

T.C.
İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

Psikoloji Anabilim Dalı
Psikoloji Bilim Dalı

RUHSAL HASTALIĞA SAHİP BİREYLERDE
İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMA VE YAŞAM KALİTESİ
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Yüksek Lisans Tezi

Mehmet LEBLEBİCİ

Danışman
Dr. Öğr. Üyesi Esra SAVAŞ

İstanbul-2022

TEZ TANITIM FORMU

- YAZAR ADI** : Mehmet LEBLEBİCİ
SOYADI
- TEZİN DİLİ** : Türkçe
- TEZİN ADI** : Ruhsal Hastalığa Sahip Bireylerde İçselleştirilmiş Damgalanma ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi
- ENSTİTÜ** : İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
- ANABİLİM DALI** : Psikoloji
- TEZİN TÜRÜ** : Yüksek Lisans
- TEZİN TARİHİ** : 26.05.2022
- SAYFA SAYISI** : 83
- TEZ DANIŞMANLARI** : Dr. Öğr. Üyesi Esra SAVAŞ
- DİZİN TERİMLERİ** : Ruhsal hastalık, içsel damgalanma, yaşam kalitesi
- TÜRKÇE ÖZET** : Bu çalışmada, 18-65 yaş arası ruhsal hastalığa sahip bireylerde içselleştirilmiş damgalanma ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesi üzerinedir. Ayrıca, bu çalışmaya katılan bireylerin çeşitli sosyodemografik özellikleri ile araştırmaya katkı sağlanması hedeflenmektedir.
- DAĞITIM LİSTESİ** : 1. İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsüne
2. Yök Ulusal Tez Merkezine

Mehmet LEBLEBİCİ

T.C.
İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

Psikoloji Anabilim Dalı
Psikoloji Bilim Dalı

RUHSAL HASTALIĞA SAHİP BİREYLERDE
İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMA VE YAŞAM KALİTESİ
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Yüksek Lisans Tezi

Mehmet LEBLEBİCİ

Danışman
Dr. Öğr. Üyesi Esra SAVAŞ

İstanbul-2022

BEYAN

Bu tezin hazırlanmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğu, başkalarının ederlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğu, kullanılan verilerde herhangi tahrifat yapılmadığını, tezin herhangi bir kısmının bu üniversite veya başka bir üniversitedeki başka bir tez olarak sunulmadığını beyan ederim.

Mehmet LEBLEBİCİ

./ ./2022



T.C.
İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Mehmet Leblebici'nin "Ruhsal Hastalığa Sahip Bireylerde İçselleştirilmiş Damgalanma ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" adlı tez çalışması, jürimiz tarafından Psikoloji anabilim dalı Psikoloji bilim dalı yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan

Dr. Öğr. Üyesi Esra SAVAŞ
(Danışman)

Üye

Dr. Öğr. Üyesi Aman Sado ELOMO

Üye

Dr. Öğr. Üyesi Fatih BAL

ONAY

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.
... / ... / 2022

İmzası
Prof. Dr. İzzet GÜMÜŞ
Enstitü Müdürü

ÖZET

Öz damgalama ya da içselleştirilmiş damgalama toplumun geri kalanlarının inandığı yetersiz ve değersiz olma damgalanmasının birey tarafından içselleştirilmesidir. İçselleştirilmiş damgalamayı kavramsallaştırmak gerekirse, bireyin geliştirdiği yanlış ve uyumsuz inançlar bütünüdür (Yanos & diğ., 2011). Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi (WHOQOL) grubu yaşam kalitesini, “Hastanın, hem içinde yaşadığı kültürel yapı ve değerler sistemi bağlamında, hem de kendi amaçları, beklentileri, standartları ve endişeleri açısından, yaşamdaki durumu ile ilgili kişisel algısı” olarak tanımlamaktadır (Whoqol Group, 1995).

Yapılmış olan bu araştırmanın modeli ilişkisel tarama modelidir. Örneklem grubu olasılığa dayalı olmayan, kartopu yöntemi ile ölçeklerin online form olarak ulaştırılacağı ruhsal hastalığa sahip 18-65 yaş arası 150 kişi olarak seçilmiştir. Katılımcılardan kişisel bilgi edinilmek amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanan formda katılımcıların yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, çalışma durumu, meslek dalı, ruhsal bir hastalık tanısı olup olmadıkları, ailelerinde ruhsal bir tanı almış birey olup olmadığı soruları yöneltilmiştir.

Çalışmanın sonucuna göre içselleştirilmiş damgalanma ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki incelendiğinde orta düzeyde negatif bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Bu bağlamda içselleştirilmiş damgalanma arttıkça orta düzeyde yaşam kalitesi azalmaktadır. İçselleştirilmiş damgalanma ve yaşam kalitesinin yaş demografik değişkenine göre elde edilen bulgular incelendiğinde içselleştirilmiş damgalanma ile yaş arasında zayıf düzeyde bir ilişki olduğu saptanmıştır. Daha önce psikiyatrik ya da psikolojik destek alma değişkenine göre katılımcıların %73.3’ü daha önce herhangi bir nedenle psikiyatrik ya da psikolojik destek aldığı, %26.7’si almadığı tespit edilmiştir. Araştırmaya katılan katılımcıların psikiyatrik bir bozukluk sebebi ile %9.3’ü psikiyatrik bir bozukluk sebebi ile hastanede yatmış, %90.7’si yatmamış, %5.3’ü 2 hafta hastanede yatmış, %4’ünün 6 ay hastanede yatmış olduğu tespit edilmiştir. Araştırmaya katılan katılımcıların %46’sının ebeveynlerinin ikisi de sağ, %21.3’ünün ebeveynlerinin ikisi de vefat ettiği, %18’inin babasının vefat ettiği, %14.7’sinin annesinin vefat ettiği bulunmuştur.

Yapılan mevcut çalışmanın en önemli sonucu içselleştirilmiş damgalanmanın ruhsal hastalığı olan bireylerde yaşam kalitesine etkisini belirlemiş oluşudur. Ruhsal hastalıkların erken tanılanması ve müdahale edilmesi hastalıkların olumsuz etkilerini azaltmada yardımcı olacağı düşünülmektedir. Çeşitli kurumlarda uygulanan damgalamayı önlemeye yönelik eğitimler ile ruhsal hastalıklara yönelik damgalama ve içselleştirilmiş damgalanma eğilimini azaltacağı düşünülmektedir. Gelecek çalışmalar için tedavi ve psikoeğitimin kullanıldığı deney çalışmaları

yapılabilir. Deney alışmaları sonucunda tedavi ve psikoeğitimin içselleştirilmiş damgalanmayı ne düzeyde azaltacağı ve yaşam kalitesini ne düzeyde arttıracadığ görülebilir.

Anahtar Kelimeler:içselleştirilmiş damgalanma, ruhsal hastalık, yaşam kalitesi



ABSTRACT

Self-stigmatization or internalized stigma is the internalization of the stigma of being inadequate and worthless by the individual, which the rest of the society believes. To conceptualize internalized stigma, it is the set of false and incompatible beliefs that an individual develops (Yanos & others, 2011). The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) group defines the quality of life as “the patient's personal perception of his / her situation in life, both in the context of the cultural structure and system of values in which he / she lives and in terms of his / her own goals, expectations, standards and concerns” (Whoqol Group, 1995).

The model of this research is the relational survey model. The sample group was chosen as 150 individuals between the ages of 18-65, who are not based on probability, and who have mental illnesses to which scales can be delivered online by snowball method. In the form prepared by the researcher in order to obtain personal information from the participants, the questions of the participants' age, gender, marital status, employment status, profession, whether they are diagnosed with a mental illness and whether there is an individual with a mental diagnosis in their family were asked.

According to the results of the study, when the relationship between internalized stigma and quality of life was examined, a moderately negative relationship was found. In this context, as the internalized stigmatization increases, the moderate quality of life decreases. When the findings obtained according to the age demographic variable of internalized stigma and quality of life were examined, it was found that there was a weak relationship between internalized stigmatization and age. According to the variable of receiving psychiatric or psychological support, 73.3% of the participants had received psychiatric or psychological support for any reason before, and 26.7% did not. It was determined that 9.3% of the participants were hospitalized due to a psychiatric disorder, 90.7% were not hospitalized due to a psychiatric disorder, 5.3% were hospitalized for 2 weeks, and 4% were hospitalized for 6 months. It was found that 46% of the participants' parents were both alive, 21.3% of them both died, 18% of them died, and 14.7% of them died.

The most important result of the current study is that it determined the effect of internalized stigma on the quality of life in individuals with mental illness. It is thought that early diagnosis and intervention of mental diseases will help in reducing the negative effects of diseases. It is thought that trainings aimed at preventing stigma applied in various institutions will reduce the tendency of stigmatization and internalized stigmatization towards mental

illnesses. Experimental studies using treatment and psychoeducation can be done for future studies. As a result of experimental studies, it can be seen to what extent treatment and psychoeducation will reduce internalized stigma and increase the quality of life.

Keywords: internalized stigma, mental illness, quality of life



İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	i
ABSTRACT	iii
İÇİNDEKİLER	v
KISALTMALAR.....	viii
TABLolar LİSTESİ.....	ix
EKLER LİSTESİ	x
ÖNSÖZ.....	xi
GİRİŞ.....	1

BİRİNCİ BÖLÜM

ARAŞTIRMANIN GENEL ESASLARI

1.1 Araştırmanın Problemleri.....	4
1.2 Araştırmanın Hipotezleri.....	4
1.3 Araştırmanın Amacı	5
1.4 Araştırmanın Önemi	5
1.5 Araştırmanın Varsayımları.....	6
1.6 Araştırmanın Sınırlılıkları	6

İKİNCİ BÖLÜM

KURAMSAL VE KAVRAMSAL ÇERÇEVE

2.1 Ruh Sağlığı ve Ruhsal Hastalıklar Tanımı.....	7
2.1.1 Ruhsal Hastalıklar ve Ruhsal Sağlık	8
2.1.2 Ruh Sağlığına Etki Eden Faktörler.....	9

2.1.3 Ruhsal Hastalıklara Karşı Tutumlar ve İnançlar	10
2.1.4 Tarihsel Süreçte Ruhsal Hastalıklar	11
2.2 Damgalanma.....	12
2.2.1 Damgalanmanın Tanımı ve Tarihçesi	12
2.2.2 İçselleştirilmiş Damgalanma	14
2.2.3 Damga Çeşitleri ve Boyutları.....	15
2.2.4 İçselleştirilmiş Damgalanmanın Oluşum Biçimi	15
2.2.5 İçselleştirilmiş Damgalanma İle Başa Çıkma	16
2.2.6 Ruhsal Hastalığa Sahip Bireyleri Damgalama	17
2.2.6 Etiketleme Kuramı	18
2.3 Yaşam Kalitesi	20
2.3.1 Yaşam Kalitesinin Göstergeleri	21
2.3.2 Yaşam Kalitesi ve İçselleştirilmiş Damgalanma.....	23

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

YÖNTEM VE TEKNİKLERİ

3.1.Araştırmanın Modeli	24
3.2 Araştırmanın Evren ve Örneklemi	24
3.3. Veri Toplama Araçları	24
3.3.1. Kişisel Bilgi Formu	24
3.3.2. Ruhsal Hastalıklarda İçSelleştirilmiş Damgalanma ÖlçEğİ.....	25
3.3.3 Whoqol-Breef-Tr - YaşAm Kalitesi ÖlçEğİ.....	25
3.4 Veri Analizi	26

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

TARTIŞMA VE YORUM	38
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	44
KAYNAKLÇA.....	47
EKLER.....	57



KISALTMALAR

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü



TABLULAR LİSTESİ

Tablo 1. Çok boyutlu bir kavram olan yaşam kalitesine ait kavramlar	21
Tablo 2. Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği ve Yaşam Kalitesi Ölçeğine Çarpıklık ve Basıklık Değerleri	26
Tablo 3. Korelasyon Katsayısına İlişkin Sayısal Sınırlar.....	27
Tablo 4. Demografik Değişkenlere Göre Dağılımı	28
Tablo 5. Katılımcıların Yaşlarına İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler	30
Tablo 6. Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği ve Yaşam Kalitesi Ölçeğine İlişkin Betimleyici İstatistikler.....	30
Tablo 7. Yaş Değişkeni ile Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği, Yaşam Kalitesi Ölçeği Arasındaki İlişkinin İncelenmesine Ait Bulgular.....	31
Tablo 8. Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği ile Yaşam Kalitesi Ölçeği Arasındaki İlişkinin İncelenmesine Ait Bulgular	31
Tablo 9. Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeğinin Yaşam Kalitesi Ölçeğini Yordamasına İlişkin Bulgular.....	33
Tablo 10. Cinsiyet Değişkenine Göre Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği, Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması	33
Tablo 11. Daha Önce Psikiyatrik ya da Psikolojik Destek Alma Değişkenine Göre Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği, Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması	34
Tablo 12. Psikiyatrik Bir Bozukluk Sebebiyle Hastaneye Yatış Değişkenine Göre Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği, Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması	35
Tablo 13. Ebeveynin Hayatta Olup Olmaması Değişkenine Göre Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği, Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.	36

EKLER LİSTESİ

EK-A: Demografik Bilgi Formu

EK-B: Yaşam Kalitesi Ölçeği

EK-C: Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği



ÖNSÖZ

Bu çalışmanın hayata geçirilmesi sürecinde bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım Psikolog Serap DUMAN'a, araştırmanın her bir aşamasında görüşleriyle beni destekleyen, samimiyetini her zaman hissettiren ve beni doğru yönde yönlendiren danışman hocam Dr. Esra SAVAŞ'a desteğini ve yardımlarını esirgemeyen istatistik alanında yardımcı olan Enes TOSUN'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım. Ayrıca çalışmamda desteklerini hiçbir zaman eksik etmeyen, bana olan güvenlerini hiç kaybetmeyen aileme, tez çalışmamı hazırlarken her aşamada bana yardımcı olan sevgili eşim Öykü Leblebici ye sonsuz teşekkür ederim.



GİRİŞ

Öz damgalama ya da içselleştirilmiş damgalama toplumun geri kalanlarının inandığı yetersiz ve değersiz olma damgalanmasının birey tarafından içselleştirilmesidir. İçselleştirilmiş damgalamayı kavramsallaştırmak gerekirse, bireyin geliştirdiği yanlış ve uyumsuz inançlar bütünüdür (Yanos & diğ., 2011). Taşkın (2007)' a göre algılanan damgalanmada bireyler dışarıdan gelen negatif durumları ve itici tavırları üzerine alarak damgalanmış hissetmektedirler ve bir hastalığı olan bireylerin bunlardan daha fazla etkilendiğini öne sürmektedir. Goffman kitabında bireyin üç kategoride damgalandığını belirtir; 1) fiziksel farklılıklardan, 2) karakteristik yapısından (zihinsel hastalık, iş bulamama, madde bağımlılığı vb.) ve 3) mensubu olduğu topluluktan dolayı (dil, din, ırk vb. farklılıklar) oluşan damgalanmalardır. Kişi aynı anda birden fazla damgalanma yaşayabilir. Goffman ek olarak damgalanan özelliği dışarıdan görülebilir olma ve saklanabilir olma şeklinde ikiye ayırmıştır (akt. Choudoir, Earnshaw ve Andel, 2013). Corrigan (2002) ise içselleştirilmiş damgalanmayı 3A kavramı ile açıklamıştır. İçselleştirilmiş damgalanmanın süreci farkındalık (Awareness), anlaşma (Agreement) ve uygulama (Application) biçiminde gerçekleşmektedir.

Farkındalık, bireyin herhangi bir hastalığa maruz kalmadan önceki toplumun o hastalığa dair ürettiği önyargıların farkında olması ile ilgilidir (Sarıkoç, 2016; Tanabe & diğ., 2016; Corrigan ve Watson, 2002). Anlaşma, kişinin farketmediği bu toplumsal önyargıları kabul etme ve haklı görmesine denmektedir. Uygulama, bireyin var olan hastalığa kendisi de sahip olması durumunda anlaşma kısmında düşündüğü fikirlerin kendisi için de diğerleri tarafından düşünüleceği korkusuna denmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi (WHOQOL) grubu yaşam kalitesini, "Hastanın, hem içinde yaşadığı kültürel yapı ve değerler sistemi bağlamında, hem de kendi amaçları, beklentileri, standartları ve endişeleri açısından, yaşamdaki durumu ile ilgili kişisel algısı" olarak tanımlamaktadır (Whoqol Group, 1995). Bu tanımla birlikte hastanın kendi yaşamıyla ilgili olarak yaşam kalitesini nasıl değerlendirdiği üzerine odaklanılmıştır (Suurmeijer & diğ., 2001). Bu tanımlara dayanarak YK kavramında yaşam doyumu, öznel iyi olma, mutluluk, işlevsel yeterlilik, sosyal iyilik gibi bileşenler ön plana çıkmaktadır. Yaşam kalitesini etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Bu faktörler içsel ve dışsal birçok durumu kapsamaktadır (McInerney, 2015). Yaşam kalitesini düşüren nedenlerden bazıları kadın olmak, dul ya da boşanmış olmak, düşük entelektüel seviye, düşük ekonomik düzey, düşük sosyal destek, yaşam

alanının özellikleri, kronik bir rahatsızlığa sahip olmak, iş doyumunu gibi unsurlar yaşam kalitesini önemli ölçüde düşürmektedir (Boylu ve Paçacıoğlu, 2016).

Yaşam kalitesinin özellikleri objektif ve sübjektif olarak iki bağlamda incelenmektedir. Objektif kriterleri OECD (Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü) tarafından 11 madde ile tanımlanmıştır. Bu maddeler, gelir ve refah, konut, iş, sosyal ağ, eğitim, çevresel koşullar, sivil katılım, güvenlik, yaşam memnuniyeti, sağlık düzeyi ile iş yaşam dengesinden oluşmaktadır (Akar, 2014). Kişinin yaşam memnuniyeti kendi değerlendirmesi sonucunda da oluşabilir ve buna yaşam kalitesinin öznel belirleyicisi denmektedir (Ağır, 2017). Sosyal destek yaşam kalitesinin önemli unsurlarından biridir ve sosyal destekte en önemli unsur aile ve aileden alınan destektir (Boylu ve Paçacıoğlu, 2016).

Yaşam kalitesi üzerinde etkili olan birçok unsur bulunmaktadır. Bunlar; yaş, cinsiyet, finansal durum, medeni durum, sağlık durumu, eğitim ulaşılabilirliği, sosyal desteğe sahip olma, iş hayatı, bireyin yaşadığı çevre ve boş zamanlarında kendisine vakit ayırabilmesidir.

Yaşam kalitesini etkileyen unsurlardan birisi yaştır. Her yaş döneminde yaşam kalitesi değişiklik gösterir ancak yapılan araştırmalar genelde yaşlılık dönemine yöneliktir (Sabbah ve & diğ., 2003). Genellikle bu dönemde yaşam kalitesi düşmeye başlar. Yoğun olarak yaşanan sağlık problemleri, gelirden düşme, yaşamda rol kaybı, yalnız kalma, bilişsel süreçlerdeki gerileme, sosyal yaşamda düşüş bu dönemdeki yaşam kalitesinin düşüşüne geçme sebeplerindendir (Güven & Şener, 2010).

Yaşam kalitesi ve cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki vardır. Gelişmekte olan ve gelişmemiş ülkelerde cinsiyet farklılığının en belirgin görüldüğü alan eğitim ve iş alanıdır (Boylu & Paçacıoğlu, 2016). Yapılan çalışmalara göre finansal gelirin ön koşullarından olan bireyin biyopsikososyal yaşamına paralel olarak sosyal yaşam ve iş yaşamındaki doyum da bireyin yaşam kalitesini etkilemektedir (Torlak & Yavuzçehre, 2008). Medeni durum bireyin yaşam kalitesini etkileyen faktörler arasındadır. Buradaki en önemli öğe dul ya da boşanmış olmaktır. Toplumda bekar veya evli olmak olağanken, gelişmekte olan ve gelişmemiş ülkelerde boşanmak ya da dul olmak yaşam kalitesini düşüren ve hatta bireyi damgalayan unsurlardandır (Boylu & Paçacıoğlu, 2016). Sosyal destek konusunda birey için en önemli unsurlardan birisi ailedir. Kişinin ait hissetmesi, var olması ve kendini gerçekleştirerek potansiyelini bulabilmesi için bir aileye sahip olması yaşam kalitesini yükseltmektedir (Özmete, 2010).

Literatür taramasında bulunan bir çalışmada 153 şizofreni tanısı almış bireyin damgalanma düzeyleri, demografik veriler ve hastalığın istatistiksel ilişkisinde anlamlı farklılık saptanmamıştır (Switaj & diğ., 2009).



BİRİNCİ BÖLÜM

ARAŞTIRMANIN GENEL ESASLARI

1.1 Araştırmanın Problemleri

Bu tezin problemi ruhsal hastalığa sahip bireylerde içselleştirilmiş damgalanma ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesi üzerinedir. Bu çalışma yapılırken ruhsal hastalık tanısı almış olmak çalışmaya alınma kriteri olacaktır. Araştırmada ruhsal hastalığa sahip bireylerde içselleştirilmiş damgalanma ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkisinin incelenmesi ve değişkenlerin demografik değişkenler dahilinde farklılaşıp farklılaşmadığına bakılacaktır.

Ruhsal hastalık tanısı almış bireylerin içselleştirilmiş damgalanma yaşayıp yaşamadığı, eğer yaşanan bir içselleştirilmiş damgalanma varsa bunun bireyin yaşam kalitesini nasıl etkilediği bu tezin temel problemidir. Burada bunlara ek olarak bireylerin bu değişkenlerden etkilenirken buna ek olarak yaş, cinsiyet, meslek grubu, medeni durumu, çalışma durumu gibi değişkenlerin içselleştirilmiş damgalanma ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi etkileyip etkilemediği ve bu durumun sosyodemografik değişkenlerden ne kadar etkilendiği araştırmamızın temel problemi ve araştırma konusu olacaktır.

1.2 Araştırmanın Hipotezleri

1. Yaş gruplarına göre ruhsal hastalığa sahip bireylerin damgalanma durumlarında anlamlı bir farklılık bulunmaktadır.
2. Yaş gruplarına göre bireylerin yaşam kalitesi arasında anlamlı bir farklılık bulunmaktadır.
3. Cinsiyet durumuna göre ruhsal hastalığa sahip bireylerde içselleştirilmiş damgalanma anlamlı bir farklılık göstermektedir.
4. Cinsiyet değişkenine göre yaşam kalitesi anlamlı bir farklılık göstermektedir.
5. Daha önce psikiyatrik ya da psikolojik destek alma durumuna göre ruhsal hastalığa sahip bireylerde içselleştirilmiş damgalanma anlamlı farklılık göstermektedir.
6. Psikiyatrik ya da psikolojik destek alma durumuna göre yaşam kalitesi anlamlı bir farklılık göstermektedir.
7. Psikiyatrik bir bozukluk sebebiyle hastaneye yatış durumuna göre ruhsal hastalığa sahip bireylerde içselleştirilmiş damgalanma anlamlı bir farklılık göstermektedir.
8. Psikiyatrik bir bozukluk sebebiyle hastaneye yatış durumuna göre yaşam kalitesi anlamlı farklılık göstermektedir.
9. Ebeveynin hayatta olup olmaması durumuna göre ruhsal hastalığa sahip bireylerde içselleştirilmiş damgalanma anlamlı farklılık göstermektedir.
10. Ebeveynin hayatta olup olmaması durumuna göre yaşam kalitesi anlamlı bir farklılık göstermektedir.

11. Ruhsal hastalığa sahip bireylerde içselleştirilmiş damgalanma yaşam kalitesini yordamaktadır.

1.3 Araştırmanın Amacı

Araştırmada ruhsal hastalığa sahip bireylerde içselleştirilmiş damgalanma ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkisinin incelenmesi ve değişkenlerin demografik değişkenler dahilinde farklılaşp, farklılaşmadığının incelenmesi amaçlanmıştır. Yapılan araştırma hem alanda çalışan uzmanlara hem de konu ile ilgili ileri de yapılacak olan çalışmalara ışık tutmayı hedeflemektedir.

