yargıları içselleştirdiğinde, toplum tarafından ona atfedilen “tehlikeliyim” etiketini benimsemekte ve kabul etmektedir. Artık o da kendisinin tehlikeli olduğuna inanmaya başlamaktadır. Dolayısıyla birey toplumun kalıp yargılarını onaylamış olmaktadır. Bu da bireyi sosyal izolasyona götürmektedir (Corrigan ve Rao, 2012). Toplumun şizofreni hastaları ile ilgili olumsuz kalıp yargılarını bilen bir şizofreni hastası, toplum tarafından açıkça ayrımcılığa maruz

kalmasa da toplumun onu tehlikeli ve yetersiz gördüğüne dair kalıp yargılarından haberdar olduğu için kendini “tehlikeli ve yetersiz” olarak görecektir. Diğer bir ifadeyle ruhsal hastalığı olan birey toplumun damgalayıcı inançlarını içselleştirmeye başlayacaktır (Çam ve Çuhadar, 2011; Ritscher vd., 2013). Bu durum, bireyin kendisi hakkındaki olumlu inançlarını zayıflatacaktır. Örneklendirecek olursak, birey ruhsal problemi olduğu için onu işe almayacaklarını düşünecek, bir iş başvurusunda bulunmamayı ya da iş görüşmesine gitmemeyi tercih edecektir. Bu süreç boyunca birey sıklıkla önceden sahip olduğu kimlikleri (öğrenci, işçi, ebeveyn) kaybetmektedir. Dolayısıyla içselleştirilmiş damgalama, bireyin kimliğini toplumun ondan beklentisine göre kısıtlamakta ve sınırlandırmaktadır (West vd., 2011; Yanos vd., 2011).

İçselleştirilmiş damgalama, kalıp yargıların farkındalığı, bu kalıp yargıların kabulü ve kalıp yargıları içselleştirme olarak üç süreçten oluşmaktadır (Corrigan ve Bink, 2005; Overton ve Medina, 2008). Bu süreçlerin sonucunda ise “neden deneyeyim etkisi ortaya çıkmaktadır. Bu etkiye göre, birey toplumdaki kalıp yargıları içselleştirmekte, bu içselleştirilen kalıp yargılar bireyin öz yeterlilik ve öz saygısının azalmasına yol açmakta ve birey azalan özsaygı ve öz yeterlilik ile yaşam hedeflerinde başarısız olacağına inanmaktadır. Diğer bir ifadeyle, ruhsal hastalığı olan insanlar iş, barınma ve diğer bireysel istekleri ile ilgili fırsatları değerlendirmemeye karar vermektedir. “Nasıl olsa başarısız olacağım, işveren bana neden iş versin ki” ya da “zaten yetersizim neden iş aramalıyım ki” tarzı durumlar “neden deneyeyim etkisine” örnek oluşturmaktadır (Corrigan vd., 2009; Corrigan vd., 2016).

2.1.2. Damgalama Modelleri

Literatür incelendiğinde damgalama süreçleri ile ilgili 3 model göze çarpmaktadır. Bunlardan biri Link ve Phelan’ın (2001) “Damga Tanımı Modeli” diğeri ise Corrigan ve Kleinlein’in (2005) “İçselleştirilmiş Damgalama ve Toplumsal Damgalama” modeli ve bir diğeri ise Peterson vd. (2008) tarafından tanımlanan Damgalama Modelidir (Corrigan ve Kleinlein, 2005; Link ve Phelan, 2001; Peterson vd., 2008).

2.1.2.1. Damga Tanımı Modeli

Link ve Phelan'ın (2001) damga tanımı modeline göre damgalama 5 bileşenden oluşmaktadır. Bu bileşenler:

- Diğerinin farklılıklarını tanımlama ve etiketleme
- Baskın kültürel inançlar ve kalıp yargılar
- Etiketlenen bireyi toplumdan soyutlayan kategorilere yerleştirme
- Etiketlenen bireylerin haksız statü ve konumları, kayıpları ve ayrımcılık
- Toplumsal güç farklılıklarına dayalı etiketleme

Bu modele göre, etiketleme, basmakalıp yargılar, kategorileştirme, statü kaybı ve ayrımcılık ilk dört bileşeni oluşturmaktadır. Link ve Phelan'a (2001) göre toplumsal güç farklılıkları bu süreçlerin yaşanmasına neden olmakta ve bu nedenle modelin beşinci bileşeni toplumsal güç farklılıklarıdır.

2.1.2.2 Corrigan ve Kleinlein'in İçselleştirilmiş Damgalama ve Toplumsal Damgalama Modeli

Corrigan ve Kleinlein (2005) bu modelde toplumsal ve içselleştirilmiş damgalama olmak üzere iki tür damgalama tanımlamaktadır. Her damgalama türünün kalıp yargı, önyargı ve ayrımcılık olmak üzere üç bileşeni bulunmaktadır. Bu model Şekil 2.1'de gösterilmektedir.

Bileşen	Toplumsal Damgalama	İçselleştirilmiş Damgalama
Kalıp yargı	Grup hakkında negatif inançlar Örnek: Tehlikeli, beceriksiz	Kendi hakkında negatif inançlar. Örnek: Yetersizim
Önyargı	İnanç ya da olumsuz duygusal tepki, uyuşma ve kabul Örnek: Öfke ve korku	İnançları kabul etme ve negatif duygusal tepkiler Örnek: Öz yeterlilik ve öz saygıda azalma
Ayrımcılık	Önyargıya davranışsal cevap. Örnek: İş ve barınma fırsatlarından yoksun bırakılma, hasta olduğu için iş vermeme ya da düşük maaş ile çalıştırılma.	Önyargıya davranışsal cevap. Örnek: İş aramama, iş bulamayacağını düşünme, çalışmayı sürdürmememe.

Şekil 2.1. Corrigan ve Kleinlein'in İçselleştirilmiş Damgalama ve Toplumsal Damgalama Modeli

Buna göre toplumsal damgalama süreci ruhsal hastalığı olan bireyler ile ilgili kalıp yargıların oluşumu ile başlamaktadır. Süreç, bu kalıp yargılara verilen duygusal tepkiler yani önyargı ile devam etmektedir. Bu bilişsel ve duygusal bileşenlerin sonucu olarak da ayrımcılık davranışsal boyutu ortaya çıkmaktadır. Benzer şekilde

bu modele göre içselleştirilmiş damgalama toplumda var olan kalıp yargıların kabulü ile başlayıp (yetersizim), bu kalıp yargılara yönelik duygusal (öz saygıda azalma) ve davranışsal tepki (iş bırakma yahut başvuru yapmama) ile devam etmektedir (Corrigan ve Bink, 2005; Corrigan ve Kleinlein, 2005).

Bu model ile birlikte içselleştirilmiş damgalamanın yalnızca bir açıklaması ortaya koyulmuştur; ancak model içselleştirilmiş damgalama ve toplumsal damgalama arasındaki bağlantıyı göz ardı etmiştir (Peterson vd., 2008). Bu bağlantının göz önünde bulundurulduğu yeni bir model Peterson vd. (2008) aracılığı ile geliştirilmiştir.

2.1.2.3. Peterson ve Diğerlerinin Damgalama Modeli

Peterson vd. (2008) bu modelde toplumsal ve içselleştirilmiş damgalamanın birbiri ile nasıl bağlantılı olduğunu açıklamaktadır. Bu modele göre toplumsal damgalamanın varlığı, içselleştirilmiş damgalamaya yol açmaktadır. Toplumdaki kalıp yargıların, önyargı ve ayrımcılığın farkında olmak, içselleştirilmiş damgalamaya giden süreci hızlandırmaktadır. Buna göre ruhsal hastalığı olan birey açıkça ayrımcılığa maruz kalmamış olsa bile, toplumun bu durum ile ilgili bakış açısının farkında olması kişinin kendi kendini damgalamasına yol açmaktadır.

Bu modelin bir diğer aşaması ise içselleştirilmiş damgalamayı azaltabilecek eylemleri belirlemektedir. Bu model Şekil 2.2’de gösterilmektedir.

Öge	Önleyici Davranış	Açıklama
Fark	Farkı kabul etme	Toplum, farklı olanı reddetmek yerine kabul ederse ruhsal hastalığı olan bireyler daha normal hissederler.
Çaresizlik	Hastayı topluma geri kazanma odaklı çalışmalar	Ruh sağlığı hizmetleri umut vaat ederse ve hasta iyileşeceğine dair umutlu olursa içselleştirilmiş damgalama azalır.
Karşılaştırma	Olumlu rol modeller, liderlik	Damgalanan birey kendisini ruhsal hastalığa sahip olan başarılı insanlarla karşılaştırırsa içselleştirilmiş damgalama azalır.

Değerini Düşürme	Yetki verme	Ruhsal hastalığa sahip olan insanlar yetki almaları konusunda teşvik edilirse öz yeterlik ve öz güvenleri artar böylece içselleştirilmiş damgalama ile mücadele edilir.
Ayrımcılık	Mücadeleci tutum ve davranış	İnsanların ayrımcılığa karşı koymaya teşvik edilmesi.

Şekil 2.2. Peterson ve Diğerlerinin Damgalama Modeli

Modelin bu aşamasına göre ruhsal hastalığı olan birey hastalığından dolayı toplumun diğer üyelerinden farklı olduğunu düşünmektedir. Bu farklılık bireyin diğer insanlarla olan iletişiminin azalmasına, ruhsal hastalığı olmayan bireylere yaklaşmamasına ve kendini onlarla karşılaştırmasına sebep olmaktadır (Doğanavşargil Baysal, 2013; Peterson vd., 2008). Dolayısıyla bu durum karşısında birey çaresizlik yaşamaktadır (Peterson vd., 2008). Bireyin yaşadığı çaresizlik benlik saygısında azalmaya ve değersizlik duygularına yol açmaktadır (Shalaby vd., 2014; Yakar, 2019). Sonuç olarak birey toplum ile arasına mesafe koyarak ayrımcılığı deneyimlemektedir (Avcil vd., 2016; Ceylan, 2017). Ruhsal hastalığı olan bireyin yaşamış olduğu içselleştirilmiş damgalamanın önüne geçmek için toplum temelli birtakım çalışmalar yapılmalıdır. Öncelikle toplum ruhsal hastalıklarla ilgili bilgilendirilmeli, farkın sebepleri ortaya konulmalı ve farklı olana yaklaşım değiştirilmelidir. Bunun yanında ruhsal hastalığı olan bireylerin de içselleştirilmiş damgalama konusunda bilinçlendirilmesi gerekmektedir. Bu bilgilendirme yapılırken ruhsal hastalığı olup başarılı olan bireylerden örnekler sunulmalıdır. Bunun yanında ruhsal hastalığı olan bireyin yetkin oldukları alanlara yöneltilmesi yetersizlik yerine başarı ve özgüven duygularının ortaya çıkmasına olanak sağlamaktadır. Dolayısıyla tüm bunlar içselleştirilmiş damgalamayı azaltabilecek önlemleri içermektedir (Baumeister, 2010; Mann vd., 2004; Peterson vd., 2008).

2.1.3. Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalama

Literatürde içselleştirilmiş damgalamanın farklı tanı grupları ve değişkenler açısından incelendiği görülmektedir. Kök (2014) şizofreni ve bipolar hastalarda içselleştirilmiş damgalama, sosyal destek ve benlik saygısı arasındaki ilişkileri araştırmıştır. Buna göre her iki tanı grubu da içselleştirilmiş damgalama yaşamakla birlikte, şizofreni tanılı bireylerin daha fazla içselleştirilmiş damgalama düzeyine sahip olduğu bulunmuştur. Değişkenler arasındaki ilişkilere bakıldığında ise, benlik

saygısı ve sosyal destek azaldıkça içselleştirilmiş damgalamanın arttığı görülmüştür. Şizofreni hastalarında içselleştirilmiş damgalanmayı araştıran Tang ve Wu (2012) ve Mosanya vd. (2014) tarafından gerçekleştirilen çalışmalarda da şizofreni hastalarının içselleştirilmiş damgalamadan muzdarip olduklarını ve içselleştirilmiş damgalamanın yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini bulmuşlardır. Üstündağ ve Kesebir, (2013) tarafından bipolar bozukluğu olan hastalarda içselleştirilmiş damgalama, yaşam kalitesi ve tedavi uyumu arasındaki ilişkilerin araştırıldığı çalışmada, içselleştirilmiş damgalama ve yaşam kalitesi arasında negatif yönde ilişki saptanmıştır. Aynı zamanda içselleştirilmiş damgalama puanları daha yüksek olan bireylerin, işlevsellik düzeylerinin daha düşük, iyilik hallerinin daha kısa, depresif dönem sayılarının daha fazla olduğunu bulmuşlardır. Kazgan Kılıçaslan vd. (2022) adli psikiyatri hastalarında içselleştirilmiş damgalama, sosyal destek ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkileri incelemişlerdir. Çalışmanın sonuçlarına göre hastaların içselleştirilmiş damgalama düzeyleri arttıkça sosyal desteğin ve yaşam kalitelerinin azaldığı saptanmıştır.

İçselleştirilmiş damgalama ruhsal hastalık belirtilerini kötüleştirmekte, iyileşmeyi geciktirmektedir. İçselleştirilmiş damgalama yalnızca ağır ruhsal hastalıklarda ortaya çıkmamaktadır. Ayaktan izlenen kaygı, depresyon, OKB gibi hastalıklarda da içselleştirilmiş damgalamaya rastlanmaktadır. Tanrıverdi vd. (2020) şizofreni, madde kullanım bozukluğu, bipolar bozukluk, majör depresyon ve anksiyete bozukluğu tanımlı bireylerin içselleştirilmiş damgalama düzeylerini karşılaştırmıştır. Çalışmanın sonuçlarına göre hastaların tümü yüksek düzeyde içselleştirilmiş damgalama bildirmiştir. En yüksek içselleştirilmiş damgalama düzeyine sahip grup ise madde kullanım bozukluğu olanlardır. Çalışkan (2019) ruhsal hastalığı olup ayaktan psikiyatriye başvuran bireylerin oluşturduğu örneklem ile yaptığı çalışmasında içselleştirilmiş damgalama düzeyi ile algılanan sosyal destek düzeyi arasında negatif yönde ilişkiler bulmuştur. Ayaktan izlenen psikiyatri hastaları ile yapılan bir başka çalışmaya göre ise içselleştirilmiş damgalama ve benlik saygısı arasında negatif yönde bir ilişki saptanmıştır (Tel ve Ertekin Pınar, 2012). Beyazyüz vd. (2015) ise anksiyete, somatoform bozukluk ve obsesif kompulsif bozukluk tanısı almış bireylerde içselleştirilmiş damgalama ve benlik saygısı arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Elde edilen sonuçlar içselleştirilmiş damgalamanın ruhsal hastalığı olan bireylerin benlik saygısı üzerinde olumsuz bir etkiye sahip

olduğunu göstermektedir. Picco vd. (2016) psikiyatri kliniklerine ayaktan başvuran şizofreni, diğer psikotik bozukluklar, OKB, depresyon, kaygı bozukluğu tanılı 280 hasta ile içselleştirilmiş damgalama, yaşam kalitesi, işlevsellik, umut ve benlik saygısı arasındaki ilişkileri değerlendirmişlerdir. Çalışmaya katılan hastaların %43.6'sında orta yahut yüksek düzeyde içselleştirilmiş damgalama tespit edilirken; daha düşük benlik saygısı seviyeleri, daha yüksek içselleştirilmiş damgalama düzeyleri ile ilişkili bulunmuştur. Oliveira vd. (2016) hastanede yatan ya da ayaktan tedavi gören 403 psikiyatri hastası ile içselleştirilmiş damgalama ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkide benlik saygısının rolünü incelemişlerdir. Buna göre benlik saygısı ruhsal hastalığı olan bireylerde içselleştirilmiş damgalamanın yaşam kalitesi üzerindeki olumsuz etkisini azaltmaktadır.

İnsanlar depresyon konusunda ruh sağlığı profesyonellerinden yardım almada oldukça isteksizdir (Barney vd., 2006; Picco vd., 2016; Sevindik vd., 2014). Toplumun depresyonla ilgili damgalayıcı inançlarının incelendiği bir çalışmada, katılımcıların çoğu, profesyonellerden yardım almaktan utandıklarını ve bu tür bir yardımı aldıklarında diğer insanların kendilerine olumsuz tepki vereceğine inandıklarını bildirmişlerdir (Barney vd., 2006). Diğer bir ifadeyle depresyon için yardım arama davranışında algılanan damgalama ve içselleştirilmiş damgalamanın oldukça yaygın olduğu görülmektedir. Majör depresyon ve psikotik bozukluğu bulunan hastalarla yapılan bir çalışmada da her iki tanı grubunun içselleştirilmiş damgalama puanlarının birbirine yakın olduğu saptanmıştır. Ayrıca her iki hasta grubunda da içselleştirilmiş damgalama işlevselliği olumsuz olarak etkilemektedir (Sevindik vd., 2014). Doğanavşargil (2009) tarafından yapılan benzer bir çalışmanın sonuçlarına göre ise şizofreni ve depresyon tanılı bireylerin içselleştirilmiş damgalama yaşamakla birlikte; şizofreni hastalarının daha yüksek seviyede içselleştirilmiş damgalama yaşadığı bulunmuştur. Çalışmanın diğer sonucuna göre ise şizofreni ve depresyon tanısı olan bireylerin içselleştirilmiş damgalama düzeyleri ile yaşam kaliteleri arasında negatif yönde ilişki saptanmıştır.

İçselleştirilmiş damgalama anksiyete bozukluğu olan bireylerde de tedavi uyumunu bozucu bir etkiye sahiptir (Ociskova vd., 2018). Kamaradova vd. (2015) tarafından yapılan araştırmada anksiyete bozukluklarında içselleştirilmiş damgalama ile tedaviye uyum arasında negatif yönde ilişkili saptanmıştır. Cebeci (2021) kaygı bozuklukları sınıfında yer alan panik bozukluk tanılı bireylerde içselleştirilmiş

damgalamanın ve algılanan sosyal desteğin tedavi uyumu ve yaşam kalitesi üzerine olan etkisini incelemiştir. Buna göre yüksek düzeyde içselleştirilmiş damgalama ve yetersiz sosyal destek, tedavi uyumsuzluğu ve düşük yaşam kalitesi üzerinde belirleyici bir faktördür.

OKB tanılı bireyler ile yapılan çalışmalar bu tanı grubunun da içselleştirilmiş damgalamadan muzdarip olduğunu göstermektedir (Bayar, 2020; Kılıç vd., 2022; Mercan, 2017). Yapılan çalışmalarda OKB tanısı olan bireylerde içselleştirilmiş damgalama ile yaşam kalitesi, sosyal işlevsellik ve hastalığın şiddeti arasında anlamlı ilişkiler mevcuttur. Buna göre OKB tanısı almış bireylerde obsesyon ve kompulsiyon şiddeti içselleştirilmiş damgalama ile pozitif yönde ilişkiliyken (Mercan, 2017); yaşam kalitesi (Kılıç vd., 2022) ve sosyal işlevsellik (Bayar, 2020) negatif yönde ilişkili bulunmuştur.

2.2. Sosyal Destek

Sosyal destek kavramı, alan yazında yaygın olarak kullanılmakla birlikte, net bir tanıma veya operasyonel bir yapıya kavuşturulamamıştır (Hupcey, 1998). Bu nedenle, farklı araştırmacılar tarafından farklı tanımlamalar yapılmıştır. Bu tanımlamalar genellikle iki ana grup altında incelenmektedir. Bazı araştırmacılar sosyal desteği, bireyin etkileşimde bulunduğu insanlarla olan bağlarını ve ilişkilerini içeren sosyal ağ kavramı çerçevesinde incelemiştir. Sosyal ağdaki birey sayısı, kurulan bağların gücü ve etkileşimlerin sıklığı, sosyal destek algısı için belirleyici öneme sahiptir (Cohen ve Wills, 1985). Diğer bir grup araştırmacı ise sosyal destek tanımlamalarında sosyal ağın niteliğine odaklanmaktadır (Arıcıoğlu, 2008). Bu yaklaşıma göre, sosyal destek, bireye sağladığı yararlar açısından sosyal ağın niteliğiyle değerlendirilmektedir (Jacobson, 1986). Buna göre sosyal destek sevgi, önemsenme, saygı ve karşılıklı yükümlülükler gibi duygusal ve iletişimsel desteklerden oluşmaktadır (Cobb, 1976). Dolayısıyla bireyin olumsuz olaylarla ve stresle daha etkili bir biçimde başa çıkmasını kolaylaştıran bir faktör olarak değerlendirilmektedir (Cassel, 1974; Shumaker ve Brownell 1984; Thoits, 1986). Bu açıdan bakıldığında sosyal destek bireyin fiziksel ve ruhsal sağlığında koruyucu bir unsurdur (Büyükçolpan, 2019).

Tüm bu tanımlamalara göre; bireyin sosyal ilişkileri yeterince değer, sevgi ve saygı içeriyorsa, ihtiyaç duyduğunda yardım alabileceği kaynaklar var ise birey kendini güvende ve mutlu hissetmektedir. Bunun aksine bireyin sosyal ilişkileri

yetersiz, destek alabileceği kaynaklar sınırlı ise birey ruhsal bir hastalık geliştirme riskini arttıran kaygı ve değersizlik duygularını sıklıkla yaşamaktadır. Diğer bir ifadeyle sosyal ilişki ve sosyal ağlardaki zayıflık, sosyal destek düzeyini de olumsuz etkilemektedir. Düşük sosyal destek düzeyi bireyde güvensizlik, kaygı ve çeşitli ruhsal bozukluklara sebep olabilmektedir (Doğru, 2018; Turner ve Brown, 2010).

Tüm bu tanımlamalar, sosyal destek kavramının bireyin içinde bulunduğu duruma yüklediği anlam ve duygusal tepkiler açısından değişikliklere yol açabileceğini göstermektedir (Ardahan, 2006). Bu nedenle, sağlıklı sosyal ilişkilerin sürdürülmesi ve güçlendirilmesi, bireyin stresle başa çıkma becerisini artırmakta ve genel sağlık durumu üzerinde olumlu etkiler yaratmaktadır (Birtel vd., 2017; Büyükçolpan, 2019; Cobb, 1976).

Bireyler içinde bulunduğu çevreye göre farklı kaynaklardan sosyal destek almaktadır (Büyükçolpan, 2019). Bireyin ailesi, en geniş aile çevresi, arkadaşları, karşı cins arkadaşları, iş arkadaşları, komşuları, öğretmenleri, ideolojik, dinsel veya etnik gruplar ile bireyin içinde yaşadığı toplum gibi faktörler sosyal destek kaynaklarını oluşturmaktadır (Hupcey, 1998; Yıldırım, 1997). Birey, aile üyelerini ve çocuklarını temel sosyal destek kaynağı olarak görürken; yeterli sosyal destek temel kaynaklardan sağlanamadığında komşu, arkadaş, iş ortakları gibi ek ilişkilere yönelmektedir (Litwin, 2000).

Sosyal desteğin zamanlaması da sosyal desteğin varlığı kadar önemlidir. Başkaları tarafından sunulan ve destekleyici olması amaçlanan aynı davranış, doğru zamanda verilirse alıcı tarafından yararlı, yanlış zamanda verilirse yararsız olarak görülebilir (Jacobson, 1986). Sosyal desteğin zamanlamasına göre Jacobson (1986); duygusal, bilişsel ve maddi destek olarak üç farklı sosyal destek türü tanımlamıştır. Buna göre;

- **Duygusal Destek:** Bireyin takdir edildiğine, saygı duyulduğuna, sevildiğine dair inancı ve kendini güvende hissetmesidir. Rahatlık duygularını ifade etmektedir. Başka bir ifadeyle sevgi, saygı, ilgi, şefkat, bir gruba ait hissetme gibi gereksinimlerini karşılamaktadır.
- **Bilişsel Destek:** Bireyin dünyasını anlamasına ve içindeki değişikliklere uyum sağlamasına yardımcı olan bilgi ve tavsiyeyi içermektedir.

- Maddi Destek: Sorunları çözmeye yardımcı olan mal ve hizmetleri ifade etmektedir.

Bu üç sosyal destek türü desteğin zamanlaması açısından önemlidir çünkü Jacobson'a (1986) göre duygusal destek; problemin kriz aşamasında, bilişsel destek geçiş aşamasında (duygusal destek ile beraber) ve maddi destek ise sonuç aşamasında gereklidir.

2.2.1. Sosyal Destek ve Sağlık

Doğumdan ölüme kadar olan yaşam döngüsünde çeşitli geçişler vardır ve sosyal destek bu geçiş süreçlerinde birey üzerinde koruyucu ve iyilik halini devam ettirici bir özelliğe sahiptir. Yeterli sosyal destek, krizdeki insanları çeşitli patolojik durumlardan, düşük doğum ağırlığından, artritten, tüberkülozdan, depresyondan, alkolizmden ve pek çok psikiyatrik hastalıktan koruyabilmektedir. Ayrıca, sosyal destek gerekli ilaç miktarını azaltabilmekte, iyileşmeyi hızlandırabilmekte ve reçete edilen tıbbi rejimlere uyumu kolaylaştırabilmektedir (Aneshensel ve Stone, 1982; Cobb, 1976; Uchino, 2006). Diğer bir ifadeyle sosyal desteğin bireyler üzerinde olumlu etkileri bulunmaktadır ve bireylerin ruh sağlığı ile yakından ilgilidir (Arıcıoğlu, 2008).

Literatürde sosyal destek ve sağlık arasındaki ilişkiyi inceleyen çok sayıda araştırma yapıldığı görülmektedir (Birtel vd., 2017; Cohen ve Wills, 1985; De Wilde vd., 1994; Jibeen, 2016; Saygın, 2008; Toker ve Kalıpçı, 2018; Whatley ve Clopton, 1992). Cohen ve Wills'e (1985) göre sosyal destek ve sağlık ilişkisini tanımlayan, sosyal desteğin bireyi strese, olumsuz yaşam olaylarına ve hastalıklara karşı nasıl ve neden etkilediğini açıklayan temel etki modeli ve tampon etki modeli olmak üzere iki teori bulunmaktadır.

2.2.1.1. Temel Etki Modeli

Bu modele göre sosyal destek ile fiziksel sağlık ve iyi oluş arasında doğrudan bir ilişki bulunmaktadır. Diğer bir ifadeyle sosyal destek fiziksel sağlık ve iyi oluş üzerinde her açıdan olumlu bir etkiye sahiptir. Sosyal kaynaklar, bireyler stres altında olsun ya da olmasın, birey üzerinde faydalı bir etki yaratmaktadır. Ayrıca bu modele göre sosyal desteğin yokluğu birey üzerinde olumsuz bir etkiye sahiptir (Cohen ve Wills, 1985).

2.2.1.2. Tampon Etki Modeli

Bu modele göre sosyal destek bireyleri stresli olayların patojenik etkisinden korumaktadır. Diğer bir ifadeyle, bireylerin stresle başa çıkmalarına yardımcı olacak bir koruyucu kalkan işlevi görmektedir. Bu modelde sosyal desteğin işlevi bireyi stres verici olaylar karşısında koruyup, olayın birey üzerindeki etkisini yeniden düzenleyerek ruh sağlığını korumaktır (Cohen ve Wills, 1985; Lin vd., 1985; Raffaelli vd., 2013). Temel etki modelinin tersine, stres verici bir yaşantının olmadığı durumlarda sosyal desteğin yokluğu fiziksel sağlık ve iyi oluş üzerinde olumsuz bir etki yaratmamaktadır (Cohen ve Wills, 1985).

Çevresel koşulların bireyi zorladığı durumlarda bireyin sosyal ilişki ve bağlarının zayıflaması ya da kopması hastalanma riskini arttırabilmektedir. Bu tarz durumlarda bireyin çevresinden aldığı sosyal destek, bu zorlu çevresel koşulların neden olduğu stresi hafifletmek için bir kaynak olarak hizmet etmektedir (Cassel, 1974). Bu modele göre sosyal destek, bir stresli olayın yaşanmasını veya stres tepkilerini azaltarak veya önleyerek kişinin stresle başa çıkma yeteneğini artırabilmektedir. Başkalarının destek sağlayabileceği veya sağlayacağı düşüncesi, bir durumun potansiyel zararını yeniden değerlendirmesine yardımcı olabilmektedir. Bu da bireyin zorluklarla baş etme gücünü arttırmakta ve belirli bir durumu çok stresli olarak algılamasını engelleyebilmektedir. Ayrıca, stres tepkisini azaltarak veya doğrudan fizyolojik süreçleri etkileyerek stres deneyimini ve olumsuz sonuçlarını engelleyebilmektedir (Cohen ve Wills, 1985; Turner ve Brown, 2010).

2.2.2. Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalama ve Sosyal Destek

Ruhsal hastalığa sahip olan bireyler kalıp yargılara ve toplumun ruhsal hastalıklar için geliştirmiş olduğu etiketlere maruz kalabilmektedir (Çam ve Çuhadar, 2011; Ritsher vd., 2003). Dolayısıyla birey bu etiketi kabullenmek istemese de kendini bu etikete uygun davranışlar sergilerken bulmaktadır. Toplumun “ruhsal hastalıklı, tehlikeli, işe yaramaz” şeklindeki kalıp yargılarını kabul etmiş şekilde davranmakta ve böylece içselleştirilmiş damgalama süreci başlamış olmaktadır (Haghithat, 2001; Ritsher vd., 2003). İçselleştirilmiş damgalama süreci ile birey toplumdan soyutlanma, dışlanma ve sosyal izolasyon yaşamaktadır. Bu sebeple çevresindeki arkadaş sayısı, destek alabileceği insanlar azalmakta, sosyal ilişkileri zarar görmektedir (Corrigan ve Rao, 2012). Bu çerçeveden bakıldığında, bireyin sosyal ilişkilerindeki zayıflık, kaygı ve değersizlik duyguları diğer bir ifadeyle düşük

sosyal destek algısı ruhsal hastalık geliştirme riskini (Hefner ve Eisenberg, 2009; İraz vd., 2021), tedaviye uyumunu ve sosyal işlevselliğini (Üstündağ ve Kesebir, 2013) olumsuz yönde etkilemektedir. Bunların sonucunda birey kendisini kısır bir döngünün içerisinde bulmaktadır. Damgalama karşısında duygusal zedelenme yaşayan bireyin benlik saygısı azalmakta, aile ilişkileri zarar görmektedir. Sosyal ilişkiler, arkadaş edinme ve arkadaşlığı sürdürme güçlükleri ortaya çıkmaktadır (Doğanavşargil Baysal, 2013). Diğer bir ifadeyle bozulan sosyal ilişkiler ve azalan işlevsellik, düşük sosyal destek düzeyine; düşük sosyal destek düzeyi ise daha fazla içselleştirilmiş damgalama düzeyine, tedavinin sekteye uğramasına, ruhsal hastalık geliştirme riskinin artmasına sebep olmaktadır (Albayrak, 2019; Baysan Arabacı, 2015; Üstündağ ve Kesebir, 2013).

Sosyal destek, bireylerin stres verici yaşam olaylarına ve bu olaylar sonrasında ortaya çıkan çeşitli ruhsal hastalıklarla başa çıkma sürecinde oldukça kritik bir role sahiptir. (Çamaş, 2017; Mickelson, 2001; Windle, 1992; Zhou, 2013). Sosyal desteğin varlığı ile depresif semptomlar (Arslantaş ve Ergin, 2011; Görgü, 2005; Windle, 1992; Wang vd., 2014; Yüzer vd., 2010; Zyrianova vd., 2006) yaşanan kaygı (Birtel vd., 2017; Coşkun ve Akkaş, 2009; Toker ve Kalıpçı, 2018; Zyrianova vd., 2006); obsesif kompulsif belirtiler (Jibeen, 2016) gibi psikiyatrik semptomlar azalmaktadır. Benzer şekilde bireyin iyi oluş düzeyi, psikolojik sağlamlık düzeyi de sosyal desteğin varlığı ile artmaktadır (Bıyıklı, 2020; Terzi, 2008). Bu perspektiften ele alındığında, ruhsal hastalığı olan bireyler için sosyal destek büyük önem taşımaktadır. Bireyin semptomlarıyla baş etme sürecinde, sosyal destek kolaylaştırıcı bir rol oynamaktadır. İçselleştirilmiş damgalamanın ruhsal hastalığı olan bireyin iyi oluşunu baltalayan bir süreç olduğu düşünüldüğünde, sosyal destek içselleştirilmiş damgalama ile mücadelede önemli bir kaynak olarak karşımıza çıkmaktadır. Nitekim yapılan çalışmalar algıladığı sosyal destek düzeyi daha yüksek olan bireylerin daha az içselleştirilmiş damgalama yaşadığını göstermektedir (Cebeci, 2021; Chronister vd., 2013; Korkmaz ve Küçük, 2016; Özdamar Ünal vd., 2022).

Literatürde sosyal destek ve içselleştirilmiş damgalama düzeyleri arasındaki ilişkilerin incelendiği çok sayıda çalışma bulunmaktadır. Örneğin, Chronister vd. (2013) tarafından New York ve Boston da yaşayan ciddi ruhsal bozukluğu olan 101 yetişkinle yapılan çalışmaya göre, ciddi ruhsal bozukluğu olan bireyler düşük düzeylerde sosyal destek algılamaktadır. Ayrıca toplumsal damgalanma ve ruhsal

sağlığın iyileşmesi arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Daha yüksek düzeyde duygusal ve maddi destek algılayan bireylerin daha düşük içselleştirilmiş damgalanma düzeylerine sahip olduğu saptanmıştır. Bu da toplumsal damgalanmanın ruhsal hastalığın iyileşmesi üzerindeki olumsuz etkisini azaltmaktadır. Chou vd. (2013) ise, madde kullanan 51 birey ile çalışma yürütmüşlerdir. Bu çalışmada maddeyi kötüye kullanan bireylerin algıladığı sosyal desteğin içselleştirilmiş damgalama ve baş etme davranışları üzerindeki rolü incelenmiştir. Buna göre madde kullanan bireylerde sosyal destek, içselleştirilmiş damgalamanın olumsuz etkisini azaltıcı bir rol oynamaktadır. Galvan vd. (2008) sosyal desteğin, bireylerin stresli yaşam olaylarını daha az olumsuz yorumlamalarına olanak sağladığı, bireyleri ayrımcılık gibi stres faktörlerinin olumsuz etkilerine karşı koruduğu varsayımına dayanarak HIV (Human Immunodeficiency Virus) olan Afrikalı Amerikalılarda algılanan sosyal destek ve algılanan HIV damgası arasındaki ilişkiyi araştırmıştır. Ayrıca sosyal desteğin aile, arkadaş ve özel bir boyutlarından yalnızca arkadaş desteği HIV damgası ile ilişkili bulunmuştur. Bireylerin arkadaşlarından aldığı sosyal destek düzeyi yükseldikçe, algılanan HIV damgası azalmaktadır. Bu sonuçlara bağlı olarak, damgalamanın olumsuz etkisini ortadan kaldırmak ya da hafifletmek için sosyal desteğin tedavi planlarına eklenmesi gerektiği vurgulanmaktadır. Benzer bir çalışma da Wu vd. (2015) tarafından HIV ile yaşayan bireylerde algılanan damgalama, sosyal destek ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi incelemek için yapılmıştır. Bu çalışmanın sonuçlarına göre, bireylerdeki damgalama algısı ve algılanan sosyal destek, bireylerin yaşam kalitesi ile ilişkili bulunmuştur. Diğer bir ifadeyle, algılanan damgalamayı azaltmak ve aileden alınan sosyal desteği güçlendirmek, HIV ile yaşayan bireyin yaşam kalitesini arttırmak için oldukça önemlidir. Yine Li vd. (2009) Tayland'da HIV/AIDS ile yaşayan bireylerde HIV ile ilgili damgalama ve sosyal destek arasındaki ilişkileri ve bu süreçlerin depresyon üzerindeki etkisini incelemişlerdir. Çalışmanın sonuçlarına göre, HIV ile yaşayan bireylerde duygusal destek azlığı daha yüksek depresyon düzeyi ile ilişkili bulunmuştur. Ayrıca yüksek algılanan damgalama ve içselleştirilmiş damgalama düzeyinin daha yüksek düzeyde depresyon ile ilişkili olduğu saptanmıştır.

Korkmaz ve Küçük (2016) psikiyatri kliniğinde yatan hastalarda içselleştirilmiş damgalama ve aile desteği arasındaki ilişkiyi tanımladıkları bir çalışma yapmışlardır. Bu çalışma yatarak tedavi alan 224 psikiyatri hastası ile yapılmıştır. Çalışmanın

sonuçlarına göre, bireylerin ailelerinden aldıkları sosyal destek azaldıkça, içselleştirilmiş damgalama düzeyleri artmaktadır. Kök'ün (2014) çalışmasında ise şizofreni ve bipolar bozukluğu olan hastalarda, içselleştirilmiş damgalama ile benlik saygısı ve sosyal destek arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Buna göre benlik saygısı ve algılanan sosyal destek azaldıkça içselleştirilmiş damgalama düzeyi artmıştır.

Koçoğlu (2017) ise obsesif kompulsif bozukluğu olan bireylerde, psikolojik yardım arama tutumlarıyla ilgili faktörleri incelemiştir. Bu çalışmaya göre OKB bireyin hayatında engel yaratmasına ve oldukça sıkıntı vermesine rağmen bununla ilgili profesyonel psikolojik yardım arayışı yıllarca ertelenebilmektedir. Buna dayanarak bu çalışmada yardım arayışı ile ilişkili olabileceği düşünülen semptom şiddeti, girici düşünce içeriği, OKB dışındaki psikolojik semptomlar, algılanan sosyal destek ve içselleştirilmiş damgalama incelenmiştir. Çalışmanın sonuçlarına göre, OKB'si olan bireylerin yaşadığı semptom şiddeti ve OKB dışındaki psikolojik semptomlar arttıkça, özel birinden ve arkadaştan algılanan sosyal destek azaldıkça, içselleştirilmiş damgalama düzeyi artmaktadır. Aileden ve arkadaştan alınan sosyal desteğin artması, olumlu yardım arama tutumu ile ilişkili bulunmuştur. Sosyal destek hem içselleştirilmiş damgalama düzeyini azaltmakta hem de olumlu yardım arama tutumlarına teşvik etmektedir.

