T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
PSİKOLOJİ PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

OBSESİF-KOMPULSİF BOZUKLUĞA YÖNELİK TEPKİLERİN SOSYO-BİLİŞSEL DAMGALAMA MODELİ KAPSAMINDA İNCELENMESİ

Gülşah DURNA

Danışman
Doç: Dr. Orçun YORULMAZ

İZMİR - 2016

YÜKSEK LİSANS
TEZ/ PROJE ONAY SAYFASI

2013801792

Üniversite : Dokuz Eylül Üniversitesi

Enstitü : Sosyal Bilimler Enstitüsü

Adı ve Soyadı : Gülşah DURNA

Tez Başlığı : Obsesif-Kompulsif Bozukluğa Yönelik Tepkilerin Sosyo-Bilişsel Damgalama Modeli Kapsamında İncelenmesi

Savunma Tarihi : 27/09/2016

Danışmanı : Doç.Dr.Orçun YORULMAZ

JÜRİ ÜYELERİ

Ünvanı, Adı, Soyadı	Üniversitesi	İmza
Doç.Dr.Orçun YORULMAZ	-DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ	.....
Doç.Dr.Gülay DİRİK	-DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ	.....
Yrd.Doç.Dr.Mehmet ŞAKİROĞLU	-ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ	.....

Oybirliği (X)

Oy Çokluğu ( )

Gülşah DURNA tarafından hazırlanmış ve sunulmuş "**Obsesif-Kompulsif Bozukluğa Yönelik Tepkilerin Sosyo-Bilişsel Damgalama Modeli Kapsamında İncelenmesi**" başlıklı Tezi(X) / Projesi( ) kabul edilmiştir.

Prof.Dr. Mustafa Yaşar TINAR
Enstitü Müdürü

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum **"Obsesif-Kompulsif Bozukluğa Yönelik Tepkilerin Sosyo-Bilişsel Damgalama Modeli Kapsamında İncelenmesi"** adlı çalışmanın, tarafımdan, akademik kurallara ve etik değerlere uygun olarak yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

Tarih
.../09/2016
Gülşah DURNA
İmza

ÖZET

Yüksek Lisans Tezi

Obsesif-Kompulsif Bozukluğa Yönelik Tepkilerin Sosyo-Bilişsel Damgalama Modeli Kapsamında İncelenmesi

Gülşah DURNA

Dokuz Eylül Üniversitesi
Sosyal Bilimler Enstitüsü
Psikoloji Anabilim Dalı
Psikoloji Programı

Bu çalışmada, toplumun Obsesif-Kompulsif Bozukluğun (OKB) cinsellik, şiddet, din, kontrol ve bulaşma alt türlerine yönelik damgalayıcı tutum ve davranışlarının Sosyo-Bilişsel Damgalama Modeli çerçevesinde ve Şizofrenik Bozuklukla karşılaştırmalı olarak incelenmesi amaçlanmıştır. Çalışmaya İzmir'de yaşayan 621 yetişkin katılmıştır. Katılımcıların, bu çalışma kapsamında geliştirilen kişisel bilgi formu ve Ruhsal Bozukluklara Atfedilen Nedenler Ölçeği'ni (RBANÖ) doldurmaları ve seçkisiz olarak verilen 6 vinyetten birini okuduktan sonra vinyette tanımlanan kişiyi düşünerek sosyal mesafe ve ruhsal rahatsızlığa ilişkin olumsuz inançlar ile ilgili ölçekleri doldurmaları istenmiştir. Açımlayıcı faktör analizi sonucunda RBANÖ'nün 4'lü faktör yapısına sahip olduğu belirlenmiştir: olumsuz kişilik özellikleri, aile ortamı, olağan yaşam olayları ve biyolojik nedenler. Vinyetlere yönelik sosyal mesafeyi ve olumsuz inançları değerlendiren ölçeklerin toplamı için tek yönlü varyans analizi (ANOVA), inanç ölçeği ve RBANÖ alt boyutlarında tekrarlı ölçümler için varyans analizi uygulanmıştır. Sonuçta, ölçeğin psikometrik özelliklerine dair yapılan analizler RBANÖ'nün genel olarak geçerli ve güvenilir olduğunu göstermiştir. Ayrıca şiddet, cinsellik ve şizofreniye yönelik sosyal mesafenin farklılaşmadığı, ancak din, bulaşma ve kontrol vinyetlerine kıyasla katılımcıların daha fazla sosyal mesafe koyma gereği duyduğu bulunmuştur. Bulaşma vinyetinin din ve kontrolden farklılaşmadığı ve din vinyetine yönelik sosyal mesafenin kontrol vinyetinden daha yüksek olduğu