1.4 Araştırmanın Önemi

Damgalanma bir kişinin diğerlerinden daha aşağı görülmesi, küçük düşürülmesi ve kötülenmesi şeklinde tanımlanmaktadır (Corrigan & diğ., 2001). Ruhsal tanı almış grup damgalanmadan en çok etkilenen gruplardan biridir. Ruhsal hastalık tanısı almış bireyler toplumdaki negatif kalıp yargıları içselleştirmesi sonucunda değersiz ve utanmış hissetmesi ve kendini toplumdan geri çekmesi durumunda içselleştirilmiş damgalanma kişinin hastalık semptomlarını kötüleştirerek iyileşmesini geciktirmektedir (Peterson & diğ., 2008). Damgalanmanın içselleştirilmesi kişinin örselenmesine sebebiyet vermektedir (Link & Phelan, 2001). Ruhsal hastalık tanısı almış bireyleri diğerleri tarafından “akıl hastası” olarak damgalandığında kendilerini zaten damgalanmış, dışlanmış ve ötekileştirilmiş hissetmektedirler.

Dünya Sağlık Örgütünün tanımına göre yaşam kalitesi “bireyin hedeflerine, beklentilerine, kendi standartlarına göre bir değer sistemini kendisi oluşturması ve kendi yaşamını bu şekilde algılaması biçimi” olarak tanımlanmıştır. Bu noktada en önemli unsur bireyin hedeflerine ulaşmadan diğerlerinin baskısı altında kalmadan kendisinin değerlerinin oluşturabilmesidir (Bilir & diğ., 2005).Ruh sağlığı alanı için yaşam kalitesi mutlu ve iyi hissetme, sosyoloji için refah düzeyi, sağlık alanı için beden sağlığı, ekonomik açıdan ise gelişmeyi kapsamaktadır (Ağır, 2017). Alan yazında yapılan bir çalışma gösteriyor ki yaşam kalitesini düşüren nedenlerden bazıları kadın olmak, dul ya da boşanmış olmak, düşük entelektüel seviye, düşük ekonomik düzey, düşük sosyal destek, yaşam alanının özellikleri, kronik bir rahatsızlığa sahip olmak, iş doyumunu gibi unsurlar yaşam kalitesini önemli ölçüde düşürmektedir (Boylu & Paçacıoğlu, 2016).

Ruhsal hastalık tanısı almış kişilerin bir birey olarak toplum içerisine dahil olmaları ve var olabilmeleri önemlidir. Ancak bu bireyler toplum içerisinde tanı almamış bireylere kıyasla yeterince var olamamaktadır. Bunun sebebi bireyin kendisinden dolayı mı gerçekleşmekte yoksa toplumun ona hissettirdiği ve içselleşen damgalanma yüzünden mi oluşmakta bu sorulara çalışmamız cevap arayacaktır. Bu bağlamda ruhsal hastalık tanısı almış bireylerin yaşam kaliteleri nasıl yükseltilebilir, hangi alanlarda bu bireyleri desteklenmek gereklidir? Bu bireyler içselleştirdikleri damgalanma dolayısıyla düşük yaşam kalitesine sahip olabilirler mi? Bu araştırma en temelde bunlara yanıt arayacağı, daha önce yapılmış çalışmalarında ışığında gelecekte yapılacak çalışmalara ışık tutacağı ve literatüre katkı sağlayacağı için önem taşımaktadır.

1.5 Araştırmanın Varsayımları

Araştırmanın varsayımları;

1. Araştırmaya katılan örneklemin evreni temsil ettiği varsayılmaktadır.
2. Araştırmada kullanılan veri toplama araçlarının ölçmek istediği özellikleri geçerli ve güvenilir şekilde ölçtüğü varsayılmaktadır.
3. Araştırmaya katılan bireylerin sorulan sorulara doğru, tarafsız ve eksiksiz cevap verdiği varsayılmaktadır.

1.6 Araştırmanın Sınırlılıkları

1. Araştırmanın verileri çalışmacı tarafından hazırlanacak olan Kişisel Bilgi Formu, Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği ve Whoqol-Breef-TR-Yaşam Kalitesi Ölçeği ile sınırlıdır.
2. Araştırma sadece affektif bozukluğu, anksiyete bozukluğu, psikotik bozukluk, alkol ve madde kullanım bozukluğu, somatoform bozukluğu, kişilik bozukluğu, uyum bozukluğu, cinsel kimlik bozukluğu, tanısı çocuklukta konuşan bozukluklar ve danışmanlık için başvuru yapan bireyler ile sınırlıdır.
3. Araştırmanın katılımcıları Türkçe dil bilen bireyler ile sınırlıdır.
4. Araştırma 18-65 yaş arası bireyler ile sınırlıdır.
5. Mevcut araştırma pandemi sürecine denk geldiği için elektronik ortamda gerçekleşmiştir.

İKİNCİ BÖLÜM

KURAMSAL VE KAVRAMSAL ÇERÇEVE

2.1 Ruh Sağlığı ve Ruhsal Hastalıklar Tanımı

Ruh sağlığının en yaygın bilinen tanımı sağlığın yalnızca hasta veya sakat olmama durumu değil bireyin bedensel, ruhsal ve sosyal açıdan da iyilik halini koruyor olmasıdır (WHO,2004). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) bu bağlamda ruhsal sağlığın sağlığın ayrılmaz bir parçası, kişinin hasta olmamasından daha öte bir anlamı olan ve fiziksel sağlıkla ilişkili olan bir durum olarak değerlendirmektedir (WHO, 2004).

Ruh sağlığının tanımını yapmak önemlidir. Her ne kadar kültürel normlar ya da ülkelerde yaşayış biçimlerine ya da farklı demografik değişkenlere göre sağlığın tanımı değişiklik gösterme ihtimaline sahip olsa da evrensel bir tanım yapmak gereklidir. DSÖ'nün tanımına göre, “ruh sağlığı bireyin kendi becerilerini fark etmesi, yaşamdaki günlük stres ile başa çıkabilmesi, işini verimli bir şekilde yapabilmesidir” (WHO, 2004).

Ruh sağlığı ve ruh hastalığı kavramı farklı tanımlar almaktadır. Tanımların farklılığı toplum ve kültür yapısına göre değişmektedir. Andreasen ve Black'in tanımı “göreceli bir durum, net olmayan bir durum” şeklindedir (Andreasen & Black, 2011). Townsend ve Morgan'a göre ruh sağlığı “bireyin bulunduğu toplum içerisindeki normlara uyumlu olması, düşünce, duygu ve davranışlarının yaşına uygun ve bireyin içsel ve dışsal sebeplerden oluşan stres ile başarılı bir şekilde başa çıkabilmesi durumudur” (Townsend & Morgan, 2017). Ayrıca Morgan ve Townsend ruhsal hastalığı “davranış, düşünce ve duygularda gözlemlenen bireyin yaşadığı toplumun norm ve kültürüne uymadığı, kişinin yaşam işlevselliğini bozan ve kişinin içsel ve dışsal sebeplerden kaynaklanan stres ile başa çıkamaması durumu” şeklinde tanımlamışlardır (Townsend & Morgan, 2017). Kısacası birey psikolojik açıdan duygusal, bilişsel ya da davranışsal anlamda bozukluğa sahipse ve destek sunulmadan bu problemlerini çözümleyemiyor ve yaşam işlevselliğini kaybediyorsa ruhsal açıdan sağlıklı olmayan bir birey olarak tanımlanmaktadır. Kişinin desteğe ihtiyaç duyduğu duygusal, davranışsal ve düşüncesel problemlerin bir hastalık olarak kabul görmesindeki etken bu durumların yoğunluğu, sıklığı ve şiddetidir. Ayrıca bu durumlar bireyin yaşadığı toplumda uyum bozukluğuna ve toplum için normal kabul edilmeyen yani norma uymayan durumlar olarak görülüp görülmediği açısından önem taşımaktadır (Öztürk & Uluşahin, 2016).

2.1.1 Ruhsal Hastalıklar ve Ruhsal Sağlık

Bireyin davranış, duygu ve düşüncelerinde ortaya çıkan değişimler ruhsal hastalıklara neden olabilmektedir. Bu durum bireyin günlük yaşamını, iş yaşamını, bireyler arası ilişkilerini, ekonomik durumunu ve çevresindeki bireyleri olumsuz yönde etkilemektedir (Yıldız, 2011; Bademli & Duman 2013; Öztürk & Uluşahin 2016). Toplum içerisinde ruhsal hastalıklar diğer hastalıklara kıyasla daha olumsuz bir etikete sahiptir (Bağ & Ekinci 2005; Bostancı 2005; Oban & Küçük 2011). Zaman içerisinde ruhsal hastalıklardaki artış araştırmacıları bu hastalıklarla ilgili epidemiyolojik çalışmalar yapmaya itmiştir. Bunun sebebi bu hastalıklardaki artışı göstermek üzerine de yapılmıştır. Amerika da yapılan bir aylık bir çalışmada ruhsal hastalığı bulunan kişi sayısı %15'dir (Regier & diğ., 1984). Ülkemizde sağlık kurumlarına başvuru yapan kişilerin herhangi bir ruhsal hastalık tanısı alıp almama durumu incelendiğinde ruhsal hastalık tanısı alma oranı %20 olarak saptanmıştır (Küey & diğ., 1987; Dönmez & diğ., 2009; Keskin & diğ., 2013). Ruhsal hastalıklardaki artış bireyleri ve bireyin ailesini maddi açıdan olumsuz etkilemektedir. Bazı bireyler ruhsal hastalıklarını gizlemeyi denemektedirler ve damgalanma korkusu yaşadıkları için hekim desteği dışında bir çare arayabilmektedirler (Keskin & diğ., 2013). Araştırmacılar ruhsal hastalığın başlangıç yaşını 14 yaş olarak raporlamışlardır (Kesler & diğ., 2005) ve kişilerin tedavi sürecine başladıktan ortalama 1 sene sonra tedaviyi kestiklerini saptamışlardır (Cooper & diğ., 2007). Bu durum hastanın semptomlarını arttırmakta ve hastalığın sürecinin negatif yönde seyretmesine sebebiyet vermektedir. Ruhsal hastalık tanısı almış bireyler genellikle aile içi problemler, iş kaybetme/bulamama, finansal problemler, sosyal çevre oluşturamama/kendini soyutlama, olumsuz düşünceler, damgalanma ve intihar durumları ile karşı karşıya kalmaktadırlar (Gültekin, 2010). Ruhsal hastalıklar birçok etkenden dolayı oluşabilirler. Bu etkenler arasında yaş, cinsiyet, istismar, kalıtımla gelen etkiler, ekonomik durum, çevresel koşullar, yetiştirilme biçimi, eğitim düzeyi gibi etkenler oluşmasına ya da tetiklenmesine sebebiyet verebilir (WHO, 2004; Gültekin, 2010).

Ruh sağlığı yeterince iyi olmayan kişilerin davranış, duygu ve düşüncelerinde tutarsızlık olduğu, tepkilerinin aşırı olduğu ve bulunduğu topluma uygun duygu, düşünce ve davranışlarının olmadığı görülmektedir. Ancak bu özelliklerin bir kere bir bireyde olması onun bir ruhsal hastalığa sahip olduğu göstermemektedir. Bu durumların tekrar etmesi ve kişinin yaşam işlevselliğinde açık bir düşüşün olması gerekmektedir (Topaç & Vural, 2004). Ayrıca bu bireylerde görülen konuşma, algı ve düşüncelerdeki bozukluklar dolayısıyla kişi diğerleri ile ilişkisini sürdürebilmekte zorluk yaşayabilir, etrafa uyum sağlamakta zorlanabilir ve bu durum

bireyin kaygılı olmasına sebebiyet verebilir. Bunların hepsi kişinin kendisini toplumdan soyutlamasına sebebiyet verir (Yurt, 2000; Shives, 2008).

2.1.2 Ruh Sağlığına Etki Eden Faktörler

Kişinin ruhsal sağlığına etki eden faktörleri üç grupta inceleyebiliriz. Bunlar;

1. Kişisel özellikler ile bireyin davranışları; bireyin özgüven ve özsaygısının düşük olması, bilişsel düzeyinin normalin altında olması, kişilerarası iletişim becerilerinde yetersizlik göstermesi, alkol ve madde kullanımı ile tıbbi hastalıklar bu grupta bulunmaktadır.

2. Sosyal ve finansal durum; kişinin onun için yakın olan birini kaybetmesi, yalnız olması, aile içerisinde iletişim eksikliği, ihmal, istismar veya şiddetin olması, gelir düzeyinin düşük olması, eğitim ve iş anlamında yaşanan zorluklar bu grupta yer almaktadır.

3. Çevresel etkenler; temel ihtiyaçlarını giderememesi, ayrımcılığa maruz kalması, cinsiyet ve toplumsal eşitsizliğe maruz kalmış olması, savaş içerisinde bulunması ve buna benzeyen felaketler ile karşı karşıya kalmış olması bu grupta yer almaktadır (WHO,2012).

Kişinin ruh sağlığını korumasına engel olan riskli faktörleri de bulunmaktadır. Bunlar biyopsikososyal faktörlerdir. Bireyin ailesinden aldığı kalıtsal geçiş, şu anda yaşadığı ya da daha önce yaşamış olduğu çevre ve bu çevrenin onda yarattığı psikolojik yıkım, çocukluk çağı travmaları, ekonomik gelirin yoksulluk düzeyinde olması kişinin ruh sağlığını olumsuz etkileyen faktörlerdendir (Breakey, 1996; Aktaran: Aksaray & diğ., 1999).

Yapılan bir araştırma sosyal destek ve istihdam oranının ruh sağlığı açısından büyük önem taşıdığını ve bu durumların eksikliğini ruh sağlığını tehlikeye attığını saptamıştır (Doğan & Kocacık, 2006). Aynı çalışma ruh sağlığını olumsuz etkileyen faktörler arasında genetik aktarım, sosyal statü, ekonomik gelir, ırk, cinsiyet ve yaş, iş bulamama, göç ve çocukluk dönemi travmalarını olduğunu da öne sürmektedir.

Ruhsal hastalığın oluşmasına neden olan faktörler üzerine çalışılır, önleyici ve koruyucu faktörler ne kadar arttırılırsa bu bozukluklara karşı direncin artması da sağlanacaktır. Bu etkiler sayesinde hastalık tamamen ortadan kalkmasa bile bireylerin semptomlarının şiddeti, sıklığı ve yoğunluğu azaltılmış olacaktır (WHO, 2004).

Sanayi devriminden bu yana hızlı bir şekilde toplumsal değişiklikler oluşmuştur. Bu toplumsal değişimler bireyi de etkilemiş ve günlük yaşam rutinlerini değiştirmiş, kişilerin yeni alışkanlıklar edinmesine sebebiyet vermiş ve bununla birlikte yeni sorunları da gündeme getirmiştir. Sanayi devrimi ile başlamış olan teknolojik değişimler, savaşlar, göçler, kentleşme ve bunlara dair sorunlar toplumu hızlıca değişime iterken kişileri de bireysel olarak bu hıza yetişmeye zorlamıştır. Bu değişim ve yeniliğe uyum sağlayamayan bireyler de ruhsal hastalık/bozuklukların artışı yoğun bir şekilde gözlemlenmiştir (Özen, 1991).

Bu etkenlerin yanı sıra ruh sağlığı üzerinde etkisi olan önemli etkenlerden biri de eğitim ve sağlıktır. Bireylerin hastalığından sonra bu kaynaklara ulaşmada olumsuz birçok etmenle karşılaşmaları mümkündür ve bu olumsuzluklar sadece ruhsal hastalığı olan bireyi değil, onunla birlikte bu bireyin ailesini de etkilemektedir. Bu etkiler o ailenin ve bireyin ayrımcılığa, dışlanmaya ve damgalanmaya maruz kalmasına sebebiyet vermektedir (Jané-Llopis & diğ., 2005).

2.1.3 Ruhsal Hastalıklara Karşı Tutumlar ve İnançlar

Tutum, kişilerde doğuştan gelen bir şey değildir. Bunun aksine kişinin hayatı sürecinde sürekli olarak devam etmektedir. Tutumların oluşması öncelikler ailede, ardından okulda ve sonrasında toplum ile birlikte şekillenmektedir (Güllü & Güçlü 2009; Yaralı, 2016). Tutum yaşam boyu katı kurallarla şekillenmiş ve esnek olmayan bir şey değildir. Kişinin tutumları değişebilir. Kişinin tutumlarını değiştirmesi için bilgiye ulaştığı kaynağın güvenilir olması, verilen bilginin sert bir şekilde aktarılmaması ve kişi de direnç oluşumuna neden olmaması gerekmektedir. Kişinin tutumlarını bir davranış biçimine dönüştürmesi için o tutumun çok güçlü ve birçok güvenilir kaynak tarafından iletilen bir bilgi olması gerekmektedir (Arkonaç, 1998; Taşkın, 2007; İnceoğlu, 2010; Morgan, 2010; Kağıtçıbaşı & Cemalcılar, 2014).

İnanç kişinin bir konuya dair sahip olduğu zihinsel süreçleridir. Bilgi doğrultusunda zihinde oluşan öğelerde değişiklik olması ile tutumlar oluşmaktadır (Kağıtçıbaşı & Cemalcılar, 2014). İnanç kişilerin bir konuya dair zihinsel olarak sahip oldukları bilgi anlamına gelirken, tutum bu konuya dair yapılan değerlendirmeler anlamını taşımaktadır. İkisi karşılaştırıldığında inanç zihinde daha derinde bulunmaktadır. İnanç bireylerin en üstün güç ve değer merkezleridir (Ok, 2009).

İnanç sistemi açısından ülkemizin oldukça güçlü bir yanı vardır. Bu inanç sistemi ardına bazı davranışları da getirmektedir. Ruhsal hastalıklara dair uygulamalar bu davranışlarla da şekillenmektedir. Çalışmalar gösteriyor ki ruhsal hastalığa sahip bireyler öncelikle din ile

bağlantılı olduğu düşünmekte ve tıp dışı çareler aramaktadırlar (Taşkın, 2007; Thornicrof, 2014). Toplum, ruhsal hastalığın sebebiyet verdiği bireysel değişikliklerin (duygu, düşünce, davranış) din ile alakalı olduğunu öne sürmektedirler. Bu yaygınlaşmış inanç ve tutumun nedeni ruhsal hastalıkların oluşumuna dair tam olarak bilgi sahibi olunmamasından kaynaklanmaktadır. Çalışmalar gösteriyor ki ülkemizde ruhsal hastalığı olan bireylere karşı negatif inanç ve tutumlar bulunmakta; bu bireyler dışlanmakta, damgalanmakta ve toplumdan uzaklaştırılmaktadırlar (Taşkın, 2007; Batastini & diğ., 2018; Keskin & diğ., 2013).

2.1.4 Tarihsel Süreçte Ruhsal Hastalıklar

Ruhsal hastalığı olan bireylere karşı yaklaşım biçimleri toplumdan topluma, kültürden kültüre ve zamandan zamana farklılık göstermektedir. Bazı durumlarda tutumlar olumlu ve değer verir biçimde iken bazı durumlarda tam tersi olmuştur (Bostancı & Aşçı, 2000).

Ruhsal hastalıklara tarihsel açıdan baktığımızda, ilk çağlarda sebebi kızgın, öfkeli ve zararlı ruhlardan dolayı olduğu düşünülmüştür. Dönemin koşulları gereği açıklama bulunamayan her şey tanrı kaynaklı olarak düşünülmüştür. Bu dönemde şifacı olarak görülen şamanlar ve büyücüler bu hastalıkları gidermek adına danslar ve törenler organize etmiş ve bunun bu kötü ruhları kovacağına inanmışlardır (Saygın, 2007; Topaç & Vural, 2004; İnci & Çalışkan, 2019).

Milattan önce (M.Ö) 460-337 yılları arasında yaşayan Hipokrat ruhsal hastalıkların kötü ruhlardan değil, doğal sebeplerden olduğunu öne sürmüş ve tıpkı diğer fizyolojik rahatsızlıklar gibi bunun da tedavinin gerektiğini belirtmiştir. Bu bireyleri dışlamak, damgalamak ve onlardan korkup kaçmak yerine; onlara sevgi ve şefkatle yaklaşılması gerektiğinin önemini vurgulamıştır. Burada genetik yapının ve çevresel koşulların önemi üzerinde durmuştur. Hatta tedavi için gerekli durumlarda hastayı ailesinden uzaklaştırmıştır. Milattan sonra (M.S) 200'lü yıllara kadar ruhsal hastalıklara karşı tutum daha insancıl bir yaklaşım içerisindeydi (Şencan & diğ., 2015-2020).

Büyüsel düşüncenin hâkim olduğu ve karanlık çağ olarak anılan orta çağda (15.yy) ruhsal hastalığa sahip olan kişiler çok fazla işkenceye maruz kalmışlardır. Bu işkenceler arasında onları dövmek, hapse kapatmak, alay etmek, küçük düşürmek, eziyet etmek, zincire vurmak ve hatta diri diri yakmak bile bulunmaktadır (Şencan & diğ., 2015-2020; İnci & Çalışkan, 2019). Avrupa da ruhsal hastalıklara karşı tutum ve davranışlar bu haldeyken; İslam inancına sahip toplumlar ve Türkler, ruhsal hastalığı olan bireylere karşı daha iyimser bir tutum içerisindeydiler. Bu bireylere yardım edilmesi, diğer bireylerden pozitif anlamda ayrımcılık yapılması gerektiğini düşünmekteydiler. Bu sebeplerle Selçuklu ve Osmanlı Devleti ruhsal

hastalığı olan bireyler için tedavi merkezleri kurarak, onlar için birçok çalışmada bulunmuş ve müzik ile, sevgi ve anlayış ile onların dışlanmadan topluma dahil edileceklerine inanmışlardır (Öztürk & Uluşahin, 2016; Topaç & Vural 2004; Aştı & Bostancı, 2000). Rönesans ile birlikte bireylerin fizyolojik ve anatomik yapısı incelenerek birçok hastalığın tanımı yapılmaya başlanmıştır. Bu sayede Rönesans ile birlikte Avrupa da ruhsal hastalıklara karşı tutum ve inançlar değişmeye başlamış ve ruhsal hastalıklarda tedavinin önemi üzerinde durmaya başlanmıştır (Öztürk & Uluşahin, 2016; Şencan & diğ., 2015-2020). 17. Yüzyıl ile birlikte ruhsal hastalıkların gidişatı ve onlara sahip bireylerle ilgili kararların din adamları değil tıp hekimleri tarafından verilmesi gerekliliği kabul görmüş ve bu bireylerin bakım evi ve hastanelerde tedavi görmesi gerektiği kabul edilmiştir (Öztürk & Uluşahin, 2016; Gülseren, 2002; İnci & Çalışkan, 2019). Alman ve Fransız tıp hekimleri tarafından 19. Yüzyılda kayda değer çalışmalar yapılmıştır. Bu dönemde Almanya da Freud, Adler, Jung, Breuer, Kraepelin ve Meynert; Fransa da ise Mangan, Janet ve Charcot ruhsal hastalıklar için önemli çalışmalar yapmış ve çağdaş psikiyatrinin oluşmasına ön ayak olmuşlardır (Şencan & diğ., 2015-2020; Köknel, 1998).

Osmanlı ve Selçuklu döneminde kurulan ilk ruh sağlığı hastanesini Fatih Sultan Mehmet yaptırmıştır (Taşkın, 2007). Türkiye de ruhsal hastalıklara yönelik psikiyatri eğitimi ilk kez 1898 yılında Raşit Tahsin ile Gülhane Askeri Tıp Okulu'nda başlayarak Mazhar Osman ile devam etmiştir (Saygın, 2007). Ülkemizde Toptaşı Akıl Hastanesi, 2. Selim'in karısı Nurbanu Sultan tarafından yaptırılmıştır. Mazhar Osman buranın başhekimliğini yapmıştır (Köknel, 1998). Cumhuriyet'in ilanından sonra Elazığ, Samsun, Manisa gibi diğer illerde de ruhsal hastalıklar için hizmet ve tedavi sunan merkezler açılmış ve birçok devlet hastanesi bünyesine psikiyatri servislerini de dahil etmiştir (Çelikkol, 1999).

