

**T.C.
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**



**YÜKSEK LİSANS
SAĞLIK HİZMETLERİNDE İLETİŞİM ANABİLİM DALI
SAĞLIK HİZMETLERİNDE İLETİŞİM PROGRAMI**

**HEMŞİRELERİN PSİKİYATRİK HASTALIKLARA YÖNELİK
DAMGALAMA DÜZEYLERİ**

Sabahat KARTAL

**Danışman
Prof. Dr. Erol ÖZMEN**

MANİSA-2024

TAAHHÜTNAME

Bu tezin Manisa Celal Bayar Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Sağlık Hizmetlerinde İletişim Ana Bilim Dalında akademik ve etik kurallara uygun olarak yazıldığını ve kullanılan tüm literatür bilgilerinin referans gösterilerek tezde yer aldığını, tamamen kendi çalışmam olduğunu, her alıntıya kaynak gösterdiğimi, tezin yazımında akademik ve etik kurallara aykırı herhangi bir yapay zeka ve program kullanmadığımı beyan ederim.

İmza
Sabahat KARTAL



ÖZET

Yüksek Lisans Tezi

Sabahat KARTAL
Manisa Celal Bayar Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Sağlık Hizmetlerinde İletişim Anabilim Dalı

Danışman: Prof. Dr. Erol ÖZMEN

Amaç: Bu çalışmada hemşirelerin psikiyatrik hastalıklara karşı damgalama düzeylerinin belirlenmesi ve tutumlarının incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu amaç doğrultusunda hemşirelerden Sağlık Çalışanları için Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalama Ölçeği kullanılarak veriler toplanmıştır. Çalışmanın örneklemini 255 hemşire oluşturmaktadır. Çalışmada elde edilen verilerin normal dağılıma uyum sağladıkları belirlenmiştir ve bu nedenle verilerin analizlerinde tek faktörlü varyans analizi ve Bağımsız t testi kullanılmıştır. Hemşirelerin damgalama düzeyleri ve tutumları için ise betimsel istatistiklerden yararlanılmıştır.

Bulgular: Çalışmada verilerin analizi sonucunda belirlenen üç alt boyut için de katılımcıların en fazla “kararsızım” yanıtını verdikleri ve demografik değişkenlerin üç alt boyut için de anlamlı bir farklılık meydana getirmediği tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Sonuçlar: Çalışmanın sonucunda katılımcıların damgalama düzeylerinin orta seviyede olduğu ortaya çıkmıştır. Ayrıca bu çalışmada demografik değişkenlerin tutum ve davranışlar üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olmadığı belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Tutum, Psikiyatrik Hastalıklar, Damgalama, Sağlık Hizmeti, Hemşire

2024, 62 sayfa

ABSTRACT

M. Sc. Thesis

Sabahat KARTAL

**Manisa Celal Bayar University
Graduate School of Education
Department of Communication in Health Services**

Supervisor: Prof. Dr. Erol ÖZMEN

Objective: This study aimed to determine the stigma levels of nurses towards psychiatric diseases and to examine their attitudes.

Materials and Methods: For this purpose, nurses were asked to data were collected using the Mental Illness Stigma Scale. The sample of the study consists of 255 nurses. It was determined that the data obtained in the study conformed to the normal distribution, and therefore, single-factor analysis of variance and independent T test were used in the analysis of the data. Descriptive statistics were used for the nurses' stigmatization levels and attitudes.

Findings: As a result of the analysis of the data in the study, it was determined that the participants mostly answered "I am undecided" for the three sub-dimensions determined and the demographic variables did not cause a significant difference for the three sub-dimensions ($p>0.05$).

Results: As a result of the study, the stigma levels of the participants were found to be average. In this study, It was also determined that demographic variables did not have a significant effect on attitudes and behaviors.

Keywords: Attitude, Psychiatric Diseases, Stigma, Healthcare, Nurse
2024, 62 pages

ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR

Bu çalışma hemşirelerin psikiyatrik hastalıklara yönelik damgalama düzeylerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Tez çalışmamın oluşturulması ve yürütülmesi aşamasında öneri ve katkılarıyla beni bilgilendiren kıymetli hocam Sayın Prof. Dr. Erol Özmen' e çok teşekkür eder, saygılarımı sunarım.

Bana hayatımın her anında olduğu gibi bu tez çalışması sürecinde de büyük katkıları bulunan kardeşlerim Cengiz Kartal ve Nebahat Topuz'a teşekkür ederim.

Sabahat KARTAL

Manisa, 2024

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
NIMBY	: Not In My Backyard (Benim Arka Bahçemde Değil)
OMS-HC	: Opening Minds Stigma Scale-Health Care Provider Ölçeğı
SÇ-RHYDÖ	: Sağlık Çalışanları İçin Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalama
SM	: Sosyal Mesafe



ŞEKİLLER DİZİNİ

	Sayfa
Şekil 1: Damgalama Türleri.....	10



TABLolar DİZİNİ

Tablo 4.1.	Hemşirelerin Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulgular	19
Tablo 4.2.	Hemşirelerin Ruhsal Hastalık Tanı Durumlarına İlişkin Bulgular	20
Tablo 4.3.	Hemşirelerin Yaş, Hizmet Yılı, Yaşam Şekli ve Öğrenim Durumu Değişkenlerinin Damgalama Düzeylerine Etkilerine İlişkin ANOVA Analizi.....	21
Tablo 4.4.	Hemşirelerin Cinsiyet ve Medeni Durum Değişkenlerinin Damgalama Düzeylerine Etkilerine İlişkin T Testi	22
Tablo 4.5.	Hemşirelerin Ruhsal Hastalık Tanı Durumu Değişkenlerinin Damgalama Düzeylerine Etkilerine İlişkin T Testi	22
Tablo 4.6.	Hemşirelerin Damgalama Düzeyleri Alt Boyut Puanları	23
Tablo 4.7.	Hemşirelerin Yaş, Hizmet Yılı, Yaşam Şekli ve Öğrenim Durumu Değişkenlerinin Sosyal Mesafe Üzerine Etkilerine İlişkin ANOVA Analizi.....	23
Tablo 4.8.	Hemşirelerin Cinsiyet ve Medeni Durum Değişkenlerinin Sosyal Mesafe Üzerine Etkilerine İlişkin T Testi.....	24
Tablo 4.9.	Hemşirelerin Ruhsal Hastalık Tanı Durumu Değişkenlerinin Sosyal Mesafe Üzerine Etkilerine İlişkin T Testi.....	24
Tablo 4.10.	Hemşirelerin Yaş, Hizmet Yılı, Yaşam Şekli ve Öğrenim Durumu Değişkenlerinin Tutumlar Üzerine Etkilerine İlişkin ANOVA Analizi.....	25
Tablo 4.11.	Hemşirelerin Cinsiyet ve Medeni Durum Değişkenlerinin Tutumlar Üzerine Etkilerine İlişkin T Testi	26
Tablo 4.12.	Hemşirelerin Ruhsal Hastalık Tanı Durumu Değişkenlerinin Tutumlar Üzerine Etkilerine İlişkin T Testi	26
Tablo 4.13.	Hemşirelerin Yaş, Hizmet Yılı, Yaşam Şekli ve Öğrenim Durumu Değişkenlerinin Yardım Arama-Kendini Açma Alanında Etkilerine İlişkin ANOVA Analizi	27
Tablo 4.14.	Hemşirelerin Cinsiyet ve Medeni Durum Değişkenlerinin Yardım Arama-Kendini Açma Alanında Etkilerine İlişkin T Testi.....	27
Tablo 4.15.	Hemşirelerin Ruhsal Hastalık Tanı Durumlarının Yardım Arama-Kendini Açma Alanında Etkilerine İlişkin T Testi	28

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	I
ABSTRACT	II
ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR.....	III
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	IV
ŞEKİLLER DİZİNİ	V
TABLolar DİZİNİ	VI
İÇİNDEKİLERVII	
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	3
1.2. Araştırmanın Amacı	3
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Ruh Sağlığı ve Ruhsal Hastalıklar.....	5
2.2. Psikiyatride Ruhsal Hastalık Epidemiyolojisi	7
2.3. Damgalama Kavramı.....	7
2.4. Damgalama Şekilleri	9
2.4.1. Sosyal Damgalama	10
2.4.2. İçselleştirilmiş Damgalanma.....	10
2.5. Damgalama Aşamaları	11
2.6. Ruhsal Bozukluklar ve Damgalama	13
2.7. Ruhsal Hastalıklarda Damgalamayı Etkileyen Faktörler	14
2.8. Hemşirelerde Ruhsal Bozukluklara Yönelik Damgalama.....	14
3. YÖNTEM16	
3.1. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	16
3.2. Araştırmanın Sınırlılıkları	16
3.3. Veri Toplama Araçları.....	16
3.3.1. Katılımcı Tanıtım Formu	17
3.3.2. Sağlık Çalışanları İçin Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalama Ölçeği (SÇ-RHYDÖ)	17
3.4. İstatistiksel Analiz	18
4. BULGULAR	19
4.1. Sosyodemografik Bulgular	19

4.2. Hemşirelerin Genel Damgalama Düzeylerine İlişkin Bulgular	21
4.3. Hemşirelerin Damgalama Düzeylerinin Alt Boyutlardaki Tanımlayıcı İstatistikleri	22
4.3.1. Hemşirelerin Sosyal Mesafe Alt Boyutuna İlişkin Bulguları	23
4.3.2. Hemşirelerin Tutumlar Alt Boyutuna İlişkin Bulguları.....	24
4.3.3. Hemşirelerin Yardım Arama-Kendini Açma Alt Boyutuna İlişkin Bulguları	26
5.TARTIŞMA	29
6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	34
7. KAYNAKLAR	35
8. EKLER.....	40
EK-1: KATILIMCI TANITIM FORMU	40
EK-2: SAĞLIK ÇALIŞANLARI İÇİN RUHSAL HASTALIKLARA YÖNELİK DAMGALAMA ÖLÇEĞİ (SÇ-RHYDÖ)	41
EK-3: ETİK KURUL KARARI	42
EK-4 : KURUM İZİN BELGESİ	43

1. GİRİŞ

Sağlık insan hayatındaki en önemli kavramdır. Sağlığın temel bileşenlerinden olan ruh sağlığına verilen önem ise günümüzde giderek artmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre global düzeyde hastalık yükünün %4.9'unu psikiyatrik hastalıklar oluşturmaktadır. Ülkemizde Sağlık Bakanlığımızın yürüttüğü 2011–2023 Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planındaki Türkiye Hastalık Yüğü Çalışmasında yapılan sıralamada, psikiyatrik hastalıklar %19 ile ikinci sırada gelmektedir (Torunoğlu ve ark., 2011). Bu durum psikiyatrik hastalıkların dünyada olduğu gibi ülkemizde de yaygın ve ağırlıklı bir konu olduğunu göstermektedir. Ülkemizde yapılan çalışmalardan elde edilen bulgular hemşirelerin ruhsal hastalıklar ile ilgili olumsuz tutumlara sahip olduklarını göstermektedir. Oysaki ruhsal sorunları olan hastalar hemşirelerin tavır ve davranışlarına karşı çok duyarlıdırlar. Psikiyatrik bozukluğa sahip kişilere karşı olumsuz tutum ve yargılar ayrımcılığa yol açmakta, iş ve sosyal hayata katılım ile tedaviye erişimde engellere neden olmaktadır (Arkan ve ark., 2011).

Damgalama psikiyatrik bozukluklar karşısında korku, yanlış inanışlar ve olumsuz yaklaşımlardan kaynaklanarak oluşan kalıp yargıların, toplumun zihninde öne çıkması ile gerçekte hastalığın nasıl bir durum olduğunun çözülmesini zorlaştıran içsel ve dışsal bir risk faktörüdür (Öztürk ve ark., 2017). Toplum içinde psikiyatrik hastalık tanısı almış olmak şahsi bir yetersizlik, sapkınlık, zekâ geriliği veya itibarsızlık işareti olarak görülürken psikiyatrik bozukluğa sahip bireyler ise genellikle şiddet eğilimli ve öngörülemez hareketleri olan kişiler olarak gözlenmektedir. Bu durum çoğunlukla hasta bireylerin kendilik algılarında, yakın çevrelerinde ve sağlık çalışanları arasında da bu şekilde düşünülmektedir (Çam ve Bilge, 2013). Kronik psikiyatrik hastalık tanısı almış bireyler toplumda damgalamayla en çok karşılaşan kesimi oluştururlar (Ritsher ve Phelan, 2004).

Bilimin hızlı ilerlemeler kaydettiği günümüzde sağlık çalışanlarının ruhsal hastalıklara yönelik yaklaşımlarının hala önyargılı ve dışlayıcı olması ilginçtir. Psikiyatri hastalarına karşı sergilenen damgalayıcı yaklaşımlar yalnızca ülkemizde değil tüm dünyada rastlanan yaygın bir problemdir. Dünya Sağlık Örgütü damgalamayı psikiyatrik hastalığı olan bireylerin topluma kazandırılması sürecinde çözülmesi gereken en önemli konu olarak görmüştür (Pietrus, 2014). Literatürde incelenen çalışmalarda tüm toplumların ruhsal hastalığı olan bireyleri dışladıklarını ve

damgalayıcı davranışların farklı kültür ve coğrafyalarda bile neredeyse aynı şekilde olduğunu göstermektedir. Türkiye ve Dünya literatüründe hemşirelerin psikiyatrik hastalıklara ilişkin tutumlarını inceleyen bazı çalışmalar mevcuttur (Çam ve ark., 2014; Corrigan, 2004; Özer ve ark., 2017; Özmen, 2004). Hemşireler üzerinde yapılan damgalama araştırmalarının, toplum örneklemi esas alınarak yapılan çalışmalarla kıyaslandığında hemşirelerin hala olumsuz ve dışlayıcı oldukları görülmüştür (Arkan ve ark. 2011). Yapılan bir çalışmanın sonucuna göre psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşireler ruhsal sorunları olan bireylerin diğer hastalardan farklı olmadığı görüşüne sahipken diğer kliniklerde çalışan hemşireler ise bu hastalara karşı daha negatif bir tutum sergilemektedirler (Bostancı, 2000).