2.3. Benlik Kavramı ve Benlik Saygısı

Benlik ve benlikle ilgili kavramlar uzun yıllar boyunca birçok araştırmaya konu olmuştur (Bacanlı, 1990). Psikolojide benlik kavramının temellerini William James atmıştır. James'e göre benlik bireyin kendisidir. Diğer bir ifadeyle, fiziksel özellikler, yetenekler, sosyal beceriler bireyin benliğini oluşturmaktadır. James benliği, bilinen ben ve bilen ben olarak iki boyutta incelemektedir. Buna göre bilen ben, bireyin kendine yönelik algıları iken; bilinen ben ise bireyin diğerleri tarafından algılanan yönünü içermektedir (James, 1890). Benlik kavramı, bireyin kendisini, bireysel özelliklerini, becerilerini tanımasıdır. Bireyin kendisi hakkında sahip olduğu bilgilerin toplamıdır. Bireyin "ben kimim" sorusuna verebileceği yanıtlar benlik kavramını oluşturmaktadır (Burns ve Dobson, 1984). Kihlstrom ve Cantor (1984) ise benlik kavramını bireyin kendisi hakkındaki bilgilerinden oluşan bilişsel bir şema olarak tanımlamaktadır. Benzer bir şekilde Aydın'a (1996) göre benlik bireyin kendisi ile ilgili algılamalarının, bireysel atıflarının, geçmiş yaşantılarının, gelecekteki hedeflerinin ve sosyal rollerinin kendi zihninde temsil ediliş biçimidir.

Tüm bunlara göre, benlik kavramımıza, kendimizi nasıl algıladığımıza uyan şeylere eğilimliyizdir ve benlik kavramımıza uygun olan şeyleri yaparken kendimizi daha güvenli hissederiz. Örneğin birey kendisini utangaç, topluluk önünde konuşmaya alışık olmayan biri olarak tanımlarsa, topluluk önünde konuşmaktan rahatsız olacaktır. Ya da okumayan birisinin kütüphaneye gitmesi veya günlük gazete satın alması pek olası değildir (Aydın, 1996). Diğer bir ifadeyle bireyin kendisini nasıl tanımladığı -benlik kavramı- deneyimlerinde motive edici bir kaynak olarak rol oynamaktadır. Bireyler genellikle kendi benlik kavramına uyacak şekilde davranmaya çalışmaktadır. Kendimiz hakkındaki inanç sistemimize eklemek için yeni bilgiler ile karşılaştığımızda, kendimizle ilgili olmadığını düşündüğümüz parçaları filtrelememiz olasıdır. Eğer bilgi, benlik kavramımıza uyuyorsa, muhtemelen onu doğru olarak kabul ederiz. Eğer bilgi, kendimizi nasıl gördüğümüzle tutarlı değilse, onu görmezden gelebilir, yanlış yorumlayabilir veya tamamen reddedebiliriz (Burns, 1979; Lawrence, 2000). Bu şekilde inançlarımız dünyayı görme biçimimizi ve bu da davranışlarımızı etkilemektedir (Lawrence, 2000; Plummer, 2005). Benlik kavramı; benlik imgesi, ideal benlik ve benlik saygısı kavramlarını da içeren genel bir terimdir. Buna göre bireyin kendi zihinsel ve fiziksel özelliklerinin farkında olması benlik imajını (kendilik imgesi); kendi istek ve arzularının farkındalığı, ulaşmak istediği benlik ise ideal benliği oluşturmaktadır. Burada asıl önemli nokta bireyin ne olduğu ile ne olmak istediği, diğer bir ifadeyle benlik imgesi ile ideal benlik arasındaki tutarsızlık ve farkın değerlendirilmesidir. Bu ise benlik saygısı olarak adlandırılmaktadır (Lawrence, 2000; Mann vd., 2004).

Benlik saygısı, bir bireyin kendisini değerlendirme ve algılama şeklidir. Bu, hem değerlendirici (kendiyile ilgili düşünceler ve inançlar) hem de duyuşsal (kendiyile ilgili duygular) boyutu içermektedir. Diğer bir ifadeyle benliğe yönelik olumlu veya olumsuz bir tutumdur (Rosenberg, 1965). Bu açıdan bakıldığında benlik saygısı kendimizi kabul etmeyi, onaylamayı ve değerlendirmeyi içermektedir. Bu değerlendirme sonucunda ise birey kendisi hakkında olumlu ya da olumsuz bir görüşe sahip olmaktadır (Burns ve Dobson, 1984; Mcleod, 2008). Bireyler, benlik kavramlarını ideal bir benlikle karşılaştırma ve değerlendirme eğilimi içerisindeyler. Bu öz değerlendirmeler sonucunda kendileriyle ilgili yargılar ve duygular oluşturmaktadırlar (Mann vd., 2004; Plummer, 2005). Buna bağlı olarak da

bazı bireyler yüksek benlik saygısı, bazı bireyler ise düşük benlik saygısı özellikleri göstermektedirler (Bordens ve Horowitz, 2008).

Düşük benlik saygısı olan bireylerin kendilerine verdikleri değer azalmıştır. Kendilerini tatmin edici bir ilişkiye layık olduklarına inandırmaları çok zordur ve buna bağlı olarak da yakın bağ kurma konusunda sıkıntı yaşamaktadırlar. Reddedilmeye ve başarısızlığa karşı aşırı duyarlıdırlar. Bu yüzden reddedilmeden önce diğerini reddederler ya da kendilerini bu tür üzücü durumlardan korumaya odaklanmaktadır. Öz güvenleri düşüktür, başarısızlık korkusuyla bir işi denemek ve bu iş için çabalamakta isteksizdirler. Kendilerini küçümseme ve kendilerinden memnun olmama genel özellikleri arasında yer almaktadır. Çoğu durumda ilk hedefleri başarısızlık, aşağılanma, reddedilme gibi olumsuz durumlardan kaçınmak olmaktadır (Mann vd., 2004; Plummer, 2005; Rosenberg, 1965; Tice, 1993).

Gerçek benliğimiz ile ideal benliğimiz arasında iyi bir eşleşme olduğunda başka bir deyişle gerçek benliğimiz ile ideal benliğimiz arasındaki fark daha az olduğunda, tatmin duyguları ve yüksek öz saygı yaşarız. Öz saygısı yüksek olan bireyler kendi resimlerinden, kendi özelliklerinden, kim olduklarından memnundurlar ve gözlemledikleri benlikten pişmanlık, utanç duymazlar (Bordens ve Horowitz, 2008; Rosenberg, 1965; Zeigler-Hill, 2013). Öz saygısı yüksek olan bireyler, var olan özelliklerine saygı duyar ve kendilerine değer verirler. Ancak bu durum, bireyin kendine hayranlık duymasını ya da başkalarının ona hayranlık beslemesini gerektirmemektedir. Bireyin kendinden memnun olmasının altında hayranlık beklentisi bulunmamaktadır. Diğer bir ifadeyle bu bireyler kendilerini oldukları gibi kabul ederler ve eksiklerinin, erdemlerinin, arzularının farkındadırlar. Kendilerini geliştirmek için çaba içerisindeyler. Başarısızlık karşısında öz saygısı düşük olan bireylere göre daha inatçıdırlar ve hemen pes etmezler. Bu bireyler sınırlarını tanımakta ve kendini geliştirme gayesi ile eksikleri için çabalamaktadırlar (Baumeister, 2010; Rosenberg, 1965; Zeigler-Hill, 2011; Zeigler- Hill, 2013).

2.3.1. Ruhsal Hastalıklarda Benlik Saygısı

Benlik saygısı günlük deneyimlerimizin önemli bir yönüdür (Zeigler-Hill, 2011). Benlik saygısı düzeyi; sosyal ilişkiler, dünyayı algılama biçimi, sevgiyi gösterme ve alma şekilleri, hayata dair seçimler, eksiklerini fark edip değiştirme gücü gibi birçok faktör üzerinde etkilidir (Güloğlu ve Kararımak, 2010).

Yapılan alışmalar benlik saygısının bireyin sağlığına ve yaşam kalitesine katkıda bulunan psikolojik bir faktör olduğunu göstermektedir (Greenberg vd., 1992; Mann vd., 2004; Zeigler- Hill, 2011). Örneğin, yüksek benlik saygısının bireyin öznel iyi oluşu, ruhsal iyi oluşu ve mutluluk düzeyi ile ilişkili olduğu; düşük benlik saygısının ise psikopatolojiler ile ilişkili olduğu görölmektedir. Tüm bunlarla birlikte düşük benlik saygısı, uyumsuzluğa ve gerçeklerden kaçınmaya yol açmaktadır. Dolayısıyla düşük benlik saygısı, günlük problemlerle başa çıkmada zorluk ve işlevselliğin bozulması ile birlikte psikiyatrik hastalıklara giden bir sürecin başlamasını hızlandırmaktadır (Evans, 1997; Mann vd., 2004; Zimmerman, 1999). Tüm bunlardan hareketle benlik saygısının çeşitli ruhsal bozuklukların gelişiminde önemli bir rolü olduğu görölmektedir (Mann vd., 2004). Nitekim DSM V'e göre, düşük benlik saygısı, majör depresif bozukluk, anksiyete bozuklukları, yeme bozuklukları, distimik bozukluk, disosyatif bozukluk, borderline, narsistik, bağımlı ve çekingen kişilik bozukluğu gibi çeşitli hastalıklar için bir tanı kriteri veya ilişkili bir özellik olarak önemli bir bileşendir (Mann vd., 2004; Zeigler- Hill, 2011). Silverstone ve Salsali (2003), 1190 katılımcı ile gerçekleştirdikleri çalışmada, tüm psikiyatri hastalarının bir dereceye kadar düşük benlik saygısından muzdarip olduğunu göstermektedir. Bu çalışmaya göre düşük benlik saygısı ile psikiyatrik bozuklukların başlangıcı arasında bir kısır döngü bulunmaktadır. Çalışmadan elde edilen sonuçlara göre düşük benlik saygısı psikiyatrik bozuklukların gelişimine yatkınlığı arttırmaktadır ya da psikiyatrik bir bozukluğun varlığı benlik saygısını azaltmaktadır.

Orth vd. (2009) üç boylamsal çalışmanın verilerini kullandıkları araştırmalarında düşük benlik saygısının depresyon için bir risk faktörü olduğunu bulmuşlardır. Buna göre, benlik saygısı düşük olan bireyler hem klinik düzeylerde hem de daha hafif depresif duygulanım biçimleri olmak üzere depresyona daha yatkın oldukları ve depresif bireylerin kendilerini değersiz, yetersiz ve eksik hissetme olasılıklarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Düşük benlik saygısı ile depresyonun ilişkili olduğu iyi belgelenmiş olsa da ilişkinin kesin doğası, devam eden bir tartışma konusudur. Kendilikle ilgili olumsuz bilişlerimiz, depresyonun sürdürölmesi ve nüksetmesi için etiyolojik öneme sahiptir (De Raedt vd., 2006). Bu ilişkinin etiyolojisini anlamlandırmak için pek çok model ortaya atılmıştır. Bu modellerden biri incinebilirlik modeli (vulnerability model), bir diğeri ise yaralanma

(scar model) modelidir (Orth ve Robins, 2013). İncinebilirlik modelinde, düşük benlik saygısı kavramsallaştırılmıştır. Düşük benlik saygısı bireyi depresyon yaşamaya yatkın hale getiren sabit bir birey faktörü olarak tanımlanmıştır (Klein vd., 2011). Diğer bir ifadeyle düşük benlik saygısı depresyon için nedensel bir risk faktörüdür. Bu modele göre, benlik saygısının düşmesi bireyi psikiyatrik bozukluklara karşı daha incinebilir hale getirmektedir (Orth ve Robins, 2013; Zeigler-Hill, 2011). Yaralanma modeli ise, düşük benlik saygısının depresyonun bir nedeni olmaktan çok bir sonucu olduğunu ileri sürmektedir. Bu modelde, depresyonun, depresif bir döneminin dahi, benlik saygısını bozduğu varsayılmaktadır. Diğer bir ifadeyle depresyon deneyimleri, bireyin benlik saygısı düzeyinde düşüşlere yol açmaktadır (Shahar ve Davidson, 2003; Zeigler-Hill, 2011).

Sheslow vd. (1993) obez çocuklarda benlik saygısı ve depresyon arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Çalışmanın sonuçlarına göre depresyon düzeyi arttıkça benlik saygısı azalmıştır. Şahin Baltacı ve Altan'ın (2016) lise öğrencileriyle yaptığı çalışmada da benlik saygısı ve depresyon arasında negatif bir ilişki olduğu ve depresyonun benlik saygısını yordadığı bulunmuştur. Bir başka çalışmada sağlık yüksekokulu öğrencilerinde benlik saygısı ve depresyon arasında negatif yönde orta düzeyde bir ilişki bulunmuştur (Tekir vd., 2018). Yapılan bir başka çalışmaya göre ise tedavi süresince artan benlik saygısı düzeyleri bireylerin depresif semptomlarının azalmasını sağlamıştır (Toledano vd., 2020).

Greenberg vd. (1992) tarafından yapılan çalışmada benlik saygısının kaygıyı engelleme veya azaltma özelliğini test etmek için üç çalışma gerçekleştirilmiştir. Çalışmada benlik saygısının kaygıyı azaltıcı ve engelleyici işlevine dair kanıtlar elde edilmiştir. İzgiç vd. (2004) tarafından yapılan başka bir çalışmaya göre ise sosyal kaygı seviyesi yüksek bireyler daha düşük benlik saygısı puanları bildirmişlerdir. Taylor ve Del Pilar (1992) 16-43 yaşları arasındaki 30 erkek katılımcı ile yaptıkları çalışmada benlik saygısı ve kaygı arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Başka bir çalışmada ise sosyal kaygı bozukluğu olan bireyler ile sağlıklı bireyler benlik saygısı düzeyleri açısından karşılaştırılmıştır. Çalışmaya göre sosyal kaygısı olan bireylerin benlik saygısı puanlarının, sağlıklı bireylere göre daha düşük olduğu ve sosyal kaygı puanları ile benlik saygısı arasında negatif yönde bir ilişki bulunduğu saptanmıştır (Iancu vd., 2015). Sarı vd. (2018) lise öğrencilerinde sınav kaygısı ve benlik saygısı arasındaki ilişkiyi değerlendirmiştir. Buna göre daha

yüksek benlik saygısı düzeyine sahip olanların daha az sınav kaygısı yaşadığı belirlenmiştir. Benzer bir sonuç Basco ve Han'ın (2016) üniversite öğrencilerinde yaptığı çalışmasında da mevcuttur. Bu çalışmaya göre ise düşük kaygı seviyeleri yüksek benlik saygısı düzeyleri ile ilişkili bulunmuştur.

Literatürde benlik saygısı ile OKB arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmaların ise oldukça sınırlı olduğu görülmektedir (Toledano vd., 2020). Örneğin, Ehntholt vd. (1999) yaptıkları araştırmada sağlıklı bireyler ile OKB ve anksiyete bozukluğu olan bireylerin benlik saygısı düzeylerini karşılaştırmışlardır. Bu değerlendirmeye göre hem OKB hem de kaygı bozukluğu olan bireylerin benlik saygısı düzeylerinin, sağlıklı bireylerin benlik saygısı düzeyinden daha düşük olduğu belirlenmiştir. Biby (1998) çalışmasında OKB ve düşük benlik saygısı arasında negatif yönde anlamlı ilişkiler bulmuştur. Bu çalışmaya göre benlik saygısı puanları azaldıkça obsesif kompulsif eğilimler artmaktadır. Aytaş (2019) OKB tanısı almış bireyler ile sağlıklı bireylerin benlik saygısı düzeylerini karşılaştırdığında, OKB tanısı almış bireylerin benlik saygısı düzeylerinin, sağlıklı olan gruba göre daha düşük olduğunu saptamıştır. Benzer şekilde Aytan (2010) tarafından yapılan araştırmada da OKB olan bireylerin benlik saygısı düzeylerinin sağlıklı bireylere göre daha düşük olduğu bulunmuştur. Toledano vd. (2020) ise çalışmasında tedaviye alınan OKB hastalarının ortalama benlik saygısı düzeylerinin OKB şiddeti ile negatif yönde ilişkili olduğunu saptamıştır.

2.3.2. Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalama ve Benlik Saygısı

Ruhsal bir hastalık tanısı aldıktan sonra bireyin kendisiyle ilgili olumsuz bilişlerinin ortaya çıkması, bireyin daha önce toplumun ruhsal hastalıklarla ilgili yargılarından haberdar olmasıyla yakından ilişkilidir (Haghithat, 2001). Bireyin sahip olduğu bu olumsuz bilişler zaman içerisinde benlik saygısında azalmaya yol açmaktadır (Lawrence, 2000; Rosenberg, 1965). Bu durum bireyin tedaviye uyumunu olumsuz yönde etkileyerek hastalık süresinin uzamasına ve belirtilerinin artmasına sebep olmaktadır (Üstündağ ve Kesebir, 2013). Bu durumdan kişinin sosyal yaşamı da negatif bir şekilde etkilenmektedir (Beyazyüz vd., 2015; Tel ve Ertekin Pınar, 2012). Aynı zamanda düşük benlik saygısı olan bireylerin reddedilmeye duyarlı, kendinden memnun olmayan ve kendini küçümseyen özelliklerde olması (Mann vd., 2004; Rosenberg, 1965; Tice, 1993) toplumun kalıp

yargılarını kabullenmesi ve içselleştirmesi sürecini daha kolay hale getirmektedir (Plummer, 2005). Damgalanmış bireyler sosyal olarak geri çekilme, üretkenlik kaybı ve düşük benlik saygısı seviyeleri gibi çok çeşitli sosyal ve duygusal sonuçlarla karşı karşıya kalmaktadır (Shalaby vd., 2014). Benlik saygısı bireyin kendine yönelik olumlu biliş ve duygularını içerirken; içselleştirilmiş damgalama bireyin kendisine yönelik olumsuz biliş ve duygularını içermektedir. Dolayısıyla bu iki kavram birbiri üzerinde negatif etki yaratmaktadır (Çağlayan, 2019). Diğer bir ifadeyle damgalamayı içselleştiren bireylerin, bu damgalayıcı inançları reddeden bireylere kıyasla daha düşük düzeyde benlik saygısı bulunmaktadır. Ya da içselleştirilmiş damgalama benlik saygısı üzerinde olumsuz etkiler yaratmaktadır. Bu açıdan bakıldığında damgalamanın ruhsal bir hastalığı anlamaya, önlemeye ve tedavi etmeye çalışan herkesin karşılaştığı bir problem olduğu görülmektedir (Hayward vd., 2002; Lysaker vd., 2007; Shalaby vd., 2014).

Çağlayan'ın (2019) dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısı almış çocuk ve ergenlerle yaptığı çalışmada içselleştirilmiş damgalamanın benlik saygısı ile negatif yönde anlamlı düzeyde ilişkili olduğu görülmüştür. Buna göre birey tanı alması nedeni ile damgalamayı içselleştirmekte, içselleştirilmiş damgalama ise benlik saygısını azaltmaktadır. Psikiyatri hastaları ile yapılan bir başka çalışmaya göre içselleştirilmiş damgalama düzeyi yüksek olan bireyler daha düşük benlik saygısı düzeylerine sahiptir (Shalaby vd., 2014). İsrail'de bir psikoterapi kliniğinde majör depresyon tanılı 54 hasta ile gerçekleştirilen çalışmaya göre ise, içselleştirilmiş damgalama düzeyleri yüksek olan bireyler depresyon ölçeğinden daha fazla puan almıştır ve damgalama düzeyleri yüksek olan bireyler düşük olanlara kıyasla daha düşük benlik saygısı düzeyine sahiptir (Werner vd., 2009). Çeşitli kültürlerden bireylerle yapılan multinasyonel gözden geçirme çalışmasına göre içselleştirilmiş damgalama daha yüksek düzeylerde depresyon ve psikiyatrik semptom şiddeti ve daha düşük düzeylerde benlik saygısı ve iyileşme yönelimi ile ilişkili bulunmuştur (Boyd vd., 2014). Hayward vd. (2002) tarafından yapılan çalışmaya göre ise benlik saygısı ve içselleştirilmiş damgalama arasındaki ilişki çift yönlüdür. Her iki kavram da birbirini etkilemektedir. Diğer bir ifadeyle içselleştirilmiş damgalamanın artışı ile benlik saygısı azalırken; azalmış benlik saygısı düzeyi damgalamanın daha fazla içselleştirilmesine yol açabilmektedir. Yakar'ın (2019) 17 çalışmayı dahil ettiği meta analiz çalışmasının sonuçlarına göre de benlik saygısı ve içselleştirilmiş damgalama

arasında negatif yönde anlamlı düzeyde bir ilişki bulunmuştur. Benzer şekilde Beyazyüz vd. (2015) ve Kök ve Demir'in (2018) çalışmalarında da içselleştirilmiş damgalama ile benlik saygısı negatif yönde ilişkili bulunmuştur.



3. YÖNTEM

Bu bölümde, araştırma ile ilgili örneklem, veri toplama araçları ve araştırma verilerinin yorumlanmasında kullanılan istatistiksel yöntemlere ilişkin bilgilere yer verilmektedir.

Mevcut araştırma, tarama tipi araştırma yöntemlerinden olan ilişkisel tarama modeli kullanılarak oluşturulmuştur. İlişkisel tarama modelleri birden fazla özelliğe ilişkin veri toplanarak bu özellikler arasındaki ilişkileri, ilişkilerin derecesini ve birlikte değişimin varlığını ortaya koymayı amaçlayan modellerdir (Can, 2017). Bunun yanında mevcut araştırma kesitsel bir araştırmadır. Kesitsel çalışmalarda, bireyler veya olaylar belirli bir zaman diliminde analiz edilmektedir. Bu tür araştırmalarda, popülasyonun anlık belirli bir durumu değerlendirilmekte ve bu anlık değerlendirme, incelenen değişkenlerin mevcut durumunu anlamaya yönelik anlık bir kesit sunmaktadır (Can, 2017; Karasar, 2012). Bu açıdan bakıldığında mevcut çalışmada anksiyete, depresyon ve OKB hastalarında içselleştirilmiş damgalama düzeyi ile benlik saygısı ve sosyal destek düzeyi arasındaki ilişkiler korelatif yöntem kullanılarak incelenmektedir. Bunun yanında cinsiyet, yaş, eğitim seviyesi, medeni durum, tıbbi tanı, psikiyatri polikliniklerine başvuru durumu ve ailede psikiyatrik hastalık öyküsü değişkenleri açısından içselleştirilmiş damgalama, algılanan sosyal destek ve benlik saygısı düzeylerindeki değişim uygun istatistiksel yöntemlere dayanarak incelenmektedir.

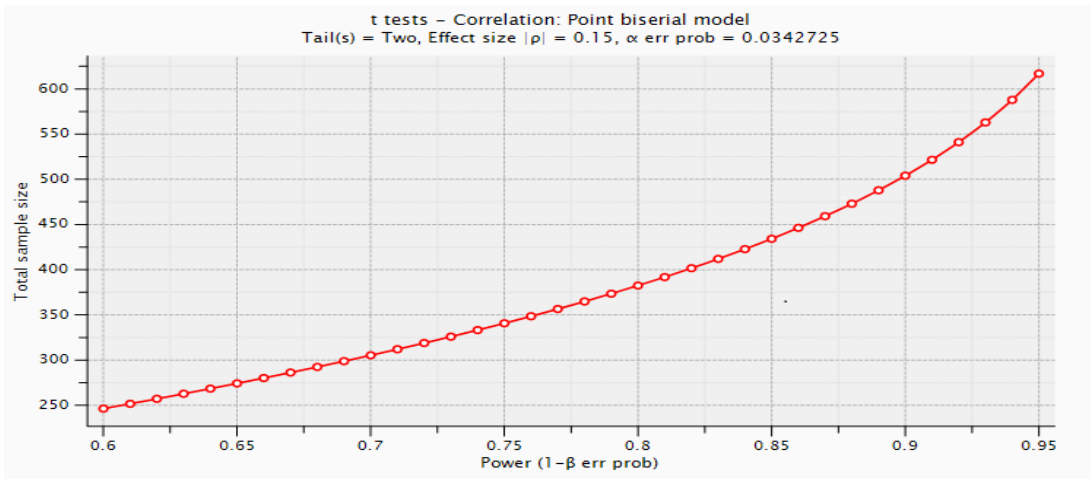
3.1. Katılımcılar

Araştırma örneklemi Erzurum Şehir Hastanesi psikiyatri polikliniğine ayaktan başvuruda bulunan anksiyete bozukluğu, OKB ve depresyon tanısı olan ve Türkiye'nin diğer illerinde olup bu tanılara sahip olan katılımcılar oluşturmaktadır. Katılımcılar amaçsal örnekleme yöntemiyle belirlenmiştir. Katılımcılardan Erzurum Şehir Hastanesi psikiyatri polikliniğine başvuruda bulunanlara yüz yüze erişim sağlanırken, sayının yetersiz kalması ile anket formları online olarak diğer katılımcılara ulaştırılmıştır. Dolayısıyla örneklem hem yüz yüze hem de çevrimiçi olarak ulaşılan katılımcılardan oluşmaktadır. Katılımcıların tanı sınıflandırması, başvurdukları psikiyatristlerin psikiyatrik sınıflandırma sistemini (DSM-IV ya da DSM-V) kullanarak klinik yargılarıyla verdikleri kararlar ile belirlenmiştir. Mevcut çalışmaya dahil edilme kriterleri arasında 18-65 yaş aralığında olmak, en az okur

yazar seviyesinde olmak ve internet erişimine sahip olmak bulunmaktadır. Dolayısıyla, çalışmaya anksiyete, OKB veya depresyon tanılarında herhangi birini alan ve 18-65 yaş aralığında, en az okur yazar seviyesinde olan ve internet erişimi bulunan bireyler dahil edilmiştir. Mevcut çalışmaya online olarak katılım sağlayan bireylerin var olan tanılarına dair verdikleri öz bildirimler doğru kabul edilerek çalışmaya dahil edilmiştir. Online formlarda tanısı ile ilgili işaretlemelerde bulunmayan katılımcılar diğer ölçek maddelerine işaretlemelerde bulunamamış dolayısıyla çalışmaya dahil edilmemişlerdir. Anksiyete bozukluğu, OKB ve depresyon dışında psikiyatrik tanısı olan (şizofreni, bipolar bozukluk, şizoaffektif bozukluk, akut psikotik bozukluk, kişilik bozukluğu, psikotik özellikli depresyon, alkol madde bağımlılığı) katılımcılar araştırmaya dahil edilmemiştir.

Katılımcılar 18-24, 25-31 ve 32-58 yaş olmak üzere üç gruba ayrılmıştır. Bu yaş sınıflandırması yapılırken Santrock'un (2012) yaşam boyu gelişim dönemlerinden yola çıkılmıştır. Bunun yanında araştırmada kullanılacak analizlerin doğru yapılabilmesi için incelenmiş olan araştırmalardaki yaş grupları baz alınarak oluşturulmuştur (Çalışkan, 2019; Doğanavşargil, 2019; Ersoy ve Varan, 2007; Kök, 2014).

Çalışmanın örneklem büyüklüğü güç analizi ile belirlenmiştir. Anket araştırmalarında en çok kabul gören yaklaşım olan soru sayısının en az 5 katı kadar örneklem kullanılmalı yaklaşımı (Bryman ve Cramer, 2001) temel alınmıştır. Buna göre tüm ölçeklerdeki soru sayısı 59'dur. $59 \times 5 = 295$ olarak bulunmuş olup hatalı doldurulan ölçeklerde düşünülerek örneklem sayısı 400 için G-Power analiz programında çalışmanın gücü hesaplanmıştır (bkz. Şekil 3.1.).



Şekil 3.1. Güç Analizi Sonuçları

Buna göre 400 kişilik bir örneklem ile yapılacak bu çalışmanın gücü 0,81 olarak bulunmuştur. Güç analizi sonucunun 0,80 ve üzeri olmasının kabul edilebilir olduğu (Perezgonzalez, 2015) düşünüldüğünde 400 kişilik bir örneklemin bu çalışma için yeterli olduğu düşünülmektedir.

Tüm bunların ışığında çalışmanın örneklemini en az okur yazar seviyesinde 18-65 yaşları arasında psikiyatri polikliniklerine ayaktan başvuruda bulunan anksiyete bozukluğu, OKB ve depresyon tanılarında birini alan bireyler oluşturmaktadır. Araştırmaya katılan kişilerin (n=400) demografik özellikleri frekans ve yüzdelik değerleri Tablo 3.1’de sunulmuştur.

Tablo 3.1. Demografik özelliklerin dağılımları

	Kişi Sayısı (n=400)	Yüzde (%)
Cinsiyet		
Kadın	294	73.5
Erkek	106	26.5
Yaş Grubu (Ort ±ss)	29.22 ±8.010	
18-24	131	32.8
25-31	134	33.5
32-58	135	33.8
Medeni Durum		
Bekar	225	56.3
Evli	160	40.0
Boşanmış	15	3.8
Eğitim Seviyesi		
İlkokul	3	.8
Ortaokul	15	3.8
Lise	104	26.0
Ön Lisans	95	23.8
Lisans ve Lisansüstü	183	45.8
İkamet Edilen Yer		
İl	311	77.8
İlçe	75	18.8
Köy	14	3.5
Tıbbi Tanı		
Kaygı Bozukluğu	117	29.3
Depresyon	147	36.8
OKB	136	34.0

Başvuru Durumu		
Evet	243	60.8
Hayır	157	39.3
Ailede Ruhsal Hastalık		
Evet	181	45.3
Hayır	219	54.8

Ort=Ortalama; SS=Standart Sapma

Tablo 3.1 incelendiğinde araştırmaya katılan bireylerin %73,5'i (n=294) kadın iken %26,5'i (n=106) erkeklerden oluşmaktadır. Katılımcıların %32,8'i (n=131) 18-24 yaş aralığında iken %33,5'i (134) 25-31 yaş aralığında, %33,8'i (n=135) ise 32-58 yaş aralığındadır. Katılımcıların %56,3'ü (n=225) evli iken, %40,0'ı (n=160) bekar, %3,8'i (n=15) ise boşanmış bireylerden oluşmaktadır. Katılımcıların %0,8'i (n=3) İlkokul, %3,8'i (n=15) ortaokul, %26'sı (n=104) lise, %23,8'i (n=95) ön lisans ve %45,8'i (n=183) lisans ve üstünde eğitim seviyesindedir. Katılımcılardan %77,8'i (n=311) il merkezinde, %18,8'i (n=75) ilçede ve %3,5'i (n=14) köyde ikamet etmektedir. Katılımcıların %29,3'ü (n=117) anksiyete bozukluğu tanılıyken %36,8'i (n=147) depresyon, %34'ü (n=136) ise OKB tanılıdır. Katılımcıların %60,8'i (n=243) birden çok kez psikiyatri polikliniklerine başvurmuşken %39,3'ü (n=157) ilk kez psikiyatri polikliniğine başvurmaktadır. Katılımcıların %43,3'ü (n=181) ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü bulunduğunu ifade ederken, %54,8'inin (n=219) ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü bulunmamaktadır.

3.2. Veri Toplama Araçları

Katılımcılara Kişisel Bilgi Formu, içselleştirilmiş damgalama düzeyini belirlemek için Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalama Ölçeği, algıladıkları sosyal destek düzeyini ölçmek için Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, benlik saygısını belirlemek için ise Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeğinin ilk 10 maddesi uygulanmıştır.

3.2.1. Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalama Ölçeği (RHİDÖ)

Ruhsal hastalıklarda içselleştirilmiş damgalama ölçeği Ritsher vd. (2003), tarafından geliştirilmiş olup Ersoy ve Varan (2007) tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır. RHİDÖ içselleştirilmiş damgalamayı ölçen 29 madde ve 4'lü Likert derecelendirme tipinden (1- Kesinlikle aynı fikirde değilim, 2- Aynı fikirde değilim, 3- Aynı fikirdeyim, 4- Kesinlikle aynı fikirdeyim) oluşan bir öz bildirim ölçeğidir.

RHİDÖ'nün yabancılaşma (6 madde), kalıp yargıların onaylanması (7 madde), algılanan ayrımcılık (5 madde), sosyal geri çekilme (6 madde) ve damgalamaya karşı direnç (5 madde) olmak üzere 5 alt ölçeği bulunmaktadır. Damgalamaya karşı direnç alt ölçeğinin maddeleri ters puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 29, en yüksek puan ise 116'dır. RHİDÖ'den alınan yüksek puanlar, kişinin içselleştirilmiş damgalamasının olumsuz yönde daha şiddetli olduğu anlamına gelmektedir (Ersoy ve Varan, 2007; Ritscher vd., 2003).

RHİDÖ'nün geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yapan Ersoy ve Varan'ın (2007) elde ettiği iç tutarlılık katsayısı .93 olup ölçeğin iki- yarım güvenirliği .89 olarak bulunmuştur.

Bu araştırmada, kullanılan ölçeklerin iç tutarlılık güvenirliği Cronbach Alfa katsayısı kullanarak değerlendirilmiştir. Buna göre Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalama Ölçeği için elde edilen Cronbach Alfa katsayısı .94 olarak hesaplanmıştır.

3.2.1.1. RHİDÖ' nün Alt Ölçekleri ve Maddeleri

3.2.1.1.1 Yabancılaşma

Bu alt ölçek toplumun tam bir üyesi olamama veya “zarar görmüş bir kimliğe” sahip olma konusundaki öznel deyimleri ölçen 6 maddeden (1-5-8-16-17 ve 21) oluşmaktadır. Yabancılaşma alt ölçeğinin iç tutarlılık katsayısı .79 ölçülürken; test-tekrar-test güvenirlik katsayısı ise .68 bulunmuştur (Ersoy ve Varan, 2007; Ritscher vd., 2003).

3.2.1.1.2. Kalıp Yargıların Onaylanması

Bu alt ölçek katılımcıların ruhsal hastalığı olan kişiler hakkındaki “Ruhsal hastalığı olan kişiler şiddete eğilimlidir” ve “Ruhsal bir hastalığım olduğu için topluma herhangi bir katkı olmaz” gibi yaygın kalıp yargılara ne derece katıldığını ölçen 7 madde (2-6-10-18-19-23-29) içermektedir. Kalıp yargıların onaylanması alt ölçeğinin iç tutarlılık katsayısı .72 ve test-tekrar-test güvenirlik katsayısı .94 olarak bulunmuştur (Ersoy ve Varan, 2007; Ritscher vd., 2003).

3.2.1.1.3. Algılanan Ayrımcılık

Bu alt ölçek, “Sadece ruhsal hastalığım olduğu için insanlar beni dikkate almıyorlar” veya “beni daha az ciddiye alıyorlar” gibi başkaları tarafından

kendilerine nasıl davranıldığına ilişkin algılarını belirlemeyi amaçlayan 5 maddeden (3-15-22-25-28) oluşmaktadır. Algılanan ayrımcılık alt ölçeğinin iç tutarlılık katsayısı .75 ve test-tekrar-test güvenirlik katsayısı ise .89 bulunmuştur (Ersoy ve Varan, 2007; Ritscher vd., 2003).

3.2.1.1.4. Sosyal Geri Çekilme

Bu alt ölçek “Ruhsal hastalığımla diğerlerine yük olmak istemediğim için kendimle ilgili konuşmuyorum” ve “Kabul görmemenin önüne geçmek için ruhsal hastalığı olmayan insanlara yakınlaşmaktan kaçınıyorum” gibi davranışları değerlendirmeyi içeren 6 maddeden (4-9-11-12-13-20) oluşmaktadır. Alt ölçeğin iç tutarlılık katsayısı .80 ve test-tekrar-test güvenirlik katsayısı .89 bulunmuştur (Ersoy ve Varan, 2007; Ritscher vd., 2003).

3.2.1.1.5. Damgalamaya Karşı Direnç

Bu alt ölçek “Ruhsal hastalığıma rağmen iyi ve tatminkâr bir hayata sahip olabilirim” gibi içselleştirilmiş damgalamaya direnç veya bundan etkilenmeme deneyimini tasvir etmeyi amaçlayan 5 maddeden (7-14-24-26-27) oluşmaktadır. Damgalamaya karşı direnç maddeleri ters kodlandığı için geçerlilik kontrolü görevi de görmektedir. Alt ölçeğin iç tutarlılık katsayısı .58 ve test-tekrar-test güvenirlik katsayısı ise .80 olarak bulunmuştur (Ersoy ve Varan, 2007; Ritscher vd., 2003).

3.2.2. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)

Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği Zimet, vd. (1988) tarafından geliştirilmiş olup Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması Eker ve Arkar (1995) tarafından yapılmıştır. ÇBASDÖ bireylerin algıladığı sosyal desteği ölçen 12 maddeden oluşmaktadır. Ölçek “kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet” şeklinde 7 dereceli olarak oluşturulmuş likert tipi bir ölçektir. ÇBASDÖ aile desteği, arkadaş desteği ve özel bir insandan alınan destek olarak 3 alt ölçekten oluşmaktadır. Alt ölçekler dörder sorudan oluşmakta olup ölçekteki 3,4,8,11 numaralı maddeler aile desteğini; 6,7,9,12 numaralı maddeler arkadaş desteğini ve 1,2,5,10 numaralı maddeler ise özel bir kişiden alınan desteği ölçmektedir. Ölçekte ters olarak puanlanması gereken herhangi bir madde bulunmamaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 12, en yüksek puan ise 84’ tür. Alt ölçeklerden alınabilecek en düşük puan 4, en yüksek puan ise 28’ dir. Ölçekten alınan yüksek puanlar bireyin algıladığı sosyal desteğin de yüksek olduğunu göstermektedir (Eker ve Arkar, 1995; Zimet vd.,

1988). Eker vd. (2001) tarafından aile ve özel bir insandan alınan destek tanımlarını kültürümüz için daha anlamlı hale getirebilmek amacıyla birtakım uyarlamalara ihtiyaç duyulmuştur. Bu nedenle Eker vd. (2001) ölçeğin gözden geçirilmiş formunun geçerlilik, güvenirlik ve faktör yapısını tekrar incelemişlerdir. Elde edilen sonuçlara göre ÇBASDÖ'nün Cronbach Alfa katsayısı 0.80-0.95 olarak bulunmuştur.