2.2 Damgalanma

2.2.1 Damgalanmanın Tanımı ve Tarihçesi

Kelime anlamı ile damgalanma Yunanca “stigma” kelimesinden dilimize çevrilmiştir. Eski dönemde stigma bireyin vücudunda kesme ya da yakma ile oluşturulan izleri tanımlamak için kullanılırdı. Bu izler özellikle herkesin göreceği şekilde yapılırdı çünkü böylece bu izlere sahip kişilerin kötü insanlar oldukları, ahlaklarının kötü olduğu, suçlu ya da köle oldukları anlaşılabilir istenirdi (Goffman, 1963). Günümüzde ise damga bir kişi ya da grubun utanması gereken, normal dışı bir durumu, farklı ya da aykırı olmayı temsil etmektedir (Taşkın, 2007).

Alan yazında damga ile ilgili farklı tanımlar yer almaktadır. Ervin Goffman 1963'te yayınladığı *Damga: Örselenmiş Kimliğin İdare Edilişi Üzerine* isimli kitabında bu kavramı açıklamıştır. Goffman damgayı şu şekilde açıklamıştır; bireyi belirli bir çerçevede içerisinde ya da kültürüne bağlı olarak değersizleştirme durumudur. Goffman bu kitabında damgalanmış bireyin günlük yaşantısında hayata geriden geldiği ya da günlük hayatta itildiğini belirtmiştir.

Damgalanan birey bir özelliği sebebiyle diğerlerinden küçük ve aşağı görülür ve genel anlamıyla bireyin kötülendiği bir durumdur (Corrigan & diğ., 2001). Damgalanma “biz” ve “onlar” ayırımına yol açmaktadır (Hanzawa & diğ., 2012).

Damgalanma bazı bireylerin bir hastalığı ya da bir özelliği sebebiyle toplumun diğerlerinin ona karşı tavır alması, dışlaması, farklı gözle bakması gibi durumları kapsamaktadır (Çam & Çuhadar, 2011).

Sonrasında yapılan araştırmalar damgalanmanın daha çok bağlamsal ve ilişkisel boyutlarını inceleyerek, dinamik doğasını ele almışlardır (Dovidio & diğ., 2000). Yayımlanan bir kitap damgalanmanın bağıntısal olduğunu belirtmektedir. Hangi durumun, koşulun ya da özelliğin damgalanacağını toplum belirler ve bu toplumca zaman içerisinde kalıplaşarak normalleştirilir (Jones & diğ., 1984). Corcker, Major ve Steele (1998)'nin çalışmasına göre de damgalanmış bireyde bulunan bir özellik bulunulan sosyal bağlam içerisinde bireyi değersizleştirir ve sosyal kimliğinin bu şekilde oluşmasına neden olur.

İncelendiğinde çoğu tanım aynı iki kapıya çıkmaktadır. Birincisi damgalanma bireyi farklı kılar ve değersizleştirir; ikincisi ise damgalanma ilişkisel ve bağlamsal değişkenlere bağlı bir sosyal yapıdır (Major & O'Brien, 2005). Fakat sonrasında yapılan bir çalışma damgalamanın bir güç dengesi yarattığını da ileri sürmektedir. Tanımlama yapılırken güçten mutlaka bahsedilmesi gerektiğini belirtmişlerdir. Bu çalışmada damga şu şekilde açıklanmıştır; olumsuz stereotipleme, etiketleme, itme, dışlama, ayrımcılık, statü düşüklüğü ve bir hegemonya çatısında ortaya çıktığında oluşmaktadır.

Damgalanmaya etki eden birçok neden bulunmaktadır. Bu nedenler arasında inanç farklılığı, kültür, tarihsel geçmiş, kişisel özellikler (cinsiyet, eğitim durumu, meslek, medeni hal, yaş vb.), hastalık durumu ve kitle iletişim araçları sayılabilir (Karagöl & diğ., 2013; Korkmaz, 2013; Taşkın, 2007; Hayward & Bright, 1997). Damgalama tutumunun en önemli belirleyicisi ise toplum ve o toplumun normlarıdır (Taşkın, 2007).

Damgalanmanın bir ego hasarı oluşturduğunu savunan çalışmada, hem damgalayan hem de damgalanan kişi bu süreci interaktif bir şekilde yaşarlar. Bazen birey kendini damgalar ve bu da toplumun onu damgalamasına daha hızlı sebebiyet verir (Cumming & Cumming, 1965).

2.2.2 İçselleştirilmiş Damgalanma

Damgalanma problemi 3 unsurdan oluşmaktadır. Bunlar (yanlış) bilgi sorunları, (önyargı) tutum sorunları ve (ayrımcılık) davranış sorunlarıdır. Ayrıca sosyal ve bireysel damgalanma şeklinde iki sınıfa ayrılmaktadır.

Bireysel damgalanmada algılanan, deneyimlenen ve öz damgalama olarak üçe ayrılmaktadır. Algılanan damgalanma toplumun damgalanan grup hakkında ki düşüncelerine olan inancı kapsamaktadır. Deneyimlenen damgalanma ayrımcılık ve dışlanma yaşanılmasını kapsamaktadır. Öz damgalanma ya da içselleştirilmiş damgalanma ise toplumsal damgalanmanın içselleştirilmiş bir ürünüdür. Sosyal, öz ve algılanan damgalanma bir döngü şeklinde birbirini tetiklemekte ve kişinin duruma olan öz direncini kırabilmektedir (Assefa & diğ., 2012; Sibitz & diğ., 2011).

Öz damgalama ya da içselleştirilmiş damgalama toplumun geri kalanlarının inandığı yetersiz ve değersiz olma damgalanmasının birey tarafından içselleştirilmesidir. İçselleştirilmiş damgalamayı kavramsallaştırmamız gerekirse, bireyin geliştirdiği yanlış ve uyumsuz inançlar bütünüdür (Yanos & diğ., 2011). İçselleştirilen damgalanma, damgalanma durumuna göre bilişsel, duygusal ve davranışsal tepki ve örüntüleri içermektedir (Brohan & diğ., 2010; Sarısoy & diğ., 2013). İçselleştirilmiş damgalanma kişinin toplum içerisindeki negatif basmakalıp düşünceleri kabul etmek ve buna bağlı olarak değersiz hissederek toplumdaki izole olmasını kapsamaktadır (Corrigan, 1998).

Algılanan damgalanmada bireyler dışarıdan gelen negatif durumları ve itici tavırları üzerine alarak damgalanmış hissetmektedirler (Taşkın, 2007). Bazı durumlarda bireyler bir uzmana başvurmasalar bile sahip oldukları hastalık durumu sebebiyle kendilerini damgalanmış hissedebilirler. Bu durumda bireyde utanma, kaçınma, özsaygısını kaybetme, çarpıtılmış otomatik düşünceler gibi negatif düşüncelere kapılabilirler. Var olan hastalığın damgalayıcı içeriğinin fazlalığında bu belirtilerin şiddetini arttırmaktadır (Taşkın, 2007).

İçselleştirilmiş damgalanmada ise birey toplumdaki önyargıları bilmekte ve kendisini için kabul etmektedir. Bu durum sonucunda da değersizlik, utanç, yetersizlik gibi duygular hissederek sosyal geri çekilme göstermektedir (Corrigan, 1998). Bu iki kavramı toparlayacak olursak algılanan damgalanma kişinin damgalandığını hissetmesini tanımlarken, içselleştirilmiş damgalanma kişinin kendisini damgalamasıdır. İçselleştirilmiş damgalanmada kaynak kişinin kendisidir. Toplumun ve ailenin damgalama eğilimine göre de artış gösterebilmektedir (Taşkın, 2007).

Sosyal damgalanma genellikle uzmanların ve toplumun ruhsal bozukluğu olan kişilere karşı onaylanmış tutum ve davranışlardır. Sosyal damgalanma, damgalanmaya sebep olan bir

unsuru baz alan bir ayrıma neden olmaktadır. Örneğin, hasta olan kişiler ve hasta olmayan kişiler düşüncesi kişide “biz” ve “onlar” ayrımını ortaya çıkarmaktadır. Biz ne kadar güçlenirse, öteki o kadar güçsüzleştirilir (Williams & Gonzalez 2011). Yaşanan sosyal damgalama bireyin sosyal geri çekilmesine de sebebiyet vermektedir (Çam & Çuhadar, 2011). Sosyal damgalanmanın sebebiyet verdiği durumları sosyal destek ile ortadan kaldırmak oldukça mümkündür. Liu ve arkadaşlarının çalışmasına göre algılanan sosyal destek ve genel sağlık durumu arasında pozitif bir ilişki bulunmaktadır (Xu & diğ., 2020).

2.2.3 Damga Çeşitleri ve Boyutları

Bir süredir yapılan çalışmalar damgalanmayı kavramsallaştırma ve kategorileştirme üzerine yapılmaktadır (Dovidio & diğ., 2000). İlk olarak Goffman Stigma isimli kitabında bireyin üç kategoride damgalandığını belirtir; 1) fiziksel farklılıklardan dolayı, 2) karakteristik yapısından dolayı (zihinsel hastalık, iş bulamama, madde bağımlılığı vb.), 3) mensubu olduğu topluluktan dolayı (dil, din, ırk vb. farklılıklar). Kişi aynı anda birden fazla damgalanma yaşayabilir. Goffman ayrıca damgalanan özelliği dışarıdan görülebilir olma yani “discredited” ve saklanabilir olma yani “discreditable” şeklinde ikiye ayırmıştır (akt. Choudoir, Earnshaw ve Andel, 2013).

Yapılan bir başka çalışmada Jones ve arkadaşları (1984) damgalanmayı 6 boyutta ele almışlardır. Bunlar; (Jones & diğ., 1984; Deaux & diğ., 1995).

1. Gizlenebilirlik → damgalanmış özelliğin ne derece görünür olduğu, örneğin yüzde bir yara ya da eşcinsel olmak
2. Damganın, işaretin seyri → damgalanan özelliği zaman içerisinde zayıflaması ya da daha belirgin olması, örneğin körlük, multip skleroz hastalığı
3. Yıkıcılık → damgalanan özelliğin bireylerarası ilişkilere etkisi, örneğin kekemelik
4. Estetik duruşu → damgalanan özelliğin ne derece itici ve kötü gözüktüğü ile ilgilidir
5. Orijin, kaynak → damgalanan özelliğin kaynağı ile ilgilidir. Örneğin yüzdeki bir deformasyonun doğuştan olması ya da sonradan araba kazası nedeniyle olması gibi
6. Risk → damgalanan özelliğin yarattığı tehlike algısı ile alakalıdır.

2.2.4 İçselleştirilmiş Damgalanmanın Oluşum Biçimi

İçselleştirilmiş damgalanma bir ön koşul gerektirmez. Toplumun bireyi damgalaması, bireyin toplumdan dışlanması kesinlikle içselleştirilmiş damgalanmaya neden olur denmemektedir. Birey burada daha çok yardıma ihtiyaç duyduğu anda damgalanma duygusu ile hissedebileceği bir durumdur (Taşkın, 2007). Damgalanma durumunda asıl kaynak

genellikle birey ve bireyin algısıdır. Birey kendi algıları doğrultusunda damgalanacağını düşünmektedir (Ritsher & Phelan, 2004). Sarıkoç (2011) yaptığı çalışmada bireylerin toplum tarafından damgalanmasa bile kendilerini damgalanma psikolojisine soktuklarını belirtmiştir.

Corrigan içselleştirilmiş damgalanmayı 3A kavramı ile açıklamıştır. İçselleştirilmiş damgalanmanın süreci farkındalık (Awareness), anlaşma (Agreement), uygulama (Application) biçiminde gerçekleşmektedir.

Farkındalık, bireyin herhangi bir hastalığa maruz kalmadan önceki toplumun o hastalığa dair ürettiği önyargıların farkında olması ile ilgilidir (Sarıkoç, 2011; Tanabe & diğ., 2016; Corrigan & Watson, 2002). Örneğin, coronavirüs teşhisi konmuş bireyler ile sağlığımızı ve çevremizdekilerin sağlığını koruma için temasta bulunmamalıyız fakat onları arayabilir, görüntülü görüşebiliriz ve bu sayede sosyal desteğin devam ettiğini görmek onlara da iyi hissettirecektir.

Anlaşma, kişinin farketmediği bu toplumsal önyargıları kabul etme ve haklı görmesine denmektedir. Örneğin, corona virüs teşhisi konmuş insanlarla kesinlikle temasta bulunmamalı ve görüşmemeliyiz algısını kabul ederek etrafındaki tanı konmuş bireylerle tüm iletişimi kesmek.

Uygulama, bireyin var olan hastalığa kendisi de sahip olması durumunda anlaşma kısmında düşündüğü fikirlerin kendisi için de diğerleri tarafından düşünüleceği korkusuna denmektedir. Örneğin, birey kendisi COVID -19 tanısı aldıktan sonra yaşadığı fiziksel hastalığa ek olarak duygusal olarak da kendisini yalnız hissedebilir.

2.2.5 İçselleştirilmiş Damgalanma ile Başa Çıkma

İçselleştirilmiş damgalanma yaşayan bireyler bu durumla başa çıkabilmek için dışlanmaktan kaçınır ya da başka başa çıkma biçimleri kullanabilirler. Bazen birey kaçınırken bazen de “ben onlardan farklıyım” meydan okumasında bulunabilirler. Bu savunmalar yeterince etkili olmayabilir ve bazıları negatif sonuçlara da neden olabilir (Link & diğ.,2002). Bireyler içselleştirilmiş damgalanma ile başa çıkabilmek için bir uzmandan destek almalı ve bu süreçte onunla birlikte başa çıkmalıdır.

İçselleştirilmiş damgalanmayı azaltmak için Hayward ve Bright (1997) şunları belirtmişlerdir.

- 1) Damgalanma durumu reddedilmemeli, inkâr edilmemelidir. Bu noktada reddetmek ya da inkâr etmek yerine problemi çözmeye yönelik yaklaşımlarda bulunulmalıdır. Damgalama/damgalanma durumu bir gerçekliktir ve bunu görmezden

gelmek durumu çözmeyecek aksine bireyi gerçeklik algısının dışına çıkaracaktır. Bu durumda uygulanacak en uygun tedavi bilişsel davranışçı yaklaşımdır. Bu sayede bireyin otomatik düşünceleri ve damgalanmaya dair inançlarını belirleyebilir ve müdahale edebiliriz.

2) Bireye durum ile ilgili psikoeğitim verilmelidir. Bu psikoeğitim verilirken durumun mutlaka biyopsikososyal açıdan açıklanmalıdır. Bireye psikoeğitim verilirken, damgalanmanın hissettirdiklerinden ve kendisinde kurtulunabileceği motivasyonu da verilmeli ve bireyin baş etme stratejilerini geliştirmeye yönelik çalışmalar yapılmalıdır.

3) Bireyin özdamgalanma sürecini öz yeterlilik ile değiştirerek bireye kontrol edebileceği motivasyonu verilmelidir.

Hayward ve Bright'ın bu yaklaşımı ışığında Maccinnes ve Lewis (2008) yaptıkları çalışmalarda psikoeğitim ve BDT yöntemini bir arada kullandıkları bir grup programı yapmış ve bireylerin içselleştirilmiş damgalanma düzeylerinde düşüş olduğunu belirtmişlerdir.

Watson ve Corrigan (2006) çalışmalarında Beck'in geliştirdiği bireyin kendine zararlı tutum ve davranışlarına karşı çıkmak ve bunu bireyin öz saygısına iyi gelecek inançlar ile değiştirmesini hedefleyen taslağını içselleştirilmiş damgalamayı durdurma taslağı (stop self-stigma worksheet) şeklinde bir araya getirmişlerdir. Bu taslağın içeriği;

- Bireyin çarpıtılmış ya da zararlı inançlarını liste yapması,
- Bu inançlara neden olan sayılıların listeye tanımlanması,
- Çevresinde güvendiği bireylere sorarak bu inançların doğruluğunu test etmesi,
- Bu inançlara karşıt inançlar toplaması ve liste yapması,
- Bu zararlı inançlara karşıt kendi öz saygısını yitirmeyeceği ve diğerlerine zarar vermeyeceği yeni inançlar ile şekillendirmesi istenmektedir (Watson &Corrigan, 2006).

2.2.6 Ruhsal Hastalığa Sahip Bireyleri Damgalama

Damgalanma ortaçağda bir bireyin suçlu olduğunu belirtmek için kişilerin vücuduna kızgın demirle bırakılan ize denmekteydi. Sifiliz hastaları da zamanında bu şekilde damgalanan bireylerden olmuşlardır. Bu bireyler sahip oldukları iz dolayısıyla toplum tarafından dışlanmaktalardı. Zaman içerisinde cüzzam, kanser, tüberküloz ve AIDS hastaları da toplumdan dışlanan hastalardan olmuşlardır. Bunların yanı sıra ruhsal hastalıklarda bu konuda toplumdan

nasibini almışlardır ve damgalanmaya maruz kalmışlardır (Schulze & Angermeyer 2003; Avcil & diğ., 2016). Geçmiş dönemde insanlar ruhsal hastalığa sahip bireylerin duygu, düşünce ve davranışlarındaki değişikliğin nedenine anlam verememiş ve farklı oldukları için onlara karşı tedirgin ve mesafeli olmuşlardır. Bu durumlarda ruhsal hastalığa sahip bireylere karşı ön yargı ve uzaklığın oluşumuna sebebiyet vermiştir (Taşkın, 2007).

Ruhsal hastalığa sahip bireylerin tanı alması damgalanmanın da başlaması demektir. Bir bireyin ruhsal hastalık tanısı alması direk olarak onu o tanı grubuna dahil ederek hepsinin aynı olduğuna dair düşünceye sahip olmak demektir. Tanı alana kadar ki yaşam şekli bir yana artık tanı aldıktan sonra ona karşı tutum ve davranışlarda farklılıklar olmaktadır (Taşkın, 2007). Toplumun ruhsal hastalık tanısı almış bireyleri dışlamasındaki en büyük etken ruhsal hastalık tanısı olan bireylerin tehlikeli olduğu ve her an zarar verici davranışlarda bulunabileceğine dair olan inançtır. En temelde bu inanç bireyleri toplumdan itmektedir. Bu durum bireylerin sosyal ve hatta iş hayatları üzerinde negatif etkileri olmakla birlikte bu etki zamanla işlevsizliğe, toplum ve iş alanı içerisinde yer alamamaya kadar gitmektedir (Avcil & diğ., 2016; Batastini & diğ., 2018).

2.2.6 Etiketleme Kuramı

Frank Tannenbaum'un 1938 tarihli "Theater des Böse" makalesinin, karakterizasyon teorisinin (damgalama teorisi) tohumlarını attığı söylenebilir. Ona göre, suçu alenen işleyen kişinin kimliğini tespit etmek için bir işaret koyulacak. Sosyal otorite, tepkileri ile suçlunun kim olduğuna, suç davranışının ne olduğuna ve hangi cezaya çarptırılacağına karar veren tek otoritedir. Suçluların hapiste ve hastaların hastanede tutulmasının nedeni, toplumu olası zararlardan korumaktadır.

Lemert (1972), olumsuz ve aşağılayıcı sığata bağlanan kişinin belli bir süre sonra bu rolü üstlenip suça yönelmesi fikriyle etiketleme teorisinin temellerini geliştirmiştir (Dursun, 1997). Ona göre, sürecin başında sınırları aşma davranışı, kişi sıfatı kabul edip kendisini sapkın olarak görmeye başladığında birincil bir sapkınlık ve ikincil bir sapkınlıktır (Giddens, 2000).

Akıl hastalığı olan kişi, toplum tarafından iyileşmek için hastaneye gelmesine rağmen anormal ve sapkın davranışlar sergileyen biri olarak algılanır. Bu damgalama, o kişinin etrafındaki herkesin davranışını değiştirir. Bu da farklı bir davranışı göstermektedir (Atalay, 2009). Örneğin, okulda yaramazlık yapan bir çocuk, suça eğilimli etiketi boynuna asıldığında ömür boyu güvenilmez olarak kabul edilir. Bu durumda çocuk suça karşı daha savunmasız hale gelir.

Koşullar, suçlu olmaktan başka seçeneği olmadığı için onu bir suçlu haline getirir. Bir diğer örnek ise Reşat Nuri Güntekin'in başkasını korumak için hapse giren kahramanın ailesi bile ona güvenmediği ve düzgün bir iş bulamadığı için düzgün bir hayat kuramadığını ifade eden "Pul" romanıdır (Güntekin, 2014).

Etiketleme teorisi ilk olarak Becker tarafından önerildi. Sembolik etkileşimcilik yaklaşımının temelini oluşturan bu görüşe sahip düşünürler, sosyal olayları insanlar arasındaki ilişki ve etkileşimlere dayandırır (Gündüz Mutluer, 2000; Lemert, 1951) ve Becker (1963), normal davranış olarak kabul edilenin dışında hareket ettikleri için bir kişiyi diğerlerinden ayırarak sınıflandırmaya götüren sapkın bir kişinin davranışıyla ilgilenir. Aslında, sapkın davranışlar tamamen çevremizle ilgilidir. Toplumdaki hiç kimsenin sosyal kurallara uygun davranması beklenemez (Giddens, 2000). Sorulduğunda herkes kırmızı ışıktaki geçici, çimlere basar ve yere çöp atardı. Ayrıca suç işlemesine rağmen yakalanmayanlar, yakalanmayanlar, affedilmeyenler ise cezalandırılmaz ve göz ardı edilebilir. Etiketleme teorisi bağlamında, süreçte failer ile diğer aktörler arasındaki etkileşimin sapma davranışını temsil ettiği söylenebilir (Özmen ve Erdem, 2008).

Becker (1963) etiketleme teorisinde toplumsal bir bakış açısıyla, bilinçli veya bilinçsiz olarak kuralları göz ardı eden ve sınırları aşmaya alışanların "sapan" olarak damgalandığını belirtmiştir. Suç işleyenler, izinsiz davranışlarda bulunan ve işaretlenen kişilerdir (Sankır, 2013). Toplum, bu sapkın insanları etiketleyerek, başkalarının bu kişi hakkında bir fikir edinmesini ve onları sistemden çıkarmasını sağlamaya çalışır. Goffman, bu süreci temel sosyal sapma teorisinde ifade eden ilk kişiydi. Fiziksel engellerle ilgili sosyal sapsmalar, etnik farklılıklar ve uygunsuzluk örnekleri verdi (Sumner, 1994). Sosyal sapma örnekleri aynı zamanda damgalama türleriyle de ilgilidir.

Becker (1963), grup kurallarından sapan insanları "dışarıdakiler" olarak tanımlar. Sosyal normlara uygun hareket edenler çemberin içinde kalırken, sosyal bir sorun olarak görülen sapkın davranışlarda bulunanlar dışarıda kalıyor. Sosyal sorun, suç, yoksulluk ve ırklar arası ilişkiler gibi unsurları içerir (Becker, 1963).

Sosyal sorunlar, suçlu ile sapmaları tanımlayan kişiler arasındaki etkileşime bağlı olarak değişir. Güç, bu etkileşimde önemli bir kriterdir. Etiketleme teorisi, suçluluk ve güç arasındaki ilişkiyi anlamada önemli bir rol oynar. Suçluyu belirlemede ön saflarda güçlüler vardır. Zayıf dezavantajlı duruma getirebilirler. Daha düşük sosyal statüye sahip olanlar hem güçsüz olduklarından hem de daha az sosyal kaynağa sahip olduklarından, etiketlenmeye karşı koyamazlar (Özmen ve Erdem, 2008). Etiket genellikle kanun koyucular, kolluk kuvvetleri ve başkalarını ahlaki olarak tanımlayanlar tarafından yapılandırılır. Örneğin; Genel olarak zenginler, fakirleri, erkekleri, kadınları, yaşlı gençleri ve etnik çoğunluğun azınlıklarını ifade eder (Giddens, 2000).

2.3 Yaşam Kalitesi

Dünya Sağlık Örgütü'nün yaşam kalitesini bireyin bulunduğu toplum içerisinde kültür ve değerler sistemine uyumlu yaşayabilmesi, hedefleri, beklentileri ve anksiyetesi ile ilgili yaşamdaki konumunu algılamasıdır (WHOQOL, 1995).