Dünyada 1970'lerde toplum ruh sağlığı hizmetlerinin yaygınlaşması ile damgalamaya karşı mücadelede bazı olumlu yaklaşımlar gözlenebilmiştir. Ancak yine de psikiyatri hastalarının toplum içinde rehabilitasyonu NIMBY (Not In My Backyard; Benim Arka Bahçemde Değil) Sendromu olarak bilinen yerleşim yeri sakinlerinin direnci ile karşılaşmıştır. Mesela bir çalışmada Amerikan halkının %81'i, "Ruhsal bozuklukları tedavi etmenin en iyi yolu hastaları kilitli kapılar ardında alıkoymaktır" düşüncesine karşı çıkmışken aslında çok azının (%31) bir ruh sağlığı merkezinin kendi yaşam alanlarında bulunmasına sıcak baktıklarını ortaya koymuştur. Bu direncin nedenlerini emlak fiyatlarındaki değer kaybı, çocukların korunması ve kişisel güvenliğin sağlanamaması ile ilgili endişeler oluşturmaktaydı (Borinstein, 1992). Türkiye ve dünyada en fazla damgalanan psikiyatrik bozukluklardan biri olan şizofreni tanımlı bireylerle (Saillard, 2010; Özmen, 2004) ilgili alanyazında yapılan çalışmalar incelendiğinde toplumun ve şizofreni yakınlarının hastaları tehlikeli olarak tanımladıkları ortaya çıkmıştır (Sağduyu ve ark., 2003). Dünya genelinde psikiyatri hastalarına yönelik damgalama düzeyleri gelişmiş ülkelerde %7-8 iken, az gelişmiş ülkelerde ise %15-16 olarak gözlenmiştir (Seeman ve ark., 2016).

Damgalama bireyi diğerlerinden ayıracak şekilde kişinin değerinin düşürülmesi, sosyal çevreden dışlanması, genel olarak kötülenmesidir (Özbaş, 2008). Toplumun psikiyatrik hastalıklara yönelik tutumlarının incelendiği çalışmalarda çoğunlukla halkın bu tür hastalara karşı olumsuz baktığı ve dışlayıcı oldukları görülmüştür (Özmen, 2004). Bu yaklaşım sosyal mesafe kavramını ortaya çıkarmıştır. Aslında psikiyatrik hastalığı olan birini dışlamak, onu destekten yoksun bırakmak bir bakıma sebebi bilinmeyen korkusudur. Yadırganan davranışları nasıl

yanıtlayacağını bilememe durumu insanda korku ve endişeye neden olur (Gültekin, 2010).

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Damgalama bireylerde sosyal izolasyona, daha kapalı bir yaşam alanına ve ertelenmiş yardım arama girişimine neden olan (Schulze ve Angermeyer, 2003) ruhsal bozukluğun kendisi kadar bireyi travmatize edebilen ekstra bir durumdur (Kocabaşoğlu, 2003). DSÖ verilerine göre Dünya’da en fazla yeti yitimine neden olan 10 hastalıktan beşinin ruhsal hastalıklar olduğu bildirilmektedir. Damgalama ruhsal rahatsızlığın fark edilmesi ve çözüm arama girişimlerinden, hastalık tanı ve tedavi işlemlerinin sürdürülmesi aşamasına kadar her evrede ruh sağlığı hizmetleri üzerinde yıkıcı etkilerde bulunmaktadır. Bu nedenle damgalamanın meydana gelme sürecine açıklık getirilmesine ve damgalama ile mücadelede sağlık çalışanlarına büyük görevler düşmektedir (Özmen, 2007). Psikiyatrik hastalık tanısı alan bireylerle yakın etkileşim içinde bulunan grupların başında hemşireler gelmektedir. Sağlık profesyonelleri ve hemşirelerin görevlerinden biri de hasta savunuculuğudur.

Hemşirelerin ruhsal hastalıklara yönelik sahip oldukları olumsuz inançlar hastalara verdikleri bakım ve hizmeti etkilemektedir. Hasta birey ve yakınlarına hizmet sunan hemşirelerin toplumun farklı kesimlerinde çeşitli önyargı ve yaklaşımlarla yetişmiş olmaları nedeniyle bu meslek grubunun damgalama eğilimlerinin belirlenmesinin önemli olduğu düşünülmektedir (Çam ve ark., 2014).

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma ile hemşirelerin psikiyatrik bozukluğu olan bireylere karşı damgalama seviyelerinin saptanması amaçlanmıştır. Damgalama değiştirilebilir bir risk faktörüdür. Damgalama ile mücadelede öncelikli olarak rol model konumunda bulunan meslek gruplarının bilinçlendirilmesi toplumun dışlayıcı tutum ve davranışlarının değiştirilmesinde daha hızlı ve etkili olabilmekle birlikte (Çam ve ark., 2014) bu meslek gruplarından birinin ve en önemlisinin hasta bireylerle en fazla etkileşim içinde bulunan hemşireler olduğu açık bir durumdur. Ruh sağlığı çalışmalarının her aşamasını (önleyici, geliştirici ve tedavi edici) olumsuz etkileyen damgalama maalesef sadece günlük yaşam içinde değil sağlık profesyonelleri arasında da (hemşire, hekim) yaygın olarak görülmektedir. Toplum ruh sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesinde ve damgalama nedeniyle görülen olumsuz davranışların

değiştirilmesinde sağlık ekibinin en geniş parçası olan hemşirelerin etki ve katkıları büyüktür. Bu nedenle bu meslek grubunun damgalama düzeylerinin bilinmesi hem toplumda nasıl bir rol model olacakları konusunda hem de sundukları hemşirelik hizmetlerinin ne yönde olacağı hususunda fikir verici olacaktır (Evli, 2021).



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Ruh Sağlığı ve Ruhsal Hastalıklar

Birey fiziksel, zihinsel, sosyal, duygusal ve ruhsal boyutları olan bir bütündür ve tüm bu boyutlar birbiriyle bağlantılıdır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) 1947'de sağlığı "bedensel ve sosyal yönden tam bir iyilik hali" olarak tanımlamış ancak 1958'de bu tanıma zihinsel iyilik halini de eklemiştir. Ruh sağlığı, sağlığın önemli bir parçası olarak tanımlanmaktadır. İnsanlık tarihinin en sıkıntılı konularından biri ruh sağlığı ve akıl hastalığıdır. İnsanlar gelişim ve büyümenin çeşitli aşamalarında davranışlarının ve duygularının "normal" olup olmadığı üzerine birçok araştırma yapmışlardır. Normallik kavramının tanımlanması tarihsel gelişim içinde çeşitli değişimler görmüştür (Işık, 2010). Bu normallik boyutları aşağıdaki gibi sıralanmaktadır (Eisch ve ark., 2008; Iasiello, 2020).

1- Klinik Belirtilerin Normalligi: Bu açıdan normallik kişinin hasta olmaması demektir. Hastalığı teşhis edecek kadar semptom yoksa hastalık durumu da yoktur ve kişi normaldir.

2- İstatistiksel Boyutta Normallik: Bu açıdan normallik çan eğrisinin iki ucunda değil ortasında olmalıdır. Normal davranış, var olan ve sosyal olarak kabul edilen davranışların toplamıdır. Tutumların, inançların ve fikirlerin meydana getirdiği durumlar genellikle normaldir.

3- Normatif Normallik: Normallik idealdir. Normal ve sağlıklı insanın ulaşılmaz, imkânsız fikir, imge veya modellerde yani “ütopya”da bulunduğu görüşüdür. Bu, bir insanın tüm hayatı fonksiyonlarının uyumlu bir şekilde çalışması gibi ancak hayal edilebilecek bir durumdur. Dolayısıyla kurgusal yaklaşımlar olan normallik tanımları gerçeği değil bir ideali yansıtır.

4- Sistemin Genel Anlamıyla Normallik: Normal ve sağlıklı, sürekli değişen, yaşayan, aktif bir iletişim sürecidir. Normallik zamana, yere ve ilişkilerin anlamına göre değişir ve kültürler ve yaşam evreleri arasında farklılık gösterir. Devam eden tutum ve deneyimler diğer yaşam biçimlerini ve/veya bir bütün olarak toplumu tehdit etmediği sürece normallik sınırları içinde değerlendirilebilir.

Yaşam içinde her tanımlayıcı boyutun geçerli olduğu durumlar vardır. Ancak teşhis konulmadığı için her insanın ruh sağlığı mükemmel olmadığı gibi azınlıkların

davranışları da anormal olarak kabul edilemez. Normallik geniş bir yelpazenin farklı evreleridir ve yaşadıkları sistemlere göre farklı değerlendirilebilir. Ruh sağlığı durağan, sürekli değişen ve yenilenen zihinsel faaliyetler gibi devam eden bir sürecin sonucudur (Demirören ve ark., 2015).

Ruhsal bozuklukların tıbbi tanımlarıyla ilgili çeşitli zorluklar ortaya çıkmıştır. Aşağıdaki faktörler hastalıkların sınıflandırılması ve tanıları üzerinde anlaşmayı zorlaştırmaktadır (Üstün, 2018);

- **Belirsiz standartlar.** Olumsuz ve istenmeyen durumların hastalık gibi bir durumu ne ölçüde nitelendirdiği tartışma konusu olmuştur çünkü sosyal davranış düzeyi değişmektedir. Konuların değerlendirilmesi ve zihin haritalarındaki farklılık yorumu değiştirmektedir.

- **Farklı kültürler:** Toplumsal farklılıklara bağlı olarak istenmeyen durum tanımları da farklılık göstermektedir. Davranış, sosyal ve kültürel değişimlerle ilişkilidir. Kültürel farklılıklar olumlu, olumsuz, istenen ve istenmeyen davranış ve tutumların yorumlanmasında da farklılıklara yol açmaktadırlar.

- **Farklı disiplinler:** Ruh sağlığını değerlendirmek için hangi disiplinlerin kullanıldığı yıllardır tartışılmaktadır. Tıpta dahiliye ve psikiyatri, sosyal bilimlerde psikoloji farklı dönemlerde farklı yaklaşımlarla sorunla karşı karşıya kalmıştır.

Bu değişkenlerin her birine bağlı olarak ruhsal bozuklukları tanımlamaya yönelik yaklaşımlar değişir. Bunlar (Aydöner, 2009):

1. Ruh sağlığının pozitif ve yapıcı ideal durumdan güçlü bir şekilde sapmasını ruhsal hastalığın başlangıcı olarak kabul eder. Bu bakış açısı psikanalitik ilkelere dayanmaktadır.

2. Ruhsal bozukluklar genel kabul gören ve hiç kabul edilmeyen durumlarda bir çöküntü olarak değerlendirilir. İnsanlar kabul edilebilir ve kabul edilemez davranışlarla iç içedir ve hayatlarını her ikisini de içeren bir süreç olarak yaşarlar. Süreç kesintiye uğradığında ruh sağlığı sorunları ortaya çıkar.

Her hastalıktaki rolü farklılık gösterse de birçok biyolojik, sosyal ve kültürel faktör ruhsal bozuklukların gelişimini etkilemektedir. Ruhsal hastalıkların kliniğe nasıl yansıdığı konusunda sosyal kültür de önemlidir. Kültüre özgü ruh sağlığı sorunlarıyla ilişkilendirilen sendromlar olsa da kişilerin öncelik verdiği sorunlar, ilk

özüm aradıkları yerler ve Őikayetlerini dile getirme biçimleri de kültürler arasında farklılık gösterebilmektedir. Ruhsal bozuklukların ilerlemesinde toplumsal kültürün aktarımında önemli bir araç olan aile tutumlarının ve destek düzeylerinin de etkili olduğu bilinmektedir. Son dönemlerde hastalıkların başlangıcını ve ilerlemesini etkileyebilecek sosyal faktörler, bireyin ruhsal bozuklukları ve toplumla iletişim süreci, hasta rolünün gelişimi ve damgalanma yoğun bir şekilde çalışılmaktadır (Işık, 2010).

2.2. Psikiyatride Ruhsal Hastalık Epidemiyolojisi

Epidemiyoloji hastalıkların veya hastalıkla ilgili durumların prevalansını, risk faktörlerini ve seyrini inceleyen tıp dalıdır. Psikiyatrik epidemiyoloji iki yüzyılı aşkın tarihsel gelişimi içinde dört farklı aşamadan geçmiştir. İlk aşamada sağlık kuruluşlarının belgelerinden yola çıkarak dağılımları ve diğer özellikleri öğrenilmeye çalışılmıştır. İkinci aşamada ise popülasyondaki hastalıklar araştırılmaya başlanmış ve üçüncü aşamada genel popülasyonda veya belirli popülasyonlarda uluslararası geçerliliği olan psikiyatrik bozuklukları, tarama ölçeklerini ve farklı kültürlerde benzer hastalıkları tanımlamayı mümkün kılan yöntemler incelenmeye başlanmıştır. Dördüncü aşamada ruh sağlığı sorunlarına yönelik analitik çalışmalarda etkili tarama araçları kullanılmaya başlanmış, araştırmalar altta yatan etiyolojik sürece ışık tutan çalışmalar olmuştur (Pekri, 2019).

Türkiye'deki psikiyatrik epidemiyoloji 21. yüzyılın genel gelişiminin gerisinde bir ilerleme göstermiştir. Doğa kaynaklı travma veya dönüşüm bozukluğu gibi alanlarda yürütülebilecek araştırmaların spesifik gelişimsel dinamikleri henüz değerlendirilmemiştir. Yakın gelecekte kohort, vaka-kontrol veya gen-çevre etkileşimi gibi yöntemleri içeren yeni nesil epidemiyolojik çalışmaların özellikle doğal afetler, sosyal zorluklar, hızlı kentleşme ve göç üzerinde yoğunlaşması beklenmektedir (Binbay ve ark., 2014).

2.3. Damgalama Kavramı

Damgalama ruhsal bozukluğu olan bireylerin benlik saygısını azaltmakta ve hastaların sosyal hayata katılımını engellemekle beraber (Corrigan, 2004) ruhsal bozukluğun kendisi kadar bireye ve çevresine yıkıcı etkilerde bulunmaktadır (Avcıl ve ark., 2016). Fiziksel hastalıklardan farklı olarak psikiyatrik hastalıkların tamamı damgalamaya konu olabilmektedir (Üçok, 2003).

Ayrımcılık kavramı hukuk, eşitlik ve adalet ile ilgili gibi görünse de sosyal bilimlerde ve daha çok günlük hayatımızda karşımıza çıkmaktadır. İkinci nesil insan hakları yaklaşımı insan olarak sınıflandırılabilir tek bir kişinin olmadığını bunun yerine birçok farklılığa ve her türlü özelliğe sahip insanların olduğunu kabul eder. Ayrımcılık ise bu farklılıkları kabullenmez ve dışlayıcı bir yapı oluşturur. Ayrımcılık her ne kadar olağan ve yaygın hale gelen bir durum olsa da önyargıdan beslenen bir dışlama ve tahakküm mekanizmasını içeren dönüştürücü bir kavram olarak görülebilir. Ayrımcılığın kavramsal olarak irdelenebilmesi için bu mekanizmaların işleyişini derinlemesine incelemek gerekir. Kişilerarası ilişkilerde inşa edilen ayrımcılığın hangi zihinsel yapılar aracılığıyla gerçekleştirildiğinin araştırılması önemlidir. Ayrımcılık bir kişi veya gruba yönelik olumsuz önyargılara dayalı olumsuz tutum ve davranışlar olarak tanımlanabilir. Öfke, iğrenme, hor görme gibi yaklaşımlar önyargı oluşumuna katkıda bulunur (Stuart, 2012).