Bu çalışmada ise Cronbach Alfa değeri .93 olarak bulunmuştur.

3.2.3. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ)

Benlik saygısı ölçeği Rosenberg (1963) tarafından geliştirilmiş olup Türkçe geçerlilik güvenirlik çalışması Çuhadaroğlu (1986) tarafından yapılmıştır. Ölçek çoktan seçmeli 63 sorudan ve 12 alt ölçekten oluşmaktadır. Bu alt ölçekler; benlik saygısı, kendilik kavramının sürekliliği, insanlara güvenme, eleştiriye duyarlılık, depresif duygulanım, hayalperestlik, psikosomatik belirtiler, kişilerarası ilişkilerde tehdit hissetme, tartışmalara katılabilme, anne-baba ilgisi, babayla ilişki, psişik izolasyon şeklinde adlandırılmıştır. Rosenberg gerekli görüldüğü durumlarda alt ölçeklerin araştırmalarda ayrı ayrı da kullanılabileceğini belirtmiştir (Çuhadaroğlu, 1986). Bu çalışmanın amacı gereği benlik saygısı alt ölçeği kullanılmıştır.

RBSÖ' nün Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışmasının sonunda benlik saygısı alt ölçeğinin geçerliliğini sınamak için katılımcılar ile psikiyatrik görüşmeler yapılmış olup buna göre elde edilen geçerlilik oranı .71 iken test-tekrar-test güvenirlik katsayısı ise .75 olarak bulunmuştur (Çuhadaroğlu, 1986).

Bu çalışmada ise Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği için Cronbach Alfa değeri .89 olarak bulunmuştur.

3.2.4. Kişisel Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından hazırlanan “Kişisel Bilgi Formu” katılımcıların cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim seviyesi, yaşanılan yer, tıbbi tanısı, daha önce psikiyatri başvurusu olup olmama durumu, ailede ruhsal hastalığa sahip bireylerin olup olmama durumuna yönelik sorulardan oluşmaktadır.

3.3. İşlem

Mevcut araştırmanın etik kurul izni çalışmaya başlanmadan önce Ondokuz Mayıs Üniversitesi Klinik Etik Kurulu tarafından (Karar No: 2021000116-3)

onaylanmıştır. İlk olarak Erzurum Şehir Hastanesinde çalışan psikiyatristlerin DSM-IV ve DSM-V tanı kriterlerine dayanarak verdikleri kararlar ile mevcut çalışmanın örneklem grubuna uygun olarak anksiyete, depresyon ve OKB tanılı hastalardan psikoloğa yönlendirilen hastalar çalışma konusunda bilgilendirilmişlerdir. Katılım için gönüllü olanlara bilgilendirilmiş onam formu verilmiştir. Bu onam formunu onaylayan katılımcılara çalışmanın veri toplama araçları olan “Kişisel Bilgi Formu, Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği” uygulanmıştır. Sıra etkisini kontrol altına alabilmek için ölçekler katılımcılara altı farklı şekilde sunulmuştur. Online çalışmaya katılan bireylerden, çalışmanın amacına uygun tanı kriterlerini karşıladıklarını belirten bir formu doldurmaları istenmiştir. Bu kriterleri karşılamayanlar, sonraki sayfalarda yer alan diğer ölçek maddelerine erişememiştir. Böylece, tanı gruplarına dahil olan bireylerin verdikleri bilgilerin doğru olduğu varsayılmış ve online veriler bu şekilde toplanmıştır. Online katılım sağlayan bireyler için çalışmaya katılmadan önce psikiyatristler tarafından konulmuş OKB, depresyon ve anksiyete tanısına sahip olup olmadığı sorgulanmış ve cevap “hayır” olarak işaretlendiğinde katılımcı diğer ölçek maddelerine ulaşamadığı için çalışmaya katılım gösterememiştir. Bu sayede mevcut tanılar dışında bir tanıya sahip olan yahut tanısı olmayan bireylerin çalışmaya katılmasının önüne geçilmeye çalışılmıştır. Benzer şekilde mevcut çalışmaya online olarak katılım gösteren bireylerin gönüllü bir şekilde katıldıklarını belirtmesi amacıyla onam formu ve bu formdaki ilgili yerleri işaretlemesi istenmiştir.

Mevcut çalışmaya dair veriler Temmuz 2023 ile Şubat 2024 döneminde toplanmıştır. Ölçeklerin katılımcılar tarafından tamamlanması yaklaşık 15-20 dakika aralığında sürmüştür. Ölçekler birebir uygulama ile çözüldüğü için boş bırakma, hatalı doldurma gibi durumlarda katılımcı uyarılmıştır. Ancak yinede birkaç soruyu çözdükten sonra devam etmek istemediğini belirten 18 kişinin formu çalışmaya dahil edilememiştir. Bunun dışında geçersiz, boş bırakılan formlar bulunmamaktadır. Buna ek olarak kişisel bilgi formunda katılımcının tıbbi tanısını işaretlemesi gereken maddeye katılımcıların tıbbi tanısını bildiğine dair işaretlemelerde bulunmasından dolayı “tıbbi tanısını bilmiyor” seçeneğini işaretleyen katılımcı bulunmamaktadır. Tüm bunlar ışığında mevcut çalışmaya 418 kişi katılım sağlamıştır. 18 kişi ölçekleri doldururken yarım bıraktığı için çalışmaya dahil edilememiştir. Sonuç olarak mevcut

araştırmaya 400 kişinin verileri ile devam edilmiştir. 400 kişinin %75'i (300 kişi) Erzurum Şehir Hastanesi psikiyatri polikliniklerine ayaktan başvuran bireylerden oluşurken %25'i (100 kişi) çalışmaya online olarak katılım sağlamıştır.

3.4. Verilerin Analizi

Mevcut çalışmaya dair verilerin analizinde katılımcılara ait ölçümler arası farklılıkların anlamlılık derecesi ve ölçümler arası ilişkiler incelenmiştir. Çalışmaya ait veriler IBM SPSS Statistics 21 programı ile analiz edilmiştir. Mevcut veriler değerlendirilirken kategorik değişkenler için frekans dağılımları, sayısal değişkenler için ise tanımlayıcı istatistikler (ort $\pm$ ss, medyan) kullanılmıştır. Mevcut araştırmanın ölçme araçları olan Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalama Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeğinin güvenilirliği Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı ile belirlenmiştir. Araştırmaya dahil olan katılımcıların ölçek puanları, ilgili ölçek maddelerinin ortalaması hesaplanarak bulunmuştur. İlk olarak analiz yöntemlerini doğru bir şekilde belirleyebilmek için kayıp veriler, uç değerler ve normallik açısından veriler kontrol edilmiştir. Herhangi bir kayıp veri ve uç değer tespit edilmemiş olup analizler 400 katılımcının verileri üzerinden yürütülmüştür. Verilerin normallik analizi Tablo 3.2'de gösterilmektedir.

Tablo 3.2. Normallik analizine ilişkin bulgular

		Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalama	Algılanan Sosyal Destek	Benlik Saygısı
	N	400	400	400
	$\bar{x}$	66,84	48,45	25,58
Skewnes	Çarpıklık Değeri	.056	-.027	.120
	Standart Hatası	.122	.122	.122
Kurtosis	Basıklık Değeri	-.868	-1.170	.512
	Standart Hatası	.243	.243	.243

Verilerin normallik varsayımını karşılama durumu değerlendirilirken çarpıklık ve basıklık katsayıları değerlendirilmiştir. Buna göre Fidell ve Tabachnick (2003) normal dağılım için çarpıklık ve basıklık katsayılarının -1,5 ile +1,5 aralığında olması gerektiğini önermektedir. Bu açıdan bakıldığında ölçümlere dair puanların

Çarpıklık ve basıklık katsayıları $\pm 1,5$ aralığındadır. Buna göre verilerin normal dağılımlı olduğu tespit edilmiştir. Bu sebeple analizlerde parametrik testler kullanılmıştır. Birbirinden bağımsız iki grup arasında farklılık olup olmadığını saptayabilmek için Bağımsız Gruplar için t Testi, birbirinden bağımsız ikiden fazla grup arasındaki farklılığı saptayabilmek için Tek Yönlü Varyans Analizi kullanılmıştır. Tek yönlü varyans analizinde varyansların homojenliği koşulunun karşılanmadığı durumlarda Welch Testi ya da Brown Forsythe Testi'nin kullanılabileceği önerilmektedir (Can, 2017). Buna göre varyansların homojenliği varsayımının karşılanmadığı durumlarda Brown Forsythe Testi uygulanmıştır. İkiden fazla grup arasındaki farkın test edildiği durumlarda, farkın hangi gruplar arasında olduğunu tespit edebilmek amacıyla varyansların homojenliği varsayımının karşılandığı durumlarda alt gruplardaki örneklem sayısı birbirine yakın ise Gabriel Testi, uzak ise Hochberg's GT2 Testi; varyansların homojenliği koşulunun sağlanmadığı durumlarda ise Games Howell Testi kullanılmıştır (Field, 2013). Ek olarak medeni durum, ikamet edilen yer ve eğitim seviyesi değişkenlerinin alt gruplarındaki kişi sayısı 30'dan az olduğu için analizlerde bu değişkenler için parametrik olmayan testler kullanılmıştır. Alt gruplardaki kişi sayısının 30'dan az olduğu durumlarda birbirinden bağımsız iki grup arasında farklılık olup olmadığını saptayabilmek için Mann Whitney U Testi, birbirinden bağımsız ikiden fazla grup arasında farklılık olup olmadığını saptayabilmek için Kruskall Wallis H Testi kullanılmıştır. Pearson Korelasyon Katsayısı ile de sayısal iki değişken arasındaki nedensel olmayan ilişkilerin derecesi belirlenmiştir. Bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkeni ne kadar yordadığına ilişkin bulgular ise oklu Doğrusal Regresyon Analizi ile tespit edilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. İçselleştirilmiş Damgalama, Algılanan Sosyal Destek ve Benlik Saygısı Arasındaki İlişkiler

İçselleştirilmiş damgalama düzeyi, algılanan sosyal destek düzeyi ve benlik saygısı düzeyi arasındaki ilişkiler Pearson Korelasyon Analizi ile incelenmiştir. Ölçek puanları arasındaki korelasyon analizi sonuçları Tablo 4.1’ de yer almaktadır.

Tablo 4.1. Korelasyon katsayıları

Değişkenler	α	1	2	3
(1) RHİD	.94	1		
(2) ÇBASD	.93	-.714	1	
(3) BS	.89	-.712	.617	1

α = Cronbach’s Alpha, RHİD= Ruhsal hastalıklarda içselleştirilmiş damgalama, ÇBASD= Çok boyutlu algılanan sosyal destek, BS= Benlik saygısı

Tablo 4.1 incelendiğinde içselleştirilmiş damgalama puanı ile algılanan sosyal destek puanı arasında yüksek düzeyde negatif yönde ($r=-.714$, $p<.001$); içselleştirilmiş damgalama puanı ile benlik saygısı puanı arasında yüksek düzeyde negatif yönde ($r=-.712$, $p<.001$); sosyal destek puanı ile benlik saygısı puanı arasında orta düzeyde pozitif yönde ($r=.617$, $p<.001$) anlamlı doğrusal bir ilişki olduğu görülmektedir.

4.2. Sosyal Destek Algısı ve Benlik Saygısının İçselleştirilmiş Damgalamayı Ne Kadar Yordadığına İlişkin Bulgular

Benlik saygısı ve algılanan sosyal destek düzeyinin içselleştirilmiş damgalama düzeyini ne kadar yordadığına ilişkin bulguları elde etmek amacıyla Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi yapılmıştır. Analize ilişkin bulgular Tablo 4.2’de yer almaktadır.

Tablo 4.2. Sosyal destek algısı ve benlik saygısının içselleştirilmiş damgalamayı yordamasına ilişkin bulguların Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi ile incelenmesi

	B	Standart Hata	β	t	P
Sabit	113.575	2.037		55.758	<.001
Sosyal Destek Algısı	-.382	.033	-.444	-11.407	<.001
Benlik Saygısı	-.1.104	.098	-.438	-11.264	<.001
R=.793	R ² =.628				
F=335.466	P=<.001				

Tablo 4.2 incelendiğinde sosyal destek algısı ve benlik saygısı içselleştirilmiş damgalama düzeyi için anlamlı yordayıcı değişkenler olarak görülmektedir ($F=335.466$, $R=.793$, $R^2=.628$, $P=<.001$). Sosyal destek algısı ve benlik saygısı değişkenleri birlikte içselleştirilmiş damgalama düzeyindeki varyansın yaklaşık %62,8'ini açıklamaktadır. Beta Katsayısı değerlerine göre etki güçleri sosyal destek algısı ($\beta=-.444$), benlik saygısı ($\beta=-.438$) şeklindedir. Bu sonuca göre içselleştirilmiş damgalama düzeyindeki değişimi en fazla açıklayan değişkenin sosyal destek algısı olduğu görülmektedir.

4.3. Cinsiyet Açısından İçselleştirilmiş Damgalama Düzeyleri

Katılımcıların cinsiyetleri açısından içselleştirilmiş damgalama düzeyleri arasında farklılık olup olmadığını belirleyebilmek için Bağımsız Gruplar için t Testi uygulanmıştır. Sonuçlar Tablo 4.3' de yer almaktadır.

Tablo 4.3. Ölçeklerin puan ortalamalarına göre kadınlar ile erkekler arasındaki farklılığın t Testi ile incelenmesi

	Cinsiyet	N	$\bar{x}$	s	sd	t	p
RHİDÖ	Kadın	294	65,14	15,83	398	-3,514	.000
	Erkek	106	71,56	16,87			

$\bar{x}$ =Ortalama, s= Standart Sapma, sd= Serbestlik Derecesi, T= T Testi, p= Anlamlılık Düzeyi

Bağımsız Gruplar için t Testi sonuçlarına dayanarak oluşturulan Tablo 4.3'e bakıldığında katılımcıların cinsiyetleri arasında içselleştirilmiş damgalama düzeyleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir [$t_{(398)}=-3,514$, $p< .05$]. Ortalamalar üzerinden yapılan değerlendirmeye göre, erkek katılımcıların

içselleştirilmiş damgalama puanlarının ($\bar{x}=71,56$), kadın katılımcılarınkine ($\bar{x}=65,14$) göre anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

4.4. Yaş Açısından İçselleştirilmiş Damgalama Düzeyi

Katılımcıların yaşları açısından içselleştirilmiş damgalama düzeyleri arasında bir farklılık olup olmadığını ortaya koymak için Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) yapılmıştır. İlgili analizin sonuçları Tablo 4.4’ de gösterilmektedir.

Tablo 4.4. Ölçeklerin puan ortalamalarına göre yaş grupları arasındaki farklılığın Tek Yönlü Varyans Analizi ile incelenmesi

	Yaş grubu	N	$\bar{x}$	s	Varyans Kaynağı	KT	Sd	KO	F	p
	18-24 yaş	131	64,62	15,36	G. arası	1207,42	2	603,71		
RHİDÖ	25-31 yaş	134	66,97	16,74	G. içi	105321,66	397	265,29	2,276	.104
	32-58 yaş	135	68,87	16,71	Toplam	106529,08				

$\bar{x}$ = Aritmetik Ortalama, s= Standart Sapma, KT= Kareler Toplamı, KO= Kareler Ortalaması, Sd= Serbestlik Derecesi, F= Anova Değeri, p= Anlamlılık Değeri

ANOVA analiz sonuçlarına göre oluşturulmuş olan Tablo 4.4 incelendiğinde katılımcıların yaşı açısından içselleştirilmiş damgalama düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır [$F_{(2-397)}=2,276, p> .05$].

4.5. Medeni Durum Açısından İçselleştirilmiş Damgalama Düzeyleri

Katılımcıların medeni durumları açısından içselleştirilmiş damgalama düzeyleri arasındaki farklılığı ortaya koymak için Kruskal Wallis H Testi uygulanmıştır. Sonuçlar Tablo 4.5’ te gösterilmektedir

Tablo 4.5. Ölçeklerin puan ortalamalarına göre medeni durum arasındaki farklılığın Kruskal Wallis Analizi ile incelenmesi

	Medeni durum	N	Sıra Ortalama	Sd	X ²	p
	Bekar	225	200,59			
RHİDÖ	Evli	160	188,57	2	19,509	.000
	Boşanmış	15	326,43			

Sd=Serbestlik Derecesi, X²=Kruskal Wallis Analizi, p=Anlamlılık Düzeyi

Tablo 4.5'te görüldüğü gibi, katılımcıların medeni durumları açısından içselleştirilmiş damgalama düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir [$\chi^2_{(2)} = 19,509, p < .05$]. Bu anlamlı farkın hangi gruplardan kaynaklandığını tespit edebilmek amacıyla Mann Whitney U testi uygulanmıştır. İlgili Mann Whitney U testine ilişkin analiz sonuçları Tablo 4.6' da sunulmuştur.

Tablo 4.6. Medeni durum açısından içselleştirilmiş damgalama düzeylerine ilişkin çoklu karşılaştırma bulguları

Medeni Durum	N	SO	ST	U	p
Bekar	225	197,89	44525,50	16899,500	.306
Evli	160	186,12	29779,50		
Bekar	225	115,70	26032,00	607,00	.000
Boşanmış	15	192,53	2888,00		
Evli	160	82,95	13271,50	391,500	.000
Boşanmış	15	141,90	2128,50		

SO= Sıra Ortalaması, ST= Sıra Toplamı, U=Mann Whitney U Testi, p=Anlamlılık Düzeyi

Tablo 4.6 incelendiğinde boşanmış bireylerin içselleştirilmiş damgalama düzeylerinin bekar olan bireylerin içselleştirilmiş damgalama düzeylerinden anlamlı bir şekilde farklılaştığı görülmektedir [$U = 607.00, p < .05$]. Sıra ortalamaları dikkate alındığında ise boşanmış bireylerin içselleştirilmiş damgalama düzeylerine ait sıra ortalamalarının, bekar olan bireylerin içselleştirilmiş damgalama düzeyleri sıra ortalamalarından daha yüksek olduğu görülmektedir. Boşanmış bireylerin içselleştirilmiş damgalama düzeylerinin evli olan bireylerin içselleştirilmiş damgalama düzeylerinden anlamlı bir şekilde farklılaştığı görülmektedir [$U = 391.500, p < .05$]. Sıra ortalamaları dikkate alındığında ise boşanmış bireylerin içselleştirilmiş damgalama düzeylerine ait sıra ortalamalarının, evli olan bireylerin içselleştirilmiş damgalama düzeyleri sıra ortalamalarından daha yüksek olduğu görülmektedir.

4.6. Eğitim Seviyesi Açısından İçselleştirilmiş Damgalama Düzeyleri

Katılımcıların eğitim durumları açısından içselleştirilmiş damgalama düzeyleri arasındaki farklılığı saptayabilmek için Kruskal Wallis H testi uygulanmıştır. Sonuçlar Tablo 4.7'de gösterilmektedir.

Tablo 4.7. Ölçeklerin puan ortalamalarına göre medeni durum arasındaki farklılığın Kruskal Wallis Analizi ile incelenmesi

	Eğitim Seviyesi	N	Sıra Ortalama	Sd	X ²	p
RHİDÖ	İlkokul	3	134,33	4	28,093	.000
	Ortaokul	15	189,10			
	Lise	104	242,63			
	Önlisans	95	214,64			
	Lisans ve lisansüstü	183	171,24			

Sd=Serbestlik Derecesi, X²=Kruskal Wallis Analizi, p=Anlamlılık Düzeyi

Kruskal Wallis H testi sonuçlarına göre oluşturulmuş olan Tablo 4.7 incelendiğinde katılımcıların eğitim durumları arasında içselleştirilmiş damgalama düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir [$\chi^2_4=28,093$, $p<.05$]. Bu anlamlı farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu tespit edebilmek için Mann Whitney U testi uygulanmıştır. İlgili Mann Whitney U testine ilişkin bulgular Tablo 4.8’de sunulmuştur.

Tablo 4.8. Eğitim seviyesi açısından içselleştirilmiş damgalama düzeylerine ilişkin çoklu karşılaştırma bulguları

Eğitim Seviyesi	N	SO	ST	U	p
İlkokul	3	6,67	20,00	14,000	.360
Ortaokul	15	10,07	151,00		
İlkokul	3	28,00	84,00	78,000	.151
Lise	104	54,75	5694,00		
İlkokul	3	29,67	89,00	83,000	.236
Önlisans	95	50,13	4762,00		
İlkokul	3	76,00	228,00	222,000	.570
Lisans ve lisansüstü	183	93,79	17163,00		
Ortaokul	15	45,10	676,50	556,500	.073
Lise	104	62,15	6463,50		
Ortaokul	15	49,40	741,00	621,000	.425
Önlisans	95	56,46	5364,00		
Ortaokul	15	108,53	1628,00	1237,000	.525
Lisans ve lisansüstü	183	98,76	18073,00		
Lise	104	106,82	11109,00	4231,000	.081
Önlisans	95	92,54	8791,00		

Lise	104	176,41	18347,00	6145,000	.000
Lisans ve lisansüstü	183	125,58	22981,00		
Önlisans	95	159,51	15153,50	6791,500	.003
Lisans ve lisansüstü	183	129,11	23627,50		

SO= Sıra Ortalaması, ST= Sıra Toplamı, U=Mann Whitney U Testi, p=Anlamlılık Düzeyi

Tablo 4.8 incelendiğinde lise mezunu olan katılımcıların içselleştirilmiş damgalama düzeylerinin eğitim seviyesi lisans ve üzeri olan katılımcıların içselleştirilmiş damgalama düzeylerinden anlamlı bir şekilde farklılaştığı görülmektedir [$U=6145.00, p < .05$]. Sıra ortalamaları dikkate alındığında ise lise mezunu olan katılımcıların içselleştirilmiş damgalama düzeylerine ait sıra ortalamalarının, eğitim seviyesi lisans ve üzerinde olan katılımcıların içselleştirilmiş damgalama düzeylerine ait sıra ortalamalarından daha yüksek olduğu görülmektedir. Önlisans mezunu olan katılımcıların içselleştirilmiş damgalama düzeylerinin eğitim seviyesi lisans ve üzeri olan katılımcıların içselleştirilmiş damgalama düzeylerinden anlamlı bir şekilde farklılaştığı görülmektedir [$U=6791.500, p < .05$]. Sıra ortalamaları üzerinden yapılan değerlendirmeye göre önlisans mezunu katılımcıların içselleştirilmiş damgalama düzeylerine ait sıra ortalamalarının, eğitim seviyesi lisans ve üzerinde olan katılımcıların içselleştirilmiş damgalama düzeylerine ait sıra ortalamalarından daha yüksek olduğu görülmektedir.

4.7. İkamet Edilen Yer Açısından İçselleştirilmiş Damgalama Düzeyi

Katılımcıların ikamet ettikleri yer açısından içselleştirilmiş damgalama düzeyleri arasındaki farklılığı ortaya koyabilmek amacıyla Kruskal Wallis H Testi yapılmıştır. Sonuçlar Tablo 4.9'da gösterilmektedir.

Tablo 4.9. Ölçeklerin puan ortalamalarına göre ikamet ettikleri yer arasındaki farklılığın Kruskal Wallis Analizi ile incelenmesi

	Yaşanılan yer	N	Sıra Ortalama	Sd	X ²	p
RHİDÖ	İl	311	184,10	2	30,660	.000
	İlçe	75	266,22			
	Köy	14	212,71			

Sd=Serbestlik Derecesi, X²=Kruskal Wallis Analizi, p=Anlamlılık Düzeyi

Kruskall Wallis H Testi sonuçları doğrultusunda oluşturulmuş olan Tablo 4.9 incelendiğinde katılımcıların ikamet ettikleri yer açısından içselleştirilmiş damgalama düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir [$X^2_{(2)} = 30,660$, $p < .05$]. Bu anlamlı farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını saptayabilmek için Mann Whitney U Testi uygulanmıştır. İlgili Mann Whitney U testine ilişkin bulgular Tablo 4.10’da sunulmuştur.

Tablo 4.10. İkamet edilen yer açısından içselleştirilmiş damgalama düzeylerine ilişkin çoklu karşılaştırma bulguları

Yaşanılan yer	N	SO	ST	U	p
İl	311	178,06	55376,00	6860,000	.000
İlçe	75	257,53	19315,00		
İl	311	162,04	50395,50	1879,500	.387
Köy	14	184,25	2579,50		
İlçe	75	46,69	3501,50	398,500	.154
Köy	14	35,96	503,50		

SO= Sıra Ortalaması, ST= Sıra Toplamı, U=Mann Whitney U Testi, p=Anlamlılık Düzeyi

Tablo 4.10 incelendiğinde ilde yaşayan katılımcıların içselleştirilmiş damgalama düzeylerinin ilçede yaşayan katılımcıların içselleştirilmiş damgalama düzeylerinden anlamlı bir şekilde farklılaştığı görülmektedir [$U=6860,000$, $p < .05$]. Sıra ortalamaları üzerinden yapılan değerlendirmeye göre ilçede ikamet eden katılımcıların içselleştirilmiş damgalama düzeylerine ait sıra ortalamaları, ilde ikamet eden katılımcıların içselleştirilmiş damgalama düzeylerine ait sıra ortalamalarından anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmektedir.

4.8. Tıbbi Tanı Açısından İçselleştirilmiş Damgalama Düzeyi

Katılımcıların tıbbi tanıları açısından içselleştirilmiş damgalama düzeyleri arasında farklılık olup olmadığını belirleyebilmek için Tek Yönlü Varyans Analizi uygulanmıştır. Analizden elde edilen sonuçlar Tablo 4.11’de yer almaktadır.

Tablo 4.11. Ölçeklerin puan ortalamalarına göre tanıları arasındaki farklılığın Tek Yönlü Varyans Analizi ile incelenmesi

Tıbbi Tanı	N	$\bar{x}$	s	Varyans Kaynağı	KT	Sd	KO	F	p
Kaygı Bozukluğu	117	61,36	13,65	G. Arası	4977,72	2	2488,86		
RHİDÖ Depresyon	147	68,98	17,19	G. İçi	101551,36	397	255,80	9,730	.000
OKB	136	69,25	16,51	Toplam	106529,08				

$\bar{x}$ = Aritmetik Ortalama, s = Standart Sapma, KT = Kareler Toplamı, KO = Kareler Ortalaması, Sd = Serbestlik Derecesi, F = Anova Değeri, p = Anlamlılık Değeri

Tek Yönlü Varyans Analizi sonuçları doğrultusunda oluşturulmuş olan Tablo 4.11 incelendiğinde katılımcıların tanıları açısından içselleştirilmiş damgalama düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunduğu görülmektedir [$F_{(2-397)}=9,730$, $p<.05$]. Bu anlamlı farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirleyebilmek amacıyla Gabriel Çoklu Karşılaştırma Testi uygulanmıştır. Gabriel Testine ilişkin analiz sonuçları Tablo 4.12’de sunulmuştur.

Tablo 4.12. Tıbbi tanı açısından içselleştirilmiş damgalama düzeylerine ilişkin çoklu karşılaştırma bulguları

Tıbbi Tanı		Ortalamalar Arası Fark	Standart Hata	p
Kaygı Bozukluğu	Depresyon	-7,62	1,98	.000
	OKB	-7,89	2,02	.000
Depresyon	Kaygı Bozukluğu	7,62	1,98	.000
	OKB	-0,27	1,90	.999
OKB	Kaygı Bozukluğu	7,89	2,02	.000
	Depresyon	0,27	1,90	.999

p =anlamlılık düzeyi

Tablo 4.12 incelendiğinde kaygı bozukluğu tanılı katılımcıların içselleştirilmiş damgalama düzeylerinin, depresyon tanılı bireylerin içselleştirilmiş damgalama düzeylerinden anlamlı bir şekilde farklılaştığı görülmektedir [$p <.05$]. Ölçümlerin aritmetik ortalamaları dikkate alındığında ise kaygı bozukluğu tanılı katılımcıların içselleştirilmiş damgalama düzeylerine ait ortalamalarının ($\bar{x}=61,36$), depresyon tanılı katılımcıların içselleştirilmiş damgalama düzeyleri ortalamalarından ($\bar{x}=68,98$) daha düşük olduğu görülmektedir. Bunun yanında kaygı bozukluğu tanılı

katılımcıların içselleştirilmiş damgalama düzeylerine ait ortalamalarının ($\bar{x}=61,36$), OKB tanılı bireylerin içselleştirilmiş damgalama düzeyleri ortalamalarından ($\bar{x}=69,25$) daha düşük olduğu saptanmıştır.

4.9. Psikiyatri Polikliniklerine Başvurma Durumu Açısından İçselleştirilmiş Damgalama Düzeyi

Katılımcıların daha önce psikiyatri polikliniklerine başvurma durumu açısından içselleştirilmiş damgalama düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olup olmadığını test etmek amacıyla Bağımsız Gruplar için T testi uygulanmıştır. İlgili analiz bulguları Tablo 4.13'te yer almaktadır.

Tablo 4.13. Ölçeklerin puan ortalamalarına göre psikiyatri polikliniklerine başvurma durumundaki farklılığın t Testi ile incelenmesi

	Daha önce psikiyatri polikliniğine başvurduğunuz mu?	N	$\bar{x}$	s	sd	t	p
RHİDÖ	Evet	243	68,0000	16,60578			
	Hayır	157	65,0510	15,80482	398	1,767	.078

$\bar{x}$ =Ortalama, s= Standart Sapma, sd= Serbestlik Derecesi, T= T Testi, p= Anlamlılık Düzeyi

Bağımsız Gruplar için t Testi sonuçlarına dayalı olarak oluşturulan Tablo 4.13 incelendiğinde, daha önce psikiyatri polikliniklerine birçok kez başvuran katılımcılar ile ilk kez başvuran katılımcılar arasında içselleştirilmiş damgalama düzeylerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadığı görülmektedir [$t_{(398)}=17124,000$, $p>.05$].

4.10. Ailede Psikiyatrik Hastalık Öyküsü Değişkenine Göre İçselleştirilmiş Damgalama Düzeyi

Katılımcıların ailesindeki bireylerde psikiyatrik hastalık öyküsünün varlığı durumu açısından içselleştirilmiş damgalama düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olup olmadığını tespit etmek amacıyla Bağımsız Gruplar için t testi uygulanmıştır. Analiz sonuçları Tablo 4.14'te sunulmuştur.

Tablo 4.14. Ölçeklerin puan ortalamalarına göre ailede psikiyatrik hastalık öyküsü değişkenindeki farklılığın t Testi ile incelenmesi

	Ailenizde ruhsal hastalığa sahip bireyler var mı?	N	$\bar{x}$	s	sd	t	p
RHİDÖ	Evet	181	71,54	16,85	398	5,411	.000
	Hayır	219	62,96	14,85			

$\bar{x}$ =Ortalama, s= Standart Sapma, sd= Serbestlik Derecesi, T= T Testi, p= Anlamlılık Düzeyi

İlgili analiz sonuçlarına dayalı oluşturulan Tablo 4.14 incelendiğinde ailesinde ruhsal hastalık öyküsü bulunan katılımcıların içselleştirilmiş damgalama düzeylerinin, ailesinde ruhsal hastalık öyküsü bulunmayan katılımcılardan anlamlı düzeyde farklılaştığı görülmektedir [$t_{(398)}=5,411$, $p < .05$]. Aritmetik ortalamaları üzerinden yapılan değerlendirmeye göre ailesinde ruhsal hastalık öyküsü bulunan katılımcıların içselleştirilmiş damgalama düzeylerine ait ortalamaların ($\bar{x}=71,54$), ailesinde ruhsal hastalık öyküsü bulunmayan katılımcıların içselleştirilmiş damgalama düzeyi ortalamalarından ($\bar{x}=62,96$) daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

4.11. Cinsiyet Açısından Algılanan Sosyal Destek Düzeyleri

Katılımcıların cinsiyetleri açısından algıladıkları sosyal destek düzeyleri arasındaki farklılığı belirleyebilmek için Bağımsız Gruplar için t Testi uygulanmıştır. Sonuçlar Tablo 4.15.'te yer almaktadır.

Tablo 4.15. Ölçeklerin puan ortalamalarına göre kadınlar ile erkekler arasındaki farklılığın t Testi ile incelenmesi

	Cinsiyet	N	$\bar{x}$	s	sd	t	p
ÇBASDÖ	Kadın	294	50,21	18,66	398	3,119	.002
	Erkek	106	43,58	19,15			

$\bar{x}$ =Ortalama, s= Standart Sapma, sd= Serbestlik Derecesi, t= t Testi, p= Anlamlılık Düzeyi

Bağımsız gruplar için t Testi sonuçlarına göre oluşturulan Tablo 4.15 incelendiğinde katılımcıların cinsiyetleri açısından algıladıkları sosyal destek düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir [$t_{(398)}=3,119$, $p < .05$]. Ölçümlerin aritmetik ortalamaları incelendiğinde kadınların

algıladığı sosyal destek düzeyine ait ortalamaların ($\bar{x}=50,21$) erkeklerin algıladığı sosyal destek düzeyi ortalamalarından ($\bar{x} =43,58$) yüksek olduğu saptanmıştır.

4.12. Yaş Açısından Algılanan Sosyal Destek Düzeyleri

Katılımcıların yaşları açısından algıladıkları sosyal destek düzeyleri arasında fark olup olmadığını saptayabilmek için Tek Yönlü Varyans Analizi uygulanmıştır. Ancak yapılan analiz sonucunda varyansların homojenliği varsayımının karşılanmaması üzerine Brown- Forsythe sonuçları temel alınmıştır. İlgili analize ilişkin sonuçlar Tablo 4.16’da sunulmuştur.

Tablo 4.16. Ölçeklerin puan ortalamalarına göre yaş grupları arasındaki farklılığın Brown- Forsythe Testi ile incelenmesi

	Yaş grubu	N	$\bar{x}$	s	Varyans Kaynağı	KT	Sd	KO	Brown-Forsythe	p
	18-24 yaş	131	49,34	16,76	G. arası	174,15	2	87,08		
ÇBASDÖ	25-31 yaş	134	48,30	20,26	G. içi	143781,04	389,066	362,17	.241	.786
	32-58 yaş	135	47,75	19,83	Toplam	143955,19				

$\bar{x}$ = Aritmetik Ortalama, s= Standart Sapma, KT= Kareler Toplamı, KO= Kareler Ortalaması, Sd= Serbestlik Derecesi, p= Anlamlılık Değeri

Brown-Forsythe Testi sonuçlarına dayanarak oluşturulan Tablo 4.16 incelendiğinde katılımcıların yaşları açısından algıladıkları sosyal destek düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir [Brown-Forsythe $F_{(2-389,066)} = .241, p > .05$].

4.13. Medeni Durum Açısından Algılanan Sosyal Destek Düzeyi

Katılımcıların medeni durumları açısından algıladıkları sosyal destek düzeyleri arasındaki farklılığı ortaya koyabilmek için Kruskal Wallis Testi uygulanmıştır. İlgili testin sonuçları Tablo 4.17’de sunulmuştur.

Tablo 4.17. Ölçeklerin puan ortalamalarına göre medeni durum arasındaki farklılığın Kruskal Wallis Analizi ile incelenmesi

	Medeni durum	N	Sıra Ortalama	Sd	X ²	p
ÇBASDÖ	Bekar	225	190,83	2	23,544	.000
	Evli	160	224,88			
	Boşanmış	15	85,47			

Sd=Serbestlik Derecesi, X²=Kruskal Wallis Analizi, p=Anlamlılık Düzeyi

Kruskal Wallis Testi analizine göre oluşturulmuş olan tablo 4.17 incelendiğinde katılımcıların medeni durumları açısından algıladıkları sosyal destek düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmaktadır [$X^2_2=23,544$, $p<.05$]. Bu anlamlı farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu saptayabilmek amacıyla Mann Whitney U Testi uygulanmıştır. Mann Whitney Testi sonuçlarına ilişkin sonuçlar Tablo 4.18’de sunulmuştur.

Tablo 4.18. Medeni durum açısından algılanan sosyal destek düzeylerine ilişkin çoklu karşılaştırma bulguları

Medeni durum	N	SO	ST	U	p
Bekar	225	179,11	40300,50	14875,500	.004
Evli	160	212,53	34004,50		
Bekar	225	124,72	28062,00	738,000	.000
Boşanmış	15	57,20	858,00		
Evli	160	92,85	14856,00	424,000	.000
Boşanmış	15	36,27	544,00		

SO= Sıra Ortalaması, ST= Sıra Toplamı, U=Mann Whitney U Testi, p=Anlamlılık Düzeyi

İlgili analize ilişkin Tablo 4.18 incelendiğinde evli katılımcıların algıladıkları sosyal destek düzeyinin bekar katılımcıların algıladıkları sosyal destek düzeyinden anlamlı bir şekilde farklılaştığı saptanmıştır [$U=14875,500$, $p<.05$]. Sıra ortalamaları dikkate alındığında ise evli katılımcıların algıladıkları sosyal destek düzeyine ait sıra ortalamalarının, bekar katılımcıların algıladıkları sosyal destek düzeyi sıra ortalamalarından daha yüksek olduğu görülmektedir. Evli olan katılımcıların algıladıkları sosyal destek düzeyinin, boşanmış olanların algıladıkları sosyal destek düzeyinden anlamlı bir şekilde farklılaştığı belirlenmiştir [$U=424,000$, $p<.05$]. Sıra

ortalamaları üzerinden yapılan değerlendirmeye göre evli olanların algıladıkları sosyal destek düzeyine ait sıra ortalamaları, boşanmış olanların algıladıkları sosyal destek düzeyi sıra ortalamalarından daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bekar olan katılımcıların algıladıkları sosyal destek düzeyi, boşanmış olan katılımcıların algıladıkları sosyal destek düzeyinden anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır [$U=738,000$, $p<.05$]. Sıra ortalamaları dikkate alındığında bekar olanların algıladıkları sosyal destek düzeyine ait sıra ortalamalarının, boşanmış olanların algıladıkları sosyal destek düzeyi sıra ortalamalarından daha yüksek olduğu görülmektedir.