Yaşam kalitesi her disiplin için farklı anlamlara gelebilir ve genel itibariyle nokta atışı bir anlamı bulunmamaktadır. Ruh sağlığı alanında yaşam kalitesi iyi hissetme, sosyoloji için refah düzeyi, sağlık için beden sağlığı, finansal açıdan ise gelişmeyi karşılamaktadır (Ağır, 2017).

Yaşam kalitesini etkileyen içsel ve dışsal birçok faktör bulunmaktadır (McInerney, 2015). Literatürde yapılan bir çalışmaya göre yaşam kalitesinin düşmesine neden olan bazı etkenler kadın olmak, dul ya da boşanmış olmak, düşük entelektüel seviye, düşük ekonomik düzey, düşük sosyal destek, yaşam alanının özellikleri, kronik bir rahatsızlığa sahip olmak, iş doyumdur (Boylu & Paçacıoğlu, 2016).

Yaşam kalitesi objektif ve sübjektif şekilde iki şekilde alınmaktadır. Objektif kriterleri OECD (Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü) 11 maddedir. Bu maddeler, gelir ve refah, konut, iş, sosyal ağ, eğitim, çevresel koşullar, sivil katılım, güvenlik, yaşam memnuniyeti, sağlık düzeyi ile iş yaşam dengisidir (Akar, 2014). Bireyin yaşam memnuniyeti öz değerlendirmesi sonucu oluşabilir ve bu yaşam kalitesinin öznel belirleyicisi şeklinde ifade edilmektedir (Ağır, 2017). Yaşam kalitesinin önemli unsurlarından biri sosyal destektir. Sosyal destekte en önemli öge aile ve ailenin sunduğu destektir (Boylu & Paçacıoğlu, 2016).

Yaşam kalitesi Maslow'un ihtiyaçlar hiyerarşisi ile bağdaştırılmaktadır ve bireylerin ihtiyaçları ile yaşam kalitesinin alakalı olduğu öne sürülmektedir. Kişinin yaşamındaki iyi olma hali ve kişinin yaşadığı hayattan zevk alması gibi unsurlar önem kazanmıştır (Boylu & Paçacıoğlu, 2016). Yaşam kalitesi kavramı birçok disiplin tarafından ele alındığı için dinamik bir kavramdır ve çok yönlüdür. Genellikle “iyi olma hali” şeklinde tanımlanmaktadır (Akyüz & diğ., 2017).

Yaşam kalitesine ilişkin kavramlar aşağıdaki tablodaki şekilde listelenebilir (Öksüz & Malhan, 2005);

Tablo 1. Çok boyutlu bir kavram olan yaşam kalitesine ait kavramlar

Kavram	Anlam
Yaşam Kalitesi	Kişinin yaşama dair tüm bireysel ve çevresel etkiler. Sağlık durumunu kapsar ya da kapsamaz.
Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi	Bireyin sağlığının fiziksel, psikolojik ve sosyal yönleri
İşlevsel Durum	Aktiviteler yapılırken ortaya çıkan semptomların seviyelerini de kapsayan istenen/arzu edilen aktiviteleri yapabilme yeteneği (Eksternal, izlenebilir)
Memnuniyet	Bireyin sağlık yönünde davranışı, durumun birey tarafından kabul düzeyi
Sağlık Durumu	Fiziksel ve bireyin durumu ile ilgili semptomatik etkenler
İyilik Hali	Hayattan duyulan memnuniyet dair his, psikolojik durumlar

2.3.1 Yaşam Kalitesinin Göstergeleri

Yaşam kalitesi üzerinde etkili olan birçok unsur bulunmaktadır. Bunlar; yaş, cinsiyet, finansal durum, medeni durum, sağlık durumu, eğitim ulaşılabilirliği, sosyal desteğe sahip olma, iş hayatı, bireyin yaşadığı çevre ve boş zamanlarında kendisine vakit ayırabilmesidir.

Yaşam kalitesini etkileyen unsurlardan birisi yaştır. Her yaş döneminde yaşam kalitesi değişiklik gösterir ancak yapılan araştırmalar genelde yaşlılık dönemine yöneliktir (Sabbah ve diğ., 2003). Genellikle bu dönemde yaşam kalitesi düşmeye başlar. Yoğun olarak yaşanan sağlık problemleri, gelirden düşme, yaşamda rol kaybı, yalnız kalma, bilişsel süreçlerdeki

gerileme, sosyal yaşamda düşüş bu dönemdeki yaşam kalitesinin düşüşe geçme sebeplerindedir (Güven & Şener, 2010).

Yaşam kalitesi ve cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki vardır. Gelişmekte olan ve gelişmemiş ülkelerde cinsiyet farklılığının en belirgin görüldüğü alan eğitim ve iş alanıdır (Boylu & Paçacıoğlu, 2016). Genellikle kadınlar eğitim ve iş hayatında geride kalırlar ve bir sosyal güvenceleri bulunmamaktadır (Torlak & Yavuzçehre, 2008). Toplumun cinsiyete atadığı roller, görevler, sorumluluklar yüzünden kadınların yaşam kaliteleri daha düşük orandadır (Sabbah & diğ., 2003).

Bireyin temel ihtiyaçlarını karşılayabilmesi ve yaşanabilir bir çevre oluşturabilmesi için, sağlık ve eğitim hizmetlerine ulaşabilmesi ve topluma dahil olarak diğer bireylerle yaşayabilmesi için bazı ekonomik koşullar bulunmaktadır. Yapılan çalışmalara göre finansal gelirin ön koşullarından olan bireyin biyopsikososyal yaşamına paralel olarak sosyal yaşam ve iş yaşamındaki doyum da bireyin yaşam kalitesini etkilemektedir (Torlak & Yavuzçehre, 2008)

Medeni durum bireyin yaşam kalitesini etkileyen faktörler arasındadır. Buradaki en önemli öge dul ya da boşanmış olmaktır. Toplumda bekar veya evli olmak olağanken, gelişmekte olan ve gelişmemiş ülkelerde boşanmak ya da dul olmak yaşam kalitesini düşüren ve hatta bireyi damgalayan unsurlardandır (Boylu & Paçacıoğlu, 2016).

Kişinin psikolojik ve fiziksel sağlığı önemli bir yaşam kalitesi belirtecidir (Aghaei & diğ., 2013). Sağlık durumu için en önem arz eden eylemler bireyin her durumda yürüebilmesi, koşabilmesi, merdiven inip çıkabilmesi, konuşabilmesi, öz bakımını yerine getirebilmesidir. Bunların varlığı sağlık açısından iyi bir yaşam kalitesine sahip olduğunu göstermektedir. Yapılan bir çalışma gösteriyor ki bireyin sağlık güvencesinin olması da yaşam kalitesi üzerinde etkindir (Koçoğlu & Akın, 2009).

Eğitim ve öğrenim durumu da yaşam kalitesi üzerine etkiye sahiptir. Eğitim ulaşılabilirliği kişilere gelecekte bir iş sahibi ve bir meslek sahibi olma ve bu sayede alanında daha iyi başarılı olma imkanı sunar. Eğitim ulaşılabilirliği olan kişilerin gelirleri ve sosyal imkanları daha yüksek; buna bağlı olarak yaşam kaliteleri de daha yüksektir. Yeteri düzeyde eğitim almamış bireylerin yaşam koşulları ve yaşam kaliteleri aldıkları düşük maaş, işsizlik, sosyal olanaklarının olmamaları, gerekli olan besini alamamaları gibi nedenler yüzünden daha düşüktür (Torlak & Yavuzçehre, 2008).

Sosyal destek konusunda birey için en önemli unsurlardan birisi ailedir. Kişinin ait hissetmesi, var olması ve kendini gerçekleştirerek potansiyelini bulabilmesi için bir aileye sahip olması yaşam kalitesini yükseltmektedir (Özmete, 2010). Özmete'nin (2010) çalışmasına göre

kuvvetli bir aile iletişimi ve aile içindeki bireylerin birbirleri ile açık yüreklilikle düşünce ve fikirlerini konuşup, paylaşması yaşam kalitesini yükseğe taşıyan unsurlardandır.

İş hayatı kişinin günlük yaşamında epey uzun bir vaktini almaktadır. Bu sebeple iş hayatı kişiden ayrılamaz bir parçadır. İş hayatında karşılaşılan olumlu ve olumsuz durumlar, başarı, sosyal katılım veya dışlanma kişinin yaşam kalitesini etkilemektedir (Kırcı Çevik & Korkmaz, 2014). Yaşam kalitesi ve iş hayatı arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalar genellikle ikisi arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (Aydın Boylu & Paçacıoğlu, 2016).

Kişinin yaşam çevresi yaşam kalitesini etkilemektedir. Kişi güvenli ve konforlu bir alanda yaşıyorsa, çevresine güveni ve yaşam kalitesi de artacaktır. Yaşanılan evin tipi ve özellikleri (gecekondu, site, su, elektrik imkanları vb.) güvenli bir çevrenin belirleyicisidir (Boylu & Paçacıoğlu, 2016).

Yaşam kalitesi açısından önemli bir diğer unsur kişinin boş vakitlerinde, özgür olduğu zamanlarda ne yaptığı ile ilgilidir. Bu vakitler bireyin kendi isteklerine göre yaptığı uğraşlardır. Bu eylemler dinlenme, gezme, kendini geliştirme, bir şeyler izleme gibi etkinlikler olabilir. Bu aktivitelerin üç önemli etkisi vardır. Bu faaliyetler kişinin kendisini keşfetmesine, yenilemesine ve ortaya koymasına katkı sağlayarak yaşam kalitesinin artmasını desteklemektedir (Aslan & Arslan Cansever, 2012).

2.3.2 Yaşam Kalitesi ve İçselleştirilmiş Damgalanma

Bireyin yaşadığı toplum içerisindeki kalıp yargıları benimsemesi ve buna bağlı olarak değersizlik, yetersizlik gibi negatif duygular yüzünden kendisini sosyal çevresinden ve toplumda uzaklaşması durumu içselleştirilmiş damgalanmadır (Corrigan, 1998). İçselleştirilmiş damgalanma dolayısıyla birey depresif bir süreç içerisine girdiyse damgalanmanın daha ağır yaşandığı (Camp & diğ., 2002) ve eğer birey buna bağlı olarak utanç duygusu yaşıyorsa bireyin benlik saygısının düştüğü söylenebilir (Howard & diğ., 2002).

İçselleştirilmiş damgalanma bireyin yaşam kalitesini de olumsuz olarak etkilemektedir. 2010 yılında yapılan bir çalışma sonuçları ruhsal hastalığı olan bireylerin algıladıkları damgalanmanın yaşam kalitelerini olumsuz etkilediği saptanmıştır (Marcussen & diğ., 2010).

2009 yılında Switaj ve arkadaşları şizofreni hastalarında damgalanma deneyimini incelemiştir. Bu çalışma yapılırken çeşitli sosyodemografik değişkenlere de bakılmıştır (Switaj & diğ., 2009). Çalışma sonuçlarına göre hastalığa yakalanma yaşı yükseldikçe damgalanma puanı düşmektedir. Ayrıca damgalanma ve yaşam kalitesi arasında ters yönde korelasyon bulunmaktadır.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

YÖNTEM VE TEKNİKLERİ

3.1. Araştırmanın Modeli

Araştırmanın modeli ilişkisel tarama modelidir. Bu modele göre araştırmanın amacına uygun olarak yapılabilmesi için zaman ve kişi açısından ulaşılabilen en kolay şekilde örneklem grubuna ulaşmayı hedefler.

3.2 Araştırmanın Evren ve Örnekleme

Örneklem grubu olasılığa dayalı olmayan, kartopu yöntemi ile ölçeklerin online form olarak ulaştırılacağı ruhsal hastalığa sahip 18-65 yaş arası 150 kişi olarak seçilmiştir. Google forms aracılığı ile oluşturulan anketin bireylere Whatsapp grupları aracılığı ile ulaştırılması ve onların da kendi çevrelerindeki bireylere ulaştırması aracılığı ile veriler toplanmıştır. Araştırmanın bir klinikte gerçekleştirilmesi daha sağlıklı veriler alınmasını sağlayacak olduğu düşünülmeye karşın pandemi dolayısıyla online anket kullanılacak, online ankette psikiyatrist tarafından bir tanı almış olmak ön koşulu bulunacaktır. Araştırmadan dışlanma kriteri bir psikiyatrist tarafından konulmuş ruhsal hastalık tanısı almamış olmak ve 18-65 yaş aralığında olmuyor olmasıdır. Online form uygulanmaya başlamadan önce bireylere “bir psikiyatrist tarafından tanısı konulmuş ruhsal bir hastalığınız bulunmakta mıdır?” sorusu yöneltilmiş ve bu soru onaylandığı durumda anketi yanıtlayabilmişlerdir. Şehir olarak bir sınırlandırılma getirilmemiştir. Katılımcılara teşvik verilmemiştir. Bu sebeple katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Bu amaç doğrultusunda katılımcılara ölçekleri cevaplamaya başlamadan önce çalışma ile bilgi verilecek, aydınlatılmış onam formu sunulacak ve katılımcılar bunları anketteki onay butonuna bastıktan sonra ölçek sorularını cevaplamışlardır.

3.3. Veri Toplama Araçları

3.3.1. Kişisel Bilgi Formu

Katılımcılardan kişisel bilgi edinilmek amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanan formda katılımcıların yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, çalışma durumu, meslek dalı, ruhsal bir hastalık tanısı olup olmadıkları, ailelerinde ruhsal bir tanı almış birey olup olmadığı soruları yöneltilmiştir.

3.3.2. Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği

Ritscher ve diğerleri (2003) tarafından geliştirilen Türkçe 'ye uyarlaması Ersoy ve Varan (2007) tarafından gerçekleştirilen ölçek (RHİDÖ) 29 maddeden oluşan bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Ölçek yabancılaşıma, kalıp yargıların onaylanması, algılanan ayrımcılık, sosyal geri çekilme ve damgalanmaya karşı direnç olmak üzere beş alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçek 4'lü likert tip puanlamaya sahiptir. Ölçekte 5 madde değerlendirme aşamasında ters kodlanmaktadır (7, 14, 24, 26, 27). Ölçeğin toplam puanının hesaplanması için beş alt ölçeğin puanları toplanır. Ölçekten alınabilecek minimum puan 4 maximum puan 91'dir. Ölçekten bireylerin aldığı yüksek puan damgalanmaya yönelik olumsuz durumları (ters kodlamalar haricinde) göstermektedir. Ölçeğin toplam cronbach alpha katsayısı. 93 olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin kesme puanı bulunmamaktadır.

3.3.3 WHOQOL-BREF-TR - Yaşam Kalitesi Ölçeği

Çalışmada Dünya Sağlık Örgütü tarafından yaşam kalitesini değerlendirmek amacı ile geliştirilen 100 soruluk Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL)'nin kısa formu WHOQOL-BREF kullanılacaktır. Genel algılanan yaşam kalitesi ve algılanan sağlık durumunun beraber sorgulandığı iki soruyla birlikte toplam 26 soru ve 4 alandan oluşmaktadır. Ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması, Eser ve arkadaşları tarafından 1999 yılından yapılmıştır. DSÖ tarafından uluslararası çalışmalarda 4 alana ek olarak ulusal alan ilave edilmiş ve WHOQOL - BREF Türkçe forma 27. soru olarak sosyal baskıyı değerlendirmek amacı ile ulusal alan eklenmiştir. Ölçekte kullanılan 5 alanın içeriği Bedensel Alan, Ruhsal Alan, Sosyal Alan, Çevresel Alan ve Ulusal Alandan oluşmaktadır 152. WHOQOL-BREF ölçeği Likert tipi puanlamaya sahiptir. Ayrıca formdaki 1. ve 15. soruların yanıt seçenekleri 0= Çok kötü, 1= Biraz kötü, 2= Ne iyi ne kötü, 3= Oldukça iyi, 4= Çok iyi; 3 - 14 arasındaki sorular ile 27. sorunun yanıt seçenekleri 0= Hiç, 1= Çok az, 2= Orta derecede, 3= Çokça, 4= Aşırı derecede; 2. soru ile 16 - 25 arasındaki 151Sevimli, F. ve Ö. F. İşcan (2005). Bireysel İş Ortamına Ait Etkenler Açısından İş Doyumu. Ege Üniversitesi, İ.İ.B.F. Akademik Bakış Dergisi. 5.1, 55-64. 152Eser, E.,H. Fidaner, C. Fidaner, S.Y. Eser ve ark. (1999). Psychometric properties of WHOQOL-100 and WHOQOL-BREF. 3P Dergisi. 7.2, 23-40. 60 soruların yanıt seçenekleri ise 0= Hiç hoşnut değil, 1= Çok az hoşnut, 2=Ne hoşnut ne de değil, 3= Epeyce hoşnut, 4= Çok hoşnut ve 26. sorunun yanıt seçeneği 0= Hiçbir zaman, 1= Nadiren, 2= Ara sıra, 3= Çoğunlukla, 4= Her zaman şeklinde puanlanır. Değerlendirmede negatif puanlamaya sahip 3, 4, 26 ve 27 numaralı sorular 0=4, 1=3, 2=2, 3=1 ve 4=0 olacak şekilde pozitif hale getirilerek tersine

çevrilmiştir. Ölçekteki yaşam kalitesi ve genel sağlık sorularını içeren ilk iki soru genel sorudur, bu soruların puanları alt boyut puanlarına katılmadan ayrı olarak değerlendirilmektedir. Bedensel Alan: Bireyin günlük işlerini yapabilme, ilaca bağımlılık, canlılık, yorgunluk, ağrı, rahatsızlık, uyku, dinlenme, çalışma gücü değerlendirilmek için 3, 4, 10, 15, 16, 17, 18 numaralı sorulardan oluşmaktadır. Ruhsal Alan: Beden dış görünüşü, olumlu veya olumsuz hisler, benlik saygısı, kişisel inançlarla ilgili 5, 6, 7, 11, 19, 26 numaralı sorulardan oluşmaktadır. Çevre Alanı: Maddi kaynaklar, fiziksel güvenlik alanı, sağlık hizmetlerinde yararlanma, ulaşılabilirlik, bilgi ve beceri edinme şansı, boş zaman değerlendirme, fiziksel çevre ilgili konuları değerlendirmek için 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, 25 numaralı sorulardan oluşmaktadır. Sosyal Alan: Bireyin sosyal çevre, iletişim kurma, sosyal destek alanlarını değerlendirmek için 20, 21, 22 numaralı sorulardan oluşmaktadır. Ulusal Alan: Bireyin sosyal baskıya karşı algısını ölçmek için 27 numaralı sorudan oluşmaktadır. Soruların her biri için, test-tekrar test güvenilirliğini ölçmek için hesaplanan Pearson katsayılarının 0,57 ve 0,81 arasında değerler gösterdiği bildirilmiştir. Türkçe versiyonunda ölçeğin iç tutarlılığı için hesaplanan cronbach alfa değerleri, bedensel alanda 0,83, ruhsal alanda 0,66, çevre alanında 0,73 ve sosyal alanda 0,53 bulunmuştur. Çalışmada incelenmiş olan cronbach alfa değerleri ise bedensel, ruhsal, çevre ve sosyal 61 alan için sırayla 0,70, 0,71, 0,80 ve 0,57 olarak hesaplanmıştır. Puanlamada dört alt boyut puanları ayrı ayrı hesaplanır ve puan arttıkça yaşam kalitesi düzeyi yükselir.

3.4 Veri Analizi

SPPS 25 programı kullanılarak analizler yapılmıştır. Analizin ilk aşaması olan normallik testi uygulanmış ve değişkenlere ilişkin çarpıklık ve basıklık değerleri incelendiğinde, ilgili değerlerin -2 ile +2 arasında olduğu görülmektedir. George ve Mallery (2010)'a göre çarpıklık ve basıklık değerlerinin -2 ile +2 aralığında olması normal dağılım için yeterli olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 2. Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği ve Yaşam Kalitesi Ölçeğine Çarpıklık ve Basıklık Değerleri

	Çarpıklık	Basıklık
Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği	0,282	-0,218
Yabancılaşma	0,251	-0,764
KalıpYargılarınOnaylanması	0,087	0,598
AlgılananAyrımcılık	0,158	-0,602
SosyalGeriÇekilme	0,033	-0,191
DamgalanmayaKarşıDirenç	0,646	1,156
Yaşam Kalitesi Ölçeği	-0,140	-1,001
FizikselAlan	0,062	-0,893
PsikolojikAlan	0,238	-0,596
SosyalİlişkilerAlanı	-0,434	-0,614

Normal dağılıma karar verdikten sonra parametrik analizler kullanılmaya karar verilmiştir. Bu araştırma da Bağımsız Örneklem T-testi iki bağımsız grupları karşılaştırırken tercih edilmiştir. Tek Yönlü Varyans (ANOVA) testi ikiden fazla bağımsız grupları karşılaştırırken tercih edilmiştir. Pearson Korelasyon analizi ile ölçekler arasındaki ilişki ve ölçek ile sürekli değişken arasındaki ilişki incelenmiştir. Son olarak bağımsız değişkenin bağımlı değişkeni yordamasını analiz etmek için Basit Doğrusal Regresyon analizi yapılmış ve yöntem olarak Stepwise yöntemi tercih edilmiştir.