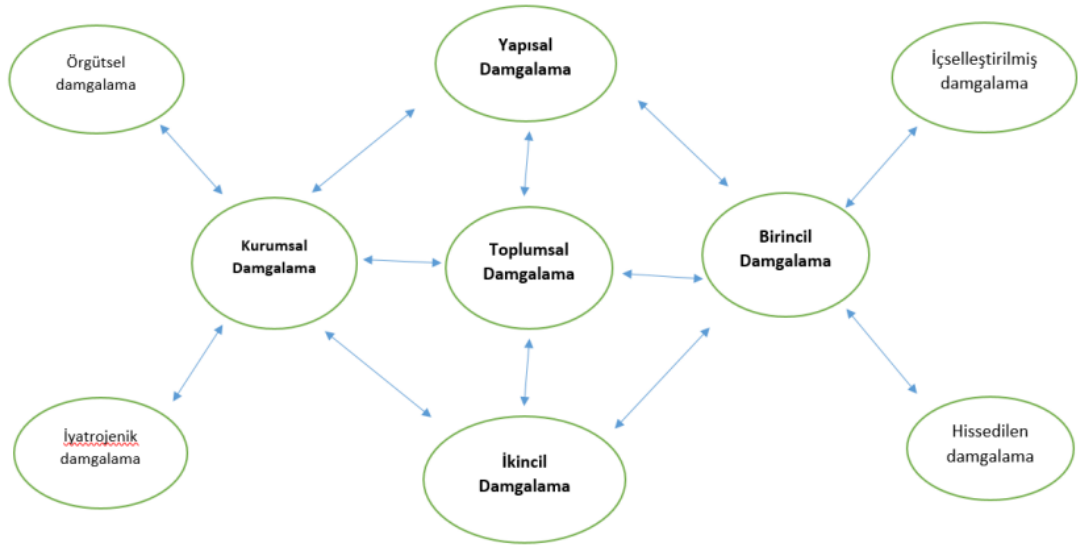
Önyargı genellikle sadece söz konusu kişiye yönelik değildir muhtemelen kişinin ait olduğu gruba ve o grubun tüm üyelerine karşı beslenir. Dolayısıyla devam eden ayrımcılık doğrudan kişiye değil ait olduğu varsayılan gruba yöneliktir. Örnek olarak komşular arasında gürültüden kaynaklanan bir ilişki sorununun etnik bir gruba maledilmesiyle önyargılı olarak problemin ayrımcılığa dönüştürüldüğü durumlar meydana gelebilmektedir. Günlük yaşamda önyargı iyi ya da kötü yargı olabilir ancak ayrımcılıkla ilgili literatürde yalnızca olumsuz yargı önyargısından söz edilir. Önyargı ayrımcılığa uğrayan kişi veya grupla aramıza mesafe koyar. Önyargı zihinsel süreçlerden davranışsal süreçlere yansıdığı anda ayrımcılık ete kemiğe bürünür. Sosyal farklılaşma bu dönemde gerçekleşir. Bu aşamadan sonra iki grup arasındaki mesafe nedeniyle ilişki kurmak zordur ve bu mesafe fiziksel veya zihinsel olarak büyüyerek devam eder. Mesafenin artmasında adalet, güç ve hiyerarşinin bu grupların içinde yaşadığı toplumun yapısına yansımada durumu da etkili olmaktadır.

Prensip olarak farklılıkların varlığı önyargı ve ayrımcılığa yol açmaz. Bu farklılıklar “aşağılık” veya “dezavantaj” göstergesi olarak görüldüğünde ayrımcılık gerçekleşir. Araştırmalar dezavantajlı sosyal grupların bu özelliklerinden dolayı kötü muamele gördüğünü göstermiştir. Bu açıdan grup üyelerinin ayrımcılığa uğraması, ötekileştirilmesi ve damgalanması kendi sorumluluk alanlarındaki davranışlarından kaynaklanmaktadır ve hak edilmiş bir durumdur (Tunç, 2019).

Sağlık algısının değiştiği günümüzde proaktif bir yaklaşım ortaya çıkmaktadır. Bireysel ruh sağlığının korunması toplum ruh sağlığı hizmetleri alanına girer. Hemşirelik çalışmalarının temel amacı sağlığın korunmasını sağlamak ve hastalık durumunda gerekli bakım ve hizmeti sunmaktır. Toplum sağlığı ilkelerine göre toplum ruh sağlığı hizmetlerine ruh sağlığının geliştirilmesi ve korunması (birincil koruma), hastalıkların erken teşhisi ve müdahalesi (ikincil önleme) ve rehabilitasyon (üçüncül önleme) dahildir. Toplum ruh sağlığı hemşireleri birincil, ikincil ve üçüncül koruma aşamalarına katılarak sağlık sisteminin ülke ihtiyaçlarına göre performansında önemli rol oynamaktadır. Bu durum hemşirelerin rol ve sorumluluklarının önemini artırmaktadır. Toplum ruh sağlığı hizmetlerinin temel felsefesi tedavi olmanın tüm insanların doğal hakkı olduğu bilinciyle ruh sağlığını korumak ve ruh sağlığı hizmetlerini kolay erişilebilir bir sosyal yapı içinde sunmaktır. Bu felsefe bütüncül bir yaklaşımın uygulanmasına dayanmaktadır. Ancak burada hizmetin sunulduğu toplumun özelliklerinin iyi bilinmesi birincil derecede önemlidir. Toplum ruh sağlığı hizmetleri verilirken toplumun yapısı, eğitim düzeyi, inanç ve değerleri gibi toplumun kültürel yapısını etkileyen faktörlere dikkat etmek gerekir.

2.4. Damgalama Şekilleri

Psikiyatrik bozuklukların damgalanması genelde tüm toplumlarda görülmektedir. Hastalara yönelik negatif tutumlar bireylerde kaygı ve strese yol açmakta bu durum tedavi sürecini ve kişinin yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Damgalama damgalanan kişi veya grubun farklı ve hatta tehlikeli olduğunu vurgular. Olumsuz düşüncelerin kişinin kendilik algısında kabul edilmesi ile kişi kendini damgalamakta, kendisine karşı yargılar oluşturmakta ve sosyal çevrenin damgalaması ile de ötekileştirme ve ayrımcılık yaşamaktadır (Mårtensson ve ark., 2014). Bu bağlamda damgalama sosyal yada toplumsal damgalama ve içselleştirilmiş damgalama olarak ikiye ayrılmaktadır. Damgalama türlerine ilişkin görsel Şekil 1’de gösterilmiştir.



Şekil 2.1. Damgalama Türleri (Pryor ve Reeder, 2011)

2.4.1. Sosyal Damgalama

İnsan çocukluktan itibaren ailesinden, yaşadığı mahalleden veya şehirden belli bakış açıları ve değerler edinir. Kişi yaşam içinde büyüyüp olgunlaştıkça çocukluk algılarının bir kısmını değiştirse de edindiği bazı tutumlar sabit kalır ve otomatik davranışlar sergilemeye devam eder (Toker ve ark., 2021).

Ruhsal bozukluğu olan kişilerin toplumda damgalanmalarına neden olan bir dinamik vardır. Birincisi korkudur. Mental bozukluğu olan hastalardan korkulur ve bu korku neticesinde hasta bireyler dışlanır. Diğer bir dinamik ise otorite oluşturma ihtiyacıdır. Bunlar hastaların anormal davranışları nedeniyle kendi meselelerine karar veremediklerini ve yetkililerin onlar adına karar vermesi gerektiğini düşündüren spesifik davranışlardır. Üçüncüsü muhtaçlık fikridir. Hastaların kendilerine bakamayacakları ve bu nedenle çocuklar gibi yardıma ihtiyaç duydukları inancıdır (Ercan ve ark., 2021).

2.4.2. İçselleştirilmiş Damgalanma

İçsel damgalanma bireyin düşük benlik saygısı, utanma, suçluluk ve mahcubiyet gibi olumsuz düşünceler geliştirmesi sonucunda toplumun kendisi hakkındaki kalıp yargılarını kabul etmesi ve toplumdan çekilmesi gerektiğine yönelik algı ve yaklaşımlardır. İçsel damgalanma bir duygudur ve asıl kaynağı kişinin kendisidir. Bunun sonucunda belirli bir ayrımcılık gözlemlenmese bile kişide bir

duygu olarak görülebilir. Corrigan (2004) İçselleştirilmiş damgalamanın üç aşamadan oluştuğunu öne sürmüştür.

- Toplumun kalıp yargılarının farkına varmak,
- Kalıp yargıları kabul etmek,
- Toplumun olumsuz davranışlarını kendine uygulamak.

İçselleştirilmiş damgalanmanın ana kaynağı kişinin kendisidir. Psikiyatrik hastalık tanısı alan kişi bu durumu sosyal çevre ile paylaşmaktan çekinir kendisini damgalar ve değerini kaybettiği için reddedileceğini düşünür. Bu damgalanma özgüven düşüklüğüne, moral ve motivasyon kaybına, sosyal ilişkilerin bozulmasına ve en önemlisi hastalığı inkâr ederek dışsallaştırmaya, tedaviden kaçmaya ve psikiyatrik yardım taleplerinin azalmasına neden olmaktadır. içselleştirilmiş damgalanmanın ana kaynaklarından biri de bireyin yakın çevresidir (Sağlar ve ark, 2018). Hasta yakınları da hastalığın teşhisi nedeniyle içsel bir utanç yaşayabilirler. Ayrıca hasta ve yakınlarının hastalıkla ilgili bilgi düzeyleri içsel damgalanma derecesinin belirleyicilerinden biridir. Teşhis çoğu zaman doğrudan içsel damgalanmaya yol açsa da hastalık ve tedavisi hakkında bilgi sahibi olan kişilerde içselleştirilmiş damgalanmanın düşük olduğu görülmüştür. Özellikle ruhsal hastalık öncesi dönemde kişinin psikiyatri hastalarına karşı damgalama davranışı ne kadar yüksekse içselleştirilmiş damgalanma düzeyi de o kadar fazladır. Çünkü birey kendisini toplumun bakış açısıyla değerlendirir ve etiketler (Tunç, 2019).

2.5. Damgalama Aşamaları

Damgalama bir süreç olarak incelendiğinde aşamalarının aşağıdaki gibi sıralanabilmesi mümkündür (Özmen, 2018);

- Etiketleme,
- Stereotipler (Kalıpyargılar),
- Bilişsel ayırma (Önyargılar),
- Duygusal reaksiyonlar,
- Ayrımcılık.

Etiketleme damgalamanın ilk adımıdır. İnsanlar farklıyı reddetme eğiliminde oldukları için sosyal ortamlarda onları keserek ortaya çıkarırlar. Zekâ, ten rengi,

cinsiyet tercihleri gibi konular toplumsal ayrımcılığa yol açar. Bazı sınıflara göre insanlar siyah veya beyaz, kör veya gören, engelli veya sağlıklıdır. İnsanlar bu şekilde sınıflandırılabilir ve gruplara ayrılabilir. Toplum damgalananları gerçek kimlikleri ile değil zihinlerindeki önyargılar ile görür ve ona göre tavırlarını düzenler (Seeman ve ark., 2016).

Stereotipler önyargıların oluşmasından önceki aşamadır. Stereotipler alışlagelenden farklı olan davranışlar hakkındaki inançlardır. Kafamızda taşıdığımız küçük resimlerle gerçek dünya arasındaki farkı ilk vurgulayan kalıpyargılar bir diğer ifade ile stereotiplerdir. Basmakalıplaştırma neredeyse tüm bir grup hakkında genellemeler yaparak farklı olsun yada olmasın onlara aynı özellikleri verir. Klişeleştirme bilişsel bir süreçtir ve duygusal değildir. Basmakalıplaştırmada bir grubun üyeleri başka bir grubun üyeleri hakkında aynı anlayışa sahiptir ve birlikte hareket ederler. Basmakalıplar bazen doğru olsa da genellikle yanlış anlamalara dayanırlar (Stuart ve ark., 2012).

Önyargı belli bir nesne veya durum hakkında önceden edinilmiş peşin yargılardan oluşur. Önyargılar damgalamanın oluşmasındaki ana oyuncularlardır. Önyargılar geçmişin klişeleri üzerine inşa edilir. Stereotipler bilişsel bir süreç, önyargı ise psikolojik bir süreçtir. Önyargılar basmakalıpları destekler ve duygusal tepkileri teşvik eder. Etiketlenen kişiler "diğer" kategorisine alınır ve akılda ayrıştırılır (Çam ve ark., 2014).

Duygusal reaksiyonlar damgalama sürecini anlamada kritik bir adımdır. Basmakalıplar ile önyargıların birleşimi öfke, korku, kaygı, acıma gibi tepkilere yol açar. Duyguların nasıl sunulduğu damgalanma üzerinde güçlü bir etkiye sahiptir. Sesine şefkat yansıtmak yada yumuşak ama doğal olmayan bir şekilde konuşmak karşıdaki kişide kafa karışıklığına, korkuya, yabancılaşmaya yada öfkeye neden olabilir. Bilişsel ve duygusal tepkiler sonucunda toplumdaki yerini kaybeden kişiler kendilerini damgalanmaya karşı savunmasız hissedebilirler (Evli, 2021).

Sosyal statü kaybı ve ayrımcılık aşamasında ise damgalanan, kalıplaştırılan ve duygusal tepkilerle ötekileştirilen bireyler doğal olarak itibarlarını kaybederler. Sonuç olarak bu kişiler artık toplumdaki eski konumlarını alamazlar. Damgalanan kişi damgalayıcının gözünde istenmeyen özelliklerle ilişkilendirilir. Terkedilirler, kovulurlar ve ayrımcılığa maruz kalırlar. Toplumsal çerçevede, iş ve özel hayatta

sosyal hiyerarşi hakimdir. Bu hiyerarşideki sosyal konum insanların nüfuzu ve gücü ile doğrudan ilişkili olduğu için başarılarını da etkiler (Schulze ve Angermeyer, 2003).