4.14. Eğitim Seviyesi Açısından Algılanan Sosyal Destek Düzeyi

Katılımcıların eğitim seviyesi açısından algıladıkları sosyal destek düzeyi arasında bir farklılık olup olmadığını saptayabilmek amacıyla Kruskal Wallis H Testi uygulanmıştır. Analize ilişkin sonuçlar Tablo 4.19’da gösterilmiştir.

Tablo 4.19. Ölçeklerin puan ortalamalarına göre eğitim seviyesi arasındaki farklılığın Kruskal Wallis Analizi ile incelenmesi

	Eğitim seviyesi	N	Sıra Ortalama	Sd	X^2	p
ÇBASDÖ	İlkokul	3	208,67	4	34,746	.000
	Ortaokul	15	209,03			
	Lise	104	152,05			
	Önlisans	95	187,72			
	Lisans ve lisansüstü	183	233,84			

Sd=Serbestlik Derecesi, X^2 =Kruskal Wallis Analizi, p=Anlamlılık Düzeyi

Kruskal Wallis H Testi sonuçlarına bağlı olarak oluşturulan Tablo 4.19’a göre katılımcıların eğitim seviyesi açısından algıladıkları sosyal destek düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır [$X^2_4=34,746$, $p<.05$]. Ortaya çıkan anlamlı farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu saptayabilmek amacıyla Mann Whitney U Testi uygulanmıştır. İlgili analize ilişkin bulgular Tablo 4.20’de sunulmuştur.

Tablo 4.20. Eğitim seviyesi açısından algılanan sosyal destek düzeylerine ilişkin çoklu karşılaştırma bulguları

Eğitim seviyesi	N	SO	ST	U	p
İlkokul	3	9,00	27,00	21,000	.912
Ortaokul	15	9,60	144,00		
İlkokul	3	71,00	213	105,000	.357
Lise	104	53,51	5565,00		
İlkokul	3	53,33	172,00	119,000	.653
Ön lisans	95	49,25	4679,00		
İlkokul	3	77,33	232,00	226,000	.600
Lisans ve Lisansüstü	183	93,77	17159,00		
Ortaokul	15	76,97	1154,50	525,500	.042
Lise	104	57,55	5985,50		
Ortaokul	15	61,97	929,50	615,500	.398
Ön lisans	95	54,48	5175,50		
Ortaokul	15	84,50	1267,50	1147,500	.291
Lisans ve Lisansüstü	183	100,73	18433,50		
Lise	104	91,29	9494,00	4034,000	.026
Ön lisans	95	109,54	10406,00		
Lise	104	107,20	11149,00	5689,000	.000
Lisans ve lisansüstü	183	164,91	30179,00		
Önlisans	95	118,45	11252,50	6692,500	.002
Lisans ve lisansüstü	183	150,43	27528,50		

SO= Sıra Ortalaması, ST= Sıra Toplamı, U=Mann Whitney U Testi, p=Anlamlılık Düzeyi

Mann Whitney U Testi sonuçları doğrultusunda oluşturulmuş olan Tablo 4.20 incelendiğinde ortaokul mezunu olan katılımcıların algıladıkları sosyal destek düzeyinin lise mezunu olan katılımcılardan anlamlı bir şekilde farklılaştığı görülmektedir [$U=525,500$, $p < .05$]. Sıra ortalamaları dikkate alındığında ortaokul mezunu olan katılımcıların algıladıkları sosyal destek düzeyine ait sıra ortalamaları, lise mezunu katılımcıların algıladıkları sosyal destek düzeyi sıra ortalamalarına göre daha yüksektir. Lise mezunu olan katılımcıların algıladıkları sosyal destek düzeyinin önlisans mezunu olan katılımcıların algıladıkları sosyal destek düzeyinden anlamlı bir şekilde farklılaştığı belirlenmiştir [$U=4034,000$, $p < .05$]. Sıra ortalamaları üzerinden yapılan değerlendirmeye göre önlisans mezunu katılımcıların algıladıkları sosyal

destek düzeyine ait sıra ortalamalarının, lise mezunu katılımcıların algıladıkları sosyal destek düzeyi sıra ortalamalarından daha yüksek olduğu görülmektedir. Eğitim seviyesi lisans ve üzerinde olan katılımcıların algıladıkları sosyal destek düzeyi, lise mezunu katılımcıların algıladıkları sosyal destek düzeyinden anlamlı ölçüde farklılaştığı görülmektedir [$U=5689$, $p< .05$]. Sıra ortalamaları dikkate alındığında eğitim seviyesi lisans ve üzerinde olan katılımcıların algıladıkları sosyal destek düzeyine ait sıra ortalamalarının, lise mezunu katılımcıların algıladıkları sosyal destek düzeyi sıra ortalamalarından daha yüksek olduğu saptanmıştır. Eğitim seviyesi lisans ve üzerinde olan katılımcıların algıladıkları sosyal destek düzeyi, lise mezunu katılımcıların algıladıkları sosyal destek düzeyinden anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır [$U=6692,500$, $p< .05$]. Sıra ortalamaları üzerinden yapılan değerlendirmeye göre eğitim seviyesi lisans ve üzeri olan katılımcıların algıladıkları sosyal destek düzeyine ait sıra ortalamalarının, lise mezunu katılımcıların algıladıkları sosyal destek düzeyi sıra ortalamalarına göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

4.15. İkamet Edilen Yer Açısından Algılanan Sosyal Destek Düzeyi

Katılımcıların ikamet ettikleri yer açısından algıladıkları sosyal destek düzeyleri arasındaki farklılığı belirleyebilmek için Kruskal Wallis Testi uygulanmıştır. Sonuçlar Tablo 4.21’de gösterilmektedir.

Tablo 4.21 Ölçeklerin puan ortalamalarına göre ikamet ettikleri yer arasındaki farklılığın Kruskal Wallis Analizi ile incelenmesi

	Yaşanılan yer	N	Sıra Ortalama	Sd	X ²	p
ÇBASDÖ	İl	311	212,52			
	İlçe	75	155,80	2	15,380	.000
	Köy	14	172,86			

Sd=Serbestlik Derecesi, X²=Kruskal Wallis Analizi, p=Anlamlılık Düzeyi

İlgili analize ilişkin veriler doğrultusunda oluşturulan Tablo 4.21 incelendiğinde katılımcıların ikamet ettikleri yer açısından algıladıkları sosyal destek düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmaktadır [$X^2_2=15,380$, $p<.05$]. Bu anlamlı farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu saptayabilmek için Mann Whitney Testi uygulanmıştır. Mann Whitney Testine ait bulgular Tablo 4.22’de yer almaktadır

Tablo 4.22. İkamet edilen yer açısından algılanan sosyal destek düzeylerine ilişkin çoklu karşılaştırma bulguları

Yaşanılan yer	N	SO	ST	U	p
İl	311	204,10	63474,00	8367,000	.000
İlçe	75	149,56	11217,00		
İl	311	164,43	51137,00	1733,000	.197
Köy	14	131,29	1838,00		
İlçe	75	44,24	3318,00	468,000	.520
Köy	14	49,07	687,00		

SO= Sıra Ortalaması, ST= Sıra Toplamı, U=Mann Whitney U Testi, p=Anlamlılık Düzeyi

Mann Whitney Testi bulguları doğrultusunda oluşturulan Tablo 4.22'ye göre ilde yaşayan katılımcıların algıladıkları sosyal destek düzeyinin, ilçede yaşayanların algıladıkları sosyal destek düzeyinden anlamlı bir şekilde farklılaştığı görülmektedir [$U=8367,000$, $p<.05$]. Sıra ortalamaları üzerinden yapılan değerlendirmeye göre ilde yaşayan katılımcıların algıladıkları sosyal destek düzeyine ait sıra ortalamalarının, ilçede yaşayanların algıladıkları sosyal destek düzeyi sıra ortalamalarından daha yüksek olduğu saptanmıştır.

4.16. Tıbbi Tanı Açısından Algılanan Sosyal Destek Düzeyi

Katılımcıların tıbbi tanıları açısından algıladıkları sosyal destek düzeyleri arasındaki farklılığı saptayabilmek amacıyla Tek Yönlü Varyans Analizi yapılmak istenmiş olup varyansların homojenliği varsayımının karşılanmaması sebebiyle Brown-Forsythe Testi uygulanmıştır. İlgili sonuçlar Tablo 4.23'te sunulmaktadır.

Tablo 4.23. Ölçeklerin puan ortalamalarına göre tanıları arasındaki farklılığın Brown- Forsythe Testi ile incelenmesi

Tıbbi Tanı	N	$\bar{x}$	s	Varyans Kaynağı	KT	Sd	KO	Brown-Forsythe	p
Kaygı Bozukluğu	117	54,38	16,36	G. Arası	5837,57	2	2918,79		
ÇBASDÖ Depresyon	147	45,65	20,08	G. İçi	138117,62	396,64	347,90	8,58	.000
OKB	136	46,40	18,89	Toplam	143655,19				

$\bar{x}$ = Aritmetik Ortalama, S= Standart Sapma, KT= Kareler Toplamı, KO= Kareler Ortalaması, Sd= Serbestlik Derecesi, p= Anlamlılık Değeri

Brown Forsythe Testi sonuçlarına dayanarak oluşturulan Tablo 4.23 incelendiğinde katılımcıların tıbbi tanıları açısından algıladıkları sosyal destek

düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir *Brown Forsythe* $F_{(2-396,64)}=8,58, p< .05]$. Ortaya çıkan bu anlamlı farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu belirleyebilmek amacıyla Games Howell Testi uygulanmıştır. Analize ilişkin bulgular Tablo 4.24'te sunulmaktadır.

Tablo 4.24. Tıbbi tanı açısından algılanan sosyal destek düzeylerine ilişkin çoklu karşılaştırma bulguları

Tıbbi Tanı		Ortalamalar Arası Fark	Standart Hata	p
Kaygı Bozukluğu	Depresyon	8,73	2,24	.000
	OKB	7,98	2,22	.001
Depresyon	Kaygı Bozukluğu	-8,73	2,24	.000
	OKB	-0,75	2,32	.944
OKB	Kaygı Bozukluğu	-7,98	2,22	.001
	Depresyon	0,75	2,32	.944

p= anlamlılık düzeyi

Tablo 4.24 incelendiğinde tanısı kaygı bozukluğu olan katılımcıların algıladıkları sosyal destek düzeyinin, tanısı depresyon olan katılımcıların algıladıkları sosyal destek düzeyinden anlamlı bir şekilde farklılaştığı görülmektedir [$p< .05$]. Ölçümlerin aritmetik ortalamaları dikkate alındığında kaygı bozukluğu olan katılımcıların algıladıkları sosyal destek düzeyine ait ortalamaların ($\bar{x} =54,38$), depresyon tanısı olan katılımcıların algıladıkları sosyal destek düzeyi ortalamalarından ($\bar{x} =45,65$) daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Kaygı bozukluğu tanıli katılımcıların algıladıkları sosyal destek düzeyinin, OKB tanısı olan katılımcıların algıladıkları sosyal destek düzeyinden anlamlı bir şekilde farklılaştığı görülmektedir [$p< .05$]. Ölçümlerin ortalamaları üzerinden yapılan değerlendirmeye göre kaygı bozukluğu tanıli katılımcıların algıladıkları sosyal destek düzeyi ortalamalarının ($\bar{x} =54,38$), OKB tanıli katılımcıların algıladıkları sosyal destek düzeyi ortalamalarından ($\bar{x} =46,40$) daha yüksek olduğu saptanmıştır.

4.17. Psikiyatri Polikliniklerine Başvurma Durumu Açısından Algılanan Sosyal Destek Düzeyi

Katılımcıların psikiyatri polikliniklerine başvurma durumları açısından algıladıkları sosyal destek düzeyi arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık

olup olmadığını ortaya koyabilmek için Bağımsız Gruplar için t Testi uygulanmıştır. Teste ilişkin bulgular Tablo 4.25'te yer almaktadır.

Tablo 4.25. Ölçeklerin puan ortalamalarına göre psikiyatri polikliniklerine başvurma durumundaki farklılığın t Testi ile incelenmesi

	Daha önce psikiyatri polikliniğine başvurduğunuz mu?	N	$\bar{x}$	s	sd	t	p
ÇBASDÖ	Evet	243	46,92	18,93			
	Hayır	157	50,83	18,91	398	-2,016	.044

$\bar{x}$ = Ortalama, S= Standart Sapma, sd= Serbestlik Derecesi, t= t Testi, p= Anlamlılık Düzeyi

Bağımsız Gruplar için t Testi sonuçlarına dayanarak oluşturulan Tablo 4.25 incelendiğinde katılımcıların psikiyatri polikliniklerine başvurma durumu açısından algıladıkları sosyal destek düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir [$t_{(398)}=-2,016$, $p<.05$]. Ölçümlerin ortalamaları üzerinden yapılan değerlendirmeye göre ilk defa psikiyatri polikliniğine başvuran katılımcıların algıladıkları sosyal destek düzeyi ortalamaları ($\bar{x}=50,83$), birden çok kez başvuran katılımcıların algıladıkları sosyal destek düzeyi ortalamalarına ($\bar{x}=46,92$) göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.

4.18. Ailede Psikiyatrik Hastalık Öyküsü Değişkenine Göre Algılanan Sosyal Destek Düzeyi

Katılımcıların ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü bulunma durumu açısından algıladıkları sosyal destek düzeyleri arasındaki farklılığı saptayabilmek amacıyla Bağımsız Gruplar için t Testi uygulanmıştır. İlgili analize ilişkin bulgular Tablo 4.26'da sunulmuştur.

Tablo 4.26. Ölçeklerin puan ortalamalarına göre ailede psikiyatrik hastalık öyküsü değişkenindeki farklılığın t Testi ile incelenmesi

	Ailenizde ruhsal hastalığa sahip bireyler var mı?	N	$\bar{x}$	s	sd	t	p
ÇBASDÖ	Evet	181	43,17	19,80			
	Hayır	219	52,83	17,16	398	-5,227	.000

$\bar{x}$ = Ortalama, s= Standart Sapma, sd= Serbestlik Derecesi, t= t Testi, p= Anlamlılık Düzeyi

Bağımsız Gruplar için t Testi sonuçları doğrultusunda oluşturulan Tablo 4.26'ya göre katılımcıların ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü açısından algıladıkları sosyal destek düzeyi arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmaktadır [$t_{398}=-5,227$, $p< .05$]. Her iki grubun aritmetik ortalamaları incelendiğinde ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü olan katılımcıların algıladıkları sosyal destek düzeyi ortalamalarının ($\bar{x}=43,17$), ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü olmayan katılımcıların algıladıkları sosyal destek düzeyi ortalamalarına ($\bar{x} =52,83$) göre anlamlı ölçüde daha düşük olduğu görülmektedir.

4.19. Cinsiyet Açısından Benlik Saygısı Düzeyleri

Katılımcıların cinsiyetleri açısından benlik saygısı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını test edebilmek için t Testi uygulanmıştır. İlgili analiz bulguları Tablo 4.27'de gösterilmiştir,

Tablo 4.27. Ölçeklerin puan ortalamalarına göre kadınların ve erkeklerin benlik saygısı düzeylerinin t Testi ile incelenmesi

	Cinsiyet	N	$\bar{x}$	s	sd	t	p
RBSÖ	Kadın	294	25,85	6,28	398	1,373	.170
	Erkek	106	24,84	6,98			

$\bar{x}$ =Ortalama, s = Standart Sapma, sd = Serbestlik Derecesi, t = T Testi, p = Anlamlılık Düzeyi

Bağımsız Gruplar için t Testi sonuçlarına dayanarak oluşturulan Tablo 4.27 incelendiğinde katılımcıların cinsiyetleri açısından içselleştirilmiş damgalama düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir [$t_{(398)}=1,373$, $p> .05$].

4.20. Yaş Grupları Açısından Benlik Saygısı Düzeyleri

Katılımcıların yaşları açısından benlik saygısı düzeyleri arasında bir farklılık olup olmadığını ortaya koymak için Tek Yönlü Varyans Analizi yapılmıştır. İlgili analiz bulguları Tablo 4.28'de gösterilmiştir.

Tablo 4.28. Ölçeklerin puan ortalamalarına göre yaş grupları arasındaki farklılığın Tek Yönlü Varyans Analizi ile incelenmesi

	Yaş grubu	N	$\bar{x}$	s	Varyans Kaynağı	KT	Sd	KO	F	p
	18-24 yaş	131	25,47	6,87	G. Arası	27,77	2	13,88		
RBSÖ	25-31 yaş	134	25,33	6,20	G. İçi	16733,67	397	42,15	.329	.720
	32-58 yaş	135	25,94	6,40	Toplam	16761,44				

$\bar{x}$ = Aritmetik Ortalama, s = Standart Sapma, KT= Kareler Toplamı, KO= Kareler Ortalaması, Sd= Serbestlik Derecesi, F= Anova Değeri, p= Anlamlılık Değeri

Tek Yönlü Varyans Analizi bulgularına dayanarak oluşturulan Tablo 4.28'e göre katılımcıların yaşları açısından içselleştirilmiş damgalama düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır [$F_{(2-397)}=0,329, p>.05$].

4.21. Medeni Durum Açısından Benlik Saygısı Düzeyleri

Katılımcıların medeni durumları açısından benlik saygısı düzeyleri arasındaki farklılığı ortaya koymak için Kruskal Wallis H Testi uygulanmıştır. Sonuçlar Tablo 4.29'da gösterilmektedir.

Tablo 4.29. Ölçeklerin puan ortalamalarına göre medeni durum arasındaki farklılığın Kruskal Wallis Analizi ile incelenmesi

	Medeni durum	N	Sıra Ortalama	Sd	X ²	p
	Bekar	225	189,32			
RBSÖ	Evli	160	222,21	2	12,351	.002
	Boşanmış	15	136,63			

Sd=Serbestlik Derecesi, X²=Kruskal Wallis Analizi, p=Anlamlılık Düzeyi

Kruskal Wallis H Testi sonuçlarına dayanarak oluşturulan Tablo 4.29 incelendiğinde katılımcıların medeni durumları açısından içselleştirilmiş damgalama düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir [$X^2_2=12,351, p<.05$]. Ortaya çıkan bu anlamlı farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu belirleyebilmek için Mann Whitney U Testi uygulanmıştır. İlgili analize ait bulgular Tablo 4.30'da gösterilmiştir.

Tablo 4.30. Medeni durum açısından benlik saygısı düzeylerine ilişkin çoklu karşılaştırma bulguları

Medeni durum	N	SO	ST	U	p
Bekar	225	179,93	40484,50	15059,500	.006
Evli	160	211,38	33820,50		
Bekar	225	122,39	27537,50	1262,500	.102
Boşanmış	15	92,17	1382,50		
Evli	160	91,33	14613,00	667,000	.004
Boşanmış	15	52,47	787,00		

SO= Sıra Ortalaması, ST= Sıra Toplamı, U=Mann Whitney U Testi, p=Anlamlılık Düzeyi

Mann Whitney U Testi sonuçlarına göre oluşturulan Tablo 4.30'a göre evli katılımcıların benlik saygısı düzeyleri, bekar katılımcıların benlik saygısı düzeyinden istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır [$U=15059,500$, $p<.05$]. Sıra ortalamaları dikkate alındığında evli katılımcıların benlik saygısı düzeylerine ait sıra ortalamaları, bekar katılımcıların benlik saygısı düzeyleri sıra ortalamalarına göre daha yüksektir. Evli katılımcıların benlik saygısı düzeyleri boşanmış olan katılımcıların benlik saygısı düzeylerinden anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır [$U=667,000$, $p<.05$]. Sıra ortalamaları üzerinden yapılan değerlendirmeye göre evli katılımcıların benlik saygısı düzeylerine ait sıra ortalamaları, boşanmış olan katılımcıların benlik saygısı düzeyleri sıra ortalamalarına göre daha yüksektir.

4.22. Eğitim Seviyesi Açısından Benlik Saygısı Düzeyleri

Katılımcıların eğitim durumları açısından benlik saygısı düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığını saptayabilmek için Kruskal Wallis H Testi uygulanmıştır. Analize ilişkin bulgular Tablo 4.31'de gösterilmiştir.

Tablo 4.31. Ölçeklerin puan ortalamalarına göre eğitim durumları arasındaki farklılığın Kruskal Wallis Analizi ile incelenmesi

	Eğitim seviyesi	N	Sıra Ortalama	Sd	X ²	p
RBSÖ	İlkokul	3	277,33	4	18,111	.001
	Ortaokul	15	231,70			
	Lise	104	164,00			
	Önlisans	95	195,83			
	Lisans ve lisansüstü	183	219,86			

Sd=Serbestlik Derecesi, X²=Kruskal Wallis Analizi, p=Anlamlılık Düzeyi

Kruskall Wallis H Testi sonuçları doğrultusunda oluşturulan Tablo 4.31 incelendiğinde katılımcıların eğitim seviyeleri açısından benlik saygısı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunduğu görülmektedir [$\chi^2=18,111$, $p<.05$]. Bu anlamlı farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu belirleyebilmek için Mann Whitney U Testi uygulanmıştır. İlgili analiz sonuçları Tablo 4.32’de sunulmuştur.

Tablo 4.32. Eğitim seviyesi açısından benlik saygısı düzeylerine ilişkin çoklu karşılaştırma bulguları

Eğitim seviyesi	N	SO	ST	U	p
İlkokul	3	12,17	36,50	14,500	.360
Ortaokul	15	8,97	134,50		
İlkokul	3	84,00	252,00	66,000	.094
Lise	104	53,13	5526,00		
İlkokul	3	68,67	206,00	85,000	.253
Önlisans	95	48,89	4645,00		
İlkokul	3	118,50	355,50	199,500	.417
Lisans ve lisansüstü	183	93,09	17035,50		
Ortaokul	15	78,70	1180,50	499,500	.024
Lise	104	57,30	5959,50		
Ortaokul	15	64,93	974,00	571,000	.217
Önlisans	95	54,01	5131,00		
Ortaokul	15	103,10	1546,50	1318,500	.800
Lisans ve lisansüstü	183	99,20	18154,50		
Lise	104	92,17	9585,50	4125,500	.044
Önlisans	95	108,57	10314,50		
Lise	104	118,89	12364,50	6904,500	.000
Lisans ve lisansüstü	183	158,27	28963,50		
Önlisans	95	128,35	12193,00	7633,000	.095
Lisans ve lisansüstü	183	145,29	26588,00		

SO= Sıra Ortalaması, ST= Sıra Toplamı, U=Mann Whitney U Testi, p=Anlamlılık Düzeyi

Mann Whitney U Testi sonuçlarına göre oluşturulan Tablo 4.32 incelendiğinde ortaokul mezunu katılımcıların benlik saygısı düzeylerinin, lise mezunu katılımcıların benlik saygısı düzeylerine göre anlamlı bir şekilde farklılaştığı görülmektedir [$U=499,500$, $p<.05$]. Sıra ortalamaları dikkate alındığında ortaokul mezunu katılımcıların benlik saygısı düzeylerine ait sıra ortalamalarının, lise mezunu

katılımcıların benlik saygısı düzeyleri sıra ortalamalarına göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Lise mezunu katılımcıların benlik saygısı düzeylerinin, önlisans mezunu katılımcıların benlik saygısı düzeylerine göre anlamlı bir şekilde farklılaştığı belirlenmiştir [$U=4125,500$, $p<.05$]. Sıra ortalamaları üzerinden yapılan değerlendirmeye göre önlisans mezunu katılımcıların benlik saygısı düzeylerine ait sıra ortalamalarının, lise mezunu katılımcıların benlik saygısı düzeyleri sıra ortalamalarına göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Lise mezunu katılımcıların benlik saygısı düzeyleri, eğitim seviyesi lisans ve üstünde olan katılımcıların benlik saygısı düzeylerine göre anlamlı bir şekilde farklılaştığı tespit edilmiştir [$U=6904,500$, $p<.05$]. Sıra ortalamaları dikkate alındığında eğitim seviyesi lisans ve üstünde olan katılımcıların benlik saygısı düzeylerine ait sıra ortalamalarının, lise mezunu katılımcıların benlik saygısı düzeyleri sıra ortalamalarından daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

4.23. İkamet Edilen Yer Açısından Benlik Saygısı Düzeyi

Katılımcıların ikamet ettikleri yer açısından benlik saygısı düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığını saptayabilmek için Kruskal Wallis H Testi uygulanmıştır. Analize ilişkin bulgular Tablo 4.33'te gösterilmiştir.

Tablo 4.33 Ölçeklerin puan ortalamalarına göre ikamet ettikleri yer arasındaki farklılığın Kruskal Wallis Analizi ile incelenmesi

	Yaşanılan yer	N	Sıra Ortalama	Sd	X^2	p
	İl	311	208,19			
RBSÖ	İlçe	75	166,82	2	7,855	.020
	Köy	14	210,11			

Sd=Serbestlik Derecesi, X^2 =Kruskal Wallis Analizi, p=Anlamlılık Düzeyi

Kruskal Wallis H Testi sonuçları doğrultusunda oluşturulan Tablo 4.33 incelendiğinde katılımcıların ikamet ettikleri yer açısından benlik saygısı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunduğu görülmektedir [$X^2_2 = 7,855$, $p<.05$]. Bu anlamlı farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu belirleyebilmek için Mann Whitney U Testi uygulanmıştır. Mann Whitney U Testine ilişkin sonuçlar Tablo 4.34'te sunulmuştur.

Tablo 4.34. İkamet Edilen Yer Açısından Benlik Saygısı Düzeylerine İlişkin Çoklu Karşılaştırma Bulguları

Yaşanılan yer	N	SO	ST	U	p
İl	311	201,33	62613,00	9228,000	.005
İlçe	75	161,04	12078,00		
İl	311	162,86	50650,50	2134,000	.900
Köy	14	166,07	2325,00		
İlçe	75	43,78	3283,50	433,500	.301
Köy	14	51,54	721,50		

SO= Sıra Ortalaması, ST= Sıra Toplamı, U=Mann Whitney U Testi, p=Anlamlılık Düzeyi

Mann Whitney U Testi sonuçları doğrultusunda oluşturulan Tablo 4.34 incelendiğinde ilde yaşayan katılımcıların benlik saygısı düzeylerinin, ilçede yaşayan katılımcıların benlik saygısı düzeylerinden anlamlı bir şekilde farklılaştığı görülmektedir [U=9228,000, $p < .05$]. Sıra ortalamaları dikkate alındığında ilde yaşayan katılımcıların benlik saygısı düzeylerine ait sıra ortalamalarının, ilçede yaşayan katılımcıların benlik saygısı düzeyleri sıra ortalamalarına göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

4.24. Tıbbi Tanı Açısından Benlik Saygısı Düzeyi

Katılımcıların tıbbi tanıları açısından benlik saygısı düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olup olmadığını test edebilmek için Tek Yönlü Varyans Analizi uygulanmıştır. İlgili analiz bulguları Tablo 4.35'te sunulmuştur.

Tablo 4.35. Ölçeklerin puan ortalamalarına göre tanıları arasındaki farklılığın Tek Yönlü Varyans Analizi ile incelenmesi

	Tıbbi Tanı	N	$\bar{x}$	s	Varyans Kaynağı	KT	Sd	KO	F	p
	Kaygı Bozukluğu	117	26,62	6,23	G.Arası	234,31	2	117,16		
RBSÖ	Depresyon	147	24,73	6,26	G. İçi	16527,13	397	41,63	2,814	.061
	OKB	136	25,60	6,84	Toplam	16761,44				

$\bar{x}$ = Aritmetik Ortalama, s= Standart Sapma, KT= Kareler Toplamı, KO= Kareler Ortalaması, Sd= Serbestlik Derecesi, F= Anova Değeri, p= Anlamlılık Değeri

Tablo 4.35'e göre katılımcıların tıbbi tanıları açısından benlik saygısı düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmamıştır [$F_{(2-397)}=2,814, p>.05$].

4.25. Psikiyatri Polikliniklerine Başvurma Durumu Açısından Benlik Saygısı Düzeyi

Katılımcıların daha önce psikiyatri polikliniklerine başvurma durumu açısından benlik saygısı düzeyleri arasındaki anlamlı farklılığı ortaya koyabilmek amacıyla Bağımsız Gruplar için t Testi uygulanmıştır. Analize ilişkin bulgular Tablo 4.36'da sunulmuştur.

Tablo 4.36. Ölçeklerin puan ortalamalarına göre psikiyatri polikliniklerine başvurma durumundaki farklılığın t Testi ile incelenmesi

	Daha önce psikiyatri polikliniğine başvurdunuz mu?	N	$\bar{x}$	s	sd	t	p
RBSÖ	Evet	243	24,94	6,37	398	-2,479	.014
	Hayır	157	26,57	6,55			

$\bar{x}$ =Ortalama, s= Standart Sapma, sd= Serbestlik Derecesi, t= t Testi, p= Anlamlılık Düzeyi

Bağımsız Gruplar için t Testi sonuçlarına dayalı olarak oluşturulan Tablo 4.36 incelendiğinde psikiyatri polikliniklerine birden çok kez başvuran katılımcıların benlik saygısı düzeylerinin, ilk kez başvuran katılımcıların benlik saygısı düzeylerinden anlamlı bir şekilde farklılaştığı görülmektedir [$t_{(398)} = -2,479, p < .05$]. Ölçümlerin ortalamaları üzerinden yapılan değerlendirmeye göre psikiyatri polikliniklerine birden çok kez başvuru yapan katılımcıların benlik saygısı düzeyleri ortalamalarının ($\bar{x} = 24,94$), ilk kez başvuran katılımcıların benlik saygısı düzeyi ortalamalarına ($\bar{x} = 26,57$) göre daha düşük olduğu görülmektedir.

4.26. Ailede Psikiyatrik Hastalık Öyküsü Değişkenine Göre Benlik Saygısı Düzeyi

Katılımcıların ailesindeki bireylerde ruhsal hastalık öyküsünün bulunma durumu açısından benlik saygısı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olup olmadığını tespit edebilmek amacıyla Bağımsız Gruplar için t Testi uygulanmıştır. Analiz sonuçları Tablo 4.37'de sunulmuştur.

Tablo 4.37. Ölçeklerin puan ortalamalarına göre ailede psikiyatrik hastalık öyküsü değişkenindeki farklılığın t Testi ile incelenmesi

	Ailenizde ruhsal hastalığa sahip bireyler var mı?	N	$\bar{x}$	s	sd	t	p
RBSÖ	Evet	181	24,26	6,22	398	-3,765	.000
	Hayır	219	26,67	6,50			
	$\bar{x}$ =Ortalama, s= Standart Sapma, sd= Serbestlik Derecesi, t= t Testi, p= Anlamlılık Düzeyi						

Bağımsız Gruplar için t Testi sonuçları doğrultusunda oluşturulan Tablo 4.37 incelendiğinde ailesinde ruhsal hastalık öyküsü bulunan katılımcıların benlik saygısı düzeylerinin, ailesinde ruhsal hastalık öyküsü bulunmayan katılımcılardan anlamlı bir şekilde farklılaştığı görülmektedir [$t_{(398)}=-3,765, p< .05$]. Ölçümlerin aritmetik ortalamaları dikkate alındığında ailesinde ruhsal hastalık öyküsü bulunan katılımcıların benlik saygısı düzeyleri ortalamalarının ($\bar{x} =24,26$), ailesinde ruhsal hastalık öyküsü bulunmayan katılımcıların benlik saygısı düzeyleri ortalamalarına ($\bar{x} =26,67$) göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir.

5. TARTIŞMA

5.1. İçselleştirilmiş Damgalama, Algılanan Sosyal Destek ve Benlik Saygısı Arasındaki İlişkiler

Mevcut araştırmadan elde edilen bulgulara göre içselleştirilmiş damgalama ile benlik saygısı arasında yüksek düzeyde negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. İçselleştirilmiş damgalama düzeyi arttıkça benlik saygısı azalmaktadır.

Literatür incelendiğinde şizofreni hastalarında içselleştirilmiş damgalama ve benlik saygısı arasındaki ilişkiyi araştıran bir çalışmaya göre içselleştirilmiş damgalama ve benlik saygısı arasında negatif yönde nispeten güçlü bir ilişki bulunmuştur (Werner vd., 2008). Ruhsal hastalıkları olan bireylerde içselleştirilmiş damgalamayı etkileyen faktörleri inceleyen başka bir çalışmaya göre ruhsal hastalığı olan bireylerin içselleştirilmiş damgalama düzeyi arttıkça benlik saygısının düştüğü saptanmıştır (Drapalski vd., 2013). Lysaker vd.'nin (2008) şizofreni hastalarıyla yaptığı çalışmaya göre ise yüksek damgalama deneyimleri daha zayıf benlik saygısı ile ilişkili bulunmuştur. Çelik'in (2012) depresif hastalarla yaptığı çalışmada artan içselleştirilmiş damgalama düzeyinin azalan benlik saygısı ile ilişkili olduğu belirlenmiştir. Bunların dışında ilgili literatürde araştırma bulgularıyla tutarlı pek çok çalışma mevcuttur (Kök, 2014; Link vd., 2001; Mohamed, 2019; Razali vd., 2010; Ritsher vd., 2003; Rodrigues vd., 2013; Rüsch vd., 2006).

Diğer taraftan içselleştirilmiş damgalama ile ilişkili olan bir diğer değişken algılanan sosyal destek düzeyidir. Algılanan sosyal destek düzeyi arttıkça içselleştirilmiş damgalama düzeyi azalmaktadır. İlgili literatür incelendiğinde araştırmanın bulguları ile paralel olarak algılanan sosyal destek düzeyi ile içselleştirilmiş damgalama arasında negatif yönde anlamlı ilişki olduğu görülmektedir. Choronister vd.'nin (2013) ağır ruhsal hastalığı olan bireylerle yaptığı çalışmasında düşük sosyal destek düzeyleri, artan içselleştirilmiş damgalama düzeyleri ile ilişkili bulunmuştur. Bipolar bozukluğu olan hastalarda içselleştirilmiş damgalama, algılanan sosyal destek ve öz yeterlilik arasındaki ilişkilerin incelendiği başka bir çalışmada içselleştirilmiş damgalama ve sosyal destek arasında negatif yönde ilişki tespit edilmiştir (Özdamar Ünal vd., 2022). Cebeci'nin (2021) panik bozukluk hastalarında içselleştirilmiş damgalama, sosyal destek ve bunların tedavi

uyumu ve yaşam kalitesi üzerine etkisini inceleyen çalışmasında algılanan sosyal destek düzeyi yüksek olan hastalarda içselleştirilmiş damgalama düzeyinin daha düşük olduğu saptanmıştır. Bu çalışmaların dışında ilgili literatürde mevcut çalışmanın bulguları ile tutarlı olan farklı çalışmalar da mevcuttur (Birtel vd., 2017; Kazgan Kılıçarslan vd., 2022; Korkmaz ve Küçük, 2016; Kök, 2014; Li vd., 2020; Mohamed, 2019).

Tüm bu sonuçlar ışığında mevcut araştırma sonuçlarının araştırmanın 1. hipotezi olan “İçselleştirilmiş damgalama düzeyi ile benlik saygısı ve sosyal destek düzeyi arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.” hipotezini destekler nitelikte olduğu görülmektedir.

İçselleştirilmiş damgalama düzeyini yordadığı düşünülen, algılanan sosyal destek ve benlik saygısı değişkenlerinin içselleştirilmiş damgalamayı ne şekilde yordadığına ilişkin yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucunda, mevcut değişkenlerin ortak etkileşimleri, içselleştirilmiş damgalama ile anlamlı bir ilişki göstermiştir. Buna göre bireylerin içselleştirilmiş damgalama düzeylerindeki değişimin %62,8’ini sosyal destek ve benlik saygısı birlikte açıklamaktadır. Standartlaştırılmış regresyon katsayılarına göre içselleştirilmiş damgalama düzeyini en fazla açıklayan değişken sosyal destek algısıdır. Bu bulgular mevcut çalışmanın 2. hipotezi olan “Algılanan sosyal destek ve benlik saygısı düzeyi arttıkça içselleştirilmiş damgalama düzeyi azalmaktadır” hipotezini destekler niteliktedir.

İlgili literatür incelendiğinde, Picco vd. (2016) psikiyatri polikliniklerinden ayaktan tedavi alan bireylerin içselleştirilmiş damgalama, umut, işlevsellik ve benlik saygısı düzeylerini inceledikleri çalışmasında benlik saygısının içselleştirilmiş damgalamayı anlamlı bir şekilde yordayan tek değişken olduğunu saptamışlardır. Özdamar Ünal vd. (2022) bipolar bozukluğu olan hastalarda içselleştirilmiş damgalama, algılanan sosyal destek ve öz yeterlilik arasındaki ilişkileri araştırdığı çalışmasında demografik değişkenler ile birlikte bağımsız değişkenlerin içselleştirilmiş damgalamadaki değişimin %52,8’ini açıkladığını belirlemişlerdir. Kim vd. (2015) tarafından ağır ruhsal hastalığı olan bireyler ile yapılan çalışmaya göre de yüksek içselleştirilmiş damgalama düzeyi düşük benlik saygısı tarafından yordanmaktadır.