gözlemlenmiştir. Maddeler incelendiğinde kişisel yakınlık içeren durumlarda (evlilik, saçını kestirme vb.) daha fazla sosyal mesafe ihtiyacının olduğu görülmüştür. Şizofrenik bozukluğa yönelik olumsuz inançların ise kontrol ve bulaşmadan daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Özetle araştırma bulguları, OKB'nin cinsellik ve şiddet içerikli türlerinin önemli düzeyde sosyal mesafeyle ilişkili olduğunu göstermektedir. Dolayısıyla, bu yönde yapılacak eğitim ve bilgilendirme içerikli müdahalelerin faydalı olacağı kanısına varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Obsesif-Kompulsif Bozukluk, Damgalama, Sosyal Damgalama, Sosyal Mesafe, Nedensel Atıflar.

ABSTRACT

Master's Thesis

Examination of the Reactions towards Obsessive-Compulsive Disorder from the Perspective of Social-Cognitive Stigma Model

Gülşah DURNA

Dokuz Eylül University

Graduate School of Social Science

Department of Psychology

Psychology Program

The present study is aimed to examine society's stigmatizing attitudes and behaviours towards sexuality, violence, religion, control and contamination subtypes of Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) as compared to schizophrenic disorder within the scope of Social-Cognitive Stigma Model. In the study, 621 adults living in İzmir were recruited. Participants first completed the personal information form and the Causal Attributions Toward Mental Disorders Scale (CAMDS), which was developed in this research. Before filling out the measures about social distance and negative beliefs toward mental illnesses, they randomly read one of the 6 case vignettes. The results of exploratory factor analysis revealed 4 factors for CAMDS, namely negative personality traits, family context, ordinary life events and biological causes. The group comparisons were performed for total scores of the scales, as the repeated measures of variance was conducted for the subscales of measures. In conclusion, the analyses showed that CAMDS is a both reliable and valid measure, and social distance toward violence, sexuality and schizophrenia did not differ, but they were found higher than religion, contamination and control subtypes. Contamination vignette did not differ from religion and control and social distance toward religion vignette was detected higher than control vignette. In general, the need for social distance was higher among situations including personal intimacy; whereas, negative beliefs toward schizophrenia was higher than control and contamination. In sum, the current research

findings implied that sexual and violence content of the OCD were asscoiated with more social distance, and thus, interventions including education and information would be beneficial.

Keywords: Obsessive-Compulsive Disorder, Stigma, Public Stigma, Social Distance, Causal Attributions.

OBSESİF-KOMPULSİF BOZUKLUĞA YÖNELİK TEPKİLERİN SOSYO-BİLİŞSEL DAMGALAMA MODELİ KAPSAMINDA İNCELENMESİ

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAY SAYFASI iii

YEMİN METNİ iii

ÖZET iv

ABSTRACT vi

KISALTMALAR xi

TABLOLAR LİSTESİ xii

ŞEKİLLER LİSTESİ xiii

EKLER LİSTESİ xiv

GİRİŞ 1

BİRİNCİ BÖLÜM

SOSYAL DAMGALAMANIN TANIMI VE KAVRAMSALLAŞTIRILMASI

1.1. DAMGALAMANIN TANIMI VE KAVRAMSALLAŞTIRILMASI 4

1.2. SOSYO-BİLİŞSEL DAMGALAMA MODELİ 7

1.2.1. Sosyal Damgalama 9

1.2.2. Ruhsal Bozukluklar ve Sosyal Damgalama Bileşenleri 14

1.2.3. Sosyal Damgalamanın Olumsuz Etkileri 18

1.3. SOSYAL DAMGALAMA İLE İLİŞKİLİ DEĞİŞKENLER 27

1.4. OBSESİF-KOMPULSİF BOZUKLUK VE SOSYAL DAMGALAMA 33

İKİNCİ BÖLÜM
İZMİR YETİŞKİN ÖRNEKLEMİNDE SOSYAL MESAFE, İNAÇLAR VE İLİŞKİLİ DEĞİŞKENLERİN SOSYO-BİLİŞSEL DAMGALAMA MODELİ KAPSAMINDA İNCELENMESİ