Tablo 3. Korelasyon Katsayısına İlişkin Sayısal Sınırlar

<i>Korelasyon Katsayısı</i>	<i>Değerlendirme</i>
0.00 – 0.30	Düşük düzeyde ilişki
0.31 – 0.70	Orta düzeyde ilişki
0.71 – 1.00	Yüksek düzeyde ilişki

Büyükoztürk, Ş. (2011). Sosyal bilimler için veri analizi el kitabı: İstatistik, araştırma deseni, SPSS uygulamaları ve yorum (14. Baskı). Ankara: Pegem Akademi

Yukarıdaki tabloda verilen sınırlara göre korelasyon bulguları mutlak değer olarak 0.00 ile 0.30 değerleri arasında ise düşük düzeyde ilişki, 0.31 ile 0.70 değerleri arasında ise orta düzeyde ilişki, 0.71 ile 1.00 değerleri arasında ise yüksek düzeyde ilişki olduğu söylenir.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

Tablo 4. Demografik Değişkenlere Göre Dağılımı

		n	%
Cinsiyet	Kadın	104	69.3
	Erkek	46	30.7
	Toplam	150	100.0
Medeni durumunuz	Evli	22	14.7
	Bekar	128	85.3
	Toplam	150	100.0
Ebeveynleriniz hayattamı?	İkisi de sağ.	69	46.0
	İkisi de vefat etti.	32	21.3
	Baba vefat etti.	27	18.0
	Anne vefat etti.	22	14.7
	Toplam	150	100.0
Aylık geliriniz	Asgari ücret	44	29.3
	3000-5000	30	20.0
	5000-10000	17	11.3
	10000 üzeri	3	2.0
	Toplam	94	62.7
Kayıp Toplam		56	37.3
İş durumunuz	Öğrenciyim	31	20.7
	Bir işte çalışıyorum	49	32.7
	Hem çalışıyorum hem öğrenciyim	14	9.3
	Şuan işsizim	56	37.3
	Toplam	150	100.0
Romantik bir ilişkinizvarmı?	Evli	22	14.7
	Bekar	67	44.7
	Sevgilim var	46	30.7
	Boşanmış	9	6.0
	Dul	6	4.0
	Toplam	150	100.0
Daha önce herhangi bir nedenle psikiyatrik yada psikolojik destek aldınız mı?	Evet	110	73.3
	Hayır	40	26.7
	Toplam	150	100.0
Bir psikiyatrik tanı aldınız mı?	Evet	150	100.0
Bir psikiyatrist tarafından tanısı konulmuş psikolojik rahatsızlığınız nedir?	Bipolar	10	6.7
	Depresyon	37	24.7
	Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu	15	10.0
	Madde bağımlılığı	8	5.3
	Manik Bozukluk	2	1.3
	OKB	6	4.0
	Panik Atak	22	14.7
	Sosyal fobi	8	5.3
	Şizofreni	6	4.0
	Travma sonrası stres bozukluğu	16	10.7
	Yaygın anksiyete bozukluğu	16	10.7
	Yeme bozukluğu	4	2.7
	Toplam	150	100.0
	Tanısı konulmuş psikiyatrik rahatsızlığınızdan dolayı terk edildiniz mi?	Evet	35
Hayır		115	76.7
Toplam		150	100.0

Psikiyatrik bir bozukluk sebebi ile hastane yatışınız oldu mu?	Evet	14	9.3
	Hayır	136	90.7
	Toplam	150	100.0
Ne kadar süre hastane yatışınız oldu mu?	2 hafta	8	5.3
	6 ay	6	4.0
	Hastanede yatışım olmadı.	136	90.7
	Toplam	150	100.0
Ruhsal hastalık tanınız sebebi ile işten çıkartıldınız mı?	Evet	11	7.3
	Hayır	118	78.7
	Kendim ayrılmayı tercih ettim.	21	14.0
	Toplam	150	100.0
Ruhsal hastalık sebebi ile askerde çürüğe alındınız mı?		104	69.3
	Başka bir sebep dolayısıyla	1	0.7
	Evet	3	2.0
	Hayır	42	28.0
	Toplam	150	100.0

Tabloda görüldüğü üzere, katılımcıların %69.3'ü kadın, %30.7'si erkek, %14.7'si evli, %85.3'ü bekar, %46'sının ebeveynlerinin ikisi de sağ, %21.3'ününebeveynlerinin ikisi de vefat etti, %18'inin babası vefat etti, %14.7'sinin annesi vefat etti, %29.3'ünün aylık geliri asgari ücret, %30'unun aylık geliri 3.000-5.000tl arası, %17'sinin aylık geliri 5.000-10.000tl arası, %3'ünün aylık geliri 10.000tl üzeri, %20.7'si öğrenci, %32.7'si bir işte çalışıyor, %9.3'ü hem çalışıyor hem öğrenci, %37.3'ü şuan işsiz, %14.7'si evli, %44.7'si bekar, %30.7'sinin sevgilisi var, %6'sı boşanmış, %4'ü dul, %73.3'ü daha önce herhangi bir nedenle psikiyatrik yada psikolojik destek aldı, %26.7'si almadı, %100'ü bir psikiyatrik tanı almış, %6.7'si bipolar, %24.7'si depresyon, %10'udikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, %5.3'ü madde bağımlılığı, %1.3'ü manik bozukluk, %4'ü OKB, %14.7'si panik atak, %5.3'ü sosyal fobi, %4'ü şizofreni, %10.7'si travma sonrası stres bozukluğu, %10.7'siyaygın anksiyete bozukluğu, %2.7'si yeme bozukluğu, %23.3'ütanısı konulmuş psikiyatrik rahatsızlığından dolayı terk edilmiş, %76.7'si terk edilmemiş,%9.3'üpsikiyatrik bir bozukluk sebebi ile hastanedeyatmış, %90.7'si yatmamış, %5.3'ü 2 hafta hastanede yatmış, %4'ü 6 ay hastanede yatmış, %90.7'si hastanede yatışı olmamış, %7.3'ü ruhsal hastalık tanısı sebebi ile işten çıkartılmış, %78.7'si çıkartılmamış, %14'ü kendi işten ayrılmayı tercih etmiş, %2'siruhsal hastalık sebebi ile askerde çürüğe alınmış, %28'i alınmamış, %0.7'si başka bir sebep dolayısı ile askerde çürüğe alınmış.

Tablo 5. Katılımcıların Yaşlarına İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

	n	Min	Maks	\bar{X}	Ss.
Yaş	150	18	48	26	7

Katılımcıların yaş ortalaması ($\bar{X}=26$, $SS=7$), en küçük yaş 18 en büyük 48'dir.

Tablo 6. Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği ve Yaşam Kalitesi Ölçeğine İlişkin Betimleyici İstatistikler

	n	Min	Maks	\bar{X}	Ss.
Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği	150	45	101	69.21	11.13
Yabancılaşma	150	6	23	14.30	3.76
Kalıp Yargıların Onaylanması	150	10	24	17.30	2.45
Algılanan Ayrımcılık	150	7	16	11.31	2.15
Sosyal Geri Çekilme	150	7	23	14.86	3.01
Damgalanmaya Karşı Direnç	150	6	18	11.45	1.99
Yaşam Kalitesi Ölçeği					
Fiziksel Alan	150	10	27	19.10	4.27
Psikolojik Alan	150	7	25	15.07	4.39
Sosyal İlişkiler Alanı	150	3	13	7.75	2.43
Çevre Alanı	150	14	35	26.91	5.20

Katılımcıların, Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği ortalaması ($\bar{X}=69.21$, $SS=11.13$), Yabancılaşma alt ölçek ortalaması ($\bar{X}=14.30$, $SS=3.76$), Kalıp Yargıların Onaylanması alt ölçek ortalaması ($\bar{X}=17.30$, $SS=2.45$), Algılanan Ayrımcılık alt ölçek ortalaması ($\bar{X}=11.31$, $SS=2.15$), Sosyal Geri Çekilme alt ölçek ortalaması ($\bar{X}=14.86$, $SS=3.01$), Damgalanmaya Karşı Direnç alt ölçek ortalaması ($\bar{X}=11.45$, $SS=1.99$), Fiziksel Alan alt ölçek ortalaması ($\bar{X}=19.10$, $SS=4.27$), Psikolojik Alan alt ölçek ortalaması ($\bar{X}=15.07$, $SS=4.39$), Sosyal İlişkiler Alanı alt ölçek ortalaması ($\bar{X}=7.75$, $SS=2.43$), Çevre Alanı alt ölçek ortalaması ($\bar{X}=26.91$, $SS=5.20$) olduğu görülmektedir.

Tablo 7. Yaş Değişkeni ile Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği, Yaşam Kalitesi Ölçeği Arasındaki İlişkinin İncelenmesine Ait Bulgular

	Yaş
RuhsalHastalıklarınİçselleştirilmişDamgalanmasıÖlçeği	.223**
Yabancılaşma	.227**
KalpYargularınOnaylanması	0.066
AlgılananAyrımcılık	.225**
SosyalGeriÇekilme	.294**
DamgalanmayaKarşıDirenc	0.050
FizikselAlan	-0.029
PsikolojikAlan	0.001
SosyalİlişkilerAlanı	-0.009
ÇevreAlanı	0.010

**p<0.01, *p<0.05 Kullanılan test: Pearson Korelasyon Testi

Bulguları kontrol ettiğimizde,RuhsalHastalıklarınİçselleştirilmişDamgalanmasıÖlçeği ileYaş ($r=.223$, $p<0.01$) arasında zayıf seviyede ve pozitif ilişki, Yabancılaşma ileYaş ($r=.227$, $p<0.01$) arasında zayıf seviyede ve pozitif ilişki, Algılanan Ayrımcılık ileYaş ($r=.225$, $p<0.01$) arasında zayıf seviyede ve pozitif ilişki, Sosyal Geri Çekilme ileYaş ($r=.294$, $p<0.01$) arasında zayıf seviyede ve pozitif ilişki vardır.

Tablo 8. Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği ile Yaşam Kalitesi Ölçeği Arasındaki İlişkinin İncelenmesine Ait Bulgular

	FizikselAl an	PsikolojikAl an	SosyalİlişkilerAl anı	ÇevreAla nı
RuhsalHastalıklarınİçselleştirilmişDamgalanm asıÖlçeği	-.502**	-.559**	-.484**	-.473**
Yabancılaşma	-.653**	-.679**	-.562**	-.571**
KalpYargularınOnaylanması	-.291**	-.376**	-.315**	-.292**
AlgılananAyrımcılık	-.383**	-.382**	-.346**	-.283**
SosyalGeriÇekilme	-.424**	-.491**	-.453**	-.453**
DamgalanmayaKarşıDirenc	-.161*	-.227**	-.202*	-.221**

**p<0.01, *p<0.05 Kullanılan test: Pearson Korelasyon Testi

Bulguları kontrol ettiğimizde,RuhsalHastalıklarınİçselleştirilmişDamgalanmasıÖlçeği ileFiziksel Alan ($r=-.502$, $p<0.01$) puanları arasında orta seviyede ve negatif ilişki, RuhsalHastalıklarınİçselleştirilmişDamgalanmasıÖlçeği ile Psikolojik Alan ($r=-.559$, $p<0.01$) puanları arasında orta seviyede ve negatif ilişki, RuhsalHastalıklarınİçselleştirilmişDamgalanmasıÖlçeği ile Sosyal İlişkiler Alanı ($r=-.484$, $p<0.01$) puanları arasında orta seviyede ve negatif ilişki, RuhsalHastalıklarınİçselleştirilmişDamgalanmasıÖlçeği ile Çevre Alanı ($r=-.473$, $p<0.01$) puanları arasında orta seviyede ve negatif ilişki vardır.

Yabancılaşma ile Fiziksel Alan ($r=-.653$, $p<0.01$) puanları arasında orta seviyede ve negatif ilişki,Yabancılaşma ilePsikolojik Alan ($r=-.679$, $p<0.01$) puanları arasında orta seviyede ve negatif ilişki,Yabancılaşma ileSosyal İlişkiler Alanı ($r=-.562$, $p<0.01$) puanları

arasında orta seviyede ve negatif ilişki, Yabancılaşma ile Çevre Alanı ($r=-.571, p<0.01$) puanları arasında orta seviyede ve negatif ilişki vardır.

Kalıp Yargıların Onaylanması ile Fiziksel Alan ($r=-.291, p<0.01$) puanları arasında zayıf seviyede ve negatif ilişki, Kalıp Yargıların Onaylanması ile Psikolojik Alan ($r=-.376, p<0.01$) puanları arasında orta seviyede ve negatif ilişki, Kalıp Yargıların Onaylanması ile Sosyal İlişkiler Alanı ($r=-.315, p<0.01$) puanları arasında orta seviyede ve negatif ilişki, Kalıp Yargıların Onaylanması ile Çevre Alanı ($r=-.292, p<0.01$) puanları arasında zayıf seviyede ve negatif ilişki vardır.

Algılanan Ayrımcılık ile Fiziksel Alan ($r=-.383, p<0.01$) puanları arasında orta seviyede ve negatif ilişki, Algılanan Ayrımcılık ile Psikolojik Alan ($r=-.382, p<0.01$) puanları arasında orta seviyede ve negatif ilişki, Algılanan Ayrımcılık ile Sosyal İlişkiler Alanı ($r=-.346, p<0.01$) puanları arasında orta seviyede ve negatif ilişki, Algılanan Ayrımcılık ile Çevre Alanı ($r=-.283, p<0.01$) puanları arasında zayıf seviyede ve negatif ilişki vardır.

Sosyal Geri Çekilme ile Fiziksel Alan ($r=-.424, p<0.01$) puanları arasında orta seviyede ve negatif ilişki, Sosyal Geri Çekilme ile Psikolojik Alan ($r=-.491, p<0.01$) puanları arasında orta seviyede ve negatif ilişki, Sosyal Geri Çekilme ile Sosyal İlişkiler Alanı ($r=-.453, p<0.01$) puanları arasında orta seviyede ve negatif ilişki, Sosyal Geri Çekilme ile Çevre Alanı ($r=-.453, p<0.01$) puanları arasında orta seviyede ve negatif ilişki vardır.

Damgalanmaya Karşı Direnç ile Fiziksel Alan ($r=-.161, p<0.01$) puanları arasında zayıf seviyede ve negatif ilişki, Damgalanmaya Karşı Direnç ile Psikolojik Alan ($r=-.227, p<0.01$) puanları arasında zayıf seviyede ve negatif ilişki, Damgalanmaya Karşı Direnç ile Sosyal İlişkiler Alanı ($r=-.202, p<0.01$) puanları arasında zayıf seviyede ve negatif ilişki, Damgalanmaya Karşı Direnç ile Çevre Alanı ($r=-.221, p<0.01$) puanları arasında zayıf seviyede ve negatif ilişki vardır.

Tablo 9. Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeğinin Yaşam Kalitesi Ölçeğini Yordamasına İlişkin Bulgular

	<i>B</i>	<i>SH</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>
(Sabit)	107.25	3.62		29.61	0.000*
Yabancılaşma	-2.69	0.25	-0.67	-10.96	0.000*

R=.67 *R*²=.44
F=120.17 *p*=0.000

**p*<0.05 Kullanılan test: Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi

Regresyon modeli Stepwise yöntemi ile kurulmuştur. Stepwise yöntemi en iyi regresyon modelini kurmamıza yardımcı olan bir yöntemdir. Anlamsız olan alt boyutlar analize modele dahil edilmemiştir. Analize sonuçlarını incelediğimizde, yabancılaşma bağımsız değişkeni yaşam kalitesi bağımlı değişkenini yordadığı görülmektedir ($R^2=.44$, $p<0.05$). Modelde olan bağımsız değişkenler yaşam kalitesi bağımlı değişkenindeki toplam varyansın %44'ünü açıklamaktadır. Yabancılaşmanın etkisinin negatif olduğu görülmektedir.

Tablo 10. Cinsiyet Değişkenine Göre Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği, Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

		<i>n</i>	\bar{X}	<i>Ss.</i>	<i>t</i>	<i>Sd.</i>	<i>p</i>
Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği	Kadın	104	69.76	10.62	0.90	148	0.368
	Erkek	46	67.98	12.24			
Yabancılaşma	Kadın	104	14.63	3.74	1.60	148	0.112
	Erkek	46	13.57	3.75			
Kalıp Yargıların Onaylanması	Kadın	104	17.51	2.20	1.59	148	0.115
	Erkek	46	16.83	2.90			
Algılanan Ayrımcılık	Kadın	104	11.35	2.17	0.34	148	0.737
	Erkek	46	11.22	2.15			
Sosyal Geri Çekilme	Kadın	104	14.95	2.77	0.56	148	0.575
	Erkek	46	14.65	3.50			
Damgalanmaya Karşı Direnç	Kadın	104	11.33	1.80	-1.11	148	0.269
	Erkek	46	11.72	2.35			
Fiziksel Alan	Kadın	104	18.19	4.01	-4.12	148	0.000*
	Erkek	46	21.15	4.15			
Psikolojik Alan	Kadın	104	14.29	4.11	-3.41	148	0.001*
	Erkek	46	16.85	4.53			
Sosyal İlişkiler Alanı	Kadın	104	7.41	2.29	-2.62	148	0.010*
	Erkek	46	8.52	2.59			
Çevre Alanı	Kadın	104	26.16	5.10	-2.71	148	0.008*
	Erkek	46	28.61	5.08			

**p*<0.05 Kullanılan Test: Bağımsız Örneklem T-Testi

Bulguları incelediğimizde, Fiziksel Alan Alt Boyutundan ($t(148)=-4.12$, $p<0.05$), Psikolojik Alan Alt Boyutundan ($t(148)=-3.41$, $p<0.05$), Sosyal İlişkiler Alanı Alt Boyutundan ($t(148)=-2.62$, $p<0.05$), Çevre Alanı Alt Boyutundan ($t(148)=-2.71$, $p<0.05$) aldıkları

puanlar cinsiyet değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir. Ortalamalar karşılaştırıldığında erkeklerin, kadınlara göre daha yüksek puan aldığı görülmektedir.

Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği, Yabancılaşma, Kalıp Yargıların Onaylanması, Algılanan Ayrımcılık, Sosyal Geri Çekilme, Damgalanmaya Karşı Direnç alt boyutu cinsiyet değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılık göstermemektedir ($p > 0.05$).

Tablo 11. Daha Önce Psikiyatrik ya da Psikolojik Destek Alma Değişkenine Göre Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği, Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

		n	\bar{X}	Ss.	t	Sd.	p
Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği	Evet	110	67.88	10.52	-2.47	148	0.015*
	Hayır	40	72.88	12.05			
Yabancılaşma	Evet	110	13.83	3.69	-2.60	148	0.010*
	Hayır	40	15.60	3.70			
Kalıp Yargıların Onaylanması	Evet	110	17.08	2.32	-1.83	148	0.070
	Hayır	40	17.90	2.71			
Algılanan Ayrımcılık	Evet	110	11.03	2.12	-2.69	148	0.008*
	Hayır	40	12.08	2.08			
Sosyal Geri Çekilme	Evet	110	14.67	3.02	-1.27	148	0.207
	Hayır	40	15.38	2.94			
Damgalanmaya Karşı Direnç	Evet	110	11.27	1.79	-1.79	148	0.076
	Hayır	40	11.93	2.41			
Fiziksel Alan	Evet	110	19.45	3.84	1.70	148	0.092
	Hayır	40	18.13	5.19			
Psikolojik Alan	Evet	110	15.33	4.19	1.18	148	0.242
	Hayır	40	14.38	4.89			
Sosyal İlişkiler Alanı	Evet	110	7.79	2.41	0.31	148	0.755
	Hayır	40	7.65	2.52			
Çevre Alanı	Evet	110	27.16	4.98	0.98	148	0.330
	Hayır	40	26.23	5.78			

* $p < 0.05$ Kullanılan Test: Bağımsız Örneklem T-Testi

Bulguları incelediğimizde, Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeğinden ($t(148) = -2.47$, $p < 0.05$), Yabancılaşma alt boyutundan ($t(148) = -2.60$, $p < 0.05$), Algılanan Ayrımcılık alt boyutundan ($t(148) = -2.69$, $p < 0.05$) aldıkları puanlar daha önce psikiyatrik ya da psikolojik destek alma değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir. Daha önce psikiyatrik ya da psikolojik destek almayanların alanlara göre daha yüksek puan aldığı görülmektedir.

Damgalanmaya Karşı Direnç, Kalıp Yargıların Onaylanması, Sosyal Geri Çekilme Fiziksel Alan, Psikolojik Alan, Sosyal İlişkiler Alanı ve Çevre Alanı alt boyutunda daha önce psikiyatrik ya da psikolojik destek alma değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılık göstermemektedir ($p > 0.05$).

Tablo 12. Psikiyatrik Bir Bozukluk Sebebiyle Hastaneye Yatış Değişkenine Göre Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği, Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

		n	\bar{X}	Ss.	t	Sd.	p
Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği	Evet	14	80.14	14.06	4.05	148	0.000*
	Hayır	136	68.09	10.20			
Yabancılaşma	Evet	14	17.00	3.92	2.89	148	0.004*
	Hayır	136	14.02	3.65			
Kalıp Yargıların Onaylanması	Evet	14	19.14	3.86	3.04	148	0.003*
	Hayır	136	17.11	2.19			
Algılanan Ayrımcılık	Evet	14	13.43	1.91	4.07	148	0.000*
	Hayır	136	11.09	2.06			
Sosyal Geri Çekilme	Evet	14	17.07	4.57	2.97	148	0.004*
	Hayır	136	14.63	2.72			
Damgalanmaya Karşı Direnç	Evet	14	13.50	2.59	4.29	148	0.000*
	Hayır	136	11.24	1.80			
Fiziksel Alan	Evet	14	18.29	4.78	-0.75	148	0.455
	Hayır	136	19.18	4.22			
Psikolojik Alan	Evet	14	13.57	5.61	-1.35	148	0.180
	Hayır	136	15.23	4.24			
Sosyal İlişkiler Alanı	Evet	14	7.14	3.59	-0.99	148	0.326
	Hayır	136	7.82	2.29			
Çevre Alanı	Evet	14	25.43	6.94	-1.12	148	0.263
	Hayır	136	27.07	5.00			

* $p < 0.05$ Kullanılan Test: Bağımsız Örneklem T-Testi

Bulguları incelediğimizde, Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeğinden ($t(148)=4.05$, $p < 0.05$), Yabancılaşma alt boyutundan ($t(148)=2.89$, $p < 0.05$), Kalıp Yargıların Onaylanması alt boyutundan ($t(148)=3.04$, $p < 0.05$), Algılanan Ayrımcılık alt boyutundan ($t(148)=4.07$, $p < 0.05$), Sosyal Geri Çekilme alt boyutundan ($t(148)=2.97$, $p < 0.05$), Damgalanmaya Karşı Direnç alt boyutundan ($t(148)=4.29$, $p < 0.05$) aldıkları puanlar psikiyatrik bir bozukluk sebebiyle hastaneye yatış değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir. Psikiyatrik bir bozukluk sebebiyle hastaneye yatanların yatmayanlara göre daha yüksek puan aldığı görülmektedir.

Fiziksel Alan, Psikolojik Alan, Sosyal İlişkiler Alanı ve Çevre Alanı alt boyut psikiyatrik bir bozukluk sebebiyle hastaneye yatış değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılık göstermemektedir ($p > 0.05$).

Tablo 13. Ebeveynin Hayatta Olup Olmaması Değişkenine Göre Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği, Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

		n	\bar{X}	Ss.	Var. K.	K.T	Sd.	K.O	F	p
Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği	İkisi de sağ.	69	66.23	11.03	G.Arası	1580.63	3	526.88	4.56	0.004*
	İkisi de vefat etti.	32	74.59	11.04	G.İçi	16874.54	146	115.58		
	Baba vefat etti.	27	70.44	10.01	Toplam	18455.17	149			
	Anne vefat etti.	22	69.23	10.27						
	Toplam	150	69.21	11.13						
Yabancılaşma	İkisi de sağ.	69	13.06	3.55	G.Arası	208.05	3	69.35	5.33	0.002*
	İkisi de vefat etti.	32	15.81	3.25	G.İçi	1899.45	146	13.01		
	Baba vefat etti.	27	15.07	3.80	Toplam	2107.50	149			
	Anne vefat etti.	22	15.05	4.03						
	Toplam	150	14.30	3.76						
Kalp Yargularının Onaylanması	İkisi de sağ.	69	17.14	2.46	G.Arası	36.23	3	12.08	2.06	0.108
	İkisi de vefat etti.	32	18.16	2.55	G.İçi	855.27	146	5.86		
	Baba vefat etti.	27	17.26	2.07	Toplam	891.50	149			
	Anne vefat etti.	22	16.59	2.50						
	Toplam	150	17.30	2.45						
Algılanan Ayrımcılık	İkisi de sağ.	69	10.91	2.07	G.Arası	21.57	3	7.19	1.57	0.200
	İkisi de vefat etti.	32	11.81	2.24	G.İçi	670.33	146	4.59		
	Baba vefat etti.	27	11.59	2.31	Toplam	691.89	149			
	Anne vefat etti.	22	11.45	2.02						
	Toplam	150	11.31	2.15						
Sosyal Geri Çekilme	İkisi de sağ.	69	13.81	2.84	G.Arası	183.63	3	61.21	7.69	0.000*
	İkisi de vefat etti.	32	16.66	2.71	G.İçi	1162.43	146	7.96		
	Baba vefat etti.	27	15.19	2.40	Toplam	1346.06	149			
	Anne vefat etti.	22	15.14	3.37						
	Toplam	150	14.86	3.01						
Damgalanmaya Karşı Direnç	İkisi de sağ.	69	11.30	2.18	G.Arası	22.25	3	7.42	1.91	0.131
	İkisi de vefat etti.	32	12.16	2.20	G.İçi	566.83	146	3.88		
	Baba vefat etti.	27	11.33	1.36	Toplam	589.07	149			
	Anne vefat etti.	22	11.00	1.48						
	Toplam	150	11.45	1.99						
Fiziksel Alan	İkisi de sağ.	69	19.93	4.26	G.Arası	94.65	3	31.55	1.76	0.158
	İkisi de vefat etti.	32	18.75	3.87	G.İçi	2620.85	146	17.95		
	Baba vefat etti.	27	18.07	3.99	Toplam	2715.50	149			
	Anne vefat etti.	22	18.27	4.93						
	Toplam	150	19.10	4.27						
Psikolojik Alan	İkisi de sağ.	69	16.03	4.47	G.Arası	131.57	3	43.86	2.33	0.076
	İkisi de vefat etti.	32	13.94	4.26	G.İçi	2742.62	146	18.79		
	Baba vefat etti.	27	14.07	4.20	Toplam	2874.19	149			
	Anne vefat etti.	22	14.95	4.17						
	Toplam	150	15.07	4.39						
Sosyal İlişkiler Alanı	İkisi de sağ.	69	7.99	2.43	G.Arası	8.67	3	2.89	0.48	0.695
	İkisi de vefat etti.	32	7.72	2.87	G.İçi	873.21	146	5.98		
	Baba vefat etti.	27	7.37	2.10	Toplam	881.87	149			
	Anne vefat etti.	22	7.55	2.22						
	Toplam	150	7.75	2.43						
Çevre Alanı	İkisi de sağ.	69	27.94	5.38	G.Arası	169.63	3	56.54	2.14	0.098
	İkisi de vefat etti.	32	26.78	4.49	G.İçi	3862.24	146	26.45		
	Baba vefat etti.	27	25.26	5.33	Toplam	4031.87	149			
	Anne vefat etti.	22	25.91	5.01						
	Toplam	150	26.91	5.20						

* $p < 0.05$ Kullanılan Test: Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)

Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeğinden ($F(3.146)=4.56, p < 0.05$) aldıkları ortalama puanların ebeveynin hayatta olup olmaması değişkenine göre farklılaşmaktadır. Levene's testi sonucunda grupların homojen dağıldığı bulunmuştur ($p > 0.05$). Scheffe testi sonucunda ebeveyninin her ikisini kaybeden grup ebeveynleri sağ olan gruptan daha fazla puan almıştır.