Tüm bu bulgular ve ilgili literatür değerlendirildiğinde yüksek benlik saygısı, ruhsal hastalığı olan bireyleri, içselleştirilmiş damgalamanın olumsuz etkilerinden

korumaktadır. Toplumdaki ruhsal hastalıklarla ilgili kalıp yargılara rağmen, yüksek benlik saygısına sahip bireyler, bu yargıları benimsemek yerine kendilerini olumlu bir şekilde değerlendirmeye devam edebilmektedirler. Kendi yeteneklerini, problemleri yönetme kapasitelerini ve hayatları üzerindeki kontrolü güçlü bir şekilde algılayabilmektedirler. Yüksek benlik saygısına sahip bireyler, yaşamlarında yetkin olduklarını düşünmekte, davranış ve seçimlerinden memnun olma eğilimindedirler (Lysaker vd., 2008). Bu olumlu benlik algısı, bireyleri insanlarla sosyal mesafe koymak yerine topluma dahil olmaya ve diğer bireylerle daha sağlıklı ilişkiler kurmaya yönlendirmektedir (Yanos vd., 2008). Benlik saygısının, kendimizi kabul etmeyi, değerlendirmeyi ve onaylamayı içerdiği (McLeod, 2008) göz önüne alındığında, yüksek benlik saygısının, damgalamayı içselleştirmeyi önleyici bir etkiye sahip olduğu görülmektedir. Sonuç olarak, toplumsal damgalamayı reddetme ve içselleştirmeme süreci, bireylerin kendileri hakkındaki olumlu algılarını, duygularını ve yaşam hedeflerine ulaşma olasılıklarını yani benlik saygısı düzeylerini yüksek tutmaktadır (Yanos vd., 2008). Sosyal destek, kişinin ruhsal ve fiziksel sağlığını korumada etkili bir faktördür (Büyükçolpan, 2019). Bireyin yaşamı boyunca karşılaştığı stresli olaylarla başa çıkmasını kolaylaştıran, bu stresli durumlara karşı bireyi koruyan bir destek sağlamaktadır (Cassel, 1974). İçselleştirilmiş damgalama ise ruhsal hastalık sürecini olumsuz etkileyen, tedavi uyumunu bozan, kişinin sosyal işlevselliğinde engellere yol açan bir mekanizmadır (Birtel vd., 2017; Cebeci, 2021; Üstündağ ve Kesebir, 2013). Toplumun ruhsal hastalıklar için geliştirmiş olduğu kalıp yargıları içselleştiren bireyler sosyal olarak geri çekilme, izolasyon ve yalnızlık durumlarıyla karşı karşıya kalmaktadır (Üstündağ ve Kesebir, 2013; Yanos vd., 2008). Tüm bu sebeplerden dolayı bireyin etrafındaki kişi sayısı ve duygusal paylaşımda bulunduğu insanlar azalmakta buna bağlı olarak da bireyin sosyal ağları daralmaktadır (Corrigan ve Rao, 2012). Sosyal ağlardaki bu zayıflık bireyin algıladığı sosyal destek düzeyinin de azalmasına sebep olmaktadır. Sosyal desteği sosyal ağların niteliği ve genişliği olarak değerlendirdiğimizde (Cohen ve Wills, 1985), sosyal ağlardaki bu azalmanın içselleştirilmiş damgalama algısını arttırdığı düşünülmektedir. Tüm bunlara ek olarak ruhsal hastalığı olan bireyin toplumun diğer üyelerine karşı koymuş olduğu sosyal mesafe ve toplumdaki diğer insanların ruhsal hastalığından dolayı bireye koyduğu mesafe, algılanan sosyal destek düzeyinin azalmasına, bireyin toplumun kalıp

yargılarını ve ruhsal hastalıklarla ilgili etiketi benimsemesine zemin hazırlamaktadır (Doğanavşargil Baysal, 2013; Taşkın, 2007).

Sonuç olarak benlik saygısı ve sosyal destek içselleştirilmiş damgalama üzerindeki etkisi yadsınamayacak iki değişkendir. Bu açıdan bakıldığında araştırma sonuçları, içselleştirilmiş damgalamanın ruhsal hastalığı olan bireyler üzerindeki olumsuz etkisini azaltmak için benlik saygısı düzeylerinin ve sosyal destek miktarının artırılmasının önemini vurgulamaktadır. Ek olarak, ruhsal hastalığı olan bireylerin içselleştirilmiş damgalama düzeylerini azaltmak amacıyla benlik saygısı düzeylerini arttırabilecek müdahaleler ile sosyal destek kaynaklarının artırılması önem kazanmaktadır. Bireye yalnız olmadığını ve anlaşıldığını hissettirebilmek yani algıladığı sosyal destek düzeyini arttırabilmek için düzenlenen grup terapileri, sosyal ilişkilerini geliştirebilecek aktivite önerileri, yaşam fırsatlarını değerlendirebilmek, özgüvenini arttırabilmek adına tedavi süreçlerine eklenen benlik saygısını arttırabilecek müdahalelerin içselleştirilmiş damgalama düzeyini azaltmak açısından önemli olduğu düşünülmektedir. Tüm bunlar bireylerin psikolojik iyilik hallerini güçlendirebilmekte (Birtel vd., 2007) ve damgalama düzeylerini azaltıp daha sağlıklı bir yaşam sürmelerine katkıda bulunabilmektedir.

Mevcut araştırmadan elde edilen bir diğer bulguya göre ise benlik saygısı ile algılanan sosyal destek düzeyi arasında orta düzeyde pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Algılanan sosyal destek arttıkça benlik saygısı düzeyi de artmaktadır. İlgili literatür incelendiğinde araştırmanın bulgularıyla tutarlı olarak algılanan sosyal destek ve benlik saygısı düzeyi arasında pozitif yönde anlamlı ilişkilerin olduğu araştırmalar bulunmaktadır (Avşar vd., 2016; Birtel vd., 2017; Çakar ve Karataş, 2012; Koç ve Arslan, 2019; Lakey vd., 1994; Seki ve Dilmaç, 2020). Benlik saygısı düşük olan bireyler sosyal ilişkilerini daha olumsuz algılama, ilişki içerisinde daha yetersiz hissetme, sevilmeye değer olmadığını düşünme, reddedilme korkusu gibi örüntüler sergilemektedir (Lakey vd., 1994). Bu örüntüler bireyin sosyal ağının daralmasına ve ilişkilerinin niteliğinin azalmasına sebep olmaktadır (Corrigan ve Rao, 2012). Tüm bunlar düşünüldüğünde, düşük benlik saygısı kişinin algıladığı sosyal destek düzeyinin daha az olmasına zemin hazırlamaktadır. Bunun yanında benlik saygısı düzeyi yüksek olan bireyler sosyal ilişkilerde reddedilmeye karşı daha az duyarlıdırlar. Dolayısıyla daha fazla sosyal ilişki içerisinde yer almaktadırlar. Bu durum kişinin algıladığı sosyal destek düzeyinin daha yüksek olmasına olanak

sağlamaktadır (MacDonald ve Leary, 2005). Algılanan sosyal destek düzeyi ile benlik saygısı arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişkinin bulunması, bu iki değişkenin birbirini destekleyici yönde hareket ettiğini gösterir. Yani, bir bireyin algıladığı sosyal destek arttıkça, benlik saygısı da artar. Bu bulgu, içselleştirilmiş damgalamayla mücadele açısından oldukça önemlidir, çünkü hem sosyal destek hem de benlik saygısı, damgalamanın olumsuz etkilerini hafifletmekte kilit rol oynamaktadır. Algılanan sosyal destek düzeyi ile benlik saygısı arasındaki pozitif ilişki, içselleştirilmiş damgalamayla mücadelede iki yönlü bir koruma mekanizması sunmaktadır. Yüksek sosyal destek, bireyin benlik saygısı düzeyini artırırken, yüksek benlik saygısı da damgalamayı içselleştirme riskini azaltmaktadır. Bu nedenle, ruh sağlığı sorunları yaşayan bireylerin sosyal destek sistemlerini güçlendirmek, hem benlik saygısı düzeylerini artırmak hem de içselleştirilmiş damgalamanın olumsuz etkilerini hafifletmek adına etkili bir yöntem olabileceği düşünülmektedir.

Tüm bu sonuçlar ışığında mevcut araştırma bulgularının araştırmanın 3. hipotezi olan “Algılanan sosyal destek düzeyi ve benlik saygısı düzeyi arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki bulunmaktadır.” hipotezini destekler nitelikte olduğu görülmektedir.

5.2. Farklı Değişkenler Açısından İçselleştirilmiş Damgalama Düzeyi

5.2.1. Cinsiyet Açısından İçselleştirilmiş Damgalama Düzeyi

Ruhsal hastalığı olan bireyin cinsiyeti yaşanan damgalamanın boyutunu etkileyebilmektedir. Nitekim yapılan çalışmalar da cinsiyet açısından damgalama düzeyinin farklılaştığını göstermektedir. (Dickerson, 2002). Sarıkoç’un (2011) ayaktan takip edilen psikiyatri hastalarıyla yaptığı çalışmada erkeklerin kadınlara göre daha fazla içselleştirilmiş damgalama yaşadıkları bulunmuştur. Benzer şekilde Beyazyüz’ün (2014) psikiyatri hastalarıyla yaptığı çalışmada erkeklerin içselleştirilmiş damgalama düzeyinin kadınlara oranla daha yüksek olduğu sonucu elde edilmiştir. RHİDÖ’nün geçerlilik ve güvenirlik çalışmasında da erkeklerin içselleştirilmiş damgalama düzeyinin kadınlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. OKB ve diğer psikiyatrik hastalıkların dahil edildiği örnekleme yapılan çalışmaya göre de erkeklerin içselleştirilmiş damgalama düzeyi daha yüksek bulunmuştur (Picco vd., 2016). Benzer şekilde anksiyete bozukluğu, şizofreni ve bipolar bozukluk tanılı hastalarla yapılan bir başka çalışmada da erkeklerin içselleştirilmiş damgalama puanının kadınlara göre daha yüksek olduğu rapor

edilmiştir (Tel ve Ertekin Pınar, 2012). Bununla birlikte literatürde içselleştirilmiş damgalama düzeyinin cinsiyete göre farklılaşmadığını gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (Drapalski vd., 2013; Elbir, 2010; Kök, 2014; Livingston ve Boyd, 2010; West vd., 2011).

Ng ve Chan'ın (2000) ruhsal hastalıklara yönelik tutumları incelediği çalışmasına göre kadınlar ruhsal hastalıkları olan bireylere karşı daha koruyucu tutumlar gösterirken erkekler ise damgalayıcı tutumlar sergilemektedir. Bunun yanında kadınların genel olarak daha hoşgörülü, hümanistik ve empatik olduğu düşünüldüğünde (Akgün ve Çetin, 2018; Yıldız, 2016) daha az damgalama hissetmeleri ve ruhsal sağlık durumlarını kabullenmelerinin daha kolay olabileceği beklenmektedir. Bu bağlamda, kadınların empatik ve hoşgörülü tavırları ve ruhsal sağlık sorunları yaşayan bireylere karşı daha anlayışlı ve destekleyici bir yaklaşım sergilemeleri toplum içinde daha az damgalama hissetmelerine ve ruhsal sağlık sorunlarını kabullenmelerinin daha kolay olmasına katkı sağlayabilmektedir (Sarıkoc, 2011). Dolayısıyla böyle bir durumda erkekler kadınlara göre daha fazla damgalama hissetmektedir. Tüm bunların yanında içinde bulunduğumuz kültür ve toplumsal cinsiyet rolleri düşünüldüğünde erkeklerin daha fazla içselleştirilmiş damgalama yaşamaları şaşırtıcı değildir. Toplumsal cinsiyet rolleri içinde erkeklere yüklenen güçlü ve dik duruş algısı, ruhsal hastalığın erkekler için bir zayıflık olarak değerlendirilmesine neden olabilir. Dolayısıyla bu da içselleştirilmiş damgalamanın daha yüksek olmasını kolaylaştırabilmektedir (Beyazyüz, 2014). Bu sonucun çalışmanın 4. hipotezi olan “Erkeklerin içselleştirilmiş damgalama düzeyleri kadınlardan daha yüksektir.” hipotezini desteklediği görülmektedir.

5.2.2. Yaş Açısından İçselleştirilmiş Damgalama Düzeyi

Literatür incelendiğinde yaş açısından içselleştirilmiş damgalamanın farklılaşmadığı görülmektedir. Mevcut araştırmada elde edilen bulgular katılımcıların yaşları açısından içselleştirilmiş damgalama düzeyinin farklılaşmadığı yönündedir. Mevcut çalışmanın bulgularıyla benzer olarak literatürde Holubova vd. (2016) depresif hastalarla yaptıkları çalışmada içselleştirilmiş damgalama düzeyinin yaş açısından istatistiksel olarak farklılaşmadığını saptamıştır. Benzer şekilde Munoz vd. (2011) ağır ruhsal hastalığı olan bireyler ile yürüttükleri çalışmada da yaş açısından içselleştirilmiş damgalama düzeylerinin farklılaşmadığını tespit etmiştir. Tüm bu bulgulara ek olarak literatürde yaş ve içselleştirilmiş damgalama düzeyi

arasında farklılık olmadığını savunan pek çok çalışma yer almaktadır (Beyazyüz, 2014; Candan, 2023; Picco vd., 2016; Sarıkoç, 2011). Literatürde araştırma bulgularından farklı olarak içselleştirilmiş damgalama düzeyinin yaşa göre değiştiğini saptayan araştırmalar da mevcuttur (Leblebici, 2022; Werner vd., 2008; West vd., 2011).

Literatürdeki birbirinden farklı bu sonuçlar değerlendirildiğinde diğer çalışmalarda hem farklı yaş grupları ile çalışılmış olması hem de çeşitli örneklem gruplarının kullanılmış olması sonuçlardaki bu farklılığı açıklıyor gibi görünmektedir. Bunun yanında örneklemdeki bireylerin içselleştirilmiş damgalamayı etkileyebilecek diğer bazı özellikler açısından benzer olmuş olması yaş açısından içselleştirilmiş damgalama düzeyleri arasında farklılık olmamasının nedeni olabileceği düşünülmektedir. Aynı zamanda ruhsal hastalığı olan bireylerin yaşadıkları damgalama deneyimlerinin yaştan bağımsız olarak benzer olabileceği düşünülmektedir. Mevcut çalışmanın bulgularından hareketle araştırmanın 5. hipotezi olan “32-58 yaş grubundaki bireylerin içselleştirilmiş damgalama düzeyleri, diğer yaş gruplarındaki bireylerin içselleştirilmiş damgalama düzeylerine göre daha fazladır” şeklindeki hipotezi desteklemediği görülmektedir.

5.2.3. Medeni Durum Açısından İçselleştirilmiş Damgalama Düzeyi

Ruhsal hastalığı olan bireylerin içselleştirilmiş damgalama düzeylerini etkileyen bir değişken de bireyin medeni durumudur. Literatürde bu konuyla ilgili oldukça farklı bulgular söz konusudur. Şizofreni ve bipolar hastalığı olan bireylerle yapılan çalışmaya göre boşanmış yahut eşinden ayrı yaşayan bireylerin içselleştirilmiş damgalama düzeyleri evli olanlara göre daha yüksek bulunmuştur (Kök, 2014). Benzer şekilde Çelik (2023) ayaktan tedavi alan psikiyatri hastaları örnekleminde yaptığı çalışmada boşanmış olan bireylerin bekarlara ve evlilere göre algılanan ayrımcılık alt ölçeğinde daha yüksek puanlar aldığını saptamıştır. Bunun yanında medeni durum açısından içselleştirilmiş damgalama düzeyleri arasında anlamlı farklılığın olmadığı pek çok çalışma da mevcuttur (Çalışkan, 2019; Çam ve Çuhadar, 2012; Link vd., 2002; Sarıkoç, 2011; Üstündağ ve Kesebir, 2013). Öte yandan evli olan bireylerin içselleştirilmiş damgalama düzeylerinin bekarlara göre daha yüksek olduğu (Beyazyüz, 2014; Kamışlı vd., 2016) çalışmaların yanında, bekarların içselleştirilmiş damgalama düzeylerinin daha yüksek olduğu çalışmalar da mevcuttur (Aslan, 2020). Tüm bu sonuçlara göre medeni durumun içselleştirilmiş

damgalamayı tek başına etkileyen bir değişken olmadığı düşünülmektedir (Çalışkan, 2019). Bunun yanında içselleştirilmiş damgalamanın çalışıldığı örneklem gruplarındaki çeşitliliğin de farklı bulguların ortaya çıkmasına yol açmış olduğu düşünülmektedir.

Mevcut çalışmanın bulgularına göre ise boşanmış bireyler evli ve bekarlara göre daha yüksek düzeyde içselleştirilmiş damgalama yaşamaktadır. Bu sonucun mevcut çalışmanın 6. hipotezi olan “Evli bireylerin içselleştirilmiş damgalama düzeyleri, bekar ve boşanmış olan bireylerin içselleştirilmiş damgalama düzeylerine göre anlamlı ölçüde daha düşüktür.” hipotezini desteklediği görülmektedir. Bu sonuca bakıldığında bireyin boşanmış olma durumu destek eksikliği, yalnızlık duygusu, istenilmeyen kişi olma algısı gibi durumları arttırabileceği için kişi daha olumsuz bir bakış açısı geliştirebilmektedir. Dolayısıyla bunun da kişinin damgalamayı daha çok içselleştirmesine sebep olabileceği düşünülmektedir (Çalışkan, 2019; Kök, 2014; Sarıkoç, 2011).

5.2.4. Eğitim Seviyesi Açısından İçselleştirilmiş Damgalama Düzeyi

İçselleştirilmiş damgalama ile ilgili olan değişkenlerden biri de kişinin eğitim seviyesidir. Mevcut çalışmada lise ve ön lisans eğitim seviyesinde olan bireylerin lisans ve üstü eğitim seviyesinde olan bireylere göre içselleştirilmiş damgalama düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Buna göre çalışmanın 7. hipotezi olan “Eğitim seviyesi lisans ve üstünde olan bireylerin içselleştirilmiş damgalama düzeyleri, diğer eğitim seviyelerindeki bireylerin içselleştirilmiş damgalama düzeylerine göre daha düşüktür.” hipotezini destekler nitelikte olduğu görülmektedir. Konuyla ilgili literatür incelendiğinde şizofreni ve bipolar hastalarla yapılmış olan bir çalışmada okuryazar ve ilkokul seviyesindeki bireylerin içselleştirilmiş damgalama düzeyleri daha yüksek bulunmuştur (Kök, 2014). OKB’de içselleştirilmiş damgalamayı inceleyen bir başka çalışmaya göre ise hiç okula gitmeyen yahut ilköğretim mezunu olanların, içselleştirilmiş damgalama düzeylerinin üniversite mezunu olanlardan daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bir kamu hastanesi ile özel psikiyatri hastanesine başvuran bireyler arasındaki içselleştirilmiş damgalama düzeylerini karşılaştıran Coşkun ve Güven Caymaz’ın (2013) çalışmasında da benzer şekilde eğitim seviyesi ilkokul olanların içselleştirilmiş damgalama düzeyi daha yüksek bulunmuştur. Tüm bu sonuçlar değerlendirildiğinde bireylerin eğitim seviyesinin artması içselleştirilmiş damgalama düzeyinin azalması ile

sonuçlanmaktadır (Arslantaş vd., 2010; Elbir, 2010; Üstündağ ve Kesebir, 2013; Yen vd., 2005). Literatürde araştırma bulgularından farklı olarak eğitim seviyesi açısından içselleştirilmiş damgalama düzeyinin farklılaşmadığını destekleyen bulgular da bulunmaktadır (Ersoy ve Varan, 2007; Kara Özçalık, 2021; Kızılağaç, 2018; Livingston ve Boyd, 2010; Yanos vd., 2008).

Mevcut araştırmanın sonuçları ve onu destekleyen araştırmalar dikkate alındığında eğitim seviyesi düşük olan bireylerin ruhsal hastalıkların ortaya çıkardığı belirti ve sorunlarla baş etme ve yardım arama konusunda zorluklar yaşamaları içselleştirilmiş damgalama düzeyini arttırıyor gibi görünmektedir. Bunun yanında eğitim seviyesi yüksek olan bireylerin içselleştirilmiş damgalama düzeylerinin daha düşük olması ruhsal hastalıklarla ilgili daha fazla bilgi birikimi ve farkındalık sahibi olmalarından kaynaklanabilmektedir (Çalışkan, 2019; Koç Mutlu, 2023; Kök, 2014).

5.2.5. İkamet Edilen Yer Açısından İçselleştirilmiş Damgalama Düzeyi

İlgili literatür incelendiğinde ikamet edilen yer açısından içselleştirilmiş damgalama düzeyinin farklılaştığı görülmektedir. İçselleştirilmiş damgalama üzerine yapılan bu araştırmaya il, ilçe ve köyde yaşayan bireyler katılmıştır. Araştırma bulgularına göre ikamet edilen yer açısından içselleştirilmiş damgalama düzeyleri farklılaşmaktadır. Buna göre ilçede ikamet eden bireylerin içselleştirilmiş damgalama düzeyi il merkezinde ikamet edenlere göre daha yüksektir. Bu sonucun mevcut araştırmanın 8. hipotezi olan “İl merkezinde yaşayan bireylerin içselleştirilmiş damgalama düzeyleri, ilçe ve köyde yaşayanlara göre daha düşüktür.” hipotezini desteklediği görülmektedir. Angermeyer vd. (2004) tarafından kent ve kasaba örnekleminde gerçekleştirilen karşılaştırmalı çalışmaya göre kasabada yaşayanlar daha fazla damgalandıklarını düşünmektedir. Bipolar bozukluğunda içselleştirilmiş damgalamanın araştırıldığı Çekiç’in (2014) çalışmasında ilçe ve köyde yaşayan bireylerin içselleştirilmiş damgalama düzeyi, il merkezinde yaşayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Benzer şekilde Beyazyüz (2014) ve Çelik (2023) çalışmalarında köyde ve ilçede yaşayan bireylerin daha yüksek içselleştirilmiş damgalama düzeyi olduğunu saptamışlardır.

Tüm bu sonuçlar değerlendirildiğinde köy ve ilçe gibi il merkezine göre daha kırsal bölgelerde ikamet eden bireylerin daha sıkı ve yakın ilişkiler içinde olmaları onların ruhsal hastalıklarla ilgili stereotiplere daha fazla maruz kalmalarına sebep olabilmektedir. Bunun yanında bu yakın ve sıkı ilişkiler sebebiyle ruhsal hastalığın

fark edilmesi ve ortaya çıkması da daha güçlü bir ihtimal olabilmektedir. Dolayısıyla ruhsal hastalığı olan birey utanç ve yetersizlik hisleri ile daha fazla içselleştirilmiş damgalama yaşayabilmektedir. Tüm bunlara ek olarak kırsal bölgelerde kente göre sosyokültürel düzeyin daha düşük olduğu göz önüne alındığında kırsalda yaşayanların ruhsal hastalıklarla ilgili tepkilerinin daha olumsuz olması beklenmektedir. Bu olumsuz tepkiler kişinin kendini de olumsuz olarak algılamasına ve daha çok içselleştirilmiş damgalama yaşamasına sebep olabilmektedir (Beyazyüz, 2014; Çelik, 2012; Kök, 2014; Rüşch vd., 2006).

5.2.6. Tıbbi Tanı Açısından İçselleştirilmiş Damgalama

Kaygı bozukluğu, depresyon ve OKB tanılı bireylerden oluşan örneklemde içselleştirilmiş damgalamayı inceleyen mevcut çalışmaya göre bireylerin tanıları açısından içselleştirilmiş damgalama düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. Buna göre kaygı bozukluğu olan bireylerin içselleştirilmiş damgalama düzeyi depresyon ve OKB olan bireylere göre daha düşüktür. Bu sonucun mevcut araştırmanın 9. Hipotezi olan “Kaygı bozukluğu tanısı olan bireylerin içselleştirilmiş damgalama düzeyleri diğer tanı gruplarındaki (depresyon - kaygı bozukluğu) bireylerin içselleştirilmiş damgalama düzeylerine göre anlamlı ölçüde daha düşüktür” hipotezini desteklediği görülmektedir. İlgili literatür incelendiğinde bu örneklem grubu ile yapılmış çalışmaya rastlanmamaktadır. Bu örneklem grubunun dışında ağır ruhsal hastalığı olan bireylerle (Çam ve Çuhadar, 2012; Kök, 2014; Picco vd., 2016), OKB tanılı bireylerle (Bayar, 2020; Mercan, 2017), depresyon tanılı bireylerle (Barney vd., 2006) ve kaygı bozukluğu olan bireylerle (Kamaradova vd., 2015; Ociskova vd., 2018) ayrı ayrı yapılan çalışmalar mevcuttur. Var olan çalışmaların bulguları değerlendirildiğinde yeme bozukluğu, madde kullanım bozukluğu ve kişilik bozukluğu olan bireylerin içselleştirilmiş damgalama düzeyleri kaygı bozukluğu ve depresyonu olan bireylerden yüksek bulunmuştur (Sarikoç, 2011). Bunun yanında Beyazyüz’ün (2014) çalışmasında kaygı bozukluğu, somatoform bozukluk ve OKB gibi tanı grupları açısından içselleştirilmiş damgalama düzeyi arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır. Depresyon ve şizofreni tanılı bireylerin oluşturduğu örneklemde ise depresyonu olan bireylerin en az şizofreni hastaları kadar içselleştirilmiş damgalama yaşadıkları saptanmıştır (Doğanavşargil, 2009; Sevindik vd., 2014).

Mevcut çalışmanın bulguları değerlendirildiğinde depresyonun ve OKB'nin kaygı bozukluğuna göre bireyin işlevselliğinde daha çok bozulmalara yol açması ve bireyin sosyal hayatını kısıtlaması açısından içselleştirilmiş damgalama düzeyini arttırmış olabileceği düşünülmektedir. Nitekim literatürde psikiyatrik tanının ağırlığının, içselleştirilmiş damgalamayı arttırdığı düşünülmektedir (Lysaker vd., 2008; Matthews vd., 2006; Metraux vd., 2003).

5.2.7. Psikiyatri Polikliniğine Başvurma Durumu Açısından İçselleştirilmiş Damgalama Düzeyi

Mevcut araştırmanın bulgularına göre bireylerin psikiyatri polikliniklerine ilk kez başvurmaları ile birden çok kez başvurmaları açısından içselleştirilmiş damgalama düzeyi arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Bu sonucun mevcut araştırmanın 10. hipotezi olan “Birden çok kez psikiyatri polikliniğine başvuran bireylerin içselleştirilmiş damgalama düzeyi, ilk defa başvuran bireylerin içselleştirilmiş damgalama düzeyine göre daha yüksektir” hipotezini desteklemediği görülmektedir. Literatür incelendiğinde mevcut çalışmanın bulgularıyla benzer sonuçlara rastlanmaktadır. Çelik'in (2012) depresif bireylerle yaptığı çalışmasında psikiyatriye ilk kez başvuran bireyler ile kontrol başvurusu yapan bireyler açısından içselleştirilmiş damgalama düzeyi arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Benzer şekilde Beyazyüz'ün (2014) yaptığı çalışmada da içselleştirilmiş damgalama düzeyi ilk kez başvuru yapan bireyler ile birden çok kez başvurusu olan bireyler arasında değişkenlik göstermemektedir. İlgili literatürün ve mevcut çalışmanın bulgularının değerlendirilmesi sonucunda, bireysel ve çevresel faktörlerin içselleştirilmiş damgalamayı psikiyatriye başvuru sıklığından daha fazla etkilediği düşünülmektedir.

5.2.8. Ailede Psikiyatrik Hastalık Öyküsü Açısından İçselleştirilmiş Damgalama Düzeyi

Mevcut çalışmanın bulguları ailesinde ruhsal hastalık öyküsü bulunan bireylerin içselleştirilmiş damgalama düzeylerinin daha yüksek olduğu yönündedir. Bu bulgu mevcut çalışmanın 11. hipotezi olan “Kendisi dışında psikiyatrik rahatsızlığı olan başka bir aile üyesi bulunan bireylerin, psikiyatrik rahatsızlığa sahip aile üyesi bulunmayan bireylere göre içselleştirilmiş damgalama düzeyi daha yüksektir.” hipotezini desteklediği görülmektedir. Literatür incelendiğinde mevcut çalışmadan farklı tanı grupları ile yapılan pek çok çalışmada ailede ruhsal hastalık

öyküsü açısından içselleştirilmiş damgalama düzeyleri arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (Çelik, 2012; Kök, 2014; Oban ve Küçük, 2011; Üstündağ ve Kesebir, 2013).

Bulgular arasındaki bu farklılığın yapılan araştırmalardaki örneklem çeşitliliğinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Öte yandan mevcut çalışmanın bulguları dikkate alındığında ailesinde ruhsal hastalık öyküsü bulunan bireylerin ruhsal hastalıklara dair olumsuz görüşlere daha fazla maruz kalması, kendisi hakkındaki olumsuz inançlarını da daha fazla içselleştirmesine neden olabilmektedir. Ailede ruhsal hastalığı olan başka bireylerin varlığı, aile içindeki rol ve sorumlulukları değiştirebilmekte ve daha fazla bakım ihtiyacı ile artan sorumluluğu beraberinde getirebilmektedir. Dolayısıyla kişi kendini bu noktada yetersiz ve zayıf hissederse içselleştirilmiş damgalama algısının da artabileceği düşünülmektedir.

5.3. Farklı Değişkenler Açısından Algılanan Sosyal Destek Düzeyi

5.3.1. Cinsiyet Açısından Algılanan Sosyal Destek Düzeyi

Mevcut araştırmanın bulgularına göre kadınların algıladığı sosyal destek düzeyi erkeklerden anlamlı düzeyde daha yüksektir. Bu sonucun, araştırmanın 12. hipotezi olan “Kadınların algıladığı sosyal destek düzeyi erkeklere göre anlamlı düzeyde daha yüksektir” hipotezini desteklediği görülmektedir. Bu konuda yapılan araştırmalar incelendiğinde Cerit vd. (2012) bipolar bozukluk tanılı hastalardan oluşan bireylerle yaptıkları çalışmada kadınların algıladığı sosyal destek düzeyinin erkeklerden daha fazla olduğu saptamıştır. Yetişkin bireylerde algılanan sosyal destek ile psikolojik dayanıklılık arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada ise yine kadınların algıladığı sosyal destek düzeyi erkeklere göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Ceyhun, 2018). Ruhsal hastalığı olan bireylerde sosyal desteğin incelendiği başka bir çalışmaya göre de kadınların algıladığı sosyal destek düzeyi erkeklerden anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur (Çalışkan, 2019). Benzer şekilde Şen (2021) ve Sonnenberg vd. (2013) tarafından yapılan çalışmada da kadınların algıladığı sosyal destek düzeyinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Literatür incelendiğinde cinsiyet açısından algılanan sosyal destek düzeyi arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farkın olmadığı çalışmalar da mevcuttur (Albal, 2009; Cebeci, 2021; Kocakahya, 2019; Kök, 2014; Soysal, 2017).

Tüm bu bulgular değerlendirildiğinde kadınların erkeklere göre kişilerarası ilişkilerinde daha duyarlı ve uyumlu olması dolayısıyla sosyal desteği algılama ihtimallerinin daha yüksek olması ortaya çıkan bu farklılığı açıklıyor gibi görünmektedir (İmamoğlu, 2008; Koç, 2016). Bunun yanında erkeklige ilişkin var olan toplumsal roller erkeklere güçlü olma rolünü atfetmektedir. Atfedilen bu rol bireyin destek aramasının önüne bir engel oluşturmaktadır. Çünkü sosyal destek arama ve alma durumu kişiye kendini zayıf ve yetersiz hissettireceği için erkeklerin algıladığı sosyal desteğin daha düşük olduğu düşünülmektedir (Koydemir Özden, 2010; Latalova vd., 2014). Nitekim yapılan çalışmalar kadınların ilişkilerinde daha çok duygusal yakınlık kurduklarını, olumsuz yaşam olayları ile karşılaştıklarında sosyal destek kaynaklarını daha çok harekete geçirdiklerini göstermektedir (Kawachi ve Berkman, 2001).

5.3.2. Yaş Açısından Algılanan Sosyal Destek Düzeyi

Mevcut çalışmanın bulgularına göre yaş grupları açısından algılanan sosyal destek düzeyi arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Bu sonucun araştırmanın 13. hipotezi olan “32-58 yaş grubundaki bireylerin algıladığı sosyal destek düzeyi, diğer yaş gruplarına (18-24, 25-31) göre daha düşüktür” hipotezini desteklemediği görülmektedir. İlgili literatür incelendiğinde mevcut araştırmanın bulgularıyla tutarlı sonuçlara rastlanmaktadır. Şizofreni ve bipolar bozukluk hastalarıyla yapılan bir çalışmaya göre yaş açısından algılanan sosyal destek düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (Kök, 2014). Albal ve Kutlu’nun (2010) depresyon ve bipolar hastalar ile yaptığı çalışmaya göre de yaş ve algılanan sosyal düzeyi arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Benzer şekilde Zehir’in (2021) depresyon tanılı hastalarda ruminatif düşünme ve algılanan sosyal destek üzerine yaptığı çalışmasında yaş açısından algılanan sosyal destek düzeyi arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

İlgili literatür ve mevcut çalışmanın bulguları değerlendirildiğinde, yaşın sosyal destek algısını etkileyen belirleyici bir faktör olmadığını sonucuna varılmaktadır. Yaşın artması veya azalmasıyla, bireylerin algıladığı sosyal destek düzeyinde anlamlı bir değişiklik gözlenmemiştir. Bu durum, yaşın sosyal destek algısına sınırlı bir etkisi olduğunu ve yaşamın farklı evrelerinde sosyal destek kaynaklarının değiştiğini ancak sosyal desteğin devam ettiğini düşündürmektedir.

5.3.3. Medeni durum Açısından Algılanan Sosyal Destek Düzeyi

Literatürde algılanan sosyal destek düzeyi ile ilişkili değişkenlerden birinin de bireyin medeni durumu olduğu görülmektedir. Mevcut araştırmanın bulgularına göre bireylerin medeni durumu açısından algılanan sosyal destek düzeyi anlamlı bir farklılık göstermektedir. Buna göre evli bireyler bekar ve boşanmış olanlara göre; bekarlar ise boşanmış olanlara göre daha fazla sosyal destek algılamaktadır. Bu sonuca göre evli bireylerin algıladığı sosyal destek düzeyi bekar ve boşanmış bireylere göre daha yüksek bulunmuştur. Bu sonucun araştırmanın 14. hipotezi olan “Evli bireylerin algıladığı sosyal destek düzeyi, bekar ve boşanmış bireylerin algıladığı sosyal destek düzeyinden daha yüksektir” hipotezini desteklediği görülmektedir. İlgili literatür incelendiğinde psikiyatri hastalarının tedavi uyumu ve algıladığı sosyal destek arasındaki ilişkinin araştırıldığı bir çalışmada evli olan bireylerin algıladığı sosyal destek düzeyinin, bekar ve boşanmış olanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (Kılınç, 2015). Kocakahya’nın (2019) psikiyatri hastalarıyla yaptığı çalışmasında algılanan sosyal destek düzeyinin en düşük olduğu grup boşanmış olan bireylerdir. Benzer şekilde panik bozukluk hastalarında algılanan sosyal destek ile ilişkili değişkenlerin incelendiği bir başka çalışmada ise evli olanların algıladığı sosyal destek düzeyi evli olmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur (Cebeci, 2021). Albal ve Kutlu (2010) ve Zemen’in (2020) çalışmalarında da evli bireyler, evli olmayanlara göre daha yüksek düzeyde sosyal destek algılamaktadır. Literatür incelendiğinde medeni durum açısından algılanan sosyal destek düzeyi arasında anlamlı farklılığın olmadığı çalışmalar da mevcuttur (Köprülü, 2023; Sarı vd., 2011; Ulukök, 2021).

Mevcut araştırmanın bulguları ve literatür değerlendirildiğinde boşanmış olan bireylerin boşanma sürecinden dolayı zayıflayan sosyal ağları, ilişkilerindeki bozulmalar sosyal destek kaynaklarının azalmasına dolayısıyla daha az sosyal destek algılamasına sebep olabilmektedir. Bunun yanında boşanmış olan birey duygusal olarak birtakım zorluklar yaşamaktadır. Kendini daha yalnız ve anlaşılmamış hissedebilmektedir. Tüm bu yaşanan duygusal zorlukların bireyin algıladığı sosyal destek düzeyinin de düşmesine neden olabileceği düşünülmektedir. Öte yandan evli olan bireylerin evlilik durumu ile genişleyen sosyal ağı, partner desteği ve geniş aile yapısının daha fazla sosyal destek algılamasını sağlayabileceği düşünülmektedir (Düzgören, 2017; Gümüş, 2015; Öngider, 2011).