2.1. YÖNTEM 45

2.1.1. Araştırma Örneklemi 46

2.1.2. Veri Toplama Araçları 49

2.1.2.1. Kişisel Bilgi Formu 49

2.1.2.2. Vaka Vinyetleri 49

2.1.2.3. Ruhsal Bozukluklara Atfedilen Nedenler Ölçeği (RBANÖ) 51

2.1.2.4. Sosyal Mesafe Ölçeği (SMÖ) 52

2.1.2.5. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği (RHİÖ) 53

2.1.3. İşlem 55

2.1.4. İstatistiksel Analizler 56

2.2. BULGULAR 57

2.2.1. RBANÖ'nün Psikometrik Özelliklerinin İncelenmesi 57

2.2.2. OKB'de Sosyal Damgalamaya Dair Analiz Sonuçları 66

2.2.2.1. Araştırmada Kullanılan Ölçüm Araçlarının Güvenirliği 66

2.2.2.2. Çalışmada Yer Alan Değişkenlere İlişkin Betimsel Değerlendirme 68

2.2.2.3. Sosyo-Demografik Değişkenler, Sosyal Mesafe ve İnançlar Arasındaki Korelasyonun İncelenmesi 69

2.2.2.4. Vinyetler Arası Sosyal Mesafe Karşılaştırma Bulguları 72

2.2.2.5. Vinyetler Arası Ruhsal Rahatsızlıklara Yönelik Olumsuz İnançlar Karşılaştırması 80

SONUÇ 83

KAYNAKÇA 94

EKLER

KISALTMALAR

OKB	Obsesif-Kompulsif Bozukluk
RHİÖ	Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği
RBANÖ	Ruhsal Bozukluklara Atfedilen Nedenler Ölçeği
SMÖ	Sosyal Mesafe Ölçeği
KBF	Kişisel Bilgi Formu
örn.	Örneğin
bkz.	Bakınız

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1: Örneklemin Demografik Özellikleri s. 47

Tablo 2: Ruhsal Bozukluklara Atfedilen Nedenler Ölçeği Faktör Analizi Sonuçları s. 59

Tablo 3: RBANÖ'nde Tekrarlı Ölçümler İçin ANOVA Sonuçları s. 61

Tablo 4: SMÖ Alt (%25) ve Üst (%25) Gruplarının RBANÖ Alt Boyutları Üzerindeki Grup Farklılıklarının Karşılaştırılması s. 63

Tablo 5: RBANÖ Alt Boyutlarında Eğitim Durumuna Göre Grup Farklılıklarının Karşılaştırılması s. 63

Tablo 6: RBANÖ Alt Boyutları ile SMÖ Toplam, RHİÖ Toplam ve Alt Boyutları Arasındaki Korelasyon Analizi Bulguları s. 65

Tablo 7: Çalışmada Kullanılan Ölçeklerin Güvenirlik Katsayıları s. 67

Tablo 8: Katılımcıların RBANÖ, SMÖ ve RHİÖ'den Aldıkları Puanlara İlişkin Betimsel İstatistikler Tablosu s. 68

Tablo 9: Sosyo-Demografik Değişkenler, SMÖ Toplam, RHİÖ Toplam ve Alt Boyutları Arasındaki Korelasyon Analizi Bulguları s. 71

Tablo 10: Vinyetlerde SMÖ Puanları Açısından Grup Farklılıklarının Karşılaştırılması s. 76

Tablo 11. Vinyetlerde SMÖ Puanları Bakımından Grup Farklılıklarının Gösterimi s. 78

Tablo 12: Vinyetlerde RHİÖ Toplam ve Alt Boyutları Açısından Grup Farklılıklarının Karşılaştırılması s. 81

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1: Sosyal-Bilişsel Damgalama Modeli s. 8
Şekil 2: SMÖ Toplam Puan Ortalamalarına Yönelik Çizgi Grafiği s. 77
Şekil 3: RHİÖ Toplam Puan Ortalamalarına Yönelik Çizgi Grafiği s. 82

EKLER LİSTESİ

EK 1: Kişisel Bilgi Formu ek s. 1
EK 2: Ruhsal Bozukluklara Atfedilen Nedenler Ölçeği ek s. 3
EK 3: Vaka Vinyetleri ek s. 5
EK 4: Sosyal Mesafe Ölçeği ek s. 9
EK 5: Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği ek s. 11
EK 6: Etik Kurul Onay Formu ek s. 13

GİRİŞ

Ruhsal bozukluklara yönelik damgalama tüm dünyada yaygın bir şekilde yaşanmaktadır. Ruhsal bozukluğa sahip bireyler bir yandan hastalığın ortaya çıkardığı ve yaşamlarını olumsuz etkileyen semptomlar ile baş ederken, diğer yandan toplum tarafından yanlış anlaşılma ve damgalanma korkusu ile mücadele etmek zorunda kalmaktadırlar. Dünya Sağlık Örgütü, damgalamayı ruh sağlığı yardımı almayı engelleyen en önemli etkenlerden biri olarak tanımlamaktadır (WHO, 2001).