Yabancılaşma alt boyutundan ($F(3.146)=5.33, p<0.05$) aldıkları ortalama puanların ebeveynin hayatta olup olmaması değişkenine göre farklılaşmaktadır. Levene's testi sonucunda grupların homojen dağıldığı bulunmuştur ($p>0.05$). Scheffe testi sonucunda ebeveyninin her ikisini kaybeden grup ebeveynleri sağ olan gruptan daha fazla puan almıştır.

Sosyal Geri Çekilme alt boyutundan ($F(3.146)=7.69, p<0.05$) aldıkları ortalama puanların ebeveynin hayatta olup olmaması değişkenine göre farklılaşmaktadır. Levene's testi sonucunda grupların homojen dağıldığı bulunmuştur ($p>0.05$). Scheffe testi sonucunda ebeveyninin her ikisini kaybeden grup ebeveynleri sağ olan gruptan daha fazla puan almıştır.

Algılanan Ayrımcılık, Damgalanmaya Karşı Direnç, Kalıp Yargıların Onaylanması, Fiziksel Alan, Psikolojik Alan, Sosyal İlişkiler Alanı ve Çevre Alanı alt boyut ebeveynin hayatta olup olmaması değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

TARTIŞMA VE YORUM

Bu araştırmanın amacı ruhsal hastalığa sahip bireylerde içselleştirilmiş damgalanma ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkisinin incelenmesi ve değişkenlerin demografik değişkenler dahilinde farklılaşıp farklılaşmadığını incelemektir. Araştırmadan elde edilen bulgular literatürde yapılmış diğer çalışmalar ile ilişkilendirilerek tartışılıp yorumlanmıştır.

İçselleştirilmiş damgalanma kişilerin toplumda oluşan hastalığa dair olumsuz kalıp yargıları kabul etmesi, utanç duygusu ve değersizlik hissetme gibi durumlarda ortaya çıkan geri çekilme durumu olarak kabul edilmektedir (Hrehorów ve ark., 2012). Corrigan ve arkadaşlarının (2001) yaptığı çalışmaya göre kişilerin ruhsal bozukluğa sahip olması ya da ırk ve madde kullanımı, fiziksel engel gibi durumlarda kendilerini kusurlu görmesi algısı içselleştirilmiş algıya neden olmaktadır. Bir bireyde bulunması durumunda üzerinde etiket gibi duran hastalıklar arasında AIDS, Kanser, epilepsi gibi rahatsızlıkların bulunduğu, ruhsal hastalıkların ise içselleştirilmiş damgalanmanın yaşanmasında ilk sırada gelen hastalıklar olduğu belirtilmiştir (Üçok, 2003). İçselleştirilmiş damgalanma ölçeğinde yüksek puan çıkması içselleştirilmiş damgalanmanın yüksek olduğunu belirtmektedir (Alpsoy ve ark., 2015). Ruhsal hastalıklar hakkında bilgi sahibi olmayan bireyler ne yapacağını bilemedikleri için kaygılanmaktadırlar. Ruhsal hastalığa sahip bireyler çevredeki diğer bireyler tarafından tehlikeli olarak damgalandıklarını düşünmektedirler (Bostancı, 2005; Taşkın, 2007; Batastini ve ark., 2018). Araştırmaya katılan ruhsal hastalığa sahip olan bireylerde içselleştirilmiş damgalanmanın fazla olduğu tespit edilmiştir. İçselleştirilmiş damgalanmanın en çok yordadığı alt boyutun yabancılaşma olduğu tespit edilmiştir. İçselleştirilmiş damgalanma ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki incelendiğinde orta düzeyde negatif bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Bu bağlamda içselleştirilmiş damgalanma arttıkça orta düzeyde yaşam kalitesi azalmaktadır. Damgalanmaya yönelik yapılan bir çalışmada hasta bireylere yönelik yapılan önyargı ve kalıp yargıların hastaların tedavi sürecini olumsuz etkilediği ve damgalanmaya sebep olduğu belirtilmiştir (Kocabaşoğlu ve Aliustaoğlu, 2003). Literatürde incelemesi yapıldığında reasearchgate, ulakbilim, pubmed, medline, Google akademik, orchid, mendeley, elsevier, springer vb. veri tabanlarında ruhsal bozukluğa sahip bireylerde içselleştirilmiş damgalanma ve yaşam kalitesi ilişkisini ele alan çalışmaya rastlanmamıştır. İçselleştirilmiş damgalanma ve yaşam kalitesi çeşitli değişkenlerle ele alan birçok çalışmaya rastlanılmıştır. Literatürde taramasında içselleştirilmiş damgalama ile yaşam kalitesine yönelik ilişkiyi inceleyen çalışmaların mevcut olduğu görülmüştür (Çam ve Bilge, 2007) Sadece içselleştirilmiş damgalama ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi ele almayan, çeşitli değişkenler ile ilişkisini

inceleyen çalışmalar da mevcuttur (Üstündağ ve Kesebir, 2013). Özellikle kronik düzeyde ruhsal hastalığa sahip olan bireylerin tedavisini olumsuz etkileyen içselleştirilmiş damgalanmanın bulunması yaşam kalitesinin bozulmasına sebebiyet vermektedir. Bu bağlamda içselleştirilmiş damgalanmanın tedavi planlamasının yapılması ve göz ardı edilmemesi gerekmektedir (Üstündağ ve Kesebir, 2013). İçselleştirilmiş damgalanmanın etki ettiği yaşam kalitesine yönelik yapılan bir çalışmada ağır ruhsal hastalığı olan bireylerin içselleştirilmiş damgalanma düzeyi arttıkça yaşam kalitesinin azaldığı ifade edilmiştir (Marcussen ve ark., 2010). Ruhsal bozukluğa sahip bireylerin kendilerini damgalamalarının en önemli nedenlerinden biri toplumda ruhsal hastalığa yönelik oluşan kalıp yargılardır. Toplumda günlük hayatta kişilerin karşısına çıkan, yazılı ve görsel medya ile gösterilen bilgiler ruhsal hastalığa sahip kişilerde damgalanmaya sebebiyet verdiği düşünülmektedir. Tedavilerini devam ettirdiği süre içerisinde ise olumsuz otomatik düşüncelerden kurtulma eğilimine girdikleri söylenebilir.

Yapılan mevcut araştırmada içselleştirilmiş damgalanma ve yaşam kalitesi değişkenlerinin ruhsal hastalığa sahip olan bireylerde etkisi incelenmiş olup araştırmaya katılan 150 kişiden %6.7'si bipolar, %24.7'si depresyon, %10'udikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, %5.3'ü madde bağımlılığı, %1.3'ü manik bozukluk, %4'ü OKB, %14.7'si panik atak, %5.3'ü sosyal fobi, %4'ü şizofreni, %10.7'si travma sonrası stres bozukluğu, %10.7'siyaygın anksiyete bozukluğu, %2.7'si yeme bozukluğuna sahip olduğu tespit edilmiştir. Araştırmaya katılanlar içerisinde en çok depresyon ruhsal bozukluğuna sahip olduğu görülmüştür. APA (American Psychological Association) kişide meydana gelen ve klinik olan davranışsal, bilişsel, psikolojik açıdan sağlamlığın bozulmasını ruhsal bozukluk olarak nitelendirmiştir (Saygın, 2007). Chung ve arkadaşlarının (2009) yaptığı çalışmada içselleştirilmiş damgalanmanın duygudurum bozuklukları üzerinde etkisi olduğu belirtilmiştir. Yapılan başka bir çalışmada içselleştirilmiş damgalanmanın sosyal işlevsellikte bozulmaya neden olduğu bildirilmiştir (Pyne ve ark., 2004).

Mercan (2017) tarafından yapılan çalışmada obsesif kompulsif bozukluk ile içselleştirilmiş damgalanmanın yaşam kalitesi ve tedavi uyumu üzerine etkisi incelenmiştir. Yapılan çalışma sonucunda obsesif davranışlar ve kompulsiyonlar arttıkça içselleştirilmiş damgalanmanın da arttığı görülmüştür. Güney (2019) tarafından yapılan tıpta uzmanlık tez çalışmasında da obsesif kompulsif bozukluğa sahip bireylerde yardım arama, utanç, içselleştirilmiş damgalanma ve yaşam kalitesi incelenmiştir. Çalışmanın sonucunda OKB puanı yüksek olan bireylerin içselleştirilmiş damgalanma puan ortalamalarının da yüksek olduğu görülmüştür. Bu bağlamda obsesif kompulsif bozukluğa sahip bireylerin içselleştirilmiş

damgalanma düzeylerinin yüksek olduğu sonucu elde edilmiştir. OKB ve yaşam kalitesi üzerine yapılan bir çalışmada (Fontalle ve ark., 2010) yaşam kalitesinin yalnızca yıkama obsesif kompulsif davranışla ilişkili olduğu görülmüştür. 2031 kişilik örneklem grubuyla yapılan başka bir çalışmada (Albert ve ark., 2010) yıkama ve bulaş alt boyutunun OKB'li bireylerde yaşam kalitesini etkilediği belirtilmiştir. 76 kişilik bir örneklem grubunda OKB ve yaşam kalitesinin etkisi incelenmiş ve yaşam kalitesini etkileyen tek alt boyutun kontrol boyutu olduğu belirtilmiştir (Moritz ve ark., 2005).

Doğanavşargil (2009) tarafından yapılan çalışmada şizofreni ve depresyon hastalarında içselleştirilmiş damgalanma ve yaşam kalitesi ilişkisi incelenmiştir. Şizofreniye sahip bireylerin içselleştirilmiş damgalanma puan ortalamalarının depresyona sahip bireylerden daha yüksek olduğu görülmüştür. Şizofreni ve depresyon hastalarında fiziksel alan ve sosyal alan yaşam kalitesi alt boyutlarından anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir. Çalışmanın sonucunda içselleştirilmiş damgalanma arttıkça yaşam kalitesinin azaldığı ortaya çıkmıştır. Bu çalışma yapılan mevcut araştırmayı destekler niteliktedir. Depresyon, şizofreni, madde bağımlılığı, yeme bozuklukları, epilepsi, inflamatuvar bağırsak hastalığı, cüzzam, sigara kullanımı, ebeveynlerinde akıl hastalığı olan kişiler ve etnik kökende içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri incelenen bir çalışmada içselleştirilmiş damgalanmanın en çok depresyonda görüldüğü, daha düşük benlik saygısı ve daha yüksek semptom şiddeti ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (Boyd ve ark., 2014).

İçselleştirilmiş damgalanma ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu üzerine yapılan bir çalışmada en sık algılanan stereotipler, DEHB'nin bir zihinsel bozukluk olarak geçerliliği hakkındaki şüpheler olduğu belirtilmiştir. İçselleştirilmiş damgalamanın yetişkin DEHB'de oldukça yaygın olduğu belirtilmiştir. DEHB, diğer zihinsel bozukluklarla ilgili stereotiplerden farklı karakteristik kamusal stereotiplerle ilişkili olduğu ve DEHB bulunan bireylerde içselleştirilmiş damgalanmanın yüksek olduğu belirtilmiştir (Masuch ve ark., 2019).

Bipolar bozukluk, şizofreni ve anksiyete bozukluğu olan hastalarda içselleştirilmiş damgalanma ve yaşam kalitesini inceleyen bir araştırmada içselleştirilmiş damgalanma düzeyinin bipolar bozukluğa sahip olan kişilerde daha fazla olduğu bulunmuştur. Bipolar bozukluğa sahip bireylerin benlik saygısı, sosyo-mesleki katılım ve yaşam kalitesi düzeylerinde anlamlı farklılıklar bulunmuştur (Pal ve ark., 2017). İçselleştirilmiş damgalanma algısı yaşayan ve bipolar bozukluğa sahip olan 76 hastaya 2 haftalık bir psikoeğitimi inceleyen bir araştırmada ön test son test sonucunda içselleştirilmiş damgalanmanın psikoeğitim sonrasında anlamlı ölçüde azaldığı görülmüştür (Kezhavarzpir ve ark., 2020)

Araştırmaya katılan katılımcıların %69.3'ünün kadın %30.7'sinin erkek olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların cinsiyetlerine göre içselleştirilmiş damgalanma ve yaşam kalitesi düzeyleri incelendiğinde erkek katılımcıların yaşam kalitesi ve yaşam kalitesinin tüm alt boyutlarında kadınlardan daha yüksek puan aldığı görülmüştür. Bu bağlamda katılımcılardan erkeklerin yaşam kalitesinin daha fazla olduğu söylenebilir. İçselleştirilmiş damgalanma değişkeni ise cinsiyete göre farklılık göstermemektedir. West ve arkadaşları (2011) tarafından yapılan çalışmada içselleştirilmiş damgalanmanın cinsiyet üzerinde herhangi bir etkisi olmadığı belirtilmiştir. Bu durum da bizim araştırmamız ile paralellik göstermektedir. Yapılan bazı araştırmalarda cinsiyetin damgalanma üzerinde bir etkisi olmadığı belirtilmiştir (Schnittker 2000; Dietrich ve ark. 2004; Javed ve ark. 2006; Riana ve ark. 2008; Çam ve Bilge, 2011). Literatürde yapılan bu çalışmalar yapılan mevcut çalışma ile paralellik göstermektedir. Epilepsi hastalarında içselleştirilmiş damgalanmaya yönelik yapılan bir çalışmada erkeklerin içselleştirilmiş damgalanma puan ortalamalarının kadınlardan daha yüksek çıktığı belirtilmiştir (Kızılaslan, 2021). Literatürde yapılan bir çalışmada kadınların yaşam kalitesi düzeylerinin erkeklerden daha fazla olduğu görülmüştür (Çakıroğlu, 2007). Yapılan başka bir çalışmada ise kadınların yaşam kalitesi düzeylerinin erkeklerden dahadüşük çıktığı belirtilmiştir (Özer, 2020). Bu çalışma yapılan mevcut araştırmayı destekler niteliktedir.

İçselleştirilmiş damgalanma ve yaşam kalitesinin yaş demografik değişkenine göre elde edilen bulgular incelendiğinde içselleştirilmiş damgalanma ile yaş arasında zayıf düzeyde bir ilişki olduğu saptanmıştır. İçselleştirilmiş damgalanmanın alt boyutları olan yabancılaşma, algılanan ayrımcılık ve sosyal geri çekilme alanlarında zayıf düzeyde bir ilişki görülmüş, diğer alt boyutlar ile yaşam kalitesi ve alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Bu bağlamda yaşın yaşam kalitesi üzerine bir etkisi olmadığı söylenebilir. İçselleştirilmiş damgalanmaya etki eden pek çok etken bulunmaktadır. Bu etkenler inanç, tarihsel geçmiş, kültür kişisel özellikler (cinsiyet, eğitim, meslek, yaş, medeni durum vb.) hastalıklar sayılabilir (Karagöl ve ark., 2013; Korkmaz, 2013; Taşkın, 2007; Hayward ve Bright, 1997). İçselleştirilmiş damgalanmaya neden olan sebepler yaş, cinsiyet, istismar, maddi durum, genetik etkiler, çevresel koşullar, yetiştirilme tarzı, eğitim düzeyi gibi nedenler sıralanabilir (WHO, 2004; Gültekin, 2010). İçselleştirilmiş damgalama ile epilepsi hastalarında yapılan bir çalışmada içselleştirilmiş damgalanma düzeyi yüksek olan katılımcıların yaş grubunun 45 ile 54 yaş orası olduğu belirtilmiştir. İçselleştirilmiş damgalanmanın en düşük olduğu yaş grubunun ise 18 ile 24 yaş arası olduğu belirtilmiştir (Kızılaslan, 2021). Yaşam kalitesive demografik değişkenler ile ilgili yapılan bir çalışmada yaş arttıkça yaşam kalitesinin azaldığı bildirilmiştir (Güven ve Şener, 2010). Psikiyatri hastalarında yapılan ve yaş ortalaması yaklaşık

40 civarında olan bir çalışmada, yaş demografik değişkeninin içselleştirilmiş damgalanmayı etkilemediği belirtilmiştir (Beyazyüz ve ark., 2015). Başka bir çalışmada daha yaş faktörünün içselleştirilmiş damgalanmayı etkilemediği görülmüştür (Ersoy ve Varan, 2007; Yen ve ark., 2005). Psikiyatri hastalarında yapılan başka bir çalışmada ise 35 ile 54 yaş arasında olan bireylerin diğer yaş gruplarına göre içselleştirilmiş damgalama düzeyi daha yüksek olduğu saptanmıştır (West ve ark., 2011).

Daha önce psikiyatrik ya da psikolojik destek alma değişkenine göre katılımcıların %73.3'ü daha önce herhangi bir nedenle psikiyatrik yada psikolojik destek aldığı, %26.7'si almadığı tespit edilmiştir. Çalışmaya katılan 150 kişiden 110'unun psikiyatrik ya da psikolojik destek aldığı görülmüştür. Daha önce psikiyatrik ya da psikolojik destek almayan bireylerde içselleştirilmiş damgalanmanın daha fazla olduğu görülmektedir. İçselleştirilmiş damgalanma alt boyutlarından yabancılaşıma ve algılanan ayrımcılık alt boyutlarında anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür. Diğer alt boyutlarda herhangi bir farklılık gözlenmemiştir. Elde edilen bu bulguya göre daha önce psikiyatrik ya da psikolojik destek alan bireylerin içselleştirilmiş damgalanma düzeylerinin daha az olduğu söylenebilir. Bu duruma göre psikiyatrik ya da psikolojik destek almanın ruhsal sağlığı olumlu etkilediği varsayılmaktadır. Yaşam kalitesinin ise psikiyatrik ya da psikolojik destek alma değişkenine göre anlamlı bir değişiklik yaratmadığı gözlenmiştir. Bu bağlamda içselleştirilmiş damgalanmanın azalmasının yaşam kalitesi üzerinde değişiklik yaratan etken olmadığı yorumlanmaktadır. Psikiyatrik ya da psikolojik destek alan bireylerde tedavinin olumlu sonuçlar doğuracağı ve ruhsal bozukluklarda iyileştirmeyi yaratacağı düşünülmektedir. Bu bağlamda destek alan kişilerin psikolojik sağlamlığının destek almayan kişilere kıyasla daha iyi olabileceği muhtemel görünmektedir. Ergun ve Yönder (2009) yaptıkları çalışmada tedavi desteği alan kişilerin içselleştirilmiş damgalanma puan ortalamalarında tedavi desteği almayan kişilere kıyasla istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğunu belirtmiştir.

Araştırmaya katılan katılımcıların psikiyatrik bir bozukluk sebebi ile %9.3'ü psikiyatrik bir bozukluk sebebi ile hastanede yatmış, %90.7'si yatmamış, %5.3'ü 2 hafta hastanede yatmış, %4'ünün 6 ay hastanede yatmış olduğu tespit edilmiştir. Psikiyatrik bir bozukluk nedeniyle hastaneden yatan katılımcıların içselleştirilmiş damgalanma düzeylerinin daha fazla olduğu görülmüştür. İçselleştirilmiş damgalanmanın bütün alt boyutlarında anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir. Yaşam kalitesinde ise anlamlı bir farklılık görülmemiştir. Bireylerin hastanede yatması sonucunda “ben gerçekten hastayım” “iyi değilim” “hastanede yatmadan iyileşemem” gibi kalıp yargılarının oluşabileceği ve kişide içselleştirilmiş damgalanmayı tetikleyeceği düşünülmektedir. Literatürde yapılan bir başka çalışmada psikiyatrik bir bozukluk sebebiyle

hastanede yatan kişilerin hastanede yatmayan kişilere kıyasla içselleştirilmiş damgalanma puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmüştür (Çalışkan, 2019). Bipolar hastalarının içselleştirilmiş damgalanma düzeylerini inceleyen bir başka çalışmada hastaneye yatış durumunun içselleştirilmiş damgalanma düzeylerini etkilemediği görülmüştür (Çam ve Çuhadar, 2012; Cerit ve ark., 2012).

Araştırmaya katılan katılımcıların %46'sının ebeveynlerinin ikisi de sağ, %21.3'ünebeveynlerinin ikisi de vefat ettiği, %18'inin babasının vefat ettiği, %14.7'sinin annesinin vefat ettiği bulunmuştur. Katılımcılardan ebeveynin her ikisini de kaybeden kişilerde içselleştirilmiş damgalanmanın daha fazla olduğu görülmüştür. İçselleştirilmiş damgalanma alt boyutlarından yabancılaşma ve sosyal geri çekilme alt boyutlarında ebeveynin her ikisini de kaybeden kişilerin daha yüksek alt boyut puanına sahip olduğu görülmektedir. Algılanan ayrımcılık, damgalanmaya karşı direnç, kalıp yargıların onaylanması ile yaşam kalitesi ebeveynin hayatta olup olmaması değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılık göstermemektedir. Araştırmaya katılan ve ruhsal hastalığa sahip olan bireylerin anne babadan yoksun olmasının kişide bazı patolojiler meydana getireceği ve içselleştirilmiş damgalanmayı arttırabileceği düşünülmektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

İçselleştirilmiş damgalanma ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki incelendiğinde orta düzeyde negatif bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Bu bağlamda içselleştirilmiş damgalanma arttıkça orta düzeyde yaşam kalitesi azalmaktadır.

Yapılan mevcut araştırmada içselleştirilmiş damgalanma ve yaşam kalitesi değişkenlerinin ruhsal hastalığa sahip olan bireylerde etkisi incelenmiş olup araştırmaya katılan 150 kişiden %6.7'si bipolar, %24.7'si depresyon, %10'u dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, %5.3'ü madde bağımlılığı, %1.3'ü manik bozukluk, %4'ü OKB, %14.7'si panik atak, %5.3'ü sosyal fobi, %4'ü şizofreni, %10.7'si travma sonrası stres bozukluğu, %10.7'si yaygın anksiyete bozukluğu, %2.7'si yeme bozukluğuna sahip olduğu tespit edilmiştir. Araştırmaya katılanlar içerisinde en çok depresyon ruhsal bozukluğuna sahip olduğu görülmüştür.

Araştırmaya katılan katılımcıların %69.3'ünün kadın %30.7'sinin erkek olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların cinsiyetlerine göre içselleştirilmiş damgalanma ve yaşam kalitesi düzeyleri incelendiğinde erkek katılımcıların yaşam kalitesi ve yaşam kalitesinin tüm alt boyutlarında kadınlardan daha yüksek puan aldığı görülmüştür. Bu bağlamda katılımcılardan erkeklerin yaşam kalitesinin daha fazla olduğu söylenebilir. İçselleştirilmiş damgalanma değişkeni ise cinsiyete göre farklılık göstermemektedir.