5.3.4. Eğitim Seviyesi Açısından Algılanan Sosyal Destek Düzeyi

Literatürde algılanan sosyal destek düzeyi ile ilgili olan değişkenlerden bir diğeri de bireyin eğitim seviyesidir. Mevcut araştırmanın bulgularına göre eğitim seviyesi açısından bireylerin algıladığı sosyal destek düzeyi farklılaşmaktadır. Buna göre eğitim seviyesi lise olan bireylerin algıladığı sosyal destek düzeyi ön lisans ile lisans ve lisans üstünde eğitim seviyesi olan bireylere göre; önlisans mezunu olanların algıladığı sosyal destek düzeyi ise eğitim seviyesi lisans ve lisansüstü olan bireylere göre daha düşüktür. Bu sonucun araştırmanın 15. hipotezi olan “Lisans ve lisansüstü eğitim seviyesindeki bireylerin algıladığı sosyal destek düzeyi, diğer eğitim seviyesindeki bireylerin algıladığı sosyal destek düzeyinden daha yüksektir” hipotezini desteklediği görülmektedir. Sarı vd. (2011) tarafından yapılan araştırmada eğitim seviyesi ortaokul ve üzerinde olan bireylerin algıladıkları sosyal destek düzeyi, eğitim seviyesi ilkokul ve altında olanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Kocakahya (2019) yaptığı çalışmasında eğitim seviyesi ilkokul olanların algıladığı sosyal destek düzeyinin düşük olduğunu saptamıştır. Benzer şekilde Korkmaz’ın (2023) çalışmasına göre üniversite (ön lisans ve lisans) eğitim seviyesindeki bireylerin algıladığı sosyal destek düzeyi, ortaöğretim eğitim seviyesindeki bireylerden anlamlı ölçüde daha yüksektir. Literatür incelendiğinde eğitim seviyesi açısından algılanan sosyal destek düzeyi arasında anlamlı farklılığın bulunmadığı çalışmalar da mevcuttur (Ceyhun, 2018; Kazgan ve Kılıçaslan vd., 2022; Taplı, 2021). Bunun yanında mevcut çalışmanın bir diğer bulgusu ortaokul mezunu olan katılımcıların algıladıkları sosyal destek düzeyinin lise mezunu katılımcıların algıladıkları sosyal destek düzeyinden daha yüksek olduğudur. Bu açıdan bakıldığında bu bilgi hem çalışmanın diğer bulguları, hem de literatür ile çelişmektedir. Bu sonucun ortaokul mezunu kişilerin bu grubu temsil edecek sayıda olmamasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Mevcut çalışmanın bulguları ve literatür değerlendirildiğinde bireyin eğitim seviyesi yükseldikçe iletişim kurduğu insanların sayısı, ilişkilerin niteliği farklılaşmaktadır. Kişi farklı eğitim basamaklarında farklı bireyler ile ilişki içinde olup, pek çok arkadaşlık edinebilmektedir (Soysal, 2017). Bu açıdan bireyin sosyal ağının genişlediği buna bağlı olarak da algıladığı sosyal desteğin arttığı düşünülmektedir.

5.3.5. İkamet Edilen Yer Açısından Algılanan Sosyal Destek Düzeyi

İkamet edilen yer değişkeni algılanan sosyal destek düzeyinde etkili olan faktörlerden biri olarak değerlendirilmektedir. Mevcut araştırmanın sonuçları incelendiğinde il merkezinde ikamet eden bireylerin ilçede ikamet eden bireylere göre algıladıkları sosyal destek daha fazladır. Bu sonucun mevcut çalışmanın 16. hipotezi olan “İlçe ve köyde yaşayan bireylerin algıladığı sosyal destek düzeyi, il merkezinde yaşayan bireylerin algıladığı sosyal destek düzeyinden anlamlı ölçüde daha düşüktür” hipotezini desteklediği görülmektedir.

Literatür incelendiğinde mevcut çalışmanın bulguları ile paralel pek çok sonuca rastlanmaktadır. Kılınç'ın (2015) psikiyatri hastalarının tedaviye uyumlarında sosyal desteğin etkisini araştırdığı çalışmasında, il ve ilçede yaşayan bireylerin köyde yaşayanlara göre daha fazla sosyal destek algıladığı saptanmıştır. Benzer şekilde Kazgan Kılıçaslan vd. (2022) tarafından adli psikiyatri servisinde yatan hastalarla yapılan çalışmaya göre şehir merkezinde yaşayan bireylerin algıladığı sosyal destek düzeyinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Arıcıoğlu (2008) üniversite öğrencilerinin sosyal destek düzeyini incelediği çalışmasında köy ve kasabada yaşayan üniversite öğrencilerinin şehir ve büyükşehirlerde yaşayanlara göre daha düşük sosyal destek algıladıklarını bulmuştur. Bulaşıcı olmayan kronik hastalığı olan bireylerle yapılan bir çalışmada, kırsal bölgelerde yaşayan bireylerin kentte yaşayanlara göre düşük düzeyde sosyal destek algıladığı saptanmıştır (Miao vd., 2023). Benzer şekilde Liu vd. (2020) tarafından yaşlılarda sosyal destek algısının ikamet yerine göre farklılaşıp farklılaşmadığının araştırıldığı çalışmada kırsalda yaşayan bireylerin algılanan sosyal destek düzeyi daha düşük bulunmuştur.

Mevcut çalışmanın bulguları ve ilgili literatür değerlendirildiğinde kırsal bölgelerde nüfusun şehirlere göre daha az olması, kırsalda var olan dağınık yerleşim planı bireylerin sosyal destek ağlarının kısıtlı olmasına dolayısıyla algılanan sosyal desteğin düşük olmasına sebep olmaktadır (Yeşil, 2020). Bunun yanında kırsal bölgelerde sosyal etkinlik ve aktivitelerin azlığı ve bunlara ulaşımın zorluğu kişiyi yalnızlığa itebilmektedir (Yılmaz vd., 2008). Bunun da bireyin algıladığı sosyal desteğin daha düşük olmasını kolaylaştıracağı düşünülmektedir.

5.3.6. Tıbbi Tanı Açısından Algılanan Sosyal Destek Düzeyi

Kaygı bozukluğu, depresyon ve OKB tanılı bireylerden oluşan örnekleme algılanan sosyal desteğin bireyin tanısına göre farklılaşıp farklılaşmadığını inceleyen mevcut çalışmaya göre bireylerin tanıları açısından algılanan sosyal destek düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. Buna göre kaygı bozukluğu olan bireylerin algıladığı sosyal destek düzeyi depresyon ve OKB olan bireylere göre daha yüksektir. Bu sonucun mevcut araştırmanın 17. hipotezi olan “Kaygı bozukluğu tanılı bireylerin algıladığı sosyal destek düzeyi, diğer tanı gruplarına göre anlamlı düzeyde daha yüksektir” hipotezini desteklediği görülmektedir. İlgili literatür incelendiğinde anksiyete bozukluğu, depresyon ve OKB tanılı bireylerin algıladığı sosyal destek düzeylerini karşılaştırmalı olarak değerlendiren çalışmalara rastlanmamıştır. Yapılan çalışmalar sağlıklı bireyler ile ruhsal hastalığı olan bireylerin algıladığı sosyal destek düzeylerini karşılaştırmakta yahut ağır ruhsal hastalığı olan bireyler arasında algılanan sosyal desteği incelemektedir. Buna göre Zehir (2021) daha önce depresyon tedavisi alan ve almayan bireylerden oluşan örnekleme sağlıklı kontrollerle ruhsal hastalığı olan bireylerin algıladığı sosyal destek düzeyini karşılaştırmıştır. Yapılan çalışmaya göre daha önce depresyon tedavisi alan bireylerin algıladığı sosyal destek düzeyi almayanlara göre daha düşük bulunmuştur. Okur (2022) OKB tanılı bireyler ile daha önce psikiyatrik tanısı olmayan bireyler arasında algılanan sosyal destek düzeylerini karşılaştırmıştır. Çalışmanın sonuçlarına göre sağlıklı bireylerin algıladıkları sosyal destek düzeyleri daha yüksektir. Benzer şekilde Abidin vd. (2020) ve Koçoğlu’nun (2017) OKB tanılı bireylerle yaptıkları çalışmalarda algılanan sosyal destek düzeyi sağlıklı kontrollere göre düşük bulunmuştur. Ramay vd. (2010) yaptıkları çalışmada anksiyete ve depresyon hastalarını ve sağlıklı bireyleri algıladıkları sosyal destek düzeyi açısından karşılaştırmıştır. Bunun sonucunda da sağlıklı bireylerin algıladığı sosyal destek düzeyinin daha yüksek olduğunu saptamışlardır.

İlgili literatür ve mevcut çalışmanın sonuçları değerlendirildiğinde depresyon ve OKB’nin bireyin sosyal ilişkilerinde daha fazla bozulmaya yol açması (Koçoğlu, 2007), depresif bireylerin aktivitelerden uzaklaşması, hastalığın etkisi ile içe çekilmeleri, daha umutsuz ve keyifsiz olmaları, OKB olan bireylerin ise ritüellerini gerçekleştirmek adına sosyal aktivitelerden uzak durmalarının, sosyal destek algılarını etkileyebileceği düşünülmektedir. Bunun yanında mevcut çalışmada

depresyon ve OKB tanılı bireylerin içselleştirilmiş damgalama düzeylerinin daha yüksek olması algıladıkları sosyal destek düzeyini etkilemiş olabilmektedir.

5.3.7. Psikiyatri Polikliniğine Başvurma Durumu Açısından Algılanan Sosyal Destek Düzeyi

Mevcut araştırmanın bulgularına göre bireylerin psikiyatri polikliniklerine ilk kez başvurmaları ile birden çok kez başvurmaları açısından algılanan sosyal destek düzeyi arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Buna göre ilk defa psikiyatriye başvuran bireylerin algıladığı sosyal destek düzeyi daha yüksektir. Bu sonucun mevcut araştırmanın 18. hipotezi olan “Psikiyatri polikliniğine ilk defa başvuran bireylerin algıladığı sosyal destek düzeyi, daha önce birden çok kez başvuru yapmış bireylerin algıladığı sosyal destek düzeyine göre anlamlı ölçüde daha yüksektir” hipotezini desteklediği görülmektedir. İlgili literatür incelendiğinde psikiyatriye başvurma durumuna göre algılanan sosyal destek düzeyini inceleyen az sayıda çalışmaya rastlanmıştır. Literatürde daha çok ruhsal hastalığa sahip bireylerin hastaneye yatış sayıları açısından algılanan sosyal destek düzeyi incelenmiştir. Buna göre Kök (2014) şizofreni ve bipolar hastalarla yaptığı çalışmada bireylerin psikiyatri servisine yatma sayısı açısından algılanan sosyal destek düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık bulmuştur. Psikiyatri servisine daha fazla yatışı olan bireylerin algılanan sosyal destek düzeyinin daha düşük olduğu saptanmıştır. Benzer şekilde şizofreni tanısı olan bireylerle yapılan bir başka çalışmada tanı süresi daha uzun olanların algılanan sosyal destek düzeyi daha düşük bulunmuştur (Taplı, 2021). Çalışkan (2019) ise yaptığı çalışmada bir yılda ayaktan tedaviye başvuru sayısı açısından algılanan sosyal destek düzeyini incelemiştir. Çalışmanın sonucuna göre algılanan sosyal destek düzeyi ile başvuru sayısı arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Mevcut çalışmada ise bireylerin psikiyatri polikliniklerine ilk kez başvurma durumu ile birden çok kez başvurma durumu arasında algılanan sosyal destek düzeyi açısından farklılık olup olmadığı incelenmiştir.

Elde edilen bulgular değerlendirildiğinde birden fazla başvurusu olan bireylerin toplumun ruhsal hastalıklarla ilgili kalıp yargılarına daha fazla maruz kaldığı (Taplı, 2021), dolayısıyla damgalamayı daha çok içselleştirdiği ve buna bağlı olarak da algıladığı sosyal destek düzeyinin düşük olduğu düşünülmektedir. Bunun yanında toplumun kalıp yargılarına daha fazla maruz kalan birey dışlanma ve ayrımcılık yaşayabilmektedir. Bu dışlanma ve ayrımcılık da sosyal ağlarının zayıflamasına

dolayısıyla algılanan sosyal destek düzeyinin düşük olmasına sebep olabilmektedir (Ardahan, 2006).

5.3.8. Ailede Psikiyatrik Hastalık Öyküsü Açısından Algılanan Sosyal Destek Düzeyi

Mevcut çalışmanın bulguları ailesinde ruhsal hastalık öyküsü bulunmayan bireylerin algılanan sosyal destek düzeylerinin daha yüksek olduğu yönündedir. Bu bulgunun mevcut çalışmanın 19. hipotezi olan “Kendisi dışında psikiyatrik bozukluğu olan başka bir aile üyesi bulunan bireylerin, psikiyatrik bozukluğa sahip aile üyesi bulunmayan bireylere göre algıladığı sosyal destek düzeyi daha düşüktür” hipotezini desteklediği görülmektedir. Literatür incelendiğinde ailede ruhsal hastalık öyküsünün olması daha çok ağır ruhsal hastalığı olan bireylerin bulunduğu örneklemelerde çalışılmıştır. Bunlardan Zemen (2020) bipolar bozukluk tanılı hastalarla yürüttüğü çalışmasında ailede ruhsal hastalık bulunma durumuna göre algılanan sosyal destek düzeyinin farklılaşmadığını saptamıştır. Benzer şekilde Kılınç’ın (2015) yürüttüğü çalışma sonuçlarına göre de ailede ruhsal hastalık bulunma durumuna göre algılanan sosyal destek düzeyi farklılaşmamaktadır.

Mevcut çalışma ile literatür arasındaki bu farklılığın örneklem gruplarındaki farklılıktan kaynaklandığı düşünülmektedir. Bunun yanında mevcut çalışmanın sonuçları değerlendirildiğinde ailede ruhsal hastalık geçmişi olan bireyler, aile içi stres ve çatışmalarla daha fazla karşılaşabilmektedir. Ruhsal hastalıklar aile içi ilişkileri ve duygusal bağlılığı zorlayabilmekte ve bunun da bireyin çevresinden algıladığı sosyal desteği azaltacağı düşünülmektedir.

5.4. Farklı Değişkenler Açısından Benlik Saygısı Düzeyleri

5.4.1. Cinsiyet Açısından Benlik Saygısı Düzeyi

İlgili literatür incelendiğinde yapılan çalışmaların birçoğunda cinsiyet açısından benlik saygısı düzeylerinin farklılaşmadığı görülmektedir. Remisyondaki alkol kullanım bozukluğu olan bireylerde içselleştirilmiş damgalama ve benlik saygısı düzeylerinin araştırıldığı bir çalışmada kadın ve erkeklerin benlik saygısı düzeyleri açısından anlamlı bir farklılık göstermediği bulunmuştur (Novruzova, 2022). Psikolojik yardım almaya ilişkin tutumların benlik saygısı düzeyleri ile ilişkisinin araştırıldığı başka bir çalışmaya göre ise yine cinsiyet açısından benlik saygısı düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (Temiz, 2019).

İsmanur (2016) içselleştirilmiş damgalama, umutsuzluk ve benlik saygısı arasındaki ilişkileri araştırdığı çalışmada cinsiyete göre benlik saygısı düzeylerinin farklılaşmadığını tespit etmiştir. Benzer şekilde Türk'ün (2018) bipolar bozukluğu olan hastalarda içselleştirilmiş damgalama, benlik saygısı ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkileri araştırdığı çalışmada cinsiyet açısından benlik saygısı düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

İlgili literatür ile tutarlı olarak mevcut çalışma sonuçlarına göre kadınların ve erkeklerin benlik saygısı düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir. Bu sonucun mevcut çalışmanın 20. hipotezi olan “Kadınların benlik saygısı düzeyi erkeklere göre daha yüksektir” hipotezini desteklemediği görülmektedir.

5.4.2. Yaş Açısından Benlik Saygısı Düzeyi

Mevcut çalışmanın sonuçları yaş açısından bireylerin benlik saygısı düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığını göstermektedir. Bu sonucun mevcut çalışmanın 21. hipotezi olan “32-58 yaş grubundaki bireylerin benlik saygısı düzeyi, diğer yaş gruplarındaki (18-24, 25-31) bireylerin benlik saygısı düzeyinden daha düşüktür” hipotezini desteklemediği görülmektedir. İlgili literatür incelendiğinde mevcut çalışmanın bulguları ile benzer sonuçlara rastlanmaktadır. Aydemir ve Akkaya'nın (2011) remisyon dönemindeki bipolar hastalarla yaptığı çalışmada yaş açısından benlik saygısı düzeylerinin istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermediği belirlenmiştir. Benzer şekilde İsmanur'un (2016) şizofreni, bipolar ve diğer psikiyatrik bozukluk tanılı bireylerle yaptığı çalışmada yaş açısından benlik saygısı düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Bu sonuçlarla tutarlı olarak Türk (2018)' ün bipolar hastalarla yaptığı ve Novruzova'nın (2022) alkol kullanım bozukluğu olan bireylerle yaptığı çalışmada da yaş açısından benlik saygısı düzeyleri farklılaşmamaktadır.

5.4.3. Medeni durum Açısından Benlik Saygısı Düzeyi

Benlik saygısı düzeyini etkilediği düşünülen değişkenlerden biri medeni durumdur. Mevcut çalışmanın bulgularına göre evli olan bireylerin benlik saygısı düzeyi bekar ve boşanmış olanlara göre daha yüksektir. Bu sonucun mevcut çalışmanın 22. hipotezi olan “Evli bireylerin benlik saygısı düzeyi bekar ve boşanmış bireylerin benlik saygısı düzeylerinden anlamlı ölçüde daha yüksektir”

hipotezini desteklediği görülmektedir. Literatür incelendiğinde Shimotsu ve Horikawa'nın (2016) depresif hastalarda benlik saygısı, depresyon ve bilişsel şemalar arasındaki ilişkileri değerlendirdiği çalışmada evli olan bireylerin benlik saygısı düzeyi daha yüksek bulunmuştur. Kadınlarda kaygı düzeyi ve benlik saygısı arasındaki ilişkileri araştıran bir başka çalışmaya göre yine evli olan kadınların benlik saygısı düzeyi evli olmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur (Tahtacı, 2022). Depresyon, benlik saygısı ve bağlanma stilleri arasındaki ilişkilerin değerlendirildiği bir çalışmaya göre evli olan bireylerin benlik saygısı düzeylerinin evli olmayanlara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Kandaz, 2018). Şizofreni ve bipolar hastalardan oluşan örnekleme içselleştirilmiş damgalama, benlik saygısı ve sosyal destek arasındaki ilişkiyi araştıran başka bir çalışmaya göre evli olan bireylerin benlik saygısı düzeyleri boşanmış, eşinden ayrı yaşayan yahut eşi vefat eden bireylere göre daha yüksek bulunmuştur. Literatür incelendiğinde medeni durum açısından benlik saygısı düzeyi arasında anlamlı farklılığın bulunmadığı çalışmalar da mevcuttur (Blairy vd., 2004; Candan, 2023; Frias vd., 2019; Salsali ve Silverstone, 2003).

Mevcut çalışma bulguları ve ilgili literatür değerlendirildiğinde var olan kültürel yapımız ve toplumsal normlara göre evlilik kişiye bir statü kazandırmaktadır (Kök, 2014). Bu statü ile bireyin kendine verdiği değer ve saygının daha yüksek olabileceği düşünülmektedir. Bunun yanında boşanmış olmak toplum tarafından damgalamaya maruz kalınan ayrı bir durum olarak değerlendirildiğinde, kişinin kendini toplumdan dışlanmış, değersiz, seilmeye layık görmemesi de benlik saygısını azaltan bir faktör olarak değerlendirilebilmektedir (Arıkan, 1996). Benzer şekilde boşanma sonrası ortaya çıkan problemler, uyum süreci kişinin ruhsal sağlığında birtakım bozulmalara yol açabilmektedir (Düzgören, 2017; Öngider, 2011). Ruhsal sağlıktaki bu bozulmaların benlik saygısını etkileyebileceği düşünülmektedir.

5.4.4. Eğitim Seviyesi Açısından Benlik Saygısı Düzeyi

Benlik saygısı düzeyini etkileyen değişkenlerden biri de bireylerin eğitim seviyesidir. Mevcut çalışmanın bulgularına göre ön lisans ile lisans ve lisansüstü eğitim seviyesindeki bireylerin benlik saygısı düzeyi, lise düzeyindeki bireylerden anlamlı ölçüde daha yüksektir. Bu sonucun mevcut çalışmanın 23. hipotezi olan “Eğitim seviyesi lisans ve lisansüstü olan bireylerin benlik saygısı düzeyi diğer

eğitim seviyesindeki bireylerin benlik saygısı düzeylerinden daha yüksektir” hipotezini desteklediği görülmektedir. Bu sonuca ek olarak mevcut çalışmanın bir diğer sonucu ortaokul mezunu olan katılımcıların benlik saygısı düzeyi lise mezunu katılımcıların benlik saygısı düzeyinden daha yüksek olduğudur. Bu perspektiften değerlendirildiğinde, bu bilgi çalışmanın diğer bulgularıyla uyusmamaktadır. Ortaokul mezunu kişilerin bu grupta yeterli sayıda bulunmamasın, bu sonuca yol açmış olabileceği düşünülmektedir. Ruhsal hastalığı olan bireylerde damgalama ve benlik saygısı düzeyi üzerine yapılan bir çalışmada eğitim seviyesi ve benlik saygısı düzeyi arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Bireylerin eğitim seviyesi arttıkça benlik saygısı düzeylerinin arttığı saptanmıştır (Verhaeghe vd., 2008). Benzer şekilde Yanos vd., (2008) eğitim seviyesi arttıkça benlik saygısının arttığını bulmuşlardır. Depresif belirtiler ve benlik saygısı arasındaki ilişkide sosyal desteğin rolünü araştıran başka bir çalışmada lise ve daha düşük eğitim seviyesindeki bireylerin lisans ve lisansüstü eğitim seviyesindekilere göre benlik saygısı düzeyinin daha düşük olduğu saptanmıştır (Balcılar, 2023). Türk’ün (2018) bipolar bozukluğu olan bireylerin oluşturduğu örnekleme yaptığı çalışmasında ilköğretim seviyesinde eğitimi olan bireylerin lisansüstü seviyesindekilere göre benlik saygısı düzeyleri daha düşük bulunmuştur. Psikiyatri hastalarında benlik saygısı ve ilgili demografik değişkenler arasındaki ilişkilerin araştırıldığı başka bir çalışmada ise eğitim seviyesi yüksek olan bireylerin benlik saygısı düzeyi, eğitim seviyesi düşük olanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Salsali ve Silverstone, 2003).

Mevcut çalışmanın bulguları ve ilgili literatür değerlendirildiğinde artan eğitim seviyesi, bireyin kendini daha yeterli görmesini, daha başarılı hissetmesini ve daha fazla özgüven geliştirmesini sağlamaktadır (Kök, 2014). Daha yüksek eğitim seviyeleri, bireyler için yüksek statüdeki işlere kapı açabilmektedir (Bachman ve O’Malley, 1977). Bu duruma bağlı olarak da bireylerin benlik saygısının arttığı düşünülmektedir.

5.4.5. İkamet Edilen Yer Açısından Benlik Saygısı Düzeyi

Mevcut çalışmanın sonuçları ikamet edilen yer açısından benlik saygısı düzeyi arasında anlamlı bir farklılığın olduğunu göstermektedir. Buna göre il merkezinde ikamet eden bireylerin benlik saygısı düzeyi ilçede ikamet eden bireylere göre daha yüksek bulunmuştur. Bu sonucun çalışmanın 24. hipotezi olan “Köy ve ilçede ikamet

eden bireylerin benlik saygısı düzeyi, il merkezinde ikamet eden bireylerin benlik saygısı düzeyinden anlamlı ölçüde daha düşüktür” hipotezini desteklediği görülmektedir. Literatür incelendiğinde ikamet edilen yer açısından benlik saygısı düzeyi ile ilgili farklı bulgular dikkat çekmektedir. Buna göre Temiz’in (2019) psikolojik yardım almaya ilişkin tutumları incelediği çalışmasında il merkezinde yaşayanların benlik saygısı düzeyinin ilçe ve köyde yaşayanları göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Benzer şekilde Kök (2014) şizofreni ve bipolar hastalar ile yaptığı çalışmasında köyde yaşayan hastaların benlik saygısı düzeyinin il merkezinde yaşayanlara göre düşük olduğunu saptamıştır. Yapılan bazı çalışmalar ise ikamet edilen yer açısından benlik saygısı düzeyinin farklılaşmadığını göstermektedir. Tel ve Ertekin Pınar (2012) psikiyatri polikliniklerini ayaktan başvuran hastalarla yaptıkları çalışmasında, Candan (2023) şizofreni bozukluğu olan hastalarla yaptığı çalışmasında, Gezgin Yazıcı vd. (2022) şizofreni hastalarıyla yaptıkları çalışmasında ikamet edilen yer açısından benlik saygısı düzeyi arasında anlamlı bir farklılık saptamamışlardır. Mevcut çalışmanın bulguları ile ilgili literatür arasındaki bu farklılığın örneklem gruplarındaki çeşitlilikten olduğu düşünülmektedir.

İlgili literatür ve mevcut çalışmanın sonuçları değerlendirildiğinde il merkezlerinde bireylerin kendini gerçekleştirebilmeleri için daha fazla sosyal aktivite ve imkânların bulunmasının, sosyal ağların daha geniş olmasının, benlik saygısı düzeylerini olumlu etkileyebileceği düşünülmektedir.

5.4.6. Tıbbi Tanı Açısından Benlik Saygısı Düzeyleri

Mevcut çalışmanın bulguları incelendiğinde bireylerin tanı grupları açısından benlik saygısı düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir. Bu sonucun mevcut çalışmanın 25. hipotezi olan “Kaygı bozukluğu tanılı bireylerin benlik saygısı düzeyi diğer tanı gruplarındaki bireylerin benlik saygısı düzeylerinden anlamlı ölçüde daha yüksektir” hipotezini desteklemediği görülmektedir. Literatür incelendiğinde mevcut çalışmanın örneklem grubu ile benlik saygısı düzeylerini karşılaştıran çalışmalara rastlanmamaktadır. Öte yandan ilgili literatür, benlik saygısı düzeyini sağlıklı bireyler ve ağır ruhsal hastalığı olan bireyler arasında karşılaştıran çalışmalara dayanmaktadır. Rizwan ve Ahmad (2015) şizofreni, depresyon, OKB tanılı bireyler ile sağlıklı bireyleri benlik saygısı düzeyi açısından karşılaştırdığı çalışmasında ruhsal hastalığı olmayan bireylerin benlik saygısı düzeyinin, daha yüksek olduğunu saptamıştır. Kaygı bozukluğu tanısı olan ve olmayan bireylerin

karşılaştırıldığı bir çalışmada ise, kaygı bozukluğu olmayan bireylerin benlik saygısı düzeyi daha yüksek bulunmuştur (Alıcı, 2016). Aytaş (2019) ve Aytan (2010) OKB tanılı bireyler ve ruhsal hastalığı olmayan bireylerin oluşturduğu örneklem grubu ile yaptıkları çalışmada, ruhsal hastalığı olmayan grubun benlik saygısı düzeyinin daha yüksek olduğunu tespit etmişlerdir. Benlik saygısı düzeyini ruhsal hastalığı olan ve olmayan bireyler arasında karşılaştıran bir başka çalışmaya göre de ruhsal hastalığı olan bireylerin benlik saygısı düzeyi düşük bulunmuştur (Silverstone ve Salsali, 2003).

Mevcut çalışmanın sonuçları ve ilgili literatür değerlendirildiğinde herhangi bir ruhsal hastalığı olan bireyin ruhsal hastalığın doğasından kaynaklı olarak benlik saygısında düşüşler gözlenmektedir. Benlik saygısı; anksiyete bozukluğu, major depresif bozukluk ve OKB için önemli bir tanı kriteridir (Mann vd., 2004; Zeigler-Hill, 2011). Bu açıdan bakıldığında, mevcut çalışmanın örneklem grubunda benlik saygısı açısından farklılık olmaması, her tanı grubunun benlik saygısında benzer oranda bozulmalar yaşadığını düşündürmektedir.

5.4.7. Psikiyatri Polikliniğine Başvurma Durumu Açısından Benlik Saygısı Düzeyi

Mevcut araştırmanın bulgularına göre bireylerin psikiyatri polikliniklerine ilk kez başvurmaları ile birden çok kez başvurmaları açısından benlik saygısı düzeyi arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Buna göre ilk defa psikiyatriye başvuran bireylerin benlik saygısı düzeyi birden çok kez başvurmuş bireylerden daha yüksektir. Bu sonucun mevcut çalışmanın 26. hipotezi olan “Daha önce de psikiyatri polikliniğine başvuran bireylerin benlik saygısı düzeyi, ilk defa başvuran bireylerin benlik saygısı düzeylerinden anlamlı ölçüde daha düşüktür” hipotezini desteklediği görülmektedir. İlgili literatür incelendiğinde psikiyatriye başvurma durumuna göre benlik saygısı düzeyini araştıran az sayıda çalışmaya rastlanmıştır. Bu çalışmalarda daha çok ağır ruhsal hastalığı olan bireylerde hastaneye yatış sayısı, hastalık süresi ve hastaneye getirilme şekline göre benlik saygısı düzeyini incelemiştir. Buna göre Kök (2014) şizofreni ve bipolar hastalarla yaptığı çalışmada hastaneye yatış sayısı açısından benlik saygısı düzeyi arasında anlamlı bir farklılık tespit etmemiştir. Benzer şekilde Tel ve Ertekin Pınar (2012) yaptıkları çalışmada hastaneye yatış ile benlik saygısı düzeyi arasında anlamlı bir farklılık saptamamışlardır.

Mevcut çalışmanın sonuçları değerlendirildiğinde ilk kez psikiyatri polikliniğine başvuru yapan bireylerin benlik saygısı düzeyi birden çok kez başvuru yapanlara göre daha yüksektir. Çok kez psikiyatriye başvuran bireylerin benlik saygısının neden daha düşük olduğunu anlamak için, öncelikle bu bireylerin genellikle iyileşmeyen semptomlarla, artan işlev kaybıyla ve hastalığın kötüleşmesiyle karşılaştıklarını göz önünde bulundurmalıyız. Bu durumlar, bireyin kendi yeteneklerine, değerlerine ve sevillebilirliğine dair olumsuz düşünceler geliştirmesine neden olabilmektedir. Tüm bunların benlik saygısında azalmaya yol açtığı düşünülmektedir.

5.4.8. Ailede Psikiyatrik Hastalık Öyküsü Açısından Benlik Saygısı Düzeyi

Mevcut araştırmanın bulgularına göre ailesinde ruhsal hastalık öyküsü olan bireylerin benlik saygısı düzeyi, ailesinde ruhsal hastalık öyküsü olmayan bireylere göre daha düşüktür. Bu bulgunun mevcut çalışmanın 27. hipotezi olan “Kendisi dışında psikiyatrik bozukluğu olan başka bir aile üyesi bulunan bireylerin benlik saygısı düzeyi, psikiyatrik bozukluğa sahip aile üyesi bulunmayan bireylerin benlik saygısı düzeyinden daha düşüktür” hipotezini desteklediği görülmektedir. İlgili literatür incelendiğinde ailede ruhsal hastalık öyküsü olup olmama durumuna göre benlik saygısı düzeyini inceleyen az sayıda çalışmaya rastlanmıştır. Bu çalışmalarda ise örneklem grubu olarak ağır ruhsal hastalığı olan bireyler tercih edilmiştir. Bipolar hastalarda içselleştirilmiş damgalama, yaşam kalitesi ve benlik saygısı arasındaki ilişkilerin araştırıldığı çalışmada ailede ruhsal hastalık bulunma durumu açısından benlik saygısı düzeylerinin farklılaşmadığı tespit edilmiştir (Türk, 2018). Benzer şekilde Kök (2014) yaptığı çalışmada ailede ruhsal hastalık bulunma durumu açısından benlik saygısı düzeylerinin farklılaşmadığını saptamıştır.

Mevcut çalışmanın bulguları ile literatürdeki bu farklılığın sebebinin örneklem grubundaki çeşitlilik ve farklılıklar olabileceği düşünülmektedir. Buna ek olarak ruhsal hastalıkların genetik ve kalıtsal yönleri olduğu bilinmektedir. Ailesinde ruhsal hastalık öyküsü olan bireyler bu genetik yatkınlık sebebiyle kendilerini daha savunmasız ve kırılgan hissedebilirler. Dolayısıyla bu durumun benlik saygısı üzerinde olumsuz etkileri olabileceği düşünülmektedir. Öte yandan ailede ruhsal hastalık öyküsü olan birey yada bireylerin varlığı aile içi iletişim ve destek sistemlerini etkileyebilmektedir. Aile içindeki bu olumsuz deneyimlerin kişinin

kendini değersiz hissetmesine ve benlik saygısının azalmasına sebep olabileceği düşünölmektedir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

İçselleştirilmiş damgalama ruhsal hastalığı olan bireylerin karşılaştığı sosyal problemlerden biridir. İçselleştirilmiş damgalama, ruhsal hastalığı olan bireyin sosyal destek algısı ve benlik saygısı düzeyleri üzerinde negatif yönde ilişkili olan ve bu hususta bireyin sosyal ve bireysel yaşamını işlevsel bir şekilde ortaya koymasına engel olduğu düşünülen bir olgudur. Ruhsal hastalıklarının tedavisi için başvuran bireylerin aile ve çevresinden gizlice tedaviye gelmeleri, tedavi argümanlarını gizleyerek poliklinikte bulunmaları yahut yalnızca psikiyatri polikliniklerine özgü olacak şekilde sıra ekranlarında yanan hasta isimlerinin gizlenmesi (yalnızca isim baş harfi, soyisim baş harfi şeklinde) bireye kendini yalnız hissettirdiği gibi algıladığı sosyal desteğin de azalmasına sebep olmaktadır. Bunun yanında ruhsal hastalığı gizlenmesi gereken, kötü, lanetli bir durum olarak nitelendiren birey, kendini bu hastalığı olduğu için kötü görme eğilimi içerisinde olacaktır. Dolayısıyla içselleştirilmiş damgalamanın benlik saygısında da azalmalar ortaya çıkartacağı düşünülmektedir.

Ruhsal hastalıklarda içselleştirilmiş damgalamayı inceleyen araştırmalar değerlendirildiğinde bu alanda yapılan çalışmalar genellikle ağır ruhsal hastalığı olan bireyler ile yürütülmektedir (Kök, 2014; Tel ve Ertekin Pınar, 2012; Üstündağ ve Kesebir, 2013). Bunun yanında içselleştirilmiş damgalamanın panik bozukluk (Cebeci,2021), depresyon (Yıldız vd., 2012), somatoform bozukluk (Beyazyüz, 2014), OKB (Mercan, 2017; Kılıç vd., 2022) gibi ruhsal hastalıklarda da incelendiği çalışmalar mevcuttur. Ancak yapılan bu çalışmalarda içselleştirilmiş damgalama ile bu örneklem grubunda, benlik saygısı ve sosyal destek düzeyleri arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalara rastlanmamıştır. Mevcut çalışmanın bu açıdan literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Söz konusu değişkenler arasındaki ilişkinin klinikte en sık karşılaşılan tanılardan olan anksiyete, depresyon ve obsesif-kompulsif bozukluk örnekleminde inceleniyor olması, bu tanı gruplarında içselleştirilmiş damgalama düzeylerinin anlaşılmasına katkı sağlayacaktır. OKB, depresyon ve kaygı bozukluğu gibi ruh sağlığı sorunlarında içselleştirilmiş damgalama, bireylerin iyileşme süreçlerini zorlaştırabilmektedir. Algılanan sosyal destek ve benlik saygısı, içselleştirilmiş damgalamayı zayıflatmada kritik rol oynamaktadır. Sosyal destek, bireyin kendisini yalnız hissetmesini önlemekte ve topluma aidiyet hissi kazandırmaktadır. Yüksek

benlik saygısı ise, damgalamanın olumsuz etkilerine karşı koruma sağlamakta ve bireyin kendine dair daha olumlu bir bakış açısı geliştirmesine yardımcı olmaktadır. Bu bilgi, damgalamanın tedaviye yönelik bir engel olarak görülmesi durumunda, tedavi planlarına benlik saygısını artırıcı müdahalelerin dahil edilmesini destekleyebilir. Ayrıca, tedavi ve terapi sürecine sosyal destek kaynaklarının entegrasyonunun önemi, bu çalışmanın katkıları açısından vurgulanmaktadır. Bunun yanında tedavi ve terapi süreçlerine damgalamaya yönelik farkındalık oluşturacak programların dahil edilmesi bireyin damgalama ile mücadelesinde destek sağlayacaktır.

Araştırmanın temel amacı içselleştirilmiş damgalama, benlik saygısı ve sosyal destek arasındaki ilişkilerin incelenmesidir. Bu ilişkilerin sonuçlarına bağlı olarak ise sosyal destek algısı ve benlik saygısının içselleştirilmiş damgalama düzeyindeki değişimin ne kadarını yordadığını incelemektir. Bu bağlamda benlik saygısı ve sosyal destek algısının içselleştirilmiş damgalama ile ilişkisi araştırmanın amacı doğrultusunda değerlendirilmektedir. Aynı zamanda içselleştirilmiş damgalama, algılanan sosyal destek ve benlik saygısı cinsiyet, yaş, eğitim seviyesi, medeni durum, ikamet edilen yer tıbbi tanı, psikiyatriye başvuru durumu ve ailede ruhsal hastalık öyküsünün varlığı gibi değişkenler açısından değerlendirilmektedir. Bu değerlendirmelerin ardından konuyla ilintili açıklamalara yer verilmekte ve çözüm yolları sunulmaktadır. Araştırmada aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır.

İçselleştirilmiş damgalama ile sosyal destek arasında yüksek düzeyde negatif yönde bir ilişki vardır. Sosyal destek düzeyi arttıkça içselleştirilmiş damgalama düzeyi azalmaktadır. İçselleştirilmiş damgalama ile benlik saygısı arasında yüksek düzeyde negatif yönde bir ilişki vardır. Benlik saygısı arttıkça içselleştirilmiş damgalama düzeyi azalmaktadır. Benlik saygısı ile sosyal destek arasında orta düzeyde pozitif yönde bir ilişki vardır. Benlik saygısı arttıkça sosyal destek düzeyi de artmaktadır.