Bu konudaki bilimsel literatür incelendiğinde, toplumun damgalayıcı tutum ve davranışlarını açıklayan Sosyo-Bilişsel Damgalama Modeli'nin (Corrigan, 2000: 48-67; Corrigan ve Watson, 2002: 16-20) en kapsamlı yaklaşımlardan biri olduğu ve bilimsel çalışmalara yön verdiği görülmektedir. Model, toplumun ruhsal bozukluklara yönelik bilişsel, duygusal ve davranışsal tepkilerinin sosyal damgalamayı oluşturduğunu ve bu tepkilerin birbirleriyle bağlantılı olduğunu ileri sürmektedir. Modelde, sosyal damgalama stereotipler, önyargılar ve ayrımcılık bileşenleriyle açıklanmaktadır. Modelin bilişsel boyutunda yer alan stereotipler, ruhsal bozukluklara yönelik tehlikelilik, yetersizlik, zayıf karakterli olma, sorumlu tutulabilirlik gibi toplumda yaygın olan inançları kapsamaktadır. Olumsuz stereotiplerin toplumdaki bireyler tarafından onaylanması korku, öfke ve acıma gibi duygusal tepkileri meydana getirmektedir ve hem bilişsel hem duygusal tepkilerden oluşan önyargıların oluşmasına yol açmaktadır. Modelin davranışsal boyutunu oluşturan ayrımcı davranışlar ise bilişsel ve duygusal tepkilerin bir sonucu olarak oluşmaktadır. Bu bağlamda, en çok araştırılan ayrımcı davranışın sosyal mesafe olduğu görülmektedir (Corrigan, 2000: 48-67; Corrigan ve Watson, 2002: 16-20).

Sosyal damgalama bağlamında yürütülen çalışmaların çoğunda, genel olarak ruhsal bozukluk tanımı, şizofrenik bozukluk ve majör depresif bozukluk çalışılmakla birlikte, son yıllarda obsesif-kompulsif bozukluk (OKB), bipolar bozukluk gibi diğer tanıların da ele alınmaya başlandığı görülmektedir. Araştırmalar, toplumun damgalayıcı tutum ve davranışlarının, OKB'li bireylerin tedavi için yardım arama davranışını, sosyal işlevselliklerini ve yakın çevresinin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediğini göstermektedir (Goodwin ve diğerleri, 2002: 143-149; Stengler-Wenzke ve diğerleri, 2004b: 88-96). Tedavi sürecinde karşılaşılan en önemli

sorunlardan biri olan obsesyon ve kompulsiyonları gizleme davranışı, damgalamanın yol açtığı utanç duygusu ve toplumun vereceği tepkilerden endişelenme ile birlikte artmaktadır, bu gibi nedenlerle, OKB'li bireyler toplumdan izole olma eğilimindedirler. Özellikle, şiddet, cinsellik ve din içerikli belirtiler toplumda tabu olarak bilinmekte, bu belirtilerin kültürel normlara uymadığı düşünülmekte ve olumsuz tutumlarla daha fazla ilişkili olduğu görülmektedir (Brakoulias ve diğerleri, 2013: 750-757). Ancak ilgili literatürde, OKB'li bireylere yönelik sosyal damgalamanın araştırıldığı az sayıda çalışmaya rastlanmaktadır ve farklı OKB alt türlerinin bir arada ve az önce söz edilen model kapsamında değerlendirildiği araştırmalara rastlanmamıştır. Az sayıdaki görgül çalışmada, OKB'nin cinsellik ve şiddet temalı alt türlerinin diğer belirti gruplarına göre daha fazla sosyal mesafe tepkisine yol açtığı gösterilmiştir (Corcoran ve Woody, 2008: 71-83; Simonds ve Thorpe, 2003: 331-336).