İçselleştirilmiş damgalanma ve yaşam kalitesinin yaş demografik değişkenine göre elde edilen bulgular incelendiğinde içselleştirilmiş damgalanma ile yaş arasında zayıf düzeyde bir ilişki olduğu saptanmıştır. İçselleştirilmiş damgalanmanın alt boyutları olan yabancılaşma, algılanan ayrımcılık ve sosyal geri çekilme alanlarında zayıf düzeyde bir ilişki görülmüş, diğer alt boyutlar ile yaşam kalitesi ve alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Daha önce psikiyatrik ya da psikolojik destek alma değişkenine göre katılımcıların %73.3'ü daha önce herhangi bir nedenle psikiyatrik ya da psikolojik destek aldığı, %26.7'si almadığı tespit edilmiştir. Çalışmaya katılan 150 kişiden 110'unun psikiyatrik ya da psikolojik destek aldığı görülmüştür. Daha önce psikiyatrik ya da psikolojik destek almayan bireylerde içselleştirilmiş damgalanmanın daha fazla olduğu görülmektedir. İçselleştirilmiş damgalanma alt boyutlarından yabancılaşma ve algılanan ayrımcılık alt boyutlarında anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür. Diğer alt boyutlarda herhangi bir farklılık gözlenmemiştir. Yaşam kalitesinin ise psikiyatrik ya da psikolojik destek alma değişkenine göre anlamlı bir değişiklik yaratmadığı gözlenmiştir.

Araştırmaya katılan katılımcıların psikiyatrik bir bozukluk sebebi ile %9.3'ü psikiyatrik bir bozukluk sebebi ile hastanede yatmış, %90.7'si yatmamış, %5.3'ü 2 hafta hastanede yatmış, %4'ünün 6 ay hastanede yatmış olduğu tespit edilmiştir. Psikiyatrik bir bozukluk nedeniyle hastaneden yatan katılımcıların içselleştirilmiş damgalanma düzeylerinin daha fazla olduğu görülmüştür. İçselleştirilmiş damgalanmanın bütün alt boyutlarında anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir. Yaşam kalitesinde ise anlamlı bir farklılık görülmemiştir.

Araştırmaya katılan katılımcıların %46'sının ebeveynlerinin ikisi de sağ, %21.3'ünün ebeveynlerinin ikisi de vefat ettiği, %18'inin babasının vefat ettiği, %14.7'sinin annesinin vefat ettiği bulunmuştur. Katılımcılardan ebeveynin her ikisini de kaybeden kişilerde içselleştirilmiş damgalanmanın daha fazla olduğu görülmüştür. İçselleştirilmiş damgalanma alt boyutlarından yabancılaşma ve sosyal geri çekilme alt boyutlarında ebeveynin her ikisini de kaybeden kişilerin daha yüksek alt boyut puanına sahip olduğu görülmektedir. Algılanan ayrımcılık, damgalanmaya karşı direnç, kalıp yargıların onaylanması ile yaşam kalitesi ebeveynin hayatta olup olmaması değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılık göstermemektedir.

Yapılan mevcut çalışmanın en önemli sonucu içselleştirilmiş damgalanmanın ruhsal hastalığı olan bireylerde yaşam kalitesine etkisini belirlemiş oluşudur. İçselleştirilmiş damgalanma literatür tarihi çok eski olmasa da toplum tarafından ruhsal hastalığı olan bireylerde damgalanmayı öne çıkarmaktadır. Bu durum sonucunda kişilerin ruhsal bir bozukluğa sahip olduğu için kendilerini suçlamaları kötü hissetmelerine sebebiyet verdiği düşünülmektedir. Yaşam kalitesini arttırmak ise tüm ruhsal bozukluklarda tedavi planlamasının ortak bir amacıdır. Ancak ruhsal bir bozukluğa karşı sadece yaşam kalitesini arttırmak yeterli bir yaklaşım değildir. Toplumdaki her bireye kamu spotlarının oluşturulması, hastalıklarının damgalanmaya neden olmaması için görsel ve yazılı basının kullanılmasının damgalanmaya yönelik kalıp yargıları azaltacağı düşünülmektedir. Bu noktada ruh sağlığında tedavi ve hizmet verilmesinin toplumun ruhsal sağlığını olumlu yönde etkileyeceği düşünülmektedir.

Ruhsal hastalıkların erken tanınması ve müdahale edilmesi hastalıkların olumsuz etkilerini azaltmada yardımcı olacağı düşünülmektedir. Ruh sağlığı hizmetlerinin topluma sunulması ve her bireyin yararlanma hakkının olması, insanların ruh sağlığı hizmeti alması için teşvik edilmesi ruhsal bozukluk oranlarını azaltacağı düşünülmektedir. Gereken durumlarda ruh sağlığı ve sağlık kuruluşları tarafından biyopsikososyal girişimlerin uygulanmasının faydalı olacağı öngörülmektedir. Ruhsal hastalıklara karşı iyileşmeyi engelleyen önemli sorunlardan biri ruhsal hastalığa karşı olan negatif tutumlardır. Toplum ve bireyler tarafından ruhsal hastalığın bulunmasının ayıp ya da saklanacak bir durummuş gibi atfedilmesi sonucundan kişilerin ruhsal bozukluğunu sakladıkları, tedaviyi ötedikleri ve içselleştirilmiş

damgalanmanın arttığı bu bağlamda da kişilerin yaşam kalitelerini azaldığı düşünülmektedir. Toplum tarafından “yargılanma” düşüncesi bireylerin psikolojik ya da psikiyatrik destek alma girişimini ötelemektedir. Toplum ve çevresi tarafından yargılanan bir kişi ruhsal bozukluğun başlangıç döneminde tedaviyi ötelemekte ya da tedaviye karşı olumsuz tutum geliştirmektedir. Bu durum sonucunda ruhsal hastalıkların ilerlemesi, tedavinin daha uzun sürmesine ve daha fazla ekonomik yük oluşmasına neden olabilmektedir.

Araştırmanın güçlü yönlerinde çalışmaya sadece belli ruhsal hastalık değil birçok ruhsal hastalık değişkeni eklenmiştir. Bu durum sonucunda tek bir hastalıkta içselleştirilmiş damgalanma ve yaşam kalitesi etkisini incelemek yerine birçok ruhsal bozukluk ile içselleştirilmiş damgalanma ve yaşam kalitesi etkileri incelenmiş, literatürde çeşitli ruhsal bozukluklar yapılan çalışmalarla kıyaslanarak tartışılıp yorumlanmıştır. Sadece tek bir hastalık üzerinden içselleştirilmiş damgalanma ve yaşam kalitesi incelenseydi sadece ele alınan hastalığa yönelik damgalanmanın fazla olduğu görülebilirdi. Birden çok ruhsal bozukluğunun ele alınması aynı zamanda toplumda en çok görülen ruhsal bozukluğu da bu araştırmada göstermiş olmaktadır.

Araştırmanın zayıf yönlerinde örneklem sayısı 150 kişi ile sınırlandırılmıştır. Daha büyük bir örneklem grubu ile çalışılmasının literatür için önemli katkılar sağlayacağı gelecek çalışmalar için önerilmektedir. Kısıtlı yönler arasında ruhsal bozukluklarda farklı alt alanlarına, örneğin depresyonun tek epizod, kronik veya yineleyici olup olmadığı araştırmaya dahil edilmemiştir. Ruhsal bozuklukların atak süreleri ve şiddeti ölçülmemiştir. Ruhsal bozukluğun ne kadar süredir yaşandığı kaç yaşından beri devam ettiği araştırmaya dahil edilmemiştir. Hastalığın süresinin araştırma sonuçlarını etkileyeceği düşünülmektedir. Çalışmanın sonuçları araştırmaya katılan katılımcıların sübjektif ifadelerine dayanmaktadır.

Çeşitli kurumlarda uygulanan damgalamayı önlemeye yönelik eğitimler ile ruhsal hastalıklara yönelik damgalama ve içselleştirilmiş damgalanma eğiliminin azaldığı birçok çalışmada gösterilmiştir (Angermeyer ve Matschinger 2003; Gaebel ve ark. 2003; Pinfold ve ark. 2003; Akdede ve ark. 2004; Schnacter ve ark. 2008; Kranke ve ark. 2010, Oban ve Küçük 2011). Gelecek çalışmalar için tedavi ve psikoeğitimin kullanıldığı deney çalışmaları yapılabilir. Deney çalışmaları sonucunda tedavi ve psikoeğitimin içselleştirilmiş damgalanmayı ne düzeyde azaltacağı ve yaşam kalitesini ne düzeyde arttıracığı görülebilir.

KAYNAKÇA

- Aghaei, A., Khayyamnekouei, Z., & Yousefy, A. (2013). Yaşam kalitesi, yaşam doyumu ve yaşın yaşam yönelimine dayalı genel sağlık yordayıcısı. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 84, 569-573.
- Ağır, M. (2017). Yaşam kalitesi, değerler ve umut-umutsuzluk. *Marmara Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 11, 85-103.
- Akdede, B. B. K., Alptekin, K., Topkaya, Ş. Ö., Belkız, B., Nazlı, E., Özsin, E., ... & Saraç, E. (2004). Gençlerde şizofreniyi damgalama düzeyi. In *Yeni Symposium* (Vol. 42, No. 3, pp. 113-117).
- Aksaray, G., Kaptanoğlu, C., & Oflu, S. (1999). Koruyucu ruh sağlığı. In *Yeni Symposium* (Vol. 37, No. 3, pp. 55-59).
- Akyüz, H., Yaşartürk, F., Aydın, İ., Zorba, E., Türkmen, M. (2017). Üniversite öğrencilerinin yaşam kalitesi ve mutluluk düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi, *Uluslararası Kültürel ve Sosyal Araştırmalar Dergisi (UKSAD)*, 3(Special Issue 2), 253-262.
- Alpsoy, E., Şenol, Y., Bilgiç Temel, A., Baysal G.Ö., Akman Karakaş, A. (2015). Psoriasisste içselleştirilmiş damgalama ölçeğinin güvenilirlik ve geçerliliği, *Türkderm*, 49 (1),45-49.
- Angermeyer, M. C., & Matschinger, H. (2003). The stigma of mental illness: effects of labelling on public attitudes towards people with mental disorder, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108(4), 304-309.
- Arkonaç, S. A. (1998). *Psikoloji: Zihin Süreçleri Bilimi*, 2. Baskı, 510. Alfa Yayınları.
- Aslan, N., Arslan Cansever, B. (2012). Ergenlerin Boş Zaman Değerlendirme Algısı, *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 42 (42), 23-35.
- Assefa, D., Shibre, T., Asher, L., Assefa, A. F. (2012). Etiyopya'da Şizofreni Hastaları Arasında İçselleştirilmiş Stigma: Kesitsel Tesis Temelli Bir Çalışma, *BMC Psikiyatri*, 12 (1), 1-10.
- Atalay, H. (2009). "Psikiyatride Stigma", *Psikeart*, 2: 10-19.
- Avcil, C., Bulut, H., & Sayar, G. H. (2016). Psikiyatrik hastalıklar ve damgalama. *Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, (2), 175-202.
- Bademli, K. (2013). Çetinkaya Duman Z. *Şizofreni hastalarının bakım verenleri. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 5(4), 461-78.
- Bag, B. & Ekinçi, M. (2005). Sağlık personelinin ruhsal sorunları olan bireylere yönelik tutumlarının araştırılması. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 3(11), 107-127.

- Batastini, A. B., Lester, M. E., & Thompson, R. A. (2018). Hukukun gözünde akıl hastalığı: hakimler ve avukatlar arasında damgalanma algılarının incelenmesi, *Psikoloji, Suç ve Hukuk*, 24(7), 673-686.
- Becker, H.S. (1963). *Outsiders: Studies in the Sociology of Deviance*, New York: The Free Press.
- Beyazyüz, M., Beyazyüz, E., Albayrak, Y., Baykal, S., & Göka, E. (2015, April). Bir eğitim araştırma hastanesi psikiyatri polikliniğine başvuran hastalarda içselleştirilmiş damgalanma düzeylerinin bazı tanı grupları, sosyodemografik özellikler ve benlik saygısı ile ilişkisi, In *Yeni Symposium* (Vol. 53, No. 2).
- Black, D. W., & Andreasen, N. C. (2011). *Psikiyatri giriş kitabı*. Amerikan Psikiyatri Pub.
- Bostancı, N. (2005). Ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik stigma ve bunun azaltılmasına yönelik uygulamalar, *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 18, 32-38.
- Bostancı, N., & Aştı, N. (2000). Hemşirelerin Ruh Sağlığı Bozuk Olan Bireylere Karşı Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi, *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 17(2), 87-93.
- Boyd, J. E., Adler, E. P., Otilingam, P. G., & Peters, T. (2014). İçselleştirilmiş Akıl Hastalığı Damgası (ISMI) ölçeği: çok uluslu bir inceleme, *Kapsamlı Psikiyatri*, 55(1), 221-231.
- Boylu, A.A., Paçacıoğlu, B. (2016). Yaşam kalitesi ve göstergeleri, *Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi (Akad)* 8 (15), 137-50.
- Brohan, E., Slade, M., Clement, S., & Thornicroft, G. (2010). Akıl hastalığı damgalama, önyargı ve ayrımcılık deneyimleri: önlemlerin gözden geçirilmesi, *BMC Sağlık Hizmetleri Araştırması*, 10 (80), 2 - 11.
- Camp, D.L., Finlay, W.M.L., Lyons, E. (2002). Düşük benlik saygısı, damgalanmanın kaçınılmaz bir sonucu mudur? Kronik ruh sağlığı sorunları olan kadınlardan bir örnek, *Sosyal Bilimler Med* 55, 823-34.
- Cerit, C., Filizer, A., Tural, Ü., & Tufan, A. E. (2012). Stigma: Bipolar bozuklukta işlevselliği öngörmeye temel bir faktör, *Comprehensive Psychiatry*, 53(5), 484-489.
- Chaudoir, S. R., Earnshaw, V. A., & Andel, S. (2013). "İtibarsız"a karşı "güvenilmez": paylaşılan ve benzersiz damgalama mekanizmalarının psikolojik ve fiziksel sağlık eşitsizliklerini nasıl etkilediğini anlamak, *Basic and applied social psychology*, 35(1), 75-87.
- Chung, L., Pan, A. W., & Hsiung, P. C. (2009). Tayvan'da majör depresyonu olan hastalar için yaşam kalitesi: Öngörü faktörlerinin modele dayalı bir çalışması. *Psikiyatri Araştırması*, 168(2), 153-162.

- Cooper, D., Moisan, J., & Grégoire, J. P. (2007). Yeni tedavi edilen hastalarda atipik antipsikotik tedaviye bağlılık: şizofrenide toplum temelli bir çalışma, *Klinik psikiyatri Dergisi*, 68(6), 818-825.
- Corrigan P. W, Watson A. C. (2002). Akıl Hastalığı Olan İnsanlar Üzerindeki Damgalanmanın Etkisini Anlamak, *Dünya Psikiyatrisi*, 1(1), 16.
- Corrigan, P. W. (1998). Damgalanmanın ağır akıl hastalığı üzerindeki etkisi, *Cognitive and behavioral practice*, 5(2), 201-222.
- Corrigan, P. W., Edwards, A. B., Green, A., Diwan, S. L., & Penn, D. L. (2001). Önyargı, sosyal mesafe ve akıl hastalığına aşinalık, *Schizophrenia bulletin*, 27(2), 219-225.
- Corrigan, P. W., Watson, A. C., & Barr, L. (2006). Akıl hastalığının kendi kendine damgalanması: Benlik saygısı ve öz yeterlilik için çıkarımlar, *Journal of social and clinical psychology*, 25(8), 875-884.
- Cumming, J. & Cumming, E. (1965). Akıl hastalığının damgalanması üzerine, *Community Mental Health Journal*, 1 (2), 135-143.
- Çakıroğlu, A. (2007). *Türkiye'de yaşam kalitesi ve mutluluk ilişkisi* (Master's thesis).
- Çalışkan, N. (2019). *Ruh sağlığı sorunu olan hastalarda içselleştirilmiş damgalama, sosyal destek ve bunların tedaviye uyuma etkisi* (Master's thesis, Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi).
- Çam, O., Bilge, A. (2007). Ruh hastalığına yönelik inanç ve tutumlar, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8, 215-23.
- Çam, O., & Çuhadar, D. (2011). Ruhsal hastalığa sahip bireylerde damgalama süreci ve içselleştirilmiş damgalama, *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2(3), 136-140.
- Çam, O., Bilge, A. (2011). Türkiye'nin batısında yaşayan halkın ruhsal hastalığa ve hastalara yönelik inanç ve tutumlarının belirlenmesi, *Yeni Symposium*, 49 (3): 131- 40.
- Çelikkol, A. (1999). *Ruh hastalıklarından korunma*. Gendaş Yayınları.
- Deaux, K., Reid, A., Mizrahi, K., & Ethier, K.A. (1995). Sosyal kimliğin parametreleri, *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 280-191.
- Doğan, O., & Kocacık, F. (2006). Ruh sağlığı ve bozukluklarının sosyolojisi, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 7(2), 109-120.
- Doğanavşargil, G. Ö. (2010). *Şizofreni ve depresyonda içselleştirilmiş damgalanma ve yaşam kalitesi* (Yayımlanmamış Doktora Tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Dovidio, J. F., Major, B., & Crocker, J. (2000). *Stigma: Giriş ve genel bakış*. In T. F. Heatherton, R. E. Kleck, M. R. Hebl & J. G. Hull (Eds.), *The social psychology of stigma* (pp. 1-28). New York, NY: Guilford Press.

- Ergun, S. ve Yönder, M. (2009). Ruhsal Sorunu Olan Bireylerin İçselleştirilmiş Damgalanma Durumları . *III. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi Bildiri Özet Kitabı*, (s. 170-1). Düzce.
- Ersoy, M. A., Varan, A. (2007). Ruhsal hastalıklarda içselleştirilmiş damgalanma ölçeği Türkçe formunun güvenilirlik ve geçerlik çalışması, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18(2), 163-171.
- Gabel, W., Baumann, A.E., Phill, M.A.(2003). Akıl hastalığıyla ilişkili damgalanmayı azaltmaya yönelik müdahaleler: Almanya'daki kapıları aç programından deneyimler, *Can J Psychiatry*,48(10) 657- 62.
- Giddens, A. (2012). Sosyoloji, (Yay. Haz: Cemal Güzel), İstanbul: Kırmızı Yayınları.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Bozulmuş kimliğin yönetimine ilişkin notlar*, Eaglewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Güllü, M., & Güçlü, M. (2009). Ortaöğretim öğrencileri için beden eğitimi dersi tutum ölçeği geliştirilmesi, *Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*, 3(2), 138-151.
- Gülseren, L. (2002). Şizofreni ve aile: güçlükler, yükler, duygular, gereksinimler, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 13(2), 143-151.
- Gültekin, B. K. (2010). Ruhsal bozuklukların önlenmesi: Kavramsal çerçeve ve sınıflandırma, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2(4), 583-594.
- Gümüş, Ö. Y., & Dönmez, A. T. D. (2009). *Kültür, değerler, kişilik ve siyasal ideoloji arasındaki ilişkiler: Kültürlerarası bir karşılaştırma (Türkiye-ABD)* (Yayımlanmamış Doktora Tezi). . Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji (Sosyal Psikoloji) Anabilim Dalı, Ankara.
- Gündüz Mutluer, F. (2000). Toplumsal Sapma: Fonksiyonalist ve Sembolik Etkileşimci Yaklaşımlar, 1. Baskı, Ankara: Zirve Yayınları.
- Güntekin, R. N. (2014). Damga, İstanbul: İnkılap Kitabevi.
- Güven, S., Şener, A. (2010). Yaşlılıkta Yaşam Doyumunu Etkileyen Faktörler, *Turkish Journal Of Geriatrics*, 14(2), 179-186.
- Hanzawa, S., Nosaki, A., Yatabe, K., Nagai, Y., Tanaka, G., Nakane, H., & Nakane, Y. (2012). Japonya'daki psikiyatri hemşirelerinde şizofreninin içselleştirilmiş damgasını anlama çalışması, *Paper presented at the Psychiatry Clin Neurosci*, 66 (2), 113-120.
- Hayward P, Bright JA. (1997). Stigma ve Akıl Hastalığı, *Journal Of Mental Health*, 6, 345-354.

- Howard, P., Wong, G., Brigh, J.A. ve ark. (2002). Manik depresyonda damgalanma ve benlik saygısı: Bir keşif çalışması, *J Affect Disord* 69, 61-7.
- Hrehorów, E., Salomon, J., Matusiak, U., Reich, A. (2012). Szepletowski JC. Sedef hastalığı olan hastalar kendilerini damgalanmış hissederler, *J Acta dermato-venereologica*, 92, 67-72.
- İnceoğlu, M. (2010). Tutum, algı, iletişim. Beykent Üniversitesi Yayınları, Inc. 5. Baskı, İstanbul. https://www.academia.edu/12628801/met%c4%b0n_%c4%b0nceo%c4%9elu_tutum_algi_%c4%b0let%c4%b0%5%9e%c4%b0m (04 Nisan 2021).
- İnci, F., & Çalışkan, N. (2019). *Ruh sağlığı sorunu olan hastalarda içselleştirilmiş damgalama, sosyal destek ve bunların tedaviye uyuma etkisi* (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Nevşehir.
- Jané-Llopis, E., Barry, M., Hosman, C. ve Patel, V. (2005). Mental health promotion: A review. *IUHPE – Promotion ve Education Supplement*, 2, 9-25.
- Javed, Z., Naeem, F., Kingdon, D., İrfan, M, Izhar, N., Ayub, M. (2006). Pakistan'ın Lahor kentinde üniversite öğrencilerinin ve öğretmenlerinin akıl hastalarına yönelik tutumu, *J Ayub Med Coll Abbottabad*, 18, 55-58.
- Jones, E.E., Farina, A., Hastorf, A.H., Markus, H., Miller, D.T., Scott, R.A. (1984). *Sosyal Stigma: İşaretli İlişkilerin Psikolojisi*. New York: Freeman
- Kağıtçıbaşı, Ç., & Cemalcılar, Z. (2014). *Dünden bugüne insan ve insanlar: Sosyal psikolojiye giriş*. Evrim.
- Karagöl, A., Çalışkan, D., Beyazyüz, M. (2013). Halk Sağlığı Açısından Ruhsal Bozukluklarda Üç Boyutuyla Damgalama, *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (STED)*, 96-101.
- Keshavarzpir, Z., Seyedfatemi, N., Mardani-Hamooleh, M., Esmaeli, N., & Boyd, J. E. (2020). Psikoeğitimin Hastanede Yatan Bipolar Bozukluğu Olan Hastalarda İçselleştirilmiş Damgalanma Üzerine Etkisi: Yarı Deneysel Bir Çalışma, *Issues in Mental Health Nursing*, 1-8.
- Keskin, A., Ünlüoğlu, I., Bilge, U., & Yenilmez, Ç. (2013). Ruhsal Bozuklukların Yaygınlığı, Cinsiyetlere Göre Dağılımı ve Psikiyatrik Destek Alma ile İlişkisi/The Prevalence of Psychiatric Disorders Distribution of Subjects Gender and its Relationship with Psychiatric Help-Seeking, *Noro-Psikiyatri Arsivi*, 50(4), 344.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Ulusal Komorbidite Anketi Tekrarında DSM-IV bozukluklarının yaşam boyu yaygınlığı ve başlangıç yaşı dağılımları. *Archives of general psychiatry*, 62(6), 593-602.