Bu ilişkiler bağlamında çalışmanın sonuçları sosyal destek ve benlik saygısının, içselleştirilmiş damgalama düzeyindeki değişimin %62.8'ini açıkladığını göstermektedir. Bu bulgu, kişilerin algıladıkları sosyal desteğin ve sahip oldukları benlik saygısının, içselleştirilmiş damgalama düzeyini belirlemede önemli rol oynadığını ortaya koymaktadır. Araştırma sonuçları, içselleştirilmiş damgalama düzeyini en fazla açıklayan değişkenin sosyal destek algısı olduğunu göstermiştir. Bu

durum, güçlü bir sosyal destek ağına sahip olmanın, kişilerin içselleştirilmiş damgalama düzeylerini azaltmada kritik bir etkiye sahip olduğunu göstermektedir. Benlik saygısı da önemli bir yordayıcıdır, ancak sosyal destek algısının etkisi daha belirgindir.

Erkeklerin içselleştirilmiş damgalama düzeyi daha fazladır. Yaş grupları açısından içselleştirilmiş damgalama düzeyleri farklılaşmamaktadır. Boşanmış olanlar damgalamayı evli ve bekarlara göre daha fazla içselleştirmektedir. Eğitim düzeyi lise ve ön lisans seviyesinde olan bireylerin lisans ve üstü eğitim seviyesinde olan bireylere göre içselleştirilmiş damgalama düzeyleri daha yüksektir. İlde ikamet eden bireylerin içselleştirilmiş damgalama düzeyi ilçede ikamet edenlere göre daha düşüktür. Anksiyete bozukluğu olan bireylerin içselleştirilmiş damgalama düzeyi depresyon ve OKB'si olanlara göre daha düşüktür. Psikiyatriye ilk kez başvuru yapma ile birden çok kez başvuru yapmış olma durumuna göre içselleştirilmiş damgalama düzeyi farklılık göstermemektedir. Ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü bulunan bireylerin içselleştirilmiş damgalama düzeyi daha yüksektir.

Kadınların algıladığı sosyal destek daha fazladır. Yaş grupları açısından algılanan sosyal destek düzeyi farklılaşmamaktadır. Evlilerin algıladığı sosyal destek düzeyi bekar ve boşanmış olanlara göre daha yüksektir. Eğitim seviyesi lisans ve üstünde olan bireylerin algıladığı sosyal destek düzeyi lise ve ön lisans seviyesinde olan bireylere göre daha yüksektir. İl merkezinde yaşayan bireylerin algıladığı sosyal destek düzeyi ilçede yaşayanlara göre daha yüksektir. Kaygı bozukluğu olan bireylerin algıladığı sosyal destek düzeyi anksiyete ve OKB'si olan bireylere göre daha yüksektir. İlk defa psikiyatri polikliniğine başvurmuş olan bireylerin algıladığı sosyal destek düzeyi daha yüksektir. Ailesinde ruhsal hastalık öyküsü bulunan bireylerin algıladığı sosyal destek düzeyi daha düşüktür.

Cinsiyet ve yaş açısından benlik saygısı düzeyleri farklılaşmamaktadır. Evli olan bireylerin benlik saygısı bekar ve boşanmış olanlara göre daha yüksektir. Ön lisans ile lisans ve lisansüstü eğitim seviyesinde olan bireylerin benlik saygısı düzeyi, lise düzeyindekilerden daha yüksektir. İl merkezinde ikamet eden bireylerin benlik saygısı düzeyi ilçede ikamet edenlere göre daha yüksektir. Bireylerin tanıları açısından benlik saygısı düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık yoktur. İlk defa psikiyatriye başvuran bireylerin benlik saygısı düzeyi daha yüksektir. Ailesinde ruhsal hastalık öyküsü olan bireylerin benlik saygısı daha düşüktür.

Mevcut araştırmanın bulgularına ilişkin öneriler aşağıda sunulmuştur:

1. Mevcut çalışmanın örneklemini 400 kişiden oluşmaktadır. Bu 400 kişinin %75'i yüz yüze yani Erzurum il ve ilçelerinde ikamet eden bireylerden oluşurken geriye kalanı online platformlardan toplanmış, ülkenin farklı yerlerinde yaşayan bireylerden oluşmaktadır. Dolayısıyla benzer araştırmalar Türkiye'nin farklı bölgelerinde yaşayan bireyler ile tekrarlanarak elde edilen bulguların genellenebilirliğinin artırılması önerilmektedir.
2. Mevcut çalışmanın örnekleminin %25'i online olarak katılım sağlayan bireylerden oluşmaktadır. Bu bireylerin tanılarına ilişkin vermiş olduğu bilgiler onların özbildirimlerine dayalıdır. Dolayısıyla bu durum bir karıştırıcı değişken olarak değerlendirildiğinde gelecek çalışmalar için tüm örneklemin hastaneye ayaktan başvuruda bulunan bireyler ile yüz yüze toplanan verilerden oluşması önerilmektedir.
3. Mevcut çalışmada, eğitim seviyesini ölçmek için "ilkokul, ortaokul, lise, önlisans ve lisans üzerindeki" eğitim seviyeleri incelenmiştir. Ancak, ilkokul ve ortaokul seviyelerinde az sayıda kişiyle çalışılmıştır. Bu nedenle, verilerin genellenebilirliğini artırmak için gelecekteki çalışmaların, ilkokul ve ortaokul düzeylerini daha iyi temsil eden daha büyük bir örneklem grubuyla yapılması önerilmektedir.
4. Mevcut çalışmada medeni durumu ölçmek için "bekar, evli ve boşanmış" olarak üç grup mevcuttur. Ancak boşanmış olan katılımcıların az sayıda olması grubun temsil edilebilirliğini düşürmektedir. Dolayısıyla gelecek çalışmalarda medeni durum değişkenini her yönüyle temsil edecek sayıda örneklem büyüklüğü önerilmektedir.
5. Mevcut çalışmada ikamet edilen yer değişkenini ölçmek için "il, ilçe, köy" olarak üç grup mevcuttur. Ancak köyde yaşayan bireylerin az sayıda olması grubun temsil edilebilirliğini düşürmektedir. Dolayısıyla gelecek çalışmalarda ikamet edilen yer değişkenini her yönüyle temsil edecek sayıda örneklem büyüklüğü önerilmektedir.
6. Mevcut çalışmada tıbbi tanısını bilmeyen örneklem grubuna ulaşamamıştır. Örneklem terapiye başvuran hastalardan oluştuğundan her biri tanı grubu ile ilgili bilgiye sahiptir. Bu açıdan bakıldığında tıbbi tanıyı biliyor ve bilmiyor olmanın damgalama üzerindeki etkisini incelemek için yeni araştırmalarda

tıbbi tanısını bilmeyen örneklem grubunda yer verilmesi ruhsal hastalık ile ilgili bilgi ve farkındalık düzeyinin damgalamaya etkisini görebilmek adına işlevsel olacağı düşünülmektedir.

7. Mevcut çalışmanın bulgularına göre içselleştirilmiş damgalama düzeyindeki değişimi en fazla açıklayan değişken algılanan sosyal destek düzeyidir. Bu açıdan bakıldığında ruhsal hastalıkları olan bireylerde sosyal destek algısını etkileyebileceği düşünülen sosyal izolasyon, yalnızlık, sosyal işlevsellik gibi değişkenler yeni çalışmalara dahil edilmelidir.
8. Bu çalışmada depresyon tanısı alan bireylerde hafif, orta ve majör depresyon türleri ile kaygı bozukluğu olan bireylerde sosyal kaygı ve yaygın anksiyete bozukluğu gibi kaygı bozukluğu türleri bir arada değerlendirilmiştir. Gelecek çalışmalar için, bu farklı depresyon ve kaygı türlerinin ayrı ayrı değerlendirilmesi önerilmektedir.
9. "Psikiyatrik tanının ağırlığının, içselleştirilmiş damgalamayı arttırdığı daha önce yapılan çalışmalarla belgelenmiştir (Lysaker vd., 2008; Matthews vd., 2006; Metraux vd., 2003). Bu açıdan bakıldığında içselleştirilmiş damgalamanın anksiyete, depresyon ve OKB için belirti şiddeti açısından değerlendirilmesi önerilmektedir.
10. Depresyon, OKB ve kaygı bozukluğu tanı gruplarının benlik saygısı ve sosyal destek düzeylerinin içselleştirilmiş damgalamayı ne kadar yordadığının ayrı ayrı incelenmesi önerilmektedir. Her bir tanı grubunda, benlik saygısı ve sosyal destek düzeyleri farklı şekillerde etkilenebilmekte, bu da içselleştirilmiş damgalamanın oluşumuna farklı düzeylerde katkıda bulunabilmektedir. Bu tür çalışmalar, tanıya özgü müdahalelerin ve tedavi yaklaşımlarının geliştirilmesi açısından büyük önem arz etmektedir. Bu açıdan bu değerlendirme gelecekteki çalışmalar açısından önerilmektedir.
11. İçselleştirilmiş damgalamaya zemin hazırlayan durumlardan biri de toplum ruhsal hastalıklarla ilgili kalıp yargı, tutum ve inançlarıdır. Bu kalıp yargıların ve olumsuz tutumların değişiminde doğru bilgi edinme oldukça önemli bir yer tutmaktadır. Dolayısıyla ruh sağlığı okur yazarlığını, toplumun ruhsal hastalıklar ile ilgili bilgi düzeyini ve farkındalığını değerlendiren çalışmalara ihtiyaç olduğu görülmektedir.
12. Ruhsal hastalığı olan bireylerin hem hastalıkları hem de içselleştirilmiş damgalama konusunda bilgilendirilmesi önemlidir. Bu bilgilendirme

sürecinde, ruhsal hastalığı olup başarılı olmuş bireylerin örneklerine yer verilmelidir. Ayrıca, bu bireylerin yetenekli oldukları alanlara yönlendirilmesi, yetersizlik duygusu yerine başarı ve özgüven duygularının gelişmesine katkı sağlayacaktır. Dolayısıyla tüm bunlar içselleştirilmiş damgalamayı azaltabilecek önlemleri içermektedir. Bu açıdan bakıldığında içselleştirilmiş damgalamayla mücadelede, ruhsal hastalığı olan bireyin hem hastalığı hem de damgalama ile ilgili bilgi ve farkındalık düzeyinin, tedavi planlarına dahil edilmesi gerektiği düşünülmektedir.

13. Ruhsal hastalıkların tedavi sürecini sekteye uğratan bir değişken olarak içselleştirilmiş damgalama, benlik saygısı ve sosyal destek düzeylerinden etkilenmektedir. Tedavi sürecine içselleştirilmiş damgalamanın etkisi göz ardı edilmemelidir. Bunun yanında ruh sağlığı alanında çalışan bireylerin tedavi planlarına benlik saygısını geliştirici müdahale ve değerlendirmeleri dahil etmesi önem kazanmaktadır. Öte yandan ruhsal hastalığı olan bireylerin destek kaynakları, sosyal ağları da tedavi sürecinde üzerinde durulması gereken bir diğer konudur. Bu durumda, ailelere yönelik yapılan bilgilendirme çalışmalarının yanı sıra terapi ve tedavi sürecine destek kaynaklarının da dahil edilmesi gerekliliği öne çıkmaktadır.
14. Algılanan sosyal destek düzeyinin artmasının içselleştirilmiş damgalamayı azalttığı bulgusuna dayanarak, gelecekteki çalışmalarda bu ilişkinin boylamsal araştırmalarla desteklenmesi önerilmektedir. Grup terapisi süreçleriyle algılanan sosyal desteğin artırıldığı, sosyal ilişkilerin güçlendirildiği müdahale programlarının, ruhsal hastalığı olan bireylerin algıladığı sosyal destek düzeyindeki değişimleri inceleyen çalışmaların yapılmasına ihtiyaç olduğu görülmektedir.

KAYNAKLAR

- Abdin, E., Chang, S., Chong, S. A., Seow, E., Shafie, S., Subramaniam, M., ve Vaingankar, J., (2020). Obsessive-compulsive disorder in singapore: prevalence, comorbidity, quality of life and social support. *Annals of the Academy of Medicine, Singapore*, 49(1), 15.
- Akgün, R. ve Çetin, H. (2018). Üniversite öğrencilerinin iletişim becerilerinin ve empati düzeylerinin belirlenmesi. *Manas Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 7(3), 103-116.
- Albal, E. (2009). *Depresyonla başa çıkmada öz yeterlilik ile algılanan sosyal destek arasındaki ilişki* [Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul Üniversitesi.
- Albal, E. ve Kutlu, Y. (2010). The relationship between the depression coping, self- efficacy level and perceived social support resources. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 1(3), 115-120.
- Alban, K. (2018). *Alkol-madde bağımlısı bireylerde içselleştirilmiş damgalanma ve benlik saygısı: Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi AMATEM örneği* [Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. Fırat Üniversitesi.
- Albayrak, E. (2019). *Toplum ruh sağlığı merkezine kayıtlı olan hastaların içselleştirilmiş damgalanma ve iyileşme düzeylerinin incelenmesi*. [Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. Atatürk Üniversitesi.
- Alıcı, E. (2016). *Kaygı bozukluğu tanısı alan ve almayan yetişkinlerin benlik saygısı ve sosyal becerilerinin incelenmesi* [Yayımlanmamış Yüksek lisans Tezi]. Çukurova Üniversitesi.
- Amerikan Psikiyatri Birliği (2014). *Ruhsal bozuklukların tanısı ve sayımsal el kitabı, DSM-5* (E. Köroğlu, Çev.; 5. Baskı). Hekimler Yayın Birliği (Orijinal eserin basım tarihi 2013).
- Aneshensel, C. S., ve Stone, J. D. (1982). Stress and depression: A test of the buffering model of social support. *Archives of General Psychiatry*, 39(12), 1392-1396.
- Angermeyer, M. C., Beck, M., Dietrich, S., ve Holzinger, A. (2004). The stigma of mental illness: patients' anticipations and experiences. *International Journal of Social Psychiatry*, 50(2), 153-162.
- Arıkan, Ç. (1996). *Halkın boşanmaya ilişkin tutumları araştırması. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı*. Erişim tarihi: 25 Şubat 2024. <https://www.aile.gov.tr/media/36498/halkin-bosanmaya-iliskin-tutumları-arastırması-1996.pdf>.
- Ardahan, M. (2006). Sosyal destek ve hemşirelik. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9(2), 68-75.
- Arıcıoğlu, A. (2008). *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi öğrencilerinin algıladıkları sosyal destek* [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi]. Ankara Üniversitesi.
- Arslandaş, H. ve Ergin, F. (2011). 50-65 yaş arasındaki bireylerde yalnızlık, depresyon, sosyal destek ve etki eden faktörler. *Türk Geriatri Dergisi*, 14(2), 135-144.
- Arslandaş, H., Gültekin, B. K., Söylemez, A., ve Dereboy, F. (2010). Bir üniversite hastanesi psikiyatri polikliniğine ilk kez başvuran hastaların damgalanmayla ilgili inanç, tutum ve davranışları. *Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 11(1), 11-17.
- Aslan, M., (2020). Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hastalarda içselleştirilmiş damgalama düzeyi ve yaşam kalitesi ilişkisi. [Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul Arel Üniversitesi.
- Avcil, C., Bulut, H. ve Sayar, S. (2016). Psikiyatrik hastalıklar ve damgalama. *Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 2, 175-202.

- Avşar, G., Koç, F., ve Aslan, G. (2016). Madde bağımlısı hastalarda sosyal destek ve benlik saygısı. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (1), 44-49.
- Aydemir, O., ve Akkaya, C. (2011). Association of social anxiety with stigmatisation and low self-esteem in remitted bipolar patients. *In Acta Neuropsychiatrica*, 23, 224-228).
- Aydın, B. (1996). Benlik kavramı ve ben şemaları. *Marmara Üniversitesi Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi*, 8, 41-47.
- Aytan, M.A. (2010). *Obsesif kompulsif bozukluklarda denetim odağı ve benlik saygısı arasındaki ilişkini* Çün incelenmesi [Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. Maltepe Üniversitesi.
- Aytaş, A. (2019). *OKB tanısı almış yetişkin bireylerde benlik saygısı ile anksiyete arasındaki ilişki* [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi]. Üsküdar Üniversitesi.
- Bacanlı, H. (1990). *Kendini ayarlama becerisinin çeşitli değişkenlerle ilişkisi*. [Yayımlanmamış doktora tezi]. Ankara Üniversitesi.
- Bachman J.G., O'Malley, P.M. (1977). Self-esteem in young men: A longitudinal analysis of the impact of educational and occupational attainment. *Journal of Personality and Social Psychology*. 35(6), 365-380.
- Balcılar, B. (2023). *Mediating role of perceived social support in the relationship between internalized homophobia, depressive symptoms and self esteem among LGBTI individuals* [Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. İzmir Ekonomi Üniversitesi.
- Barış, Y.İ. (2002). Dünyada tüberkülozun tarihçesi. *Toraks Dergisi*, 3(3), 338-340.
- Barney, L.J., Griffiths, K.M., Jorm, A.F., ve Christensen, H. (2006). Stigma about depression and its impact on help-seeking intentions. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(1), 51-54.
- Barrera, M., Sandler, I.N., ve Ramsay, T.B. (1981). Preliminary development of a scale of social support: Studies of college students. *American Journal of Community Psychology*, 9(4), 435-447.
- Basco, L.M. ve Han, S.H. (2016). Self-esteem, motivation and anxiety of Korean University students. *Journal of Language Teaching and Research*, 7(6), 1069-1078.
- Batinic, B., Lemonis, E. ve Opacic, G. (2014). Effects of internalized stigma of mental disorder on quality of life and self-esteem in panic disorder patients. *Journal of Clinical Research and Bioethics*, 5(5), 1-5.
- Baumeister, R.F. (2010). Social psychologists and thinking about people. R.F. Baumeister ve E.J. Finkel (Ed.), *Advanced social psychology: The state of the science* içinde (s. 5-24). Oxford University Press.
- Bayar, G. (2020). *Obsesif kompulsif bozukluğu olan hastalarda içselleştirilmiş damgalanma ve sosyal işlevsellik üzerine etkisi* [Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. Üsküdar Üniversitesi.
- Baysan Arabacı, L., Başoğlu, C. ve Büyükbayram, A. (2015). Adli psikiyatri hastalarının içselleştirilmiş damgalanma ve sosyal işlevsellik düzeyleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 16, 113-121.
- Bekiroğlu, S. (2021). Ruhsal hastalığa sahip bireylere yönelik damgalama: etkileyen faktörlere ve bireyler üzerindeki etkilerine dair kavramsal bir çalışma. *OPUS International Journal of Society Researches*, 17(33), 595-618.
- Beyazyüz, E. (2014). *Bir eğitim araştırma hastanesi psikiyatri polikliniğine başvuran hastalarda içselleştirilmiş damgalanma düzeylerinin bazı tanı grupları, sosyodemografik özellikler ve benlik saygısı ile ilişkisi* [Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi]. Sağlık Bakanlığı Üniversitesi.

- Beyazyüz, M., Beyazyüz, E., Albayrak, Y., Baykal, S. ve Göka, E. (2015). Bir eğitim araştırma hastanesi psikiyatri polikliniğine başvuran hastalarda içselleştirilmiş damgalanma düzeylerinin bazı tanı grupları, sosyodemografik özellikler ve benlik saygısı ile ilişkisi. *Yeni Symposium*, 53(2), 2-13.
- Bıyıklı, G. (2020). *Yaşlılıkta içselleştirilmiş damgalanma ve sosyal desteğin iyilik durumu ve depresyon ile ilişkisi* [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi]. Manisa Celal Bayar Üniversitesi.
- Biby, E.L. (1998). The relationship between body dysmorphic disorder and depression, self-esteem, somatization and obsessive compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 54(4), 489-499.
- Birtel, M.D., Wood, L. ve Kempa, N.J. (2017). Stigma and social support in substance abuse: Implications for mental health and well-being. *Psychiatry Research*, 252, 1-8.
- Blairy, S., Linotte, S., Souery, D., Papadimitriou, G. N., Dikeos, D., Lerer, B., Kaneva, R., Milanova, V., Serretti, A., Macciardi, F., ve Mendlewicz, J. (2004). Social adjustment and self-esteem of bipolar patients: a multicentric study. *Journal of Affective Disorders*, 79(1-3), 97-103.
- Bordens, K.S. ve Horowitz, I.A. (2008). *Social psychology* (3. Baskı). FreeLoad Press.
- Boyd, J.E., Adler, E.P., Otilingam, P.G. ve Peters, T. (2014). Internalized stigma of mental illness (ISMI) scale: A multinational review. *Comprehensive Psychiatry*, 55(1), 221-231.
- Bryman, A., ve Cramer, D. (2001). *Quantitative data analysis with SPSS release 10 for Windows: A guide for social scientists*. London/ Routledge.
- Burns, R.B. (1979). *The self- concept: Theory, measurement, development and behaviour*. Addison- Wesley Longman Ltd.
- Burns, R.B., Dobson, C.B. (1984). The self-concept. *Introductory psychology* içinde (s.473-505). Springer, Dordrecht.
- Büyükçolpan, H. (2019). *Üniversite öğrencilerinde nomofobi, bağlanma biçimleri, depresyon ve algılanan sosyal destek* [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi]. Hacettepe Üniversitesi.
- Can, A. (2017). *SPSS ile bilimsel araştırma sürecinde nicel veri analizi* (5. Baskı). Pegem Akademi.
- Candan, Ş. (2023). *Şizofrenik bozukluğu olan hastalarda içselleştirilmiş damgalanma, benlik saygısı ve ilaç uyumu* [Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. Sivas Cumhuriyet Üniversitesi.
- Cassel, J. (1974). Psychosocial processes and “stress”: Theoretical formulation. *International Journal of Health Services*, 4(3), 471-482.
- Cebeci, B.A. (2021). *Panik bozukluk hastalarında içselleştirilmiş damgalanma ve algılanan sosyal desteğin tedavi uyumu ve yaşam kalitesi üzerine etkisi* [Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi]. Sağlık Bilimleri Üniversitesi.
- Cerit, C., Filizer, A., Tural, Ü., & Tufan, A. E. (2012). Stigma: a core factor on predicting functionality in bipolar disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 53(5), 484-489.
- Ceyhun, K. (2018). *Yetişkin bireylerde algılanan sosyal destek ve psikopatolojinin psikolojik dayanıklılık ile ilişkisinin incelenmesi* [Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. Okan Üniversitesi.
- Ceylan, B. (2017). *Temas hipotezine dayalı eğitim programının hemşirelik öğrencilerinde şizofreniye yönelik inanç, damgalama ve sosyal mesafe davranışları üzerine etkisi* [Yayımlanmamış Doktora Tezi]. Selçuk Üniversitesi.

- Cho, J., Smith, K., Choi, E.K., Kim, I.R., Chang, Y.J., Park, H.Y., Guallar, E., ve Shim, Y.M. (2013). Public attitudes toward cancer and cancer patients: A national survey in Korea. *Psycho- Oncology*, 22, 605-613.
- Chou, C.C., Robb, J.L., Clay, M.C. ve Chronister, J.A. (2013). Social support as a mediator between internalized stigma and coping behaviors of individuals with substance abuse issues. *Rehabilitation Research, Policy and Education*, 27(2), 104-107.
- Chronister, J., Chou, C.C. ve Liao, H.Y. (2013). The role of stigma coping and social support in mediating the effect of societal stigma an internalized stigma, mental health recovery and quality of life among people with serious mental illness. *Journal of Community Psychology*, 41(5), 582-600.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300-314.
- Cohen S. ve Wills, T.A. (1985). Stress, social support and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310-357.
- Corrigan, P.W. (1998). The impact of stigma on severe mental illness. *Cognitive and Behavioral Practice*, 5(2), 201-222.
- Corrigan, P.W. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist*, 59(7), 614-625.
- Corrigan, P.W. ve Bink, A.B. (2005). The stigma of mental illness. *Encyclopedia of Mental Health*, 4, 230-234.
- Corrigan, P. W., Bink, A. B., Schmidt, A., Jones, N., ve Rüsch, N. (2016). What is the impact of self-stigma? Loss of self-respect and the “why try” effect. *Journal of Mental Health*, 25(1), 10-15.
- Corrigan, P. W., Druss, B. G., ve Perlick, D. A. (2014). The impact of mental illness stigma on seeking and participating in mental health care. *Psychological Science in the Public Interest*, 15(2), 37-70.
- Corrigan, P.W., Kerr, A. ve Knudsen, L. (2005). The stigma of mental illness: explanatory models and methods for change. *Applied and Preventive Psychology*, 11(3), 179-190.
- Corrigan, P.W., ve Kleinlein, P. (2005). The impact of mentall illness stigma. P.W Corrigan (Ed.), *On the stigma of mental illness: Practical strategies for research and social change* içinde (s: 11-44). American Psychological Association.
- Corrigan, P.W., Larson, J.E. ve Rüsch, N. (2009). Self stigma and the “why try” effect: impact on life goals and evidence based practices. *World Psychiatry*, 8, 75-81.
- Corrigan, P.W. ve Rao, D. (2012). On the self stigma of mental illness: stages, disclosure and strotgies for change. *The Canadian Journal Of Psychiatry*, 57(8), 464-469.
- Corrigan, P.W., ve Watson, A.C. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*, 1(1), 16-20.
- Coşkun, Y. ve Akkaş, G. (2009). Engelli çocuğu olan annelerin sürekli kaygı düzeyleri ile sosyal destek algıları arasındaki ilişki. *Ahi Evran Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi*, 10(1), 213-227.
- Coşkun, S., ve Güven Caymaz, N. (2013). Bir kamu ve özel psikiyatri hastanesine başvuran hastaların içselleştirilmiş damgalanma düzeyi yönünden karşılaştırılması. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 3(3), 121-128.
- Çakar, F. S., ve Karataş, Z. (2012). Ergenlerin benlik saygısı, algıladıkları sosyal destek ve umutsuzluk düzeyleri: Bir yapısal eşitlik modeli çalışması. *Educational Sciences: Theory and Practice*, 12(4), 2397-2412.

- Çağlayan, İ.D. (2019). *Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısı almış çocuk ve ergenlerde içselleştirilmiş damgalanmanın benlik saygısı, umut ve depresyon ile ilişkisi* [Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. Hacettepe Üniversitesi.
- Çalışkan, B. (2020). *Şizofreni ve bipolar tanısı alan bireylerde içselleştirilmiş damgalanma ve algılanan sosyal destek arasındaki ilişki* [Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. Üsküdar Üniversitesi.
- Çalışkan, N. (2019). *Ruh sağlığı sorunu olan hastalarda içselleştirilmiş damgalanma, sosyal destek ve bunların tedaviye uyuma etkisi* [Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi.
- Çamaş, G. (2017). *Üniversite öğrencilerinde psikolojik yardım aramaya ilişkin damgalama düzeylerinin özyeterlilik, aile bütünlük duygusu ve sosyal destek ile ilişkisi* [Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. Ankara Üniversitesi.
- Çam, O. ve Çuhadar D. (2011). Ruhsal hastalığa sahip bireylerde damgalama süreci ve içselleştirilmiş damgalanma. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2(3), 136-140.
- Çam, O., ve Çuhadar, D. (2012). Bipolar bozukluğu olan hastalıklarda işlevsellik düzeyi ve damgalanma arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(2), 230-246.
- Çekiç, M. (2014). *Bipolar bozukluğu olan hastalarda içselleştirilmiş damgalanmanın empati ve işlevsellik üzerine etkisi* [Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi]. Sağlık Bakanlığı Üniversitesi.
- Çelik, A. (2023). *Ayaktan tedavi alan psikiyatri hastalarında sağlık anksiyetesi ve içselleştirilmiş damgalanma algısı ile ilaç uyumu arasındaki ilişkinin belirlenmesi* [Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. Çankırı Karatekin Üniversitesi.
- Çelik, P. (2012). *Celal Bayar Üniversitesi Hastanesi psikiyatri polikliniğine başvuran depresif bozukluklu hastalarda içselleştirilmiş damgalanma ve ilişkili değişkenler* [Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi]. Celal Bayar Üniversitesi.
- Ciftci, A., Jones, N., ve Corrigan, P. W. (2013). Mental health stigma in the Muslim community. *Journal of Muslim Mental Health*, 7(1), 17-32.
- Çuhadaroğlu, F. (1986). *Adölesanlarda Benlik Saygısı* [Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi]. Hacettepe Üniversitesi.
- De Raedt, R., Schacht, R., Franck, E. ve De Houwer, J. (2006). Self esteem and depression revisited: Implicit positive self esteem in depressed patients? *Behaviour Research and Therapy*, 44(7), 1017-1028.
- De Wilde, E.J., Kienhorst, I.C.W.M., Diekstra, R.F.W. ve Walters, W.H.G. (1994). Social support, life events and behavioral characteristics of psychologically distressed adolescents at high risk for attempting suicide. *Adolescence*, 29(113), 49-60.
- Dickerson, F. B., Sommerville, J., Origoni, A. E., Ringel, N. B., ve Parente, F. (2002). Experiences of stigma among outpatients with schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 28(1), 143-155.
- Doğanavşargil, G.Ö. (2009). *Şizofreni ve depresyonda içselleştirilmiş damgalanma ve yaşam kalitesi* [Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. Dokuz Eylül Üniversitesi.
- Doğanavşargil Baysal, G.Ö. (2013). Damgalanma ve ruh sağlığı. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 22(2), 239-251.
- Doğru, N. (2018). *Üniversite öğrencilerinin psikolojik iyi oluş düzeylerinin stres, stresle başa çıkma tarzları ve sosyal destek değişkenleri bakımından incelenmesi* [Yayımlanmamış Doktora Tezi]. Ankara Üniversitesi.

- Drapalski, A.L., Lucksted, A., Perrin, P.B., Aekre, J.M., Brown, C.H., De Forge, B.R., ve Boyd, J. (2013). A model of internalized stigma and its effects on people with mental illness. *Psychiatric Services*, 64(3), 264-269.
- Düzgören, Ü.B. (2017). *Boşanmış bireylerde başa çıkma tutumu ile benlik saygısı arasındaki ilişkinin sosyodemografik özellikler açısından incelenmesi* [Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. Üsküdar Üniversitesi.
- Ehntholt, K.A., Salkovskis, P.M. ve Rimes, K.A. (1999). Obsessive- compulsive disorders, anxiety disorders and self-esteem: an exploratory study. *Behaviour Research and Therapy*, 37(8), 771-781.
- Eker, D. ve Arkar, H. (1995). Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikoloji Dergisi*, 10(34),45-55.
- Eker, D., Arkar, H. ve Yıldızlı, H. (2001). Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Gözden Geçirilmiş Formunun Faktör Yapısı, Geçerlik ve Güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12(1),17-25.
- Elbir, M. (2010). *Obsesif kompulsif bozuklukta içselleştirilmiş damgalanma ve ilişkili değişkenlerin araştırılması*. [Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi]. Celal Bayar Üniversitesi.
- Ersoy, M.A. ve Varan, A. (2007). Ruhsal hastalıklarda içselleştirilmiş damgalanma ölçeği Türkçe formunun güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18(2), 163-171.
- Evans, D.R. (1997). Health promotion, wellness programs, quality of life and the marketing of psychology. *Canadian Psychology*, 38, 1–12.
- Fidell, L. S., ve Tabachnick, B. G. (2003). Preparatory data analysis. J. A. Schinka ve W. F. Velicer (Ed.), *Handbook of psychology: Research methods in psychology* içinde (s. 115–141). John Wiley and Sons, Inc.
- Field, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics* (6. Baskı). Sage Publications
- Frias, V. M., García-Estela, A., Colom, F., Fortuny, J. R., Bulbena, A., ve Perez-Sola, V. (2019). Self-Esteem prevalence amongst acute psychiatric inpatients; Socio-Demographic correlates and association with internalized stigma and user satisfaction. *Journal of Psychiatry and Psychiatric Disorders*, 3(6), 262-273.
- Fox, A.B., Brian, N.S., ve Vogt, D. (2018). How and when does mental illness stigma impact treatment seeking? Longitudinal examination of relationships between anticipated and internalized stigma, symptom severity, and mental health service use. *Psychiatry Research*, 268,15-22.
- Galvan, F.H., Davis, E.M., Banks, D. ve Bing, E.G. (2008). HIV stigma and social support among African Americans. *Aids Patient Care and STDs*, 22(5), 423-436.
- Gezgin Yazıcı, H., Şahiner, İ.V., Didin, M., ve Öner, S. (2022). Şizofreni hastalarında kilo alımı, ruhsal belirtiler ve benlik saygısı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 14(1), 100-109.
- Goffman, E. (2014). Damga: Örselenmiş Kimliğin İdare Edilişi Üzerine Notlar (Ş. Geniş- L. Ünsaldı- S.N. Ağırnaslı, Çev.). Heretik Yayıncılık.
- Görgü, E. (2005). *3-7 yaş arası otistik çocuğa sahip olan annelerin algıladıkları sosyal destek düzeyleri ile depresyon düzeyleri arasındaki ilişki* [Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. Marmara Üniversitesi.
- Greenberg J., Solomon, S., Pyszczynski, T., Rosenblatt, A., Burling, J., Lyon, D., Simon, L., ve Pinel, E. (1992). Why do people need self esteem? Converging evidence that self-

- esteem serves an anxiety- buffering function. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63(6), 913-922.
- Güloğlu, B. ve Kararımak, Ö. (2010). Üniversite öğrencilerinde yalnızlığın yordayıcısı olarak benlik saygısı ve psikolojik sağlık. *Ege Eğitim Dergisi*, 11(2), 73-88.
- Gümüş, H. (2015). *Evli bireylerin algıladıkları sosyal destek düzeyi ve yaşam doyumları ile problem çözme becerileri arasındaki ilişki* [Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. Yalova Üniversitesi.
- Gürsoy, O., ve Gizir, C.A. (2018). Üniversite öğrencilerinin psikolojik yardım almaya yönelik tutumları: Sosyal damgalanma, kendini damgalama, öznel sıkıntıları açma, benlik saygısı ve cinsiyetin rolü. *Turkish Psychological Counseling and Guidance Journal*, 8(49), 137-155.
- Haghighat, R. (2001). A unitary theory of stigmatisation: Pursuit of self-interest and routes to destigmatisation. *The British Journal Of Psychiatry*, 178(3), 207-215.
- Hayward, P., Wong, G., Bright, J.A. ve Lam, D. (2002). Stigma and self- esteem in manic depression: an exploratory study. *Journal of Affective Disorders*, 69(1-3), 61-67.
- Hefner, J., ve Eisenberg, D. (2009). Social support and mental health among college students. *American Journal of Orthopsychiatry*, 79(4), 491-499.
- Herek, G.M. (2007). Confronting sexual stigma and prejudice: Theory and practice. *Journal of Social Issues*, 63(4), 905-925.
- Holubova, M., Prasko, J., Ociskova, M., Marackova, M., Grambal, A., ve Slepecky, M. (2016). Self-stigma and quality of life in patients with depressive disorder: a cross-sectional study. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 12, 2677-2687.
- Hupcey, J. (1998). Social Support: Assessing conceptual coherence. *Qualitative Health Research*, 8(3), 304-318.
- Iancu, I., Bodner, E., ve Ben-Zion, I.Z. (2015). Self-esteem, dependency, self-efficacy and self- criticism in social anxiety disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 58, 165-171.
- İmamoğlu, S. (2008). *Genç yetişkinlikte kişilerarası ilişkilerin cinsiyet, cinsiyet rolleri ve yalnızlık algısı açısından incelenmesi* [Yayımlanmamış Doktora Tezi]. Marmara Üniversitesi.
- İraz, R., Arıbaş, N., ve Özşahin, F. (2021). Algılanan sosyal destek ve psikolojik iyi oluş ilişkisi: Üniversite öğrencileri örneği. *Stratejik ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 5(2), 363-376.
- İsmanur, O.B. (2016). *Relationships between internalized stigma, hopelessness and self-esteem and their sociodemographic and clinical characteristics in a group of patients with severe mental illness* [Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul Bilgi Üniversitesi.
- İzgiç, F., Akyüz, G., Doğan, O., ve Kuğu, N. (2004). Social phobia among university students and its relation to self-esteem and body- image. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49(9), 630-634.
- Jacobson, D.E. (1986). Types and timing of social support. *Journal of Health and Social Behaviour*, 27, 250-264.
- James, W. (1890). *The principles of psychology*. Henry Holt and Company.
- Jibeen, T. (2016). Perceived social support and mental health problems among pakistani university students. *Community Mental Health Journal*, 52, 1004-1008.
- Kamaradova, D., Cinculova, A., Prasko, J., Latalova, K., Ociskova, M., Vrbova, K., Mainero, B., ve Tichackova, A. (2015). Adherence, self-stigma and discontinuation

- of pharmacotherapy in patients with anxiety disorders: Cross- sectional study. *European Psychiatry*, 30(1), 1116.
- Kamışlı, S., Dil, S., Daştan, L., ve Eni, N. (2016). Özgürlük duygusu ve içselleştirilmiş damgalanma: Ayaktan ve yatarak psikiyatrik tedavi alan hastaların karşılaştırılması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 27(4), 251-256.
- Kandaz, H. (2018). *Depresyon, benlik saygısı ve bağlanma stilleri arasındaki ilişkinin incelenmesi* [Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. Üsküdar Üniversitesi.
- Karaağaç Özçelik, E., ve Yıldırım, A. (2018). Şizofreni hastalarında aile ortamı, içselleştirilmiş damgalanma ve yaşam kalitesi. *Journal of Psychiatric Nursing*, 9(2), 80-87.
- Karagöl, A., Çalışkan, D., ve Beyazyüz, M. (2013). Halk sağlığı açısından ruhsal bozukluklarda üç boyutuyla damgalama. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (STED)*, 2013, 96-101.
- Karakaş, S.A., Okanlı, A. ve Yılmaz, E. (2016). The effect of internalized stigma on the self esteem in patients with schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, (30(6), 648-652.
- Kara Özçalık, C. (2021). *Toplum ruh sağlığı merkezlerinde takip edilen şizofreni hastalarında öznel iyileşme algısı ve içselleştirilmiş damgalanmanın belirlenmesi* [Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. Gazi Üniversitesi.
- Karasar, N. (2012). *Bilimsel araştırma yöntemi* (24. baskı). Nobel Yayıncılık.
- Kazgan Kılıçaslan, A., Yıldız, S., Sırlıer Emir, B., ve Kurt, O. (2022). Internalized stigma, perceived social support and life quality in patients admitted to a forensic psychiatry unit. *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi*, 85(3), 378-387.
- Kawachi, I., ve Berkman, L. F. (2001). Social ties and mental health. *Journal of Urban Health*, 78, 458-467.
- Kılıç, A., Görmez, A., Yeni Elbay, R., ve Özer, B.U. (2022). Internalized stigma in obsessive compulsive disorder: Correlates and associations with quality of life. *Archives of Psychiatric Nursing*, 39, 37-45.
- Kılınç, G. (2015). *Psikiyatri hastalarının tedaviye uyumunda sosyal desteğin etkisi* [Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. İnönü üniversitesi.
- Kızılağaç, F. (2018). Obsesif kompulsif bozukluğu olan hastalarda erken dönem uyumsuz şemaların ve içselleştirilmiş damgalanmanın incelenmesi [Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi]. Kocaeli Üniversitesi.
- Kihlstrom, J.F. ve Cantor, N. (1984). Mental representations of the self. L. Berkowitz (Ed). *Advances in experimental social psychology* içinde (s. 1-47). Academic Press.
- Kim, W. J., Song, Y. J., Ryu, H. S., Ryu, V., Kim, J. M., Ha, R. Y., Lee, S.J., Namkoong, K., Ha, K., Cho, H.S., ve Cho, H. S. (2015). Internalized stigma and its psychosocial correlates in Korean patients with serious mental illness. *Psychiatry Research*, 225(3), 433-439.
- Klein, D.N., Kotov, R., ve Bufferd, S.J. (2011). Personality and depression: explanatory models and review of the evidence. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7, 269-295.
- Kocakahya, B. (2019). *Psikiyatri hastalarında tedaviye uyum, sosyal destek ve yaşam kalitesi durumunun belirlenmesi* [Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. Sivas Cumhuriyet üniversitesi.