Bu çalışma kapsamında, şiddet, cinsellik, din, bulaşma, kontrol OKB alt türlerine yönelik toplumsal tepkilerin Sosyo-Bilişsel Damgalama Modeli (Corrigan, 2000: 48-67; Corrigan ve Watson, 2002: 16-20) çerçevesinde incelenmesi, sosyal mesafe koyma isteğinin, inanç ve tutumların (algılanan tehlike, çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma, utanma boyutları) değerlendirilmesi amaçlanmaktadır. Ayrıca, psikotik özellikler taşıması dolayısıyla toplumda yoğun korku duygusu yaratan ve daha çok damgalayıcı davranışa maruz kalan şizofrenik bozukluk da çalışmaya dahil edilerek OKB'ye yönelik toplumsal tepkilerin sıklıkla çalışılan ve sosyal mesafenin en belirgin olduğu şizofrenik bozuklukla vinyetler yardımıyla karşılaştırılması hedeflenmektedir. Sonuç olarak, mevcut çalışmadan elde edilecek bulguların, ulusal ve uluslararası literatüre katkı sağlayacağına, OKB'ye yönelik damgalayıcı tutum ve davranışların Türkiye (İzmir) örnekleminde kültürel farklılık gösterip göstermediğine dair bilgi sağlayacağına inanılmaktadır. Ayrıca, ilgili literatürde, ruhsal bozuklukların kökenine dair farklı türdeki inançları değerlendiren kapsamlı bir ölçüm aracı ile karşılaşılmadığından bu çalışma kapsamında bir ölçüm aracı geliştirilmesi (Ruhsal Bozukluklara Atfedilen Nedenler Ölçeği; RBANÖ) ve psikometrik özelliklerinin sınanması amaçlanmaktadır.

Çalışmada yer alan araştırma soruları şu şekilde belirlenmiştir:

1. Cinsellik, din, şiddet, bulaşma ve kontrol OKB belirti türlerine yönelik

damgalayıcı tutum ve davranışlar birbirinden ayrışıyor mu?

2. Cinsellik, din, şiddet, bulaşma ve kontrol OKB belirti türlerine yönelik damgalayıcı tutum ve davranışlar şizofrenik bozukluğa verilen tepkilerden farklılaşıyor mu?

Bu bağlamda bu araştırmanın temel hipotezleri şöyledir:

1. Çalışma kapsamında geliştirilen RBANÖ güvenilir ve geçerli bir ölçektir.
2. Cinsellik ve şiddet içerikli OKB belirtilerinin din, bulaşma ve kontrol içeriklerine göre daha fazla sosyal mesafe ve olumsuz inançla ilişkili olacağı beklenmektedir.
3. Şizofrenik bozukluk, cinsellik ve şiddet içerikli OKB belirtilerinin daha fazla sosyal mesafe ve olumsuz inançla ilişkili olacağı beklenmektedir.

BİRİNCİ BÖLÜM

SOSYAL DAMGALAMANIN TANIMI VE KAVRAMSALLAŞTIRILMASI

1.1. DAMGALAMANIN TANIMI VE KAVRAMSALLAŞTIRILMASI

Damga (stigma), Türk Dil Kurumu Online Sözlüğü'nde (Büyük Türkçe Sözlük) "bir şeyin üzerine bir nişan, bir işaret basmaya yarayan araç, bu araçla basılan nişan, işaret ve bir kimsenin adını kötüye çıkaran, yüz kızartıcı durum" olarak tanımlanmaktadır. Oxford Online Sözlüğü'nde de "bir durum, özellik veya kişi ile ilişkili utanç/kara leke" olarak ifade edilmektedir. Damga teriminin ilk olarak Eski Yunanlılar tarafından kullanıldığı bildirilmektedir. Suçluların veya kölelerin marjinal görülen sosyal statülerinin ve olağan dışı özelliklerinin beden üzerinde görünür hale gelmesi için kullanılan işaretler olarak tasvir edilmektedir. Kişinin bedenine kazılarak veya yakılarak oluşturulan işaretler, bireyin kötü ve sıradışı özelliklere sahip olduğunu ve kaçınılması gereken bireyler olduğunu yansıtmaktadır (Goffman, 2014: 27). Sonrasında ise damga kavramı fiziksel hastalıkların bedensel belirtilerini kapsayacak şekilde genişletilmiştir. Toplumlarda salgın hastalıkların yaygınlaşmasıyla beliren korku, hastalığa sahip bireylerin kötü davranışlarla karşılaşmasında etkili olmuştur. Kanser, tüberküloz, cüzzam, epilepsi ve AIDS gibi hastalıklara sahip bireyler damgalamaya maruz kalmaktadır (Oran ve Şenuzun, 2008: 1-16). Örneğin, önceden homoseksüel hastalığı olarak bilinen AIDS "Allah'ın günahkârlara verdiği bir ceza" olarak yorumlanmış ve toplumun hastalık hakkındaki yetersiz bilgisi ve korkuları sebebiyle hala da damgalanmaya