- Kırcı Çevik, N., Korkmaz, O. (2014). Türkiye'de Yaşam Doyumu ve İş Doyumu Arasındaki İlişkinin İki Değişkenli Sıralı Probit Model Analizi, *Niğde Üniversitesi İİBF Dergisi*, 7(1), 126-145.
- Kızılaslan, S. (2021). *Epilepsi Hastalarında İçselleştirilmiş Damgalanma Ve Özyönetim Düzeyinin İncelenmesi* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Üsküdar Üniversitesi, Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul.
- Kocabaşoğlu, N., Aliustaoğlu, S. (2003). Stigmatisation, *New Symposium*, 41(4), 190- 2
- Koçoğlu, D., Akın, B. (2009). Sosyoekonomik Eşitsizliklerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesi ile İlişkisi, *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 2(4), 145-154.
- Korkmaz, G. (2013). *Akut Psikiyatri Servislerinde Yatan Hastalarda İçselleştirilmiş Stigma ve Algılanan Aile Desteği* (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Köknel, Ö. (1998). *Kötü ruhtan ruh sağlığına: Türkiye'de psikiyatri tarihi*. Alfa Basım Yayım Dağıtım.
- Kranke, D., Floersch, J., Townsend, L., Munson, M. (2010). Psikiyatrik ilaç kullanan ergenlerde damgalanma deneyimi, *Children and Youth Services Review*, 32, 496-505.
- Küey, L., Üstün, T. B., & Güleç, C. (1987). Türkiye'de ruhsal bozukluklar epidemiyolojisi araştırmaları üzerine bir gözden geçirme çalışması, *Toplum ve Hekim*, 44, 16-30.
- Lemert, E. M. (1951). *Social Pathology; A Systematic Approach to the Theory of Sociopathic Behavior*, New York: McGraw Hill.
- Link, B.G., Struening, E.L., Neese-Todd, S., Asmussen, S., et al. (2002). Damgalanma deneyimini tanımlama ve değiştirme arayışı üzerine, *Psychiatric Rehabilitation Skills* 6, 201-31.
- Macinnes, D.L., Lewis, M. (2008). Ciddi ve kalıcı ruh sağlığı sorunları olan kişilerde kendini damgalamayı azaltmak için kısa bir grup programının değerlendirilmesi, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 15, 59- 65.
- Major, B., & O'brien, L. T. (2005). Stigmanın sosyal psikolojisi. *Annu. Rev. Psychol.*, 56, 393-421.
- Marcussen, K., Ritter, C., Munetz, R.M. (2010). Hizmetlerin ve damgalanmanın ciddi akıl hastalığı olan kişiler için yaşam kalitesi üzerindeki etkisi, *Psychiatry Serv* 61, 489-94
- Mercan, H.M. (2017). *Obsesif kompulsif bozukluk hastalarında içselleştirilmiş damgalanmanın yaşam kalitesi ve tedavi uyumu üzerine etkisi* (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Gaziantep.

- Morgan, C. T. (2010). *Psikolojiye giriş*. Eğitim Yayınevi.
- Moritz, S., Rufer, M., Fricke, S., Karow, A., Morfeld, M., Jelinek, L., & Jacobsen, D. (2005). Obsesif kompulsif bozuklukta tedavi öncesi ve sonrası yaşam kalitesi, *Comprehensive psychiatry*, 46(6), 453-459.
- Oban, G., & Küçük, L. (2011). Ergenlerde ruhsal bozukluklarla ilgili damgalanmayı etkileyen faktörler, *Journal of Psychiatric Nursing*, 2(1), 31-39.
- Ok, Ü. (2009). Dini şemalar ölçeğinden inanç veya dünya görüşü şemaları ölçeğine, *Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 35, 149-155.
- Özen, S. (1991). Birey-Toplum İlişkileri Açısından Ruhsal Sağlık Sorunları, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 7 (2), 119-127.
- Özer, R. (2020). *Madde kullanıcılarının yakınlarında bakım veren yükü, algılanan sosyal destek ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Maltepe Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul.
- Özmen, S., & Erdem, R. (2018). Damgalamanın Kavramsal Çerçevesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 23(1), 185-208.
- Özmete, E. (2010). Aile Yaşam Kalitesi Dinamikleri: Aile İletişimi, Ebeveyn Sorumlulukları, Duygusal, Duygusal Refah, Fiziksel/Materyal Refahın Algılanması, *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 3(11), 455-465.
- Öztürk, M. O. & Uluşahin, N.A. (2016). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*.
- Pal, A., Sharan, P., & Chadda, R. K. (2017). İçselleştirilmiş damgalanma ve bipolar bozukluğu olan Hintli poliklinik hastalarındaki etkisi, *Psychiatry research*, 258, 158-165.
- Pinfold, V., Toulmin, H., Thornicroft, G., Huxley, P., Farmer, P., Graham, T. (2003). Psikiyatrik damgalama ve ayrımcılığın azaltılması: Birleşik Krallık ortaokullarında eğitim müdahalelerinin değerlendirilmesi, *Br J Psychiatry*, 182, 342- 6.
- Pyne, J. M., Kuc, E. J., Schroeder, P. J., Fortney, J. C., Edlund, M., & Sullivan, G. (2004). Algılanan damgalanma ile depresyon şiddeti arasındaki ilişki, *Sinir ve akıl hastalıkları dergisi*, 192(4), 278-283.
- Regier, D.A., Myers, J. K., Kramer, M., Robins, L. N., Blazer, D. G., Hough, R. L., ... & Locke, B. Z. (1984). Epidemiyolojik Havza Alanı Programı: tarihsel bağlam, ana hedefler ve çalışma popülasyonu özellikleri. *Archives of general psychiatry*, 41(10), 934-941.
- Riana, A.R., Osman, C.B., Ainsah, O. (2008). Hospital University Kebangsaan Malaysia birinci basamak kliniğine başvuran hastalarda psikiyatrik morbidite ve akıl hastalığına yönelik tutumlar, *Malaysian Journal of Psychiatry*, 17: 30- 43.

- Ritsher, J. B., & Phelan, J. C. (2004). İçselleştirilmiş damgalanma, ayaktan psikiyatri hastaları arasında moral erozyonu, *Psychiatry research*, 129(3), 257-265.
- Sabbah, I., Drouby, N., Sabbah, S., Retel-Rude, N., Mercier, M. (2003). SF-36 Sağlık Araştırması Kullanarak Lübnan'da Kırsal ve Kentsel Nüfuslarda Yaşam Kalitesi, *Health Quality Life*, 1, 1-14.
- Sankır, H. (2013). “Gençlerin Sapmış Davranışlara Yönelmelerinde Etiketlemenin ve Başkalarıyla Kıyaslanmanın Etkisi, Lise 11. Sınıf Gençliği Örneği”, *Gençlik Araştırmaları Dergisi*, 1(1): 148-171.
- Sarıkoç, G. (2011). Ruhsal Sorunlar Nedeniyle Ayaktan İzlenen Hastaların İçselleştirilmiş Etiketlenmeleri (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Programı Ankara.
- Sarısoy, G., Kaçar, Ö. F., Pazvanoğlu, O., Zabun-Korkmaz, I., Öztürk, A., Akkaya, D., Şahin, A. R. (2013). Bipolar ve Şizofreni Hastalarında İçselleştirilmiş Damgalama ve Yakın İlişkiler: Karşılaştırmalı Bir Çalışma, *Comprehensive Psychiatry*, 54, 665- 672.
- Saygın, N. (2007). *Hasta ve yakınlarının bakış açısıyla psikiyatrik yatışın nedenleri* (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Programı, Antalya.
- Schnacter, H.M., Girardi, A., Ly, M., Lacroix, D., Lumb, A.B., Berkorn, J.V. et al. (2008). Okul temelli müdahalelerin ruh sağlığı damgalaması üzerindeki etkileri: sistematik bir inceleme. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 2(18) 1- 14.
- Schnittker, J. (2000). Cinsiyet ve psikolojik sorunlara tepkiler: sosyal hoşgörü ve algılanan tehlikelilik incelemesi, *J Health Soc Behav*, 44, 224- 40.
- Schulze, B., & Angermeyer, M. C. (2003). Öznel damgalanma deneyimleri. Şizofreni hastaları, yakınları ve ruh sağlığı profesyonellerine yönelik bir odak grup çalışması, *Social science & medicine*, 56(2), 299-312.
- Shives, L. R. (2008). *Psikiyatri-ruh sağlığı hemşireliği ile ilgili temel kavramlar*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Sibitz, I., Unger, A., Woppmann, A., Zidek, T., Amering M. (2011). Şizofreni Hastalarında Damgalanma Direnci, *Schizophrenia Bulletin*, 37(2), 316 23.
- Sumner, C. (1994). The Sociology of Deviance: An Obituary, Continuum.

- Świtaj, P., Wciórka, J., Smolarska-Świtaj, J., & Grygiel, P. (2009). Şizofreni hastalarının yaşadığı damgalanmanın kapsamı ve yordayıcıları, *European Psychiatry*, 24(8), 513-520.
- Şencan, I., Keskinliç, B., Ekinci, B., Öztemel, A., Sarıoğlu, G., Çobanoğlu, N., & Bolay Yavaşoğlu, G. (2015). Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı Eylem Planı (2015-2020). *TC Türkiye halk Sağlığı Kurumu, TC Sağlık Bakanlığı Yayın*, (988), 1-63.
- Tanabe, Y., Hayashi, K., Ideno, Y. (2016). Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgası (ISMI) Ölçeği: Japonca Versiyonunun Doğrulanması, *BMC Psychiatry*, 16(1), 116.
- Taşkın, E. O. (2007). *Stigma ruhsal hastalıklara yönelik tutumlar ve damgalama*. İzmir: Turkuaz Bilişim-Bilgisayar ve Yayıncılık-Meta Basım, 117-37.
- The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Dünya Sağlık Örgütü'nden pozisyon belgesi. (1995). *Social science & medicine*, 41, 1403–1409.
- Thornicroft, G. (2014). Toplumun reddettiği: ruhsal hastalığı olan insanlara karşı ayrımcılık. *N. Uluhan, T. Doğan, H. Soygür, Çev.*. Ankara: İmaj Yayınevi.
- Topaç, E., & Vural, H. (2004). *Aile bireylerinin ruhsal hastalıklara karşı tutumları* (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). GATA Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Torlak, S. E., Yavuzçehre, P. S. (2008). Denizli Kent Yoksullarının Yaşam Kalitesi Üzerine Bir İnceleme, *Çağdaş Yerel Yönetimler*, 17 (2):23-44.
- Townsend, M. C., & Morgan, K. I. (2017). *Psikiyatrik ruh sağlığı hemşireliği: Kanıta dayalı uygulamada bakım kavramları*. FA Davis.
- Üçok, A. (2003). Şizofreni hastası neden damgalanır? Klinik Psikiyatri. Ek 1:3-8.
- Üstündağ, M. F., & Kesebir, S. (2013). İki Uçlu Bozuklukta İçselleştirilmiş Damgalanma: Klinik Özellikler, Yaşam Kalitesi ve Tedaviye Uyum ile İlişkisi, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 24(4).
- West, M. L., Yanos, P. T., Smith, S. M., Roe, D., & Lysaker, P. H. (2011). Şiddetli akıl hastalığı olan kişilerde içselleştirilmiş damgalanmanın yaygınlığı, *Stigma research and action*, 1(1), 3.
- Williams, J., & Gonzalez-Medina, D. (2011). Bulaşıcı hastalıklar ve sosyal damgalama, *Applied Innovations and Technologies*, 4(1), 58-70.
- World Health Organization. (2004). The World health report: 2004: changing history. World Health Organization.
- World Health Organization. (2012). Akıl sağlığına yönelik riskler: Güvenlik açıklarına ve risk faktörlerine genel bir bakış. Kapsamlı bir ruh sağlığı eylem planının geliştirilmesi için DSÖ sekreterliği tarafından hazırlanan arka plan belgesi. Cenevre: Dünya Sağlık Örgütü.

- Xu, X., Yu, C., Zhang, L., Luo, L. ve Liu, J. (2020). 2019 yeni koronavirüs pnömonisinin görüntüleme özellikleri, *European Journal of Nuclear Medicine and Molecular Imaging*, 47, 1022- 1023
- Yanos, P. T., Roe, D., & Lysaker, P. H. (2011). Anlatı Geliştirme ve Bilişsel Terapi: şiddetli akıl hastalığı olan kişilerde içselleştirilmiş damgalanma için yeni bir grup temelli tedavi, *Journal of International Group Psychotherapy*, 61(4), 576- 595.
- Yaralı, D. (2016). Öğretmen Adaylarının Özel Eğitim Dersine Yönelik Tutumlarının Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi, *Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (24), 59-76.
- Yıldız, M. (2011). *Şizofreni hastaları için ruhsal toplumsal beceri eğitimi*, Baskı. Ankara: Türkiye Sosyal Psikiyatri Derneği Yayınları.
- Yurt, V. (2000). *Psikiyatride rehabilitasyon*. N. Kum. Psikiyatri Hemşireliği El Kitabı, 254-263.

EKLER

EK-A

Demografik Bilgi Formu

1) Yaş:

2) Cinsiyet :

- Kadın
- Erkek

3) Medeni Durumunuz

- Evli
- Bekar

4) Ebeveynleriniz hayatta mı?

- Sağ
- Vefat etmiş

5) Aylık Geliriniz

- Asgari ücret
- 3000-5000
- 5000-10000
- 10000 üzeri

6) İş durumunuz:

- Öğrenciyim
- Bir işte çalışıyorum
- Hem çalışıyorum hem öğrenciyim
- Şu an işsizim

7) Romantik bir ilişkiniz bulunmakta mı?

- Evli
- Bekar
- Sevgilim var
- Boşanmış
- Dul

8) Daha önce herhangi bir nedenle psikiyatrik ya da psikolojik bir destek aldınız mı?

- Evet
- Hayır

9) Bir psikiyatrist tarafından tanısı konulmuş psikolojik bir rahatsızlığınız bulunmakta mıdır?

- Evet
- Hayır
- Var ise nedir yazınız

10) Tanısı konuşmuş psikiyatrik rahatsızlığınız dolayısıyla terk edildiniz mi?

- Evet
- Hayır
- Psikiyatrik rahatsızlığım bulunmamaktadır.

11) Psikiyatrik bir bozukluk sebebi ile hastane yatışınız bulunmakta mıdır?

- Evet
- Hayır

12) Ne kadar süre hastane yatışınız oldu?

- 2 hafta
- 1 ay
- 6 ay
- 6 ay ve üzeri

13) Ruhsal hastalık tanınız sebebi ile işinizden çıkartıldınız mı?

- Evet
- Hayır
- Kendim ayrılmayı tercih ettim

14) Ruhsal hastalık tanınız sebebi ile askerde çürüğe alındınız mı?

- Evet
- Hayır
- Başka bir sebep dolayısıyla (yazınız)

Yaşam Kalitesi Ölçeği

Lütfen kurallarınızı, beklentilerinizi, hoşunuza giden ve sizin için önemli olan şeyleri sürekli olarak göz önüne alınız. Yaşamınızın **son iki haftasını** dikkate almanızı istiyoruz.

Örneğin bir soruda son iki hafta kastedilerek şöyle sorulabilir:

	ÖRNEK SORU	Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
	Gereksiniminiz olan desteği başkalarından alabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5

Son iki hafta boyunca başkalarından aldığınız desteğin miktarını en iyi karşılayan rakamı yuvarlağa almalısınız.

Buna göre, eğer başkalarından çokça yardım aldıysanız, aşağıdaki gibi 4 rakamını yuvarlağa almanız gerekiyor:

	ÖRNEK SORU	Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
	Gereksiniminiz olan desteği başkalarından alabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5

Son iki hafta içinde, ihtiyacınız olan desteği başkalarından hiç alamadıysanız, 1 rakamını yuvarlağa almalısınız.

ŞİMDİ, Lütfen her soruyu okuyunuz, duygularınızı değerlendiriniz ve her bir sorunun ölçeğinde size en uygun olan yanıtın rakamını yuvarlağa alınız.

		Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi, ne kötü	Oldukça iyi	Çok iyi
1 G1	Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?	1	2	3	4	5

		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
2 G4	Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorular son iki hafta içinde kimi şeyleri **ne kadar** yaşadığınızı soruşturmaktadır.

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
3 F1.4	Ağrılarınız yapmanız gerekenleri ne derece engellediğini düşünüyorsunuz?	1	2	3	4	5
4 F11.3	Günlük uğraşlarınızı yürütebilmek için herhangi bir tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz?	1	2	3	4	5
5 F4.1	Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?	1	2	3	4	5
6 F24.2	Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz?	1	2	3	4	5

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Son derecede
7 F5.3	Dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız?	1	2	3	4	5
8 F16.1	Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?	1	2	3	4	5
9 F22.1	Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorular son iki haftada kimi şeyleri ne ölçüde **tam olarak** yaşadığınızı ya da yapabildiğinizi soruşturmaktadır.

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
10 F2.1	Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?	1	2	3	4	5

11 F7.1	Bedensel görünüşünüzü kabullenir misiniz?	1	2	3	4	5
12 F18. 1	Gereksinimlerinizi karşılamak için yeterli paranız var mı?	1	2	3	4	5
13 F20. 1	Günlük yaşantınızda gerekli bilgilere ne ölçüde ulaşabilir durumdasınız?	1	2	3	4	5
14 F21. 1	Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız olur?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorularda, son iki hafta boyunca yaşamınızın çeşitli yönlerini ne ölçüde **iyi ya da doyurucu** bulduğunuzu belirtmeniz istenmektedir.

		Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi, ne kötü	Oldukça iyi	Çok iyi
15 F9.1	Hareketlilik (etrafta dolaşabilme, bir yerlere gidebilme) beceriniz nasıldır?	1	2	3	4	5

		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
16 F 3.3	Uygunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
17 F10. 3	Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
18 F12. 4	Dış görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
19 F6.3	Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
20 F13. 3	Diğer kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
21 F15. 3	Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
22 F14. 4	Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
23 F17. 3	Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
24 F19. 3	Sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
25 F23. 3	Ulaşım olanaklarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki soru son iki hafta içinde bazı şeyleri **ne sıklıkta** hissettiğiniz ya da yaşadığınıza ilişkindir.

		Hiçbir zaman	Nadiren	Ara sıra	Çoğunlu kla	Her zaman
26 F8.1	Ne sıklıkta hüzün, ümitsizlik, bunaltı, çökkünlük gibi olumsuz duygulara kapılırsınız?	1	2	3	4	5

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
U. 27	Yaşamınızda size yakın kişilerle (eş, iş arkadaşı, akraba) ilişkilerinizde baskı ve kontrolle ilgili zorluklarınız ne ölçüdedir?	1	2	3	4	5

Bu formun doldurulmasında size yardım eden oldu mu?

Bu formun doldurulması ne kadar süre aldı?

Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği

İRHDÖ

Bu testte sık sık geçen "ruhsal hastalık" terimi, en geniş anlamda kullanılmıştır. Her bir cümleyi dikkatle okuduktan sonra eğer

- "Kesinlikle aynı fikirde değilim" diyorsanız (1) rakamını ;
 "Aynı fikirde değilim" diyorsanız (2) rakamını ;
 "Aynı fikirdeyim" diyorsanız (3) rakamını ;
 "Kesinlikle aynı fikirdeyim" diyorsanız (4) rakamını daire içine alarak

Okuduğunuz cümleye ne ölçüde katıldığınızı ya da katılmadığınızı belirtiniz. Her cümle için rakamlardan sadece bir tanesini işaretleyiniz.

	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.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
2. Ruhsal hastalığı olan kişiler saldırgan olmaya eğilimlidirler.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
3. Ruhsal bir hastalığım olduğu için insanlar bana farklı davranıyorlar.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
4. Reddedilmemek için, ruhsal hastalığı olmayan kişilere yaklaşımdan kaçınıyorum.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
5. Ruhsal bir hastalığım olduğundan dolayı utanıyorum.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
6. Ruhsal hastalığı olan kişiler evlenmemelidir.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
7. Ruhsal hastalığı olan kişiler topluma önemli katkılarda bulunurlar.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
8. Kendimi ruhsal hastalığı olmayan kişilerden daha aşağı hissediyorum.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
9. Ruhsal hastalığım benim "garip" görünmeme ya da davranmamaya neden olabileceğinden dolayı eskisi kadar sosyal değilim.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
10. Ruhsal hastalığı olan kişiler iyi ve doyum verici bir hayat yaşayamazlar.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
11. İnsanları ruhsal hastalığımla sıkmak istemediğimden dolayı, kendi hakkımda fazla konuşmam.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
12. Halk arasındaki ruhsal hastalıklarla ilgili olumsuz düşünceler, benim "normal" yaşamın dışında kalmama neden oluyor.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
13. Ruhsal hastalığı olmayan kişilerle birlikteyken, kendimi sanki o ortama ait değilmiş ve yetersizmiş gibi hissediyorum.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
14. Ruhsal hastalığı açıkça anlaşılan biriyle toplum içinde birlikte görülmek beni rahatsız etmez.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği

	Kesinlikle aynı fikirde değilim	Aynı fikirde değilim	Aynı fikirdeyim	Kesinlikle aynı fikirdeyim
15. Sırf ruhsal hastalığımın dolayısı ile insanlar bana sık sık ne yapmam gerektiğini söyleyip, sanki çocukmuşum gibi davranırlar.	1	2	3	4
16. Ruhsal hastalığım olduğu için kendimden memnun değilim.	1	2	3	4
17. Ruhsal hastalığımın olması hayatımı berbat etti.	1	2	3	4
18. İnsanlar görünüşümden ruhsal bir hastalığımın olduğunu anlayabilirler.	1	2	3	4
19. Ruhsal hastalığımın dolayısı ile benimle ilgili çoğu kararı başkalarının vermesine ihtiyaç duyarım.	1	2	3	4
20. Ailemi ve arkadaşlarımı utandırmamak için sosyal ortamlardan uzak dururum.	1	2	3	4
21. Ruhsal hastalığı olmayanların beni anlamaları mümkün değildir.	1	2	3	4
22. Sırf ruhsal hastalığım olduğu için insanlar beni göz ardı eder ya da pek ciddiye almazlar.	1	2	3	4
23. Ruhsal hastalığım olduğu için topluma hiçbir katkı olamaz.	1	2	3	4
24. Ruhsal bir hastalıkla yaşamak beni mücadeleci bir insan yaptı.	1	2	3	4
25. Ruhsal bir hastalığım olduğu için kimse bana yaklaşmak istemez.	1	2	3	4
26. Genel olarak, hayatı istediğim şekilde yaşayabiliyorum.	1	2	3	4
27. Ruhsal hastalığıma rağmen, iyi ve dolu dolu yaşadığım bir hayatım var.	1	2	3	4
28. İnsanlar ruhsal bir hastalığım olduğu için hayatta fazla başarılı olamayacağımı düşünüyorlar.	1	2	3	4
29. Akıl hastalarıyla ilgili olumsuz yaygın inanışlar benim durumum dikkate alındığında hiç de yanlış sayılmaz.	1	2	3	4

Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği

Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği (RHİDÖ): Ritsher ve ark. (2003) tarafından geliştirilmiş olan RHİDÖ 29 maddeden oluşan ve içsel damgalanmayı değerlendiren bir öz-bildirim ölçeğidir. Ölçeğin: 1. Yabancılaşma (6 madde), 2. Kalıp Yargıların Onaylanması (7 madde), 3. Algılanan Ayrımcılık (5 madde), 4. Sosyal Geri Çekilme (6 madde) ve 5. Damgalanmaya Karşı Direnç (5 madde) olmak üzere beş alt ölçeği bulunmaktadır. RHİDÖ’nde yer alan maddeler “kesinlikle aynı fikirde değilim” (1 puan), “aynı fikirde değilim” (2 puan), “aynı fikirdeyim” (3 puan), “kesinlikle aynı fikirdeyim” (4 puan) şeklinde dördü bir Likert tipi ölçek üzerinde yanıtlanmaktadır. “Damgalanmaya karşı direnç” alt ölçeğinin maddeleri ters olarak puanlanmaktadır. Beş alt ölçeğe ait puanların toplanmasıyla elde edilen toplam RHİDÖ puanı 29 ile 116 puan arasında değişmektedir. RHİDÖ’nde yüksek puanlar, kişinin içselleştirilmiş damgalanmasının olumsuz yönde daha şiddetli olduğu anlamına gelmektedir. Tüm ölçek için elde edilen iç tutarlık katsayısı ise .93 olarak bulunurken, ölçeğin iki-yarım güvenirliği .89 olarak belirmiştir.

RHİDÖ	Maddeler
I. Yabancılaşma (6 madde)	1, 5, 8, 16, 17, 21
II. Kalıp Yargıların Onaylanması (7 madde)	2, 6, 10, 18, 19, 23, 29
III. Algılanan Ayrımcılık (5 madde)	3, 15, 22, 25, 28
IV. Sosyal Geri Çekilme (6 madde)	4, 9, 11, 12, 13, 20
V. Damgalanmaya Karşı Direnç (5 madde)	7, 14, 24, 26, 27

Ritsher JB, Otilingam PG, Grajales M (2003) Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Res*, 121: 31-49.

Ersoy MA, Varan A. Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği Türkçe Formu’nun Güvenirlik ve Geçerlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2007; 18(2):163-171.