2.6. Ruhsal Bozukluklar ve Damgalama

Damgalama dünya çapında önemli bir halk sağlığı sorunudur. Akıl ve ruh sağlığı yerinde olmayan bireyler için aşılması gereken birçok engel vardır. Bunun yanı sıra kendilik algılarında damgalanma ile de mücadele etmeleri gerekir. Damgalama bu hastalara ayrılan kaynak miktarını sınırlar, barınma, iş bulma ve sosyal etkileşim sorunlarını ağırlaştırır. Bu sorunlar damgalanmayı da artırır. Özellikle şizofreni medyada sıklıkla damgalanmaktadır. Şizofreni damgası sadece hastaları değil aile ve yakınlarını da etkilemektedir. Toplumun psikiyatrik hastalıkları damgalaması bu konulardaki yetersiz bilgi ve yanlış inançları ile doğrudan ilişkilidir (Arkan ve ark., 2011).

Hasta ailelerinin damgalanmasının da ayrıca zor bir durum olduğu açıktır. Bir yandan aile üyelerinin hastalığından dolayı kendilerinde üzüntü, suçluluk ve mahcubiyet duyarken bir yandan da hastaları nedeniyle “şizofrenik çocuk, anne yada baba” yakını olmanın damgasını taşırlar. Toplum nazarında ruhsal hastalıklar neredeyse deliliğin diğer adıdır. Bir ruh sağlığı merkezinde çalışanlar hatta tesisin bulunduğu şehirde yaşayanlar bile damgalamadan etkilenebilir. Dünya Psikiyatri Birliği'nin Birinci Dünya Savaşı üzerine yaptığı bir çalışmada toplumun ruhsal hastalıklara yaklaşımı incelenmiştir. Katılımcılar psikiyatri hastaları ile iletişim kuramadıklarını, mecbur kalınsa da aynı ortamı paylaşamayacaklarını belirtmişlerdir. Damgalanma endişesiyle kişiler hastalıklarını nadiren açıkça paylaşırlar çoğunlukla izole ve yanlış anlaşılmış olarak yaşarlar. Genellikle aile yaşamına, sosyal ilişkilere ve üretken faaliyetlere eşit ve aktif katılımı reddederler. Yapılan çalışmalarda damgalamanın iyileşme üzerinde uzun süreli ve güçlü negatif etkilere sahip olduğu, tedavinin bile hayatı zorlaştırdığı, kişiyi travmatize ettiği ve yaşam kalitesinde gerilemelere neden olduğu sonuçlarına varılmıştır (Avcıl ve ark., 2016).

Günlük yaşamda psikiyatrik hastalıkları ifade etmek için "akıl hastalığı" ve "ruhsal hastalık" terimlerinin yaygın olarak kullanıldığı görülmektedir. Halkın psikiyatrik hastalıkları tanımlamak için en sık kullandığı üçüncü terim de sinir hastalığıdır. Günlük yaşam içinde insanların bu üç terimi farklı anlamlarda kullandıkları görülmektedir (Özmen ve ark., 2004).

2.7. Ruhsal Hastalıklarda Damgalamayı Etkileyen Faktörler

Sosyodemografik özellikler, kültür, dini inançlar, psikiyatrik hastalıklar hakkında bilgi sahibi olma gibi faktörler bu hastalıkların damgalanmasına etki eden değişkenlerden bazılarıdır. Ruhsal bozukluklara yönelik tutumlar erken yaşlarda oluşsa da yeni deneyimler ve bilgilerle kısmen değişebilmektedir (Çağlan, 2019).

Psikiyatrik hastalıklara yönelik tutumlar yaş, cinsiyet, meslek, ırk ve sosyal sınıf gibi birçok faktörden etkilenir. Bu değişkenlerden hiçbirisi tek başına tutumu etkileyip kontrol edebilecek nitelikte değildir. Ancak insanların doğuştan sahip oldukları bazı özelliklerinin tutumları az yada çok etkilediği de bir gerçektir. Damgalayıcı davranışları etkileyen en önemli demografik özellik sosyal sınıftır. Sosyal statüdeki farklılıklar bireyleri güç farklılıklarına dayalı ayrımcılığa ve marjinalleşmeye maruz bırakır. Genel olarak alt sosyal sınıftan insanların dışlanma, sosyal mesafe ve damgalanma ile karşılaşma olasılığı daha yüksektir (Avcıl ve ark., 2016).

Her toplumun farklı ruhsal hastalık algıları ve başa çıkma yöntemleri vardır. Toplum kültürünün hastalığın kabul edilmesinde, nedenlerinin belirlenmesinde, hastalara gösterilen tepkilerde ve tedavi yönteminin seçilmesinde etkisi büyüktür. Kültürün ruhsal hastalıklara karşı tutumunu belirleyen en önemli faktör toplumun bireyciliğe mi yoksa kolektivizme mi vurgu yaptığıdır. Kültür bireyci ise toplumdaki insanların hastalıklara karşı olumlu bir tutumu vardır. Toplum kolektivist ise hastalıklara karşı tutumlar olumsuzdur. Kolektivist kültürlerde sosyal statü algısı daha yüksek olduğu için her türlü damgalama daha ağır seviyede alçaltıcı bir durum olarak algılanabilmektedir (Çağlan, 2019).

2.8. Hemşirelerde Ruhsal Bozukluklara Yönelik Damgalama

Bireyi biyopsikososyal bütünlük içinde değerlendiren hemşireler psikiyatri hastaları ile uzun süreli etkileşim içinde bulunan sağlık çalışanlarıdır. Ancak yapılan bazı çalışmalarda ruhsal bozukluğu olan hastaların hemşireler tarafından damgalayıcı bir yaklaşım ile değerlendirildikleri ve genellikle zor, manipülatif ve bakımı daha az hakeden kişiler olarak görüldüğü bildirilmektedir. Hemşirelerin olumsuz davranışları hastaların yetersiz yardım almalarını ve gerektiği durumlarda yönlendirilmelerini etkileyebilen önemli bir faktördür (Kocabaşoğlu, 2003). Toplumda rol model konumunda bulunan hemşirelere damgalama ile mücadelede önemli görevler

düşmektedir. Hemşirelerin önyargılı yaklaşımları değiştirilerek psikiyatri hastalarına karşı daha ılımlı bir hizmet sunumu anlayışı sonucunda bu bireylerin klinik süreçleri ve günlük yaşamlarında çeşitli katkılar sağlanabilir (Baysal, 2013).

Literatür taraması sonucunda hemşirelerin damgalamaya dair tutumlarını inceleyen çalışma sayısının oldukça az olduğu görülmüştür. Özmen ve ark. (2003) çalışmalarında sağlık yüksekokulu öğrencilerinin depresyona yönelik tutumlarını incelemişlerdir. Çalışmada Celal Bayar Üniversitesi'nde öğrenim görmekte olan 268 katılımcının gösterilen olgu örneklerinden %78'ini ruhsal hastalık olarak teşhis ettiklerini ve psikolojik sorunların %54'ünün kişilik zayıflığından kaynaklandığını bildirdikleri belirlenmiştir. Çalışmanın sonucunda sağlık öğrencilerinin depresyonlu olgu örneklerine olan bakış açılarının diğer olgu örneklerine kıyasla daha olumlu olduğu görülmüştür.

3. YÖNTEM

Toplanan verilerin normallik dağılımına uyum sağlayıp sağlamadıklarının tespiti için ölçek maddelerinin çarpıklık-basıklık değerleri belirlenmiştir. Ölçek maddelerinin çarpıklık-basıklık değerlerinin tümü -1,5 ve +1,5 değerleri arasında yer alarak normal dağılıma uymaktadır. Bu bağlamda hipotezlerin analizleri için parametrik test tekniklerinden yararlanılmıştır.

3.1. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Çalışmanın evreni Elazığ Fethi Sekin Şehir Hastanesinde görev yapan 827 hemşireden oluşmaktadır. Tanımlayıcı kesitsel türde yapılan araştırmanın örneklem grubu, basit tesadüfi örnekleme yöntemi ile belirlenmiştir. Örnekleme alınacak hemşire sayısı, evreni belli örnekleme formülü kullanılarak $n=255$ olarak hesaplanmıştır. Çalışmada 255 kişiden veri toplanmıştır.

Araştırmaya dahil edilme kriterleri;

- Elâzığ Fethi Sekin Şehir Hastanesi'nde hemşire olarak görev yapıyor olmak,
- Çalışmaya katılım için gönüllü olmak,

şeklinde belirlenmiştir.

3.2. Araştırmanın Sınırlılıkları

1. Araştırma Elazığ Fethi Sekin Şehir Hastanesi'nde görev yapan ve çalışmaya katılmayı kabul eden hemşireler ile sınırlıdır.
2. Araştırmada toplanan veriler “Sosyodemografik Bilgi Formu” ve “Sağlık Çalışanları İçin Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalama Ölçeği” ile sınırlıdır.

3.3. Veri Toplama Araçları

Araştırma verilerini toplamak amacıyla hemşirelere araştırmacı tarafından hazırlanan Katılımcı Tanıtım Formu ve Sağlık Çalışanları İçin Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalama Ölçeği (Azazi, 2021) uygulanmıştır.

Çalışma için Elazığ Fethi Sekin Şehir Hastanesi Başhekimliği'nden ve Elazığ İl Sağlık Müdürlüğü'nden gerekli kurum izinleri alınmıştır.

Bilgisayar ortamına aktarılan ölçüm formları, akıllı telefonlar ve bilgisayarlar vasıtasıyla erişilebilen online platformlardan Google Forms uygulaması kullanılarak

dağıtılmıştır. Online katılım esnasında bireyler araştırmanın amacı, olası yarar ve zararları hakkında bilgilendirilerek katılımcı onaylarının alınması sağlanmıştır.

3.3.1. Katılımcı Tanıtım Formu

Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan form yaş, cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumu, çalışma yılı, yaşam şekli, psikiyatrik hastalık tanısı alma ve yakın çevresinde ruhsal bozukluk bulunma durumu sorularını içermektedir. Yanıtlar katılımcıların özbildirimleri esas alınarak analiz edilmiştir.

3.3.2. Sağlık Çalışanları İçin Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalama Ölçeği (SÇ-RHYDÖ)

Hemşirelerin psikiyatrik hastalıklara karşı damgalama düzeyleri “Sağlık Çalışanları İçin Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalama Ölçeği” kullanılarak elde edilmiştir. Sağlık elemanlarının damgalama potansiyellerini ölçmek amacıyla Kanada’da kullanılmak üzere Kassam ve ark. (2012) tarafından geliştirilen ölçek (OMS-HC), Yağmur Azazi (2021) tarafından Türkçe’ye uyarlanmıştır. Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış olan 5’li likert tipi ölçekte, toplam 20 sorudan oluşan 3 alt boyut bulunmaktadır. Ölçek alt boyutları Kendini Açma-Yardım Arama, Tutumlar ve Sosyal Mesafe başlıklarından oluşmaktadır. Bazı sorular ters kodlamayı gerektirmektedir. Ölçekten alınacak minimum puan 20, maksimum puan ise 100’dür. Ölçek skorlamasında alınan yüksek puanlar damgalamanın yüksek olduğunu göstermektedir.

Sosyal Mesafe alt boyutunu oluşturan ölçek maddeleri; 3., 8., 9., 10., 11., 15. ve 19. sorulardır. Sosyal mesafe alt boyutu, katılımcıların ruhsal bozukluğu olan bireylerle iletişime geçerlerken hem sosyal hem de çalışma hayatlarında birlikte faaliyetlere katılma isteklerini ifade etmektedir.

Tutum alt boyutunu oluşturan ölçek maddeleri; 1., 2., 12., 14., 17., 18. ve 20. sorulardır. Bu alt boyutta yer alan sorular katılımcıların damgalamaya dair genel tutumlarını ve sağlık çalışanı olarak rollerini ifade etmektedir.

Kendini Açma-Yardım arama alt boyutunu oluşturan ölçek maddeleri; 4., 5., 6., 7., 13. ve 16. sorulardır. Bu alt boyutta bulunan sorular psikolojik problemleri olan bireylerin çare arayışlarını ve kendini ifade edebilme durumlarını irdeleyen sorulardır.

3.4. İstatistiksel Analiz

İstatistiksel analizler SPSS (IBM Statistics 22) paket programı kullanılarak yapılmıştır. Bulguların yorumlanmasında sayısal değişkenlere ilişkin dağılımların normal dağılıma uyup uymadığını test etmek için Shapiro Wilk Uyum İyiliği Testi ve Kolmogorow Smirnov Testi kullanılmıştır. Kategorik değişkenler için yüzdelik değerler ve frekans tabloları verilmiş, sürekli değişkenlerde ise ortalama, standart sapma (minimum-maksimum) gibi tanımlayıcı istatistikler belirtilmiştir. Normallik varsayımları sağlandığından dolayı ikili grupların karşılaştırılmasında Bağımsız Örneklem T testi, ikiden fazla grupların karşılaştırılmasında ise Tek Yönlü Varyans Analizi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edilmiştir.



4. BULGULAR

4.1. Sosyodemografik Bulgular

Hemşirelerin kişisel özelliklerine ilişkin çıktılar Tablo 1 ve 2’de sıralanmıştır. Katılımcılarla ilgili yaş, cinsiyet, yaşam şekli, eğitim durumu, medeni durum, hizmet yılı, ruhsal hastalık tanısı alma ve yakın çevrede ruhsal hastalık tanısı bulunma verileri yer almaktadır.

Tablo 4.1. Hemşirelerin Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Yaş Grubu	Sayı	Yüzde (%)
23-30	88	34,5
31-45	131	51,4
46-59	36	14,1
Hizmet Yılı	Sayı	Yüzde (%)
1-15	151	59,2
16-30	90	35,3
31-39	14	5,5
Cinsiyet	Sayı	Yüzde (%)
Erkek	78	30,6
Kadın	177	69,4
Medeni Durum	Sayı	Yüzde (%)
Bekar	90	35,3
Evli	165	64,7
Yaşam Şekli	Sayı	Yüzde (%)
Tek	31	12,2
Aile	219	85,9
Diğer	5	2
Öğrenim Durumu	Sayı	Yüzde (%)
Lise	8	3,1
Önlisans	32	12,5
Lisans	188	73,7
Y. Lisans/ Doktora	27	10,6
Toplam	255	100,0

Tablo 4.1’de hemşirelerin demografik özelliklerine ilişkin sayı ve yüzdelik olarak betimsel istatistik değerleri sıralanmıştır. Katılımcıların ağırlıklı olarak 31-45 yaş arasında, 1-15 yıldır görev yapmakta olan, evli ve ailesi ile yaşayan lisans mezunu bayan hemşirelerden oluştukları belirlenmiştir. Tablo 4.1’de ise hemşirelerin

kendilerine ve yakın çevrelerine ait ruhsal hastalık tanısı ile ilgili bulgularına yer verilmiştir.

4.1.1. Hemşirelerin Yaş, Eğitim Durumu ve Çalışma Yılları

Örneklem grubuna yaşları 23-59 arasında değişen yaş ortalamaları $35,83 \pm 8,40$ olan toplam 255 hemşire katılmıştır.