- Koç, H., ve Arslan, C. (2019). Üniversite öğrencilerinde algılanan sosyal destek, benlik saygısı ve sabır arasındaki ilişkiler. *Turkish Psychological Counseling and Guidance Journal*, 9(54), 821-840.
- Koç, M. (2016). Demografik özellikler ile empatik eğilim arasındaki ilişki: Yetişkinler üzerine ampirik bir araştırma. *Iğdır Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 9, 25-47.
- Koç Mutlu, B. (2023). *Üniversite öğrencilerinde psikolojik yardım aramada kendini damgalama ve psikolojik yardım almaya yönelik tutum arasındaki ilişkide ruh sağlığı okur yazarlığının aracı rolü* [Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. Pamukkale Üniversitesi.
- Koçoğlu, F. (2017). *Obsesif kompulsif bozuklukta psikolojik yardım arama tutumlarıyla ilişkili faktörlerin incelenmesi* [Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. Maltepe Üniversitesi.
- Korkmaz, S. (2023). Yetişkinlerde algılanan sosyal destek düzeyinin problem çözme becerisi ve benlik saygısı arasındaki ilişkinin incelenmesi [Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul Nişantaşı Üniversitesi.
- Korkmaz, G. ve Küçük, L. (2016). Internalized stigma and perceived family support in acute psychiatric in- patient units. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30(1), 55-61.
- Koydemir Özden, S. (2010). Self-aspects, perceived social support, gender, and willingness to seek psychological help. *International Journal of Mental Health*, 39(3), 44-60.
- Kök, H. (2014). *Psikiyatri polikliniğinde takip edilen hastalarda içselleştirilmiş damgalanma, benlik saygısı ve algılanan sosyal destek* [Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. Gazi Üniversitesi.
- Kök, H. ve Demir, S. (2018). Şizofreni ve bipolar bozukluğu olan hastalarda içselleştirilmiş damgalanma, benlik saygısı ve algılanan sosyal destek. *Cukurova Medical Journal*, 43(1), 99-106.
- Köprülü, E. (2023). *Bipolar bozukluğa sahip bireylerin sosyal destek algıları, baş etme becerileri ve intihar etme düşünceleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi* [Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi.
- Lakey, B., Tardiff, T. A., ve Drew, J. B. (1994). Negative social interactions: Assessment and relations to social support, cognition, and psychological distress. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 13, 42-62.
- Latalova, K., Kamaradova, D., ve Prasko, J. (2014). Perspectives on perceived stigma and self-stigma in adult male patients with depression. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 10, 1399-1405.
- Lawrence, D. (2000). *Building self-esteem with adult learners*. Chapman Publishing Ltd.
- Leblebici, M. (2022). *Ruhsal hastalığa sahip bireylerde içselleştirilmiş damgalanma ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesi*. [Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul Gelişim Üniversitesi.
- Li, J., Liang, W., Yuan, B. ve Zeng, G. (2020). Internalized stigmatization, social support and individual mental health problems in the public health crisis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(12), 4507.
- Li, L., Lee, S.J., Thammawijaya, P., Jiraphongsa, C. ve Rotheram- Borus, M.J. (2009). Stigma, social support and depression among people living with HIV in Thailand. *AIDS Care*, 21(8), 1007-1013.
- Lin, N., Woelfel, M. W., ve Light, S. C. (1985). The buffering effect of social support subsequent to an important life event. *Journal of Health and Social Behavior*, 26(3), 247-263.

- Link, B.G. ve Phelan J.C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review Of Sociology*, 27, 363-385.
- Link, B. G., Struening, E. L., Neese-Todd, S., Asmussen, S., ve Phelan, J. C. (2001). Stigma as a barrier to recovery: The consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illnesses. *Psychiatric Services*, 52(12), 1621-1626.
- Link, B. G., Struening, E. L., Neese-Todd, S., Asmussen, S., ve Phelan, J. C. (2002). On describing and seeking to change the experience of stigma. *Psychiatric Rehabilitation Skills*, 6(2), 201-231.
- Litwin, H. (2000). Activity, social network and well-being: An empirical examination. *Canadian Journal on Aging*, 19, 343-362.
- Liu, D., Xi, J., Hall, B. J., Fu, M., Zhang, B., Guo, J., ve Feng, X. (2020). Attitudes toward aging, social support and depression among older adults: Difference by urban and rural areas in China. *Journal of Affective Disorders*, 274, 85-92.
- Livingston, J. D., ve Boyd, J. E. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Social Science and Medicine*, 71(12), 2150-2161.
- Lysaker, P.H., Roe, D., ve Yanos, P.T. (2007). Toward understanding the insight paradox: Internalized stigma moderates the association between insight and social functioning, hope, and self-esteem among people with schizophrenia spectrum disorders, *Schizophrenia Bulletin*, 33 (1), 192- 199.
- Lysaker, P. H., Tsai, J., Yanos, P., ve Roe, D. (2008). Associations of multiple domains of self-esteem with four dimensions of stigma in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 98(1-3), 194-200.
- Tsang, H.W., Ching, S.C., Tang, K.H., Lam, H.T., Lam, P.Y., ve Wan, C.N. (2016). Therapeutic intervention for internalized stigma of severe mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 173(1-2), 45-53.
- Park, S.G., Bennett, M.E., Couture, S.M., Blanchard, J.J. (2013). Internalized stigma in schizophrenia: Relations with dysfunctional attitudes, symptoms and quality of life. *Psychiatry Research*, 205(1-2), 43-47.
- Perezgonzalez, J.D. (2015). Fisher, Neyman- Pearson or NHST? A tutorial for teaching data testing. *Frontiers in Psychology*, 6(223), 1-11.
- MacDonald, G., ve Leary, M. R. (2005). Why does social exclusion hurt? The relationship between social and physical pain. *Psychological Bulletin*, 13(2), 202-223.
- McLeod, S. (2008). *Self concept. Simply Psychology*. Erişim tarihi: 20 Kasım 2023, <https://www.simplypsychology.org/self-concept.html>.
- Mann, M., Hosman, C.M.H., Schaalma, H.P. ve De Vries, N.K. (2004). Self-esteem in broad spectrum approach for mental health promotion. *National Library of Medicine*, 19(4), 357-372.
- Mashiach-Eizenberg, M., Hasson-Ohayon, I., Yanos, P. T., Lysaker, P. H., ve Roe, D. (2013). Internalized stigma and quality of life among persons with severe mental illness: The mediating roles of self-esteem and hope. *Psychiatry Research*, 208(1), 15-20.
- Matthews, A. K., Corrigan, P. W., Smith, B. M., ve Aranda, F. (2006). A qualitative exploration of African-Americans' attitudes toward mental illness and mental illness treatment seeking. *Rehabilitation Education*, 20(4), 253-268.
- Mercan, H.M. (2017). Obsesif kompulsif bozukluk hastalarında içselleştirilmiş damglanmanın yaşam kalitesi ve tedavi uyumu üzerine etkisi [Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. Gaziantep Üniversitesi.

- Metraux, S., Marcus, S. C., ve Culhane, D. P. (2003). The New York-New York housing initiative and use of public shelters by persons with severe mental illness. *Psychiatric Services*, 54(1), 67-71.
- Miao, Y. F., Dong, X. X., Li, D. L., Zhang, T., Wu, Y., ve Pan, C. W. (2023). Chronic conditions and depressive symptoms in middle-aged and older Chinese adults: Roles of perceived social support and area of residence. *Journal of Affective Disorders*, 340, 290-298.
- Mickelson, K.D. (2001). Perceived stigma, social support and depression. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 27(8), 1046-1056.
- Mohamed, A. A. (2019). Internalized stigma of mental illness and its relation with self-esteem and social support among psychiatric patients. *Evidence-Based Nursing Research*, 1(3), 11-11.
- Mosanya, T.J., Adelufosi, A.O., Adebawale, O.T., Ogunwale, A. ve Adebayo, O.K. (2014). Self-stigma, quality of life and schizophrenia: An outpatient clinic survey in Nigeria. *International Journal Of Social Psychiatry*, 60(4), 377-386.
- Muñoz, M., Sanz, M., Pérez-Santos, E., ve de los Ángeles Quiroga, M. (2011). Proposal of a socio-cognitive-behavioral structural equation model of internalized stigma in people with severe and persistent mental illness. *Psychiatry Research*, 186(2-3), 402-408.
- Ng, P., ve Chan, K. F. (2000). Sex differences in opinion towards mental illness of secondary school students in Hong Kong. *International Journal of Social Psychiatry*, 46(2), 79-88.
- Novruzova, V. (2022). *Remisyonadaki alkol kullanım bozukluğu hastalarında içselleştirilmiş damgalanma, benlik saygısı, yalnızlık ve intihar olasılığı* [Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi]. Akdeniz Üniversitesi.
- Oban, G., ve Küçük, L. (2011). Ergenlerde ruhsal hastalıklara yönelik damgalamayı etkileyen etmenler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2(1), 31-39.
- Ociskova, M., Prasko, J., Vrbova, K., Kasalova, P., Hulubova, M., Grambal, A., ve Machu, K. (2018). Self-stigma and treatment effectiveness in patients with anxiety disorders- a mediation analysis. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 14, 383-392.
- Okur, E. (2022). *Obsesif kompulsif bozukluk tanısı almış bireylerde zihinselleştirmenin stresle başa çıkma ve algılanan sosyal destek ile ilişkisi* [Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. Üsküdar Üniversitesi.
- Oliveira, S.E.H., Carvalho, H., ve Esteves, F. (2016). Internalized stigma and quality of life domains among people with mental illness: The mediating role of self-esteem. *Journal of Mental Health*, 25(1), 55-61.
- Oran, N.T. ve Şenuzun, F. (2008). Toplumda kırılması gereken bir zincir: HIV/ AIDS stigmatı ve baş etme stratejileri. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 5(1), 1-16.
- Orth, U., Robins, R.W., ve Meier, L.L. (2009). Disentangling the effect of low self-esteem and stressful events on depression: findings from three longitudinal studies. *Journal of Personality and Social Psychology*, 97(2), 307-321.
- Orth, U., ve Robins, R.W. (2013). Understanding the link between low self-esteem and depression. *Current Directions in Psychological Science*, 22(6), 455-460.
- Overton, S.L. ve Medina, S.L. (2008). The stigma of mental illness. *Journal of Counseling and Development*, 86(2), 143-151.
- Öngider, N. (2011). Anksiyete düzeyleri açısından boşanmış ve evli anneler ile çocuklarının incelenmesi. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 48, 66-70.

- Özdamar Ünal G., Önal, B., İşcan, G. ve Atay, İ. (2022). The relationship between internalized stigma, perceived social support and self-efficacy in bipolar disorder. *Genel Tıp Dergisi*, 32(3), 350-357.
- Özdemir, H. (2005). *Salgın hastalıklardan ölümler: 1914-1918*. Türk Tarih Kurumu Yayınları.
- Özmen, S. ve Erdem, R. (2018). Damgalamanın kavramsal çerçevesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 23(1), 185-208.
- Öztürk, A., Doğaner, A., Bal, Z., ve Koskoca Geçkil, E. (2019). Kanser ve kanser hastalarına yönelik damgalama tutumlarının değerlendirilmesi. *Social Sciences Studies Journal*, 5(44), 5038-5047.
- Peterson, D., Barnes, A. ve Duncan, C. (2008). *Fighting with shadows: Self stigma and mental illness*. Mental Health Foundation of New Zealand.
- Picco, L., Pang, S., Lau, Y.W., Jeyagurunathan, A., Satghare, P., Abidin, E., Vaingankar, J.A., Lim, S., Poh, C.L., Chang, S.A., ve Subramaniam, M. (2016). Internalized stigma among psychiatric outpatients: Associations with quality of life, functioning, hope and self esteem. *Psychiatry Research*, 246, 500-506.
- Plummer, D.M. (2005). *Helping adolescents and adults to build self-esteem: A photocopiable resource book* (2. Baskı). Jessica Kingsley Publishers.
- Raffaelli, M., Andrade, F. C., Wiley, A. R., Sanchez-Armass, O., Edwards, L. L., ve Aradillas-Garcia, C. (2013). Stress, social support, and depression: A test of the stress-buffering hypothesis in a Mexican sample. *Journal of Research on Adolescence*, 23(2), 283-289.
- Ramay, M. K., Shahzad, S., ve Imran, H. (2010). General self efficacy and perceived social support in psychiatric patients. *Pakistan Journal of Clinical Psychology*, 9(1), 63-72.
- Razali, S. M., Hussein, S., ve Ismail, T.A.T. (2010). Perceived stigma and self-esteem among patients with schizophrenia. *International Medical Journal*, 17(4).
- Ritsher, J.B., Otilingam, P.G. ve Grajales, M. (2003). Internalized stigma of mental illness: Psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Research*, 121(1), 31-49.
- Rizwan, M., ve Ahmad, R. (2015). Self-esteem deficits among psychiatric patients. *Sage Open*, 5(2).
- Rodrigues, S., Serper, M., Novak, S., Corrigan, P., Hobart, M., Ziedonis, M., ve Smelson, D. (2013). Self-stigma, self-esteem, and co-occurring disorders. *Journal of Dual Diagnosis*, 9(2), 129-133.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton University Press.
- Rüsch, N., Angermeyer, M.C., ve Corrigan, P.W. (2005). Mental Illness Stigma: Concepts, consequences and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry*, 20(8), 529- 539.
- Rüsch, N., Hölzer, A., Hermann, C., Schramm, E., Jacob, G. A., Bohus, M., Klaus, L., ve Corrigan, P. W. (2006). Self-stigma in women with borderline personality disorder and women with social phobia. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 194(10), 766-773.
- Schomerus, G., Matschinger, H., ve Angermeyer, M.C. (2009). The stigma of psychiatric treatment and help-seeking intentions for depression. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 259(5), 298-306.
- Salsali, M., ve Silverstone, P.H. (2003). Low self-esteem and psychiatric patients: Part 2: The relationship between low self-esteem and demographic factors and psychosocial stressors in psychiatric patients. *Annals of General Hospital Psychiatry*, 2(1), 1-8.

- Santrock, J. W. (2012). *Yaşam boyu gelişim*. (G. Yüksel; Çev.; 13. Baskı). Nobel Yayıncılık. (Orijinal esrenin yayım tarihi 1997).
- Sarason, I.G., Levine, H.M., Bastom, R.B., ve Sarason, B.R. (1983). Assessing social support: The social support questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(1), 127-139.
- Sarı, D., Khorshid, L., ve Eşer, İ. (2011). Hastaneye yeni yatan hastaların algıladığı sosyal destek ile anksiyete düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 27(2), 1-9.
- Sarıkoç, G. (2011). *Ruhsal sorunları nedeniyle ayaktan izlenen hastaların içselleştirilmiş etiketlenmeleri*. [Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. Hacettepe Üniversitesi.
- Sarı, S.A., Bilek, G., ve Çelik, E. (2018). Test anxiety and self-esteem in senior high school students: a cross-sectional study. *Nordic Journal of Psychiatry*, 72(2), 84-88.
- Saygın, Y. (2008). *Üniversite öğrencilerinin sosyal destek, benlik saygısı ve öznel iyi oluş düzeylerinin incelenmesi* [Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. Selçuk Üniversitesi.
- Seki, T., ve Dilmaç, B. (2020). Benlik saygısı ve ilişkisel faktörler: Bir meta-analiz çalışması. *Türk Eğitim Bilimleri Dergisi*, 18(2), 853-873.
- Sevindik, C.S., Özer, Ö.A., Kolat, U. ve Önem, R. (2014). Major depresif bozukluğu veya psikotik bozukluğu bulunan hastalarda içselleştirilmiş damgalanma ve işlevsellik üzerine etkisi. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 48(3), 198-207.
- Shahar, G. ve Davidson, L. (2003). Depressive symptoms erode self-esteem in severe mental illness: A three-wave, cross-lagged study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(5), 890-900.
- Shalaby, M.H., Sabra, A.I. ve Mohamed, S.A.E. (2014). The role of internalized stigma on self esteem and attitude toward seeking professional psychological help among psychiatric patients. *International Journal of Current Research*, 6(11), 10162-10169.
- Sheslow, D., Hassink, S., Wallece, W., ve De Lancey, E. (1993). The relationship between self-esteem and depression in obese children. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 699, 289-291.
- Shimotsu, S., ve Horikawa, N. (2016). Self-stigma in depressive patients: Association of cognitive schemata, depression and self-esteem. *Asian Journal of Psychiatry*, 24, 125-129.
- Shumaker, S.A ve Brownell, A. (1984). Toward a theory of social support: Closing conceptual gaps. *Journal of Social Issues*, 40(4), 11-36.
- Silverstone, P.H. ve Salsali, M. (2003). Low self-esteem and psychiatric patients: Part 1: The relationship between low self-esteem and psychiatric diagnosis. *Annals of General Hospital Psychiatry*, 2, 1-9.
- Sontag, S. (2005). *Metafor olarak hastalık-Aids ve metaforları* (O. Akınhay, Çev.). Can Sanat Yayınları.
- Sonnenberg, C. M., Deeg, D. J., van Tilburg, T. G., Vink, D., Stek, M. L., ve Beekman, A. T. (2013). Gender differences in the relation between depression and social support in later life. *International Psychogeriatrics*, 25(1), 61-70.
- Soygür, H. ve Özalp, E. (2005). Şizofreni ve damgalanma sorunu. *Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Dergisi*, 1(12), 74-80.
- Soysal, M. (2017). *Şizofren hastaların algıladıkları sosyal desteğin incelenmesi (Gaziantep üniversitesi Tıp Fakültesi Örneği)* [Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. Gaziantep Üniversitesi.

- Şahin Baltacı, H. ve Altan, T. (2016). Lise öğrencilerinde benlik saygısının yordayıcısı olarak depreRschüsyon, bağlanma ve şiddet eğilimi. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 40, 227-239.
- Şen, G. (2021). *Birinci basamağa başvuran depresyon hastalarında sosyal destek durumu ve tedaviye uyuma etki eden faktörler* [Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi]. Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi.
- Tahtacı, A. (2022). *Kadınlarda kaygı düzeyi ve benlik saygısı arasındaki ilişkinin sosyal hizmet ihtiyacı ile değerlendirilmesi: Bir sağlıklı hayat merkezi örneği* [Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. Ankara Üniversitesi.
- Tang, C. ve Wu, H.C. (2012). Quality of life and self stigma in individuals with schizoprenia. *Psychiatric Quarterly*, 83(4), 497-507.
- Tanrıverdi, D., Kaplan, V., Bilgin, S. ve Demir, H. (2020). The comparison of internalized stigmatization levels of patients with different mental disorders. *Journal of Substance Use*, 25(3), 251-257.
- Taplı, E. (2021). *Şizofreni tanısı alan bireylerin psikolojik iyilik durumu, sosyal destek algısı ve sosyal medya kullanımı ile ilgili özelliklerin incelenmesi* [Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. Koç Üniversitesi.
- Taşkın, Ö. (2007). Ruhsal Hastalıklarda Damgalama ve Ayrımcılık. E. Oryal Taşkın (Ed.), *Stigma ruhsal hastalıklara yönelik tutumlar ve damgalama* içinde (s. 17-30). Meta Basım ve Matbaacılık.
- Taylor, D.N. ve Del Pilar, J. (1992). Self-esteem, anxiety and drug use. *Psychological Reports*, 71(3), 896-898.
- Tekir, Ö., Yaşar, Ö., Çevik, C., Dikoğlu, M., ve Özsever Kaymak, G. (2018). Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin depresyon ve benlik saygısı düzeylerinin incelenmesi. *Dicle Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 8(1), 15-21.
- Tel, H. ve Ertekin Pınar, Ş. (2012). Ayaktan izlenen psikiyatri hastalarında içselleştirilmiş damgalanma ve benlik saygısı. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 3(2), 61- 66.
- Temiz, M. (2019). *Psikolojik yardım almaya ilişkin tutumların benlik saygısı ve fonksiyonel olmayan tutumlar ile ilişkisi* [Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. Üsküdar Üniversitesi.
- Terzi, Ş. (2008). Üniversite öğrencilerinin psikolojik dayanıklılıkları ve algıladıkları sosyal destek arasındaki ilişki. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 3(29), 1-11.
- Thoits, P.A. (1986). Social support as coping assistance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(4), 416-423.
- Tice, D.M. (1993). The social motivations of people with low self-esteem. R.F Baumeister (Ed.), *Self- esteem: The puzzle of low self-regard* içinde (s.37-53). Springer
- Toker, B. ve Kalıpçı, M.B. (2018, 27-29 Eylül). *Turizm öğrencilerinde sosyal destek ve psikolojik iyi oluş arasındaki ilişkiler: Akdeniz üniversitesi örneği*. The Second International Congress on Future of Tourism: Innovation, Entrepreneur ship and Sustainability, Mersin.
- Toledano, S., Guzick, A.G., McCarty, R.J., Browning, M.E., Downing, S.T., Geffken, G.R. ve McNamara, J.P. (2020). An investigation of self-esteem in the treatment of OCD. *Journal of Obsessive- Compulsive and Related Disorders*, 27, 100563.
- Turner, R. J., ve Brown, R. L. (2010). Social support and mental health. T.L. Scheid ve T.N. Brown (Ed.), *A handbook for the study of mental health: Social contexts, theories, and systems* içinde, (s. 200-212). Cambridge University Press.

- Türk, A. (2018). *Bipolar bozukluğu olan hastalarda içselleştirilmiş damgalanma, yaşam kalitesi ve benlik saygısı* [Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi.
- Uchino, B. N. (2006). Social support and health: A review of physiological processes potentially underlying links to disease outcomes. *Journal of Behavioral Medicine*, 29, 377-387.
- Ulukök, S.N. (2021). *Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerde tedavi motivasyonunun içselleştirilmiş damgalanma ve algılanan sosyal desteğe göre incelenmesi* [Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. Hasan Kalyoncu Üniversitesi.
- Üçok, A. (2003). Şizofreni hastası neden damgalanır? *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 6(1), 3-8.
- Üstündağ, M.F. ve Kesebir, S. (2013). İki uçlu bozuklukta içselleştirilmiş damgalanma: Klinik özellikler, yaşam kalitesi ve tedaviye uyum ile ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 24(4), 231-239.
- Verhaeghe, M., Bracke, P., ve Bruynooghe, K. (2008). Stigmatization and self-esteem of persons in recovery from mental illness: the role of peer support. *International Journal of Social Psychiatry*, 54(3), 206-218.
- Vogel, D.L., Wester, S.R., Wei, M., ve Boysen, G.A. (2005). The role of outcome expectations and attitudes on decisions to seek professional help. *Journal of Counseling Psychology*, 52(4), 459-470.
- Wang, X., Cai, L., Quian J. ve Peng, J. (2014). Social support moderates stress effects on depression. *International Journal of Mental Health Systems*, 8(1), 1-5.
- Werner, P., Aviv, A., ve Barak, Y. (2008). Self-stigma, self-esteem and age in persons with schizophrenia. *International Psychogeriatrics*, 20(1), 174-187.
- Werner, P., Stein- Shvachman, I. ve Heinik, J. (2009). Perceptions of self- stigma and its correlates among older adults with depression, a preliminary study. *International Psychogeriatrics*, 21(6), 1180-1189.
- West, M.L., Yanos, P.T., Smith, S.M., Roe, D. ve Lysaker, P.H. (2011). Prevalence of internalized stigma among persons with severe mental illness. *Stigma Research and Action*, 1(1), 3-10.
- Whatley, S.L. ve Clopton, J.R. (1992). Social support and suicidal ideation in college students. *Psychological Reports*, 71(3), 1123-1128.
- Windle, M. (1992). Temperament and social support in adolescence: Interrelations with depressive symptoms and delinquent behaviours. *Journal of Youth and Adolescence*, 21(1), 1-21.
- Wu, X., Chen, J., Huang, H., Liu, Z., Li, X. ve Wang, H. (2015). Perceived stigma, medical social support and quality of life among people living with HIV/AIDS in Hunan, China. *Applied Nursing Research*, 28(2), 169-174.
- Yakar, C. (2019). *Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma ve Benlik Saygısı Üzerine Bir Meta Analiz Çalışması* [Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. Mersin Üniversitesi.
- Yanos, P.T., Roe, D. ve Lysaker, P.H. (2011). Narrative enhancement and cognitive therapy: A new group based treatment for internalized stigma among persons with severe mental illness. *Journal Of International Group Psychotherapy*, 61(4), 576-595.
- Yanos, P. T., Roe, D., Markus, K., ve Lysaker, P. H. (2008). Pathways between internalized stigma and outcomes related to recovery in schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatric Services*, 59(12), 1437-1442.

- Yen, C. F., Chen, C. C., Lee, Y., Tang, T. C., Yen, J. Y., ve Ko, C. H. (2005). Self-stigma and its correlates among outpatients with depressive disorders. *Psychiatric Services*, 56(5), 599-601.
- Yıldız, M., Özten, E., Işık, S., Özyıldırım, İ., Karayün, D., Cerit, C., ve Üçok, A. (2012). Şizofreni hastaları, hasta yakınları ve majör depresif bozukluk hastalarında kendini damgalama. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 13, 1-7.
- Yıldız, M. (2016). Üniversite öğrencilerinde duygusal zekâ, yaşam doyumu ve depresyonun cinsiyet ve sınıf seviyelerine göre etkileri. *Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*, 6(11), 451-474.
- Yıldırım, İ. (1997). Algılanan sosyal destek ölçeğinin geliştirilmesi, güvenilirliği ve geçerliği. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 13, 81-87.
- Yılmaz, E., Yılmaz Coşkun, E., Karaca, F. (2008). Üniversite öğrencilerinin sosyal destek ve yalnızlık düzeylerinin incelenmesi, *Genel Tıp Dergisi*, 18(2), 71-79.
- Yeşil, İ. (2020). *Kırsalda yaşayan dul yaşlı kadınların sosyal durumları ve destek ağları üzerine bir inceleme* [Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. Afyon Kocatepe Üniversitesi.
- Yüzer, S., Yiğit, R. ve Taşdelen, B. (2010). Çocuğu hastanede yatan annelerin aldığı sosyal destek ile depresyon düzeyleri arasındaki ilişki. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(4), 54-62.
- Zeigler- Hill, V. (2011). The connections between self-esteem and psychopathology. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 41(3), 157-164.
- Zeigler- Hill, V. (2013). The importance of self- esteem. V. Zeigler-Hill (Ed.), *Self- Esteem* içinde (s.1-20). Psychology Press.
- Zehir, M. (2021). *Depresyon tanılı hastalarda ruminatif düşünme ve algılanan sosyal destek arasındaki ilişki* [Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. Gaziantep Üniversitesi.
- Zemen, N. (2020). *Akut psikiyatri kliniklerinde bipolar bozukluğu olan hastalarda ilaç uyumu, sosyal işlevsellik, sosyal destek ve ilişkili faktörler* [Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi.
- Zhou, X., Zhu, H., Zhang, B. ve Cai, T. (2013). Perceived social support as a moderator of perfectionism, depression and anxiety in college students. *Social Behaviour and Personality: an international journal*, 41(7), 1141-1152.
- Zimet, G.D., Dahlem, N.W., Zimet, S.G. & Farley, G.K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52, 30-41.
- Zimmerman, S.L. (1999). Self-esteem, personal control, optimism, extraversion and the subjective well-being of midwestern university faculty. (Yayımlanmamış Doktora Tezi). Andrews University.
- Zyrianova, Y., Kelly, B.D., Gallagher, C., McCarthy, C., Mollay, M.G., Sheehan, J. ve Dinan, T.G. (2006). Depression and anxiety in rheumatoid arthritis: the role of perceived social support. *Irish Journal of Medical Science*, 175(2), 32-36.

EKLER

Ek 1. Etik Kurul Kararı



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı: B.30.2.ODM.0.20.08/137-132

24.03.2023

Sayın Prof. Dr. Dozkurt KOÇ

Etik Kurulumuza sunmuş olduğunuz **Psikiyatri Polikliniğine Başvuran Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB), Kaygı Bozukluğu ve Depresyon Tanısı Almış Danışanların Algıladıkları Sosyal Destek ile Benlik Saygılarının İçselleştirilmiş Damgalanma Düzeyleri Üzerindeki Rolü** başlıklı OMÜ KAEK 2021/116 Karar nolu Anket çalışması nitelikli araştırma projeniz Klinik Araştırmalar Etik Kurulu yönergesine göre 11.03.2021 tarihli Etik Kurulumuzda incelenmiş etik açıdan uygun bulunmuştur. Ancak araştırmanın yapılacağı yerlerdeki ilgili kurumlardan izin yazısı alınmadığından ilgili kurumlardan izin yazısı alınıp, tarafımıza bildirilmesinden sonra başlanmasına oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize arz/rica ederim.

Ek 2. Kişisel Bilgi Formu

Bu çalışma Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı tarafından, Erzurum Şehir Hastanesi psikiyatri polikliniğine ayaktan başvuran bireylerde içselleştirilmiş damgalanma, benlik saygısı ve sosyal destek düzeyleri ve bu değişkenlerin birbiri ile olan ilişkilerini değerlendirmek amacıyla planlanmıştır. Aşağıda yer alan maddelerin doğru ya da yanlış cevabı bulunmamaktadır. Araştırmanın güvenilirliği açısından sorulara içtenlikle ve eksiksiz cevap vermeniz önem taşımaktadır. Çalışmada toplanan veriler tamamen bilimsel amaçlarla kullanılacaktır. Vereceğiniz cevapların size ait olduğunun hiç kimse tarafından bilinmemesi için lütfen anket formlarına adınızı ve soyadınızı yazmayınız. Katılımınız ve desteğiniz için teşekkür ederim.

Cansu AKÇINAR

Psikoloji Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi

1. Cinsiyet: Kız ☐ Erkek ☐

2. Yaşınız:

3. Medeni Durum

☐ Bekar ☐ Evli ☐ Boşanmış

4. Eğitim Düzey

☐ İlkokul ☐ Ortaokul ☐ Lise ☐ Önlisans ☐ Lisans ve üzeri

5. Yaşadığınız Yer

☐ İl ☐ İlçe ☐ Köy

6. Tıbbi Tanı

☐ Kaygı Bozukluğu ☐ Depresyon ☐ Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB)

☐ Tıbbi tanıyı bilmiyor

7. Daha Önce Psikiyatri Polikliniğine Başvurdunuz Mu?

☐ Evet ☐ Hayır (ilk)

8. Ailenizde Ruhsal Hastalığa Sahip Birey/Bireyler Var mı?

☐ Evet ☐ Hayır

Ek 3. Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalama Ölçeği

Bu testte sık sık geçen “ruhsal hastalık” terimi, en geniş anlamda kullanılmıştır. Her bir cümleyi dikkatle okuduktan sonra cümleye ne ölçüde katıldığınızı ya da katılmadığınızı belirtiniz. Her cümle için sadece bir seçeneği işaretleyiniz.

Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği		Kesinlikle aynı fikirde değilim	Aynı fikirde değilim	Aynı fikirdeyim	Kesinlikle aynı fikirdeyim
1	Ruhsal bir hastalığım olduğu için kendimi bu dünyada bir yabancı gibi hissediyorum.				
2	Ruhsal hastalığı olan kişiler saldırgan olmaya eğilimlidirler.				
3	Ruhsal bir hastalığım olduğu için insanlara farklı davranıyorlar.				
4	Reddedilmemek için, ruhsal hastalığı olmayan kişilere yaklaşımdan kaçınıyorum.				
5	Ruhsal bir hastalığım olduğundan dolayı utanıyorum.				
6	Ruhsal hastalığı olan kişiler evlenmemelidir.				
7	Ruhsal hastalığı olan kişiler topluma önemli katkılarda bulunurlar.				
8	Kendimi ruhsal hastalığı olmayan kişilerden daha aşağı hissediyorum				
9	Ruhsal hastalığım benim “garip” görünmeme ya da davranmama neden olabileceğinden dolayı eskisi kadar sosyal değilim.				
10	Ruhsal hastalığı olan kişiler iyi ve doyum verici bir hayat yaşayamazlar.				
11	İnsanları ruhsal hastalığımla sıkmak istemediğimden dolayı, kendi hakkımda fazla konuşmam.				
12	Halk arasındaki ruhsal hastalıklarla ilgili olumsuz düşünceler, benim “normal” yaşamın dışında kalmama neden oluyor.				
.	.				
27	Ruhsal hastalığıma rağmen, iyi ve dolu dolu yaşadığım bir hayatım var.				
28	İnsanlar ruhsal bir hastalığım olduğu için hayatta fazla başarılı olamayacağını düşünüyorlar.				
29	Akıl hastalarıyla ilgili olumsuz yaygın inanışlar benim durumum dikkate alındığında hiç de yanlış sayılmaz.				

Ek 4. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Aşağıda 12 cümle ve her bir cümle altında da cevaplarınızı işaretlemeniz için 1'den 7'ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümlelerin her birine bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz. Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız. Sizce doğruya en yakın olan rakamı işaretleyiniz.

1.Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan özel bir insan (flört, nişanlı sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle Hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle Evet

2.Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin, flört, nişanlı sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle Hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle Evet

3.Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.

Kesinlikle Hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle Evet

4.İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden (örneğin, annemden, babamdan, eşimden, çocuklarımdan, kardeşlerimden) alırım.

Kesinlikle Hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle Evet

5.Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle Hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle Evet

6.Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.

Kesinlikle Hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle Evet

11.Kararlarımı vermemde ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.

Kesinlikle Hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle Evet

12.Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.

Kesinlikle Hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle Evet

Ek 5. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (İlk 10 Madde)

Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeğinden Seçilmiş Maddeler Aşağıdaki maddeler, kendiniz hakkında ne düşünüp genel olarak nasıl hissettiğinize ilişkin olarak hazırlanmıştır. Lütfen her bir maddeyi dikkatlice okuyun ve kendiniz hakkında nasıl hissettiğinizi karşılardaki bölmelerden uygun olanını işaretleyerek belirtiniz.		Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1	Kendimi en az diğer insanlar kadar değerli buluyorum.				
2	Bazı olumlu özelliklerim olduğunu düşünüyorum.				
3	Genelde kendimi başarısız bir kişi olarak görme eğilimindeyim.				
4	Bende diğer insanların birçoğunun yapabildiği kadar bir şeyler yapabilirim.				
9	Bazen kesinlikle kendimin bir işe yaramadığını düşünüyorum.				
10	Bazen kendimin hiç de yeterli bir insan olmadığımı düşünüyorum.				

ÖZ GEÇMİŞ

Cansu AKÇINAR, Bartın Anadolu Öğretmen Lisesi’ni bitirdikten sonra Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü’nden 2017 yılında mezun oldu. Mezuniyetinden sonra Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi Genel Psikoloji Tezli Yüksek Lisans Programı’na devam etti. 2018 yılı itibariyle Sağlık Bakanlığı bünyesinde psikolog olarak çalışmaya başladı. Temel ilgi alanları; sosyal psikoloji ve klinik psikolojidir.

İletişim Bilgileri

ORCID ID : 0000-0003-0725-6992

Yayınlar:

- Akçınar, C. ve Koç, B. (2023). Ruhsal hastalıklara yönelik damgalamanın sosyal temas kuramları bağlamında değerlendirilmesi. A. Güldaş (Ed.), *Ankara International Congress on Scientific Research-VIII* (s. 692-708) içinde. Ankara, Türkiye: IKSAD.
- Koç, B., Arslantürk, S., Temli, D. G., Küçükeskici, B., Aksoy, C. ve Gül, A. (2018). Üniversite öğrencilerinin toplumsal cinsiyet algıları ile evlilikte kadına yönelik fiziksel şiddete ilişkin tutumları arasındaki ilişkinin incelenmesi. A. Solak (Ed.), *Şiddet ve Sosyal Travmalar* (s. 298-327) içinde. Samsun, Türkiye: HEGEM.
- Koç, B., Gül, A., Temli, D. G., Aksoy, C., Arslantürk, S. ve Küçükeskici, B. (2018). Üniversite öğrencilerinin akıllı telefon bağımlılıklarının saldırganlık eğilimleri üzerindeki rolü. A. Solak (Ed.), *Şiddet ve Sosyal Travmalar* (s. 81-121) içinde. Samsun, Türkiye: HEGEM.