Örnekleme katılan hemşirelerden 8'i (%3,1) lise mezunu, 32'si (%12,5) önlisans, 188'i (%73,7) lisans, 27'si (%10,6) yüksek lisans/doktora mezunudur.

Hemşirelerin çalışma yılları bakımından yapılan incelemelerinde ise 151'i (%59,2) 1-15 yıl, 90'ı (%35,3) 16-30 yıl ve 14'ünün ise (%5,5) 31-39 yıl aralığında hizmet süreleri olduğu görülmektedir (Tablo 4.1).

4.1.2. Hemşirelerin Cinsiyet ve Medeni Durumları

Çalışmaya katılan hemşirelerin 78'i (%30,6) erkek, 177'si (%69,4) bayan hemşirelerden oluşmaktadır. Ayrıca katılımcıların 90'ı (%35,3) bekar, 165 kişi ise (%64,7) evlidir (Tablo 4.1).

4.1.3. Hemşirelerin Ruhsal Hastalık Tanı Durumlarına İlişkin Bulguları

Katılımcıların 241'i (%94,5) daha önce ruhsal hastalık tanısı almamıştır ve 176'sının ise (%69) yakın çevresinde ruhsal bozukluk tanısı almış bir birey bulunmamaktadır (Tablo 4.2).

Tablo 4.2. Hemşirelerin Ruhsal Hastalık Tanı Durumlarına İlişkin Bulgular

Ruhsal Hastalık Tanısı Alma	Sayı	Yüzde (%)
Evet	14	5,5
Hayır	241	94,5
Yakın Çevrede Ruhsal Hastalık Tanısı		
Bulunma	Sayı	Yüzde (%)
Evet	79	31
Hayır	176	69
Toplam	255	100

4.2. Hemşirelerin Genel Damgalama Düzeylerine İlişkin Bulgular

Genel olarak hemşirelerin damgalama düzeyleri puanları ortalama değeri 2.98 ± 0.32 (1.75-4.15) olarak bulunmuştur. Ölçek skorlamasına göre hemşirelerin damgalama düzeyleri ölçeğin orta derecesinde puan almaktadır (Tablo 4.3).

Yaş, hizmet yılı, yaşam şekli ve öğrenim durumu değişkenlerinin damgalama üzerine olan etkilerinin belirlenmesi amacıyla bağımsız örneklem için Tek yönlü Varyans Analizi (One-Way ANOVA) kullanılmıştır. Hemşirelerin yaş, hizmet yılı, yaşam şekli ve öğrenim durumu değişkenleri damgalama puanları üzerinde anlamlı bir değişikliğe neden olmamaktadır ($p > 0,05$) (Tablo 4.3).

Tablo 4.3. Hemşirelerin Yaş, Hizmet Yılı, Yaşam Şekli ve Öğrenim Durumu Değişkenlerinin Damgalama Düzeylerine Etkilerine İlişkin ANOVA Analizi

Yaş	N	$\bar{X} \pm SS$	Min-Max	F	p
23-30	88	2.95 ± 0.32	1.75-4.15	1.213	0.299
31-45	131	3.01 ± 0.31	2.05-3.70		
46-59	36	2.95 ± 0.36	2-3.55		
Hizmet Yılı	N	$\bar{X} \pm SS$	Min-Max	F	p
1-15	151	2.99 ± 0.31	1.75-4.15	1.092	0.337
16-30	90	2.98 ± 0.31	2.05-3.50		
31-39	14	2.86 ± 0.42	2.43-3.55		
Yaşam Şekli	N	$\bar{X} \pm SS$	Min-Max	F	p
Aile	219	2.99 ± 0.32	2-4.15	0.851	0.428
Tek	31	2.93 ± 0.37	1.75-3.65		
Diğer	5	2.86 ± 0.17	2.60-3.05		
Öğrenim Durumu	N	$\bar{X} \pm SS$	Min-Max	F	p
Lise	8	2.89 ± 0.23	2.65-3.25	0.320	0.811
Önlisans	32	3.00 ± 0.45	1.75-4.15		
Lisans	188	2.98 ± 0.30	2-3.70		
YL/Doktora	27	3.01 ± 0.30	2.35-3.50		

Cinsiyet ve medeni durum değişkenlerinin damgalama üzerine olan etkileri Bağımsız Örneklem T Testi ile analiz edilmiştir. Hemşirelerin cinsiyet ve medeni durum değişkenleri damgalama üzerinde anlamlı bir değişikliğe neden olmamaktadır ($p > 0,05$) (Tablo 4.4).

Tablo 4.4. Hemşirelerin Cinsiyet ve Medeni Durum Değişkenlerinin Damgalama Düzeylerine Etkilerine İlişkin T Testi

Cinsiyet	N	$\bar{X} \pm SS$	Min-Max	t	p
Kadın	177	2.97±0.31	2-4.86	-0.849	0.397
Erkek	78	3.01±0.35	2-4.86		
Medeni Durum	N	$\bar{X} \pm SS$	Min-Max	t	p
Bekar	90	2.97±0.31	2-4.86	-0.411	0.682
Evli	165	2.98±0.32	2-4.86		

Katılımcıların ruhsal hastalık tanı durumlarına ilişkin verilerinin damgalama üzerine olan etkileri Bağımsız Örneklem T Testi ile değerlendirilmiştir. Çalışmamızda hemşirelerin ruhsal hastalık tanısı alma ve yakın çevrede ruhsal hastalık tanısı bulunma durumlarının ölçek puanları üzerinde anlamlı bir etkisi olmamaktadır ($p>0,05$) (Tablo 5).

Tablo 4.5. Hemşirelerin Ruhsal Hastalık Tanı Durumu Değişkenlerinin Damgalama Düzeylerine Etkilerine İlişkin T Testi

Ruhsal Hastalık Tanısı	N	$\bar{X} \pm SS$	Min-Max	t	p
Evet	14	3.00±0.35	2.57-4.71	0.198	0.843
Hayır	241	2.98±0.32	2-4.86		
Yakın Çevrede Ruhsal Hastalık Tanısı					
Evet	79	2.93±0.31	2-4.71	-1.640	0.102
Hayır	176	3.00±0.32	2-4.86		

4.3. Hemşirelerin Damgalama Düzeylerinin Alt Boyutlardaki Tanımlayıcı İstatistikleri

Çalışmada kullanılan ölçeğin kendi içerisinde 3 alt boyutu bulunmaktadır. Bu alt boyutlar Sosyal Mesafe, Tutumlar ve Yardım Arama-Kendini Açma olarak kategorilendirilmiştir. Ölçek ile elde edilen veriler alt boyutlar üzerinde ayrı ayrı değerlendirilmiştir.

Tablo 4.6. Hemşirelerin Damgalama Düzeyleri Alt Boyut Puanları

	N	$\bar{X}$	Std. Sapma	Minimum	Maximum
Sosyal Mesafe	255	3.3793	0.57477	2.00	4.86
Tutumlar	255	2.9008	0.48538	1.29	4.43
Yardım Arama	255	2.6294	0.58490	1.00	4.33
Ölçek Ortalaması	255	2.9869	0.32406	1.75	4.15

4.3.1. Hemşirelerin Sosyal Mesafe Alt Boyutuna İlişkin Bulguları

Hemşirelerin Sosyal Mesafe alanında aldıkları puanların ortalama değeri $3,37 \pm 0,57$ (2,00-4,86) olarak bulunmuştur. Ölçek skorlamasına göre hemşirelerin sosyal mesafe alanında damgalama puanları ölçeğin orta derecesinde yer almaktadır (Tablo 4.6).

Sosyodemografik değişkenlerin Sosyal Mesafe alanında hemşirelerin damgalama düzeylerini etkileme oranları tablolar halinde sıralanmıştır. Yaş, hizmet yılı, yaşam şekli ve öğrenim durumu değişkenlerinin sosyal mesafe alanında damgalama üzerine olan etkilerinin belirlenmesi amacıyla bağımsız örneklem için Tek yönlü Varyans Analizi (One-Way ANOVA) kullanılmıştır. Bu çalışmada hemşirelerin yaş, hizmet yılı, yaşam şekli ve öğrenim durumu değişkenleri damgalama üzerinde anlamlı bir değişikliğe neden olmamaktadır ($p > 0,05$) (Tablo 4.7).

Tablo 4.3. Hemşirelerin Yaş, Hizmet Yılı, Yaşam Şekli ve Öğrenim Durumu Değişkenlerinin Sosyal Mesafe Üzerine Etkilerine İlişkin ANOVA Analizi

Yaş	N	$\bar{X} \pm SS$	Min-Max	F	p
23-30	88	3.28 ± 0.53	2-4.43	1.846	0.160
31-45	131	3.43 ± 0.62	2-4.86		
46-59	36	3.40 ± 0.45	2.29-4.29		
Hizmet Yılı	N	$\bar{X} \pm SS$	Min-Max	F	p
1-15	151	3.35 ± 0.56	2-4.86	0.595	0.553
16-30	90	3.43 ± 0.60	2-4.86		
31-39	14	3.37 ± 0.43	2.43-4.14		
Yaşam Şekli	N	$\bar{X} \pm SS$	Min-Max	F	p
Aile	219	3.41 ± 0.57	2-4.86	2.385	0.094
Tek	31	3.18 ± 0.51	2-4.14		
Diğer	5	3.20 ± 0.76	2-4		
Öğrenim Durumu	N	$\bar{X} \pm SS$	Min-Max	F	p
Lise	8	3.08 ± 0.43	2.43-3.57	1.066	0.364
Önlisans	32	3.38 ± 0.64	2-4.43		
Lisans	188	3.37 ± 0.55	2-4.86		
YL/Doktora	27	3.49 ± 0.65	2-4.71		

Cinsiyet ve medeni durum değişkenlerinin sosyal mesafe açısından damgalama üzerine olan etkileri Bağımsız Örneklem T Testi ile analiz edilmiştir. Buna göre hemşirelerin cinsiyet ve medeni durum değişkenleri sosyal mesafe alanında damgalama düzeylerinde anlamlı bir değişikliğe neden olmamaktadır ($p>0,05$) (Tablo 4.8).

Tablo 4.4. Hemşirelerin Cinsiyet ve Medeni Durum Değişkenlerinin Sosyal Mesafe Üzerine Etkilerine İlişkin T Testi

Cinsiyet	N	$\bar{X}\pm SS$	Min-Max	t	p
Kadın	177	3.38 $\pm$ 0.56	2-4.86	0.171	0.864
Erkek	78	3.37 $\pm$ 0.61	2-4.86		
Medeni Durum	N	$\bar{X}\pm SS$	Min-Max	t	p
Bekar	90	3.35 $\pm$ 0.56	2-4.86	-0.518	0.605
Evli	165	3.39 $\pm$ 0.58	2-4.86		

Katılımcıların ruhsal hastalık tanı durumlarına ilişkin verilerinin sosyal mesafe bağlamında damgalama üzerine olan etkileri Bağımsız Örneklem T Testi ile değerlendirilmiştir. Hemşirelerin ruhsal hastalık tanısı alma ve yakın çevrede ruhsal hastalık tanısı bulunma durumlarının sosyal mesafe boyutunda damgalama üzerine anlamlı bir etkisi olmamaktadır ($p>0,05$) (Tablo 4.9).

Tablo 4.5. Hemşirelerin Ruhsal Hastalık Tanı Durumu Değişkenlerinin Sosyal Mesafe Üzerine Etkilerine İlişkin T Testi

Ruhsal Hastalık Tanısı	N	$\bar{X}\pm SS$	Min-Max	t	p
Evet	14	3.48 $\pm$ 0.59	2.57-4.71	0.739	0.460
Hayır	241	3.37 $\pm$ 0.57	2-4.86		
Yakın Çevrede Ruhsal Hastalık Tanısı	N	$\bar{X}\pm SS$	Min-Max	t	p
Evet	79	3.35 $\pm$ 0.55	2-4.71	-0.529	0.597
Hayır	176	3.39 $\pm$ 0.59	2-4.86		

4.3.2. Hemşirelerin Tutumlar Alt Boyutuna İlişkin Bulguları

Hemşirelerin Tutumlar konusunda aldıkları puanların ortalama değeri 2,90 $\pm$ 0.48 (1,29-4,43) olarak bulunmuştur. Ölçek skorlamasına göre hemşirelerin Tutumlar konusunda damgalama düzeyleri ölçeğin orta derecesinde yer almaktadır (Tablo 6).

Sosyodemografik değişkenlerin Tutumlar konusunda damgalama üzerine olan etkileri ANOVA ve T testi ile analiz edilmiştir. Yaş, hizmet yılı, yaşam şekli ve öğrenim durumu değişkenlerinin tutumlar açısından damgalama üzerine olan etkilerinin belirlenmesi amacıyla Bağımsız Örneklemeler İçin Tek yönlü Varyans Analizi (One-Way ANOVA) kullanılmıştır. Buna göre hemşirelerin yaş, hizmet yılı, yaşam şekli ve öğrenim durumu değişkenleri tutumlar açısından damgalama üzerinde anlamlı bir değişikliğe neden olmamaktadır ($p>0,05$) (Tablo 4.10).

Tablo 4.6. Hemşirelerin Yaş, Hizmet Yılı, Yaşam Şekli ve Öğrenim Durumu Değişkenlerinin Tutumlar Üzerine Etkilerine İlişkin ANOVA Analizi

Yaş	N	$\bar{X} \pm SS$	Min-Max	F	p
23-30	88	2.87 $\pm$ 0.51	1.57-4.43	1.349	0.261
31-45	131	2.94 $\pm$ 0.45	1.71-4.14		
46-59	36	2.81 $\pm$ 0.54	1.29-3.86		
Hizmet Yılı	N	$\bar{X} \pm SS$	Min-Max	F	p
1-15	151	2.93 $\pm$ 0.46	1.57-4.43	2.810	0.062
16-30	90	2.89 $\pm$ 0.49	1.71-4		
31-39	14	2.61 $\pm$ 0.52	1.29-3.29		
Yaşam Şekli	N	$\bar{X} \pm SS$	Min-Max	F	p
Aile	219	2.90 $\pm$ 0.48	1.29-4.43	20.068	0.934
Tek	31	2.88 $\pm$ 0.53	1.57-4		
Diğer	5	2.82 $\pm$ 0.42	2.43-3.43		
Öğrenim Durumu	N	$\bar{X} \pm SS$	Min-Max	F	p
Lise	8	2.75 $\pm$ 0.26	2.14-3	1.188	0.315
Önlisans	32	3.01 $\pm$ 0.62	1.57-4.43		
Lisans	188	2.90 $\pm$ 0.47	1.29-4.29		
YL/Doktora	27	2.79 $\pm$ 0.39	2.14-3.57		

İki gruplu cinsiyet ve medeni durum değişkenlerinin tutumlar hususunda damgalama üzerine olan etkilerinin incelenmesi amacıyla Bağımsız Örneklem T Testi kullanılmıştır. Hemşirelerin cinsiyet ve medeni durum değişkenleri tutumlar açısından damgalama üzerinde anlamlı bir değişikliğe neden olmamaktadır ($p>0,05$) (Tablo 11).

Tablo 4.7. Hemşirelerin Cinsiyet ve Medeni Durum Değişkenlerinin Tutumlar Üzerine Etkilerine İlişkin T Testi

Cinsiyet	N	$\bar{X} \pm SS$	Min-Max	t	p
Kadın	177	2.88±0.47	1.29-4.29	-0.645	0.520
Erkek	78	2.93±0.51	1.71-4.43		
Medeni Durum	N	$\bar{X} \pm SS$	Min-Max	t	p
Bekar	90	2.90±0.46	1.57-4.43	0.095	0.924
Evli	165	2.89±0.50	1.29-4.29		

Katılımcıların ruhsal hastalık tanı durumlarına ilişkin verilerinin tutumlar konusunda damgalama üzerine olan etkileri Bağımsız Örneklem T Testi ile analiz edilmiştir. Hemşirelerin ruhsal hastalık tanısı alma ve yakın çevrede ruhsal hastalık tanısı bulunma durumlarının tutumlar alanında damgalama üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmamaktadır ($p>0,05$) (Tablo 12).

Tablo 4.8. Hemşirelerin Ruhsal Hastalık Tanı Durumu Değişkenlerinin Tutumlar Üzerine Etkilerine İlişkin T Testi

Ruhsal Hastalık Tanısı	N	$\bar{X} \pm SS$	Min-Max	t	p
Evet	14	2.87±0.55	2.14-4.14	-0.184	0.854
Hayır	241	2.90±0.48	1.29-4.43		
Yakın Çevrede Ruhsal Bozukluk	N	$\bar{X} \pm SS$	Min-Max	t	p
Evet	79	2.85±0.46	1.71-3.71	-1.083	0.280
Hayır	176	2.92±0.49	1.29-4.43		

4.3.3. Hemşirelerin Yardım Arama-Kendini Açma Alt Boyutuna İlişkin Bulguları

Hemşirelerin Yardım arama-Kendini açma alanında aldıkları puanların ortalama değeri 2.62±0.58 (1.00-4.33) olarak bulunmuştur. Ölçek skorlamasına göre hemşirelerin Yardım Arama-Kendini Açma konusunda damgalama düzeyleri ölçeğin orta derecesinde yer almaktadır (Tablo 6).

Sosyodemografik değişkenlerin bu alanda damgalama üzerine olan etkileri ANOVA ve T testi ile analiz edilmiştir. Yaş, hizmet yılı, yaşam şekli ve öğrenim durumu değişkenlerinin Yardım Arama-Kendini Açma alanında damgalama üzerine olan etkilerinin belirlenmesi amacıyla Tek yönlü Varyans Analizi (One-Way ANOVA) kullanılmıştır. Buna göre hemşirelerin yaş, hizmet yılı, yaşam şekli ve

öğrenim durumu değişkenleri Yardım Arama-Kendini Açma konusunda damgalama üzerinde anlamlı bir değişikliğe neden olmamaktadır ($p>0,05$) (Tablo 4.13).

Tablo 4.9. Hemşirelerin Yaş, Hizmet Yılı, Yaşam Şekli ve Öğrenim Durumu Değişkenlerinin Yardım Arama-Kendini Açma Alanında Etkilerine İlişkin ANOVA Analizi

Yaş	N	$\bar{X} \pm SS$	Min-Max	F	p
23-30	88	2.66 $\pm$ 0.56	1.33-4.17	0.256	0.774
31-45	131	2.61 $\pm$ 0.58	1-4		
46-59	36	2.59 $\pm$ 0.64	1-4.33		
Hizmet Yılı	N	$\bar{X} \pm SS$	Min-Max	F	p
1-15	151	2.66 $\pm$ 0.56	1.33-4.17	0.800	0.451
16-30	90	2.57 $\pm$ 0.57	1-3.67		
31-39	14	2.55 $\pm$ 0.79	1-4.33		
Yaşam Şekli	N	$\bar{X} \pm SS$	Min-Max	F	p
Aile	219	2.62 $\pm$ 0.58	1-4.33	0.393	0.675
Tek	31	2.70 $\pm$ 0.56	1.67-3.83		
Diğer	5	2.50 $\pm$ 0.56	1.83-3.17		
Öğrenim Durumu	N	$\bar{X} \pm SS$	Min-Max	F	p
Lise	8	2.83 $\pm$ 0.46	2-3.33	0.711	0.546
Önlisans	32	2.54 $\pm$ 0.61	1.67-4.17		
Lisans	188	2.62 $\pm$ 0.59	1-4.33		
YL/Doktora	27	2.70 $\pm$ 0.52	1.83-3.67		

İki gruplu cinsiyet ve medeni durum değişkenlerinin Yardım Arama-Kendini Açma bağlamında damgalama üzerine olan etkileri Bağımsız Örneklem T Testi ile analiz edilmiştir. Çalışmamızda hemşirelerin cinsiyet ve medeni durum değişkenleri Yardım Arama-Kendini Açma alanında damgalama üzerinde anlamlı bir değişikliğe neden olmamaktadır ($p>0,05$) (Tablo 4.14).

Tablo 4.14. Hemşirelerin Cinsiyet ve Medeni Durum Değişkenlerinin Yardım Arama-Kendini Açma Alanında Etkilerine İlişkin T Testi

Cinsiyet	N	$\bar{X} \pm SS$	Min-Max	t	p
Kadın	177	2.60 $\pm$ 0.55	1-4.33	-1.141	0.255
Erkek	78	2.69 $\pm$ 0.64	1-4.17		
Medeni Durum	N	$\bar{X} \pm SS$	Min-Max	t	p
Bekar	90	2.61 $\pm$ 0.56	1.33-4.17	-0.257	0.798
Evli	165	2.63 $\pm$ 0.59	1-4.33		

Hemşirelerin ruhsal hastalık tanı durumlarına ilişkin verilerinin yardım arama-kendini açma bağlamında damgalama üzerine olan etkileri Bağımsız Örneklem T Testi ile analiz edilmiştir. Buna göre katılımcıların ruhsal hastalık tanısı alma ve yakın çevrede ruhsal hastalık tanısı bulunma durumlarının Yardım Arama-Kendini Açma alanında damgalama üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmamaktadır ($p>0,05$) (Tablo 15).

Tablo 4.15. Hemşirelerin Ruhsal Hastalık Tanı Durumlarının Yardım Arama-Kendini Açma Alanında Etkilerine İlişkin T Testi

Ruhsal Hastalık Tanısı	N	$\bar{X} \pm SS$	Min-Max	t	p
Evet	14	2.58 $\pm$ 0.73	1.33-3.67	-0.303	0.762
Hayır	241	2.63 $\pm$ 0.57	1-4.33		
Yakın Çevrede Ruhsal Bozukluk	N	$\bar{X} \pm SS$	Min-Max	t	p
Evet	79	2.55 $\pm$ 0.66	1-4.33	-1.366	0.173
Hayır	176	2.66 $\pm$ 0.54	1-4.17		

5. TARTIŞMA

Bu araştırmada hemşirelerin psikiyatrik hastalıklara karşı damgalama düzeylerinin belirlenmesi ve tutumlarının incelenmesi amaçlanmıştır. Çalışmada ölçekten alınan puanlar ile hemşirelerin damgalama düzeylerine ilişkin analizler yapılmış ve katılımcıların vermiş oldukları yanıtlarda en fazla “kararsızım” ifadesini seçtikleri belirlenmiştir.

Hemşirelerin Damgalama Düzeylerinin Değerlendirilmesi

Ruh sağlığı çalışmalarının her aşamasını olumsuz etkileyen damgalama maaalesef sadece günlük yaşam içinde değil sağlık profesyonelleri arasında da görülmektedir (Knaak ve ark., 2017). Toplumun psikiyatrik hastalıklara yönelik tutumlarının incelendiği çalışmalarda çoğunlukla halkın bu tür hastalara karşı olumsuz baktığı ve dışlayıcı oldukları görülmüştür (Özmen, 2002). Psikiyatri hastalarının olumsuz olarak değerlendirilmelerinin nedeni toplumun normal olarak benimsediği düşünce ve davranış kalıplarının dışına çıkmaları olabilir. Toplumun bir parçası olan hemşirelerin de bu genel yargılardan etkilenmekte oldukları düşünülmektedir (Günay ve ark., 2016). Bazı çalışmalar hemşirelerin ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve tutumlarının geldikleri sosyokültürel yapılardan etkilendiğini göstermektedir (Çam, 2013).

Bu çalışmada hemşirelerin damgalama düzeyleri kullanılan ölçek sonuçlarına göre orta seviyede yer almaktadır. Damgalamanın en yüksek olduğu alt boyut “Sosyal Mesafe” iken, en düşük olduğu alt boyut ise “Yardım Arama-Kendini Açma” alt boyutu idi. Çalışmamıza ait sonuçlar Uçkaç (2023) tarafından bir devlet hastanesinde, Coşkun ve arkadaşları (2019) tarafından 1. basamak sağlık birimlerinde ve Kapşığay (2021) tarafından Konya’da yapılan tez çalışmasının sonuçları ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda yaş, cinsiyet, medeni durum, hizmet yılı, yaşam şekli ve öğrenim durumu değişkenleri damgalama üzerinde istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık oluşturmamaktadır. Literatürde bu çalışmanın bulgularını destekleyen çalışmalar mevcuttur (Uçkaç, 2023; Grover, 2020). Uçkaç (2023)’ın bir devlet hastanesinde yaptığı çalışmasında hemşirelerin yaş, cinsiyet ve eğitim durumu değişkenlerinin kullanılan psikometrik ölçek puanları üzerinde belirgin bir etkiye neden olmadığı görülmüştür. Aynı şekilde hemşirelerin yaş, medeni durum ve hizmet

yılı değişkenlerinin ruhsal hastalıklara yönelik tutumları üzerinde etkisinin olmadığına dair çıkan araştırma sonuçları yine bu çalışmanın bulgularını destekler yöndedir (Kapşığay, 2021).

Çalışmamızda cinsiyet ve medeni durum açısından farklılığın bulunmamasının nedeni kültürel benzerliklerden ayrıca damgalama sürecinden her iki cinsiyet ve medeni durumunda eşit şekilde etkilenmiş olabileceğinden kaynaklanabilir. Hemşirelerin ruhsal hastalıklara yönelik yaklaşımlarının incelendiğı bir çalışmada medeni durum, öğrenim durumu ve psikiyatrik hastalık tanı durumunun kullanılan ölçek puanları üzerinde anlamlı bir farklılık oluşturmadığı görülmüştür (Tümer ve ark., 2019).

Çalışmamızda katılımcıların %94,5'i daha önce ruhsal hastalık tanısı almamıştır ve %69'unun ise yakın çevresinde ruhsal hastalık tanısı almış bir birey bulunmamaktadır. Hemşirelerin ruhsal hastalık tanısı alma ve yakın çevrede ruhsal hastalık tanısı bulunma durumlarının damgalama üzerinde belirgin bir etkisi görülmemiştir. Bu çalışmada istatistiksel olarak hemşirelerin büyük çoğunluğunda (%94.5) psikiyatrik hastalık tanısı bulunmaması ve örneklem sayısının küçük olmasının bu sonuca etki ettiği düşünülebilir.

Katılımcıların ağırlıklı olarak 31-45 yaş arasında, 1-15 yıldır çalışmakta olan, evli ve ailesi ile yaşayan, lisans mezunu, kadın hemşirelerden oluştuğı saptanmıştır. Çalışmaya katılan hemşirelerin %51.4'ü 31-45 yaş aralığındadır. Bu bulguya göre hemşirelerin orta erişkinlik düzeyinde oldukları söylenebilir.

Literatürde sosyodemografik etmenlerin damgalama üzerine etkilerinin incelendiğı çalışmalarda çoğunlukla birbiri ile çelişen sonuçlar bulunmaktadır. Bazı çalışmalar kadın olmanın, daha genç ve inançlı olmanın, yüksek eğitim, üst düzey meslek, yüksek sosyo-ekonomik düzeyin olumlu tutumlarla ilişkili olduğunu belirtmiştir (Tümer, 2019; Çam ve Bilge, 2013). Psikiyatri kliniğinde çalışan hemşireler ile diğer kliniklerde çalışan hemşirelerin karşılaştırıldığı bir çalışmada, cinsiyete göre damgalama puanlarında anlamlı bir farklılık olduğu, kadınlarda damgalamanın daha düşük görüldüğü bildirilmiştir (Ebrahimi, 2017). Literatürde cinsiyetin psikiyatrik hastalıklara yönelik davranışları etkilemediğini gösteren bulgular da vardır (Hsiao, 2015). Ancak genel olarak yüksek eğitilmiş ve genç yaşta olmanın daha olumlu tutumlar ile ilişkili olduğuna dair bulgular mevcuttur (Özmen ve

ark., 2003). Yüksek eğitim seviyesinin ruhsal hastalıklar hakkında daha fazla bilgi sahibi olma ile bağlantılı olduğu düşünülebilir. Bu çalışmada hemşire yaş gruplarının damgalama üzerinde istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık oluşturmadığı görülmüştür. Bu sonuç üzerinde, günümüz iletişim, sosyal medya ve teknolojik yaşantısı içinde aktif ve yoğun etkileşim sonucunda, yaş grupları arasında görüş ve yaşam tarzı benzerliklerinin artmasıyla jenerasyonlar arasında çok fazla bir davranış farkı görülmemektedir şeklinde bir olasılık düşünülebilir.

Sosyodemografik faktörlerin damgalama üzerine etkileri hususunda kesin bir ifade kullanabilmek çok olanaklı değildir. Çalışma sonuçlarının daha detaylı yordanabilmesi için daha geniş örneklemelere ve farklı kültürel özelliklerde benzer araştırmaların yapılmasına ihtiyaç duyulmaktadır.

Kapşığay (2021) tarafından yapılan çalışmada hemşirelerin ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz yaklaşımlarının orta düzeyde olduğu ve medeni durum, yaş grupları, meslekte çalışma süresinin bu durum üzerinde etkisinin olmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

Ebrahimi (2012) tarafından yapılan çalışmanın sonucuna göre hemşirelerin çoğunluğu (%72,5) psikiyatri hastalarına karşı orta düzeyde damgalamaya sahiptir ve katılımcıların yaklaşık yarısı (%48,8) hastaların sosyal izolasyonu konusunda büyük bir eğilim göstermiştir. Ayrıca hemşirelerin psikiyatrik hastalığı olan bireyle yaşama deneyimi ve akrabalık ilişkisi ile hastalara karşı önyargı ve ayrımcılık arasında anlamlı bir ilişki vardır. Buna göre ruhsal hastalığı bulunan kişiyle birlikte yaşama deneyimi veya akrabalık bağı olan hemşirelerin diğer katılımcılara oranla daha az önyargı ve ayrımcılığa sahip oldukları görülmektedir (Ebrahimi, 2012).

Hemşirelerin Sosyal Mesafe Alt Boyutu Bulgularının Değerlendirilmesi

Çalışmamızda hemşirelerin sosyal mesafe alt boyutunda damgalama düzeyleri orta seviyede değer göstermektedir. Ayrıca sosyodemografik bulguların bu alt boyut üzerinde istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık oluşturmadığı saptanmıştır. Alt boyutlar arasında damgalamanın en yüksek görüldüğü boyuttur. Şenuzun' un psikiyatri servislerinde çalışan hemşirelerin şizofreni tanısı almış bireylere yönelik bakış açılarını incelediği araştırmasında hekimlerle yapılan çalışmalara benzer sonuçlar elde edilmiştir. Tüm hemşireler şizofreni tanısı almış bir bireyle evlenmeyeceklerini, şizofreninin tam olarak düzelmeyeceğini ve şizofreni tedavisinde

kullanılan ilaçların ciddi yan etkilere ve bağımlılığa neden olabileceğini belirtmişlerdir. Hemşirelerin eğitim düzeyleri ele alındığında lisans ve üzeri eğitimi olanların şizofreni hastalarına karşı sosyal mesafe açısından daha olumlu yaklaşımlar sergiledikleri gözlenmiştir (Şenuzun ve ark., 2005). Çalışmamızda hemşirelerin eğitim durumu bulguları sosyal mesafe üzerinde anlamlı bir değişiklik oluşturmamaktadır. Ancak bu çalışmada yüksek eğitim seviyesine sahip hemşire sayısının az olmasının (Yüksek Lisans/Doktora=27) damgalama düzeyi sonuçlarını etkilediği düşünülebilir.

Hemşirelerin psikiyatri hastalarına karşı yaklaşımlarının incelendiği bir çalışmada katılımcıların hastalar ile aralarına sosyal mesafe koydukları ve bu durum üzerinde demografik değişkenlerin etkili olmadığı sonucuna varılmıştır. Ayrıca özellikle psikiyatri dışı birimlerde çalışan hemşireler ruhsal hastalıklara, ruhsal hastalığı olan bireylere ve psikiyatri hemşireliğinin rolüne yönelik damgalayıcı davranışlar sergileme eğilimindedirler (Öz, 2004).

Hemşirelerin Tutumlar Alt Boyutu Bulgularının Değerlendirilmesi

Hemşirelerin tutumları üzerinde damgalama düzeyleri orta seviyede yer almaktadır. Cinsiyet, medeni durum ve psikiyatrik hastalık tanı durumlarının bu boyut üzerinde belirgin bir farklılık oluşturmadağı görülmüştür. Ayrıca hemşirelerin sosyodemografik bulgularının bu alt boyut üzerinde istatistiksel açıdan anlamlı bir etkisi görülmemektedir.

Arkan ve ark. (2011) araştırmalarında sağlık çalışanlarının ruhsal hastalıklara yönelik tutumlarını son 10 yılda yapılan çalışmalar üzerinden incelemişlerdir. Araştırmanın sonucunda sağlık çalışanları tarafından psikiyatri hastalarına karşı sosyal ötekileştirme uygulandığı belirlenmiştir. Sağlık hizmeti sunan ve toplum içinde danışmanlık rolü bulunan sağlık çalışanlarının yaklaşımları ruhsal bozukluğu olan bireylerin gereken yardımı alabilmelerini ve gerektiğinde yönlendirilmelerini etkileyen önemli bir etmendir (Özmen ve ark., 2003).

Bağ ve Ekinici (2005) tarafından gerçekleştirilen araştırmada 160 hemşire ve 155 doktor üzerinde psikiyatri hastalarına yönelik tutumlar incelenmiştir. Yüksek eğitim düzeyine sahip sağlık personelinin hastalara karşı daha olumlu davranışlar sergiledikleri ortaya konmuştur. Ayrıca ruhsal sorunları olan bir bireyle aynı iş yerinde çalışmak istemeyen sağlık personelinin psikiyatri hastalarından korktukları tespit edilmiştir.

Hemşirelerin Yardım Arama-Kendini Açma Alt Boyutu Bulgularının Değerlendirilmesi

Çalışmamızda hemşirelerin bu alt boyut üzerinde damgalama düzeyleri orta derecede puan almaktadır. Alt boyutlar arasında damgalamanın en düşük olduğu boyuttur. Ayrıca cinsiyet, medeni durum, psikiyatrik hastalık tanı durumlarının bu boyut üzerinde anlamlı bir farklılık meydana getirmediği görülmüştür.

Unhjem ve ark. (2018) yaptıkları bir çalışmada psikiyatride hemşire-hastalık ilişkilerini incelemişlerdir. Hemşirelerin ruhsal bir rahatsızlık yaşadıklarında özellikle işyeri ortamında kendini açma ve yardım arama konusunda çekimser davrandıkları görülmüştür.

Çalışmamızda hemşirelerin Yardım Arama-Kendini Açma alanındaki puanları ölçeğin orta seviyesinde yer almaktadır. Bu sonuç, işyeri açısından psikiyatrik problemleri olan kişilerin daha az yetkin ve işgöremez olarak algılanmaları veya çalışma koşullarına uyum sağlayamadıkları gerekçesiyle iş için uygun kişi olmadıkları izlenimini ortadan kaldırmak amacıyla bireyi durumuyla ilgili sessiz kalma davranışına itmiş olması şeklinde kısmen açıklanabilir. Aslında her psikiyatrik tanı bir bakıma bir etikettir. Ayrıca bir başka bakış açısıyla hemşireler hastalık riski altındaki arkadaşlarını damgalama, mahcubiyet, maaş kaybı gibi olumsuz durumlardan korumak maksadıyla onları gizleyebilmekte bununla birlikte pek çok hekim psikiyatrik problemi olan sağlık çalışanının mahremiyetini korumakla bireyin güvenliğini sağlamak arasında karar vermek durumunda olmanın etik ikilemiyle karşılaşabilmektedir (Wallace, 2012).

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Geçmişten günümüze hemşireliğin temel amaçları aynı kalsa da insanların değişen ihtiyaçları mesleğin kapsamını ve faaliyet alanlarını etkilemiştir. Hemşirelerin sağlık ve hastalık üzerine olan doğru ve olumlu yaklaşımları ile toplumda rol model konumunda olmaları beklenmektedir (Baştosun, 2019). Hasta bireylerle yakın ve uzun süreli etkileşim içinde bulunan hemşirelerin tutum ve davranışlarından dolayı hastaların etkilenmesi yüksek olasılıklı bir durumdur. Damgalamanın sonuçları hem birey hem de aile için olumsuz olmaktadır. Damgala(n)ma, hastalığın meydana getirdiği zorluklara ek olarak ayrıca bir yük oluşturduğu için hastanın en yakın sosyal destek kaynakları da bu durumda yetersiz kalabilmektedir. Hemşirelere verilecek düzenli eğitim ve farkındalık çalışmalarının damgalamayı minimize etmeye katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Hemşirelik mesleği komplekstir ve çoklu terapötik ilişkiler bağlamında holistik bakım verme yeteneğini gerektirir (Mooney, 2008). Hemşirelerin tutumları psikiyatri hastaları üzerinde doğrudan etkili ve klinikteki terapötik ortamın düzenlenmesinde belirleyici olmaktadır. Sonuç olarak hemşirelerin ruhsal hastalık tanım ve tutumlarının belirlenmesi sağlık hizmetlerinin daha başarılı ve kaliteli olabilmesi için önemli bir adımdır.

Çalışmanın sonuçlarına göre öneriler şu şekilde sıralanabilir.

- Hemşirelerin kurum içi hizmet eğitimlerine damgalama konusu dahil edilerek mesleki farkındalık oluşturulabilir.
- Damgalama üzerine bilinçlendirilen kalifiye hemşirelerin verdiği hizmetler ile hasta bireylerin tedavi ve yaşam kaliteleri daha üst düzeye çıkarılabilir.
- Bu çalışma hemşirelerin damgalama üzerine görüşlerini araştırmak ve ileride yürütülecek eğitim programlarına veri tabanı oluşturmak amacıyla kullanılabilir.
- Yakın çevresinde psikiyatri hastası bulunan hemşirelerin damgalamadan etkilenme düzeyleri incelenebilir.
- Hemşirelerin damgala(n)ma sürecini kavramaları ve antistigma faaliyetlerinde etkin rol almaları sağlanabilir.
- Gelecek araştırmalarda daha geniş örneklem ile çalışmalar planlanması önerilir.

7. KAYNAKLAR

- Arboleda-Flórez, J., Stuart, H. (2012). From sin to science: Fighting the stigmatization of mental illnesses. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 57(8), 457-463.
- Arkan, B., Bademli, K., Duman, Z.Ç. (2011). Sağlık çalışanlarının ruhsal hastalıklara yönelik tutumları: Son 10 yılda Türkiye’de yapılan çalışmalar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(2), 214-231.
- Avcıl, C., Bulut, H., Sayar, G.H. (2016). Psikiyatrik hastalıklar ve damgalama. *Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilgiler Dergisi* 2(2), 175–202.
- Aydöner, H. (2009). İstanbul İlinde Psikiyatri Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlarının Değerlendirilmesi. [Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi]
- Azazi, Y. (2021). Sağlık Çalışanları İçin Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalama Ölçeği (SÇ-RHYDÖ)’nin Türkçeye Uyarlanması ve Psikometrik Özelliklerinin Belirlenmesi. [Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi]
- Bağ, B., Ekinci, M. (2005). Sağlık personelinin ruhsal sorunları olan bireylere yönelik tutumlarının araştırılması. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 3(11), 107-127.
- Baştosun, B. (2019). Halkın Ruhsal Hastalıklara ve Ruhsal Hastalığı Olan Bireylere Yönelik İnanç Ve Tutumlarının Belirlenmesi. [Yüksek Lisans Tezi, Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi]
- Baysal, G. (2013). Damgalanma ve ruh sağlığı. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 2(22), 239-251.
- Binbay, T., Direk, N., Aker, T., Akvardar, Y., Alptekin, K., Cimilli, C., Ulaş, H. (2014). Türkiye’de psikiyatrik epidemiyoloji: Yakın zamanlı araştırmalarda temel bulgular ve gelecek için öneriler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 25, 264–81.
- Borinstein, A.B. (1992). Public attitudes toward persons with mental illness. *Health Affairs*, 3(11), 186-196.
- Bostancı, N. (2000). Psikiyatri ve Psikiyatri Dışı Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Ruh Sağlığı Bozuk Olan Bireylere İlişkin Görüşlerinin İncelenmesi. [Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi]
- Çağlan, K. (2019). Psikolojik Hastalıkların Yanlış Yorumlanması ve İnanç Eksikliği Olarak Damgalanması Sürecinde Manevi Destek İhtiyacı. [Yüksek Lisans Tezi, İstanbul üniversitesi]
- Çam O., Bilge, A. (2011). Türkiye’nin batısında yaşayan halkın ruhsal hastalığa ve hastalara yönelik inanç ve tutumlarının belirlenmesi. *New Symposium Journal*, 1(49), 31-40.
- Çam, O., Bilge, A. (2013). Türkiye’de ruhsal hastalığa/hastaya yönelik inanç, tutum ve damgalama süreci: Sistematik derleme. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2(4), 91-101.
- Çam, O., Bilge, A. (2014). Muhtarlara verilen ruhsal hastalığa yönelik damgalama ile mücadele eğitiminin etkililiğinin araştırılması. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 5(3), 129-136.

- Corrigan, P. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist* 7(59), 614.
- Demirören, M., Şenol, Y., Koşan, A. (2015). Tıp eğitiminde ruhsal bozukluklara karşı damgalama eğitimi gereksiniminin değerlendirilmesi: Nitel ve nicel yaklaşım. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 16(1), 22-29.
- Ebrahimi, H., Namdar, H., Vahidi, M. (2012). Mental illness stigma among nurses in psychiatric wards of teaching hospitals in the north-west of Iran. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 17(7), 534–538.
- Ebrahimi, H., Jafarabadi, MA., Areshtanab, HN., Vahidi M. (2017). Comparing mental illness stigma among nurses in psychiatric and non-psychiatric wards in Tabriz University of Medical Sciences. *Acta Facultatis Medicae Naissensis*, 34(1),13-22.
- Eisch, A.J., Cameron, H.A., Meltzer, L.A., Ming, G.L. (2008). Adult neurogenesis, mental health, and mental illness: Hope or hype? *Journal of Neuroscience*, 28(46), 11785-11791.
- Ercan, F., Karakaş, M., Gürhan, N., Demircan, Ü., Kaya, H. M. (2021). Psikiyatri kliniklerinde hemşire/hekim, hasta ve hasta yakınlarının damgalamaya yönelik inanç ve tutumlarının değerlendirilmesi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 24(4), 499-512.
- Erkoç, Y., Çom, S., Torunoğlu, M.A., Alataş, G., Kahiloğulları, A.K. (2011). T.C.Sağlık Bakanlığı Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011-2023). Ankara, T.C.Sağlık Bakanlığı Yayınları. Yayın No: 847, 33-34.
- Evli, M. (2021). Ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve tutum ilişkisinde psikiyatri hemşireliği eğitiminin etkisi. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, 4, 64–74.
- Gültekin, B. (2010). Ruhsal bozuklukların önlenmesi: Kavramsal çerçeve ve sınıflandırma. *Psikiyatri Güncel Yaklaşımlar*, 2(4), 583–94.
- Günay, S., Bekitkol, T., Ekitli, B., Yıldırım, S. (2016). Bir hemşirelik fakültesindeki öğrencilerin ruhsal hastalığa yönelik inançlarının belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 7(3), 129-134.
- Grover, S., Sharma, N., Mehra, A. (2020). Stigma for mental disorders among nursing staff in a tertiary care hospital. *Journal of Neurosciences in Rural Practice*, 11(2), 237–244.
- Hsiao, CY., Lu, HL., Tsai, YF. (2015). Factors influencing mental health nurses' attitudes towards people with mental illness. *Journal of Ment Health Nurs*, 24(3), 72-80.
- Iasiello, M., Van Agteren, J. (2020). Mental health and/or mental illness: A scoping review of the evidence and Implications of the dual-continue model of mental health. *Evidence Base: A journal of Evidence Reviews in Key Policy Areas*, 1, 1-45.
- Işık, S. (2010). Psikiyatri ve Psikiyatri Dışı Kliniklerde Çalışan Hekim Ve Hemşirelerin Ruh Sağlığı Bozuk Olan Bireylere İlişkin Görüşleri. [Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi]

- Kassam, A., Papish, A., Modgill, G., Patten, S. (2012). The development and psychometric properties of a new scale to measure mental illness related stigma by health care providers: The opening minds scale for health care providers (OMSHC). *BMC Psychiatry*, 12(1),1-12.
- Knaak, S., Mantler, E., Szeto, A. (2017). Mental illness-related stigma in healthcare: Barriers to access and care and evidence-based solutions. *Healthcare Management Forum. Sage Journals*. 30(2), 111-116.
- Kocabaşoğlu, N., Aliustaoğlu, S. (2003). Bir kavram olarak stigmatizasyon. *New Symposium Journal*, 41(4), 190-92.
- Mårtensson, G., Jacobsson, J.W., Engström, M. (2014). Mental health nursing staff's attitudes towards mental illness: An analysis of related factors. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 21(9), 782-788.
- Mooney, M., Glacken, M., O'Brien, F. (2008). Choosing nursing as a career: A qualitative study. *Nurse Edu Today*, 28(3), 385-392.
- Öz, F. (2004). Temel sağlık hizmetlerinin birinci basamağında çalışan hekim ve hemşirelerin ruh sağlığı sorunu olan bireye karşı tutumları. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 12(1), 16-28.
- Özbaş, D., Küçük, L., Buzlu, S. (2008). Ruhsal bozukluğu olan bireye sahip ailelerin hastalığa karşı tutumları. *Düşünen Adam*, 21, 14-23.
- Özer, Ü., Varlık, C., Çeri, V., Ince, B., Delice, M.A. (2017). Değişim bizden başlar: Ruh sağlığı çalışanlarında ruhsal hastalıklara yönelik damgalayıcı tutumlar ve damgalayıcı dilin kullanımı. *Düşünen Adam*, 30(3), 224-32.
- Özmen, S., Erdem, R. (2018). Damgalamanın kavramsal çerçevesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 1(23), 185-208.
- Özmen, E., Taşkın, E.O., Seyfe Şen, F., Aydemir, Ö., Demet, M.M., İçelli, İ. (2002). Türkiye’de kırsal bir bölgede yaşayan halkın şizofreniye ilişkin tutumları. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 13(3), 205-214.
- Özmen, E., Ögel, K., Boratav, C., Sağduyu, A., Aker, T., Tamar, D. (2003). Depresyon ile ilgili bilgi ve tutumlar: İstanbul örneği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 14(2), 89-100.
- Özmen, E., Özmen, D., Taşkın, E.O., Demet, M.M. (2003). Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin depresyona yönelik tutumları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 4(87), 87-97.
- Özmen, E., Taşkın, E.O., Özmen, D., Demet, M.M. (2004). Hangi etiket daha damgalayıcı: Ruhsal hastalık mı? Akıl hastalığı mı? *Türk Psikiyatri Dergisi*, 15(1), 47-55.
- Özmen, E., Taşkın, E.O. (2004). Ruhsal hastalıklara yönelik tutumların ruh sağlığı hizmetlerine etkisi. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*, 12(Ek 3), 83-92.
- Özmen, E., Taşkın, E.O. (2007). Ruhsal hastalıklara yönelik tutumların ruh sağlığı hizmetlerine etkisi. Stigma ruhsal hastalıklara yönelik tutumlar ve damgalama. *İzmir, Meta Basım Matbaacılık, (1. Baskı)*, 193-208.

- Öztürk, A., Akın, S., Durna, Z. (2017). Üniversite öğrencilerinde intihara yönelik damgalama ölçeği (İYDÖ)'nin Türkçe formunun geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Journal of Psychiatric Nursing*, 2(8), 102-109.
- Pekri, Z. (2019). Psikiyatri ve Sinir Hastanesinde Yatan Hastaların Fiziksel Sağlık Durumu ve Etkileyen Etmenlerin Belirlenmesi. [Yüksek Lisans Tezi, Doğu Akdeniz Üniversitesi]
- Pietrus, M., Stuart H., Chen S-P., Christie R. (2014). Opening minds in Canada: Targeting change. *The Canadian Journal of Psychiatr*, 59(1), 13-18.
- Pryor, J.B., Reeder, G.D. (2011). HIV-related stigma. *HIV/AIDS in the post-HAART era: Manifestations, Treatment, and Epidemiology*, 790-806.
- Ritsher, J.B., Phelan, J.C. (2004). Internalized stigma predicts erosion of morale among psychiatric outpatients. *Psychiatry Research*, 3(129), 257-265.
- Saillard, E.K. (2010). Ruhsal hastalara yönelik damgalamaya ilişkin psikiyatrist görüşleri ve öneriler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 21(1), 14-24.
- Sağduyu, A., Aker, T., Özmen, E., Uğuz, Ş., Ögel, K., Tamar, D. (2003). Şizofrenisi olan hastaların yakınlarının şizofreniye yönelik tutumları. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 14(3), 203-212.
- Sağlar, B., Tortop, H.S. (2018). Matematiksel yaratıcılığı teşvik etme öz yeterlilik algısı ölçeği geliştirme çalışması. *Journal of Gifted Education and Creativity* 5(1), 59-69.
- Schulze, B., Angermeyer, M.C. (2003). Subjective experiences of stigma. A focus group study of Schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals. *Social Science & Medicine* 2(56), 299-312.
- Seeman, N., Tang, S., Brown, A.D., Ing, A. (2016). World survey of mental illness stigma. *Journal of Affective Disorders*, 190, 115-121.
- Solak Kapşığay, K. (2021). Hemşirelerin Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançları. [Yüksek Lisans Tezi, Konya Karatay Üniversitesi]
- Şenuzun, E.F., Karadakovan, A. (2005), Violence towards nursing staff in emergency departments in one Turkish city. *International Nursing Review*, 52, 154-160
- Toker, T., Atabay, E., Tosun, E., Yılmaz, E., Öztürk, M., Ateşci, F. (2021). Tıp fakültesi öğrencilerinde psikolojik damgalama eğilimi: Bir özel çalışma modülü örneği. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 34(3), 253-261.
- Hekimoğlu Tunç, D. (2019). Kişilerarası İletişim Bağlamında Madde Bağımlılarının İletişim Süreçleri ve Damgalama İle Mücadele Biçimleri. [Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi]
- Tümer, A., Kırış, N., Coşkun, S. (2019). Birinci basamak sağlık çalışanlarında ruhsal hastalıklara yönelik inançların incelenmesi. *TJFMPC*, 13(3), 241-247.
- Üçok, A. (2003). Şizofreni hastası neden damgalanır? *Klinik Psikiyatri*, (1), 3-8.
- Unhjem, J.V., Vatne, S., Hem, M.H. (2018). Transforming nurse-patient relationships—A qualitative study of nurse self-disclosure in mental health care. *Journal of Clinical Nursing*, 27(5-6), 798-807.

- Üstün, B., İnan, S.F. (2018). Psikiyatri hemşireliği uygulamasına bir örnek. Damgalamayla mücadele eğitim programı. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 15(2), 131-135.
- Wallace, J.E. (2012). Mental health and stigma in the medical profession. *Health. An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*, 16(1), 3–18.



8. EKLER

EK-1: KATILIMCI TANITIM FORMU

KATILIMCI TANITIM FORMU	
Bu form Manisa Celal Bayar Üniversitesinde yürütülmekte olan “Hemşirelerin Psikiyatrik Hastalıklara Yönelik Damgalama Düzeyleri” adlı Yüksek Lisans tez çalışması için hazırlanmıştır. Sizlerden elde edilecek bilgiler tamamen bilimsel amaçlar doğrultusunda kullanılacaktır. Çalışmamıza göstermiş olduğunuz ilgiden dolayı teşekkür ederiz. Lütfen size uygun cevabı işaretleyiniz.	
Onam Bu çalışmaya katılımınız gönüllülük esasına dayanmaktadır. İsminizi yazmak ya da kimliğinizi açığa çıkaracak hiçbir bilgi vermek zorunda değilsiniz. Araştırma kapsamında toplanan veriler toplu halde istatistiksel analizlere tabi tutulacak ve sadece bilimsel amaçlar doğrultusunda kullanılacaktır. Veriler araştırmanın amacı dışında ya da başka bir araştırmada kullanılmayacak, sadece araştırmaya dahil olan akademisyenlerle paylaşılacak ve bunlar dışında sizin izniniz olmadan başkalarıyla paylaşılmayacaktır. Anket çalışmasına katılmayı onaylıyorum () Anket çalışmasına katılmayı onaylamıyorum ()	
Kişisel Bilgiler	
Yaşınız	
Hizmet yılınız?	
Cinsiyetiniz?	Erkek () Kadın ()
Medeni durumunuz?	Bekar () Evli ()
Yaşam şekliniz?	Tek () Aile ile () Diğer ()
Öğrenim durumunuz?	Lise () Önlisans () Lisans () Y. Lisans/Doktora ()
Daha önce hiç ruhsal hastalık tanısı aldınız mı?	Evet () Hayır ()
Yakın çevrenizde ruhsal bozukluğu olan birisi var mı?	Evet () Hayır ()

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

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

EK-3: ETİK KURUL KARARI

T.C.
Manisa Celal Bayar Üniversitesi
Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Etik Kurulu
Karar Formu

KARAR TARİH / NO	15/03/2023 / 20.478.486	Act			
ARAŞTIRMANIN ADI	Hemşirelerin Ruhsal Hastalıklara Yönelik Danışmanlık Hizmetleri				
SORUMLU ARAŞTIRMACI	Prof.Dr.Erol Özmen-Psikiyatri AD.				
ARAŞTIRMA EKİBİ	Sabahat Kartal				
ARAŞTIRMANIN NİTELİĞİ	UZMANLIK TEZİ	YÜKSEK LİSANS-- @ AKADEMİK AMAŞLI @			
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	06 / 03 / 2023 / Tarih ve 50.1550 Sayılı; araştırma dosyası				
KARAR BİLGİLERİ	Araştırma dosyası incelenmiş, bilimsel ve etik açıdan UYGUN olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir. Araştırma "ara rapor" ve araştırma taahhüdüde "araştırma raporunu" ve makale olarak yayınladığında, ilaah ile ilaah tam metin bir kopyasının Etik Kurula sunulması gerekmektedir.				
Unvanı/Adı/Soyadı	Araştırma ile İlişkisi Olan Üye	Toplantıya Katılmayan Üye	Unvan /Ad+/Soyadı	Araştırma ile İlişkisi Olan Üye	Toplantıya Katılmayan Üye
Prof. Dr. Murat DEMET Psikiyatri AD	☐	☐	Dog. Dr. Kadir YILDIZ Spor Bilimleri Fakültesi	☐	☐
Prof. Dr. Beyhan Cengiz OZYURT Halk Sağlığı AD	☐	☐	Dr.Ogr. Uyesi Murat AKSU Tıp Tarihi ve Etik AD	☐	☐
Prof. Dr. Zeliha UNLUP FTR AD.	☐	☐	Doç.Dr. Nurgül Güngör TAVŞANLI Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü	☐	☐
Prof. Dr. Tuğba ŞAVUŞOĞLU Farmakoloji AD	☐	☐	Mukadder YILMAZER Avukat	☐	☐
Dog. Dr. Ayşen Türedi Yıldırım Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD	☐	☐	Sivil Üye Hüseyin TUNŞAY	☐	☐
Dog.Dr. Cumhur Murat TULAY Göğüs Cerrahi AD	☐	☐		☐	☐
Etik Kurulumuzun kararı yukarıda belirtilmiştir. <u>Araştırmanız Herhangi Bir Asamada Etik Kurulunuzun "İzlenim Denetleme" Görevi Gereği Uzunu Halinde Haberli / Habersiz Olarak Denetlenenir. Araştırma Başvuru Formunun Taahhütname — Bölüm E kısmında belirtilmiş olan hususların dikkate alınarak istenilen bilgilerin Etik Kurulumuza zamanında iletilmesi konusunda bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.</u>					

Prof. Dr. Murat DEMET
BALKAN

EK-4: KURUM İZİN BELGESİ

ELAZIĞ SAĞLIK BAŞKANLIĞI YARDIMCI
ELAZIĞ SAĞLIK HİZMETLERİ İZLEME, DEĞERLENDİRME VE
DEĞERLENDİRME



20.05.2023

KOMİSYON KARARI

04.05.2023

Manisa Celal Bayar Üniversitesi İletişim Bölümü Yüksek Lisans Öğrencisi Sabahat KARTAL' ın "Hemşirelerin Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalama Düzeyleri" konulu bilimsel araştırma yapabilmesi için başvuruda bulunmuş olup, söz konu başvuru Elazığ Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanlığı tarafından uygun görülmüştür. Bahse konu talep; 04.05.2023 tarihli komisyon toplantısında değerlendirilmiş olup; bilimsel araştırma projesi yapılmasında Müdürlüğümüz adına herhangi bir sakınca bulunmadığına karar verilmiştir. Çalışma üniversite veya kurum tarafından kabul edildikten sonra kitapçık halinde ve ayrıca elektronik ortamda CD/DVD üzerine kayıtlı olarak Elazığ İl Sağlık Müdürlüğü İzleme ve Değerlendirme birimine teslim edilecektir.

e-imzalıdır.

Uzm. Dr. Nülfir KILIÇ
Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanı
Üye

e-imzalıdır.

Dr. Abdulkadir KANTARCIOĞLU
Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanı
Üye

e-imzalıdır.

Ömer YILDIRIM
Personel ve Destek Hizmetleri Başkanı
Üye

e-imzalıdır.

Dr. Şenel ÖNER
Sağlık Hizmetleri Başkan Yrd.
Üye

e-imzalıdır.

Uzm. Dr. Ramazan GÜRGÖZE
Sağlık Hizmetleri Başkanı
Komisyon Başkanı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge doğrulama kodu : 80797CC1-4BC9-4D98-B0D3-F1D0839F9A00

Belge doğrulama adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-elys>

Çaydağı Mah. Şehit Korgeneral Haluk Sayın Cad. No:14/3 23270

Telefon No:

e-Posta: Internet.Adresi:https://www.saglik.gov.tr/

Kep Adresi:

Bilgi için: Nadire BÖRLÜKHAŞ

Veri Hazırlama Ve Kontrol İgt.

Telefon No: 04242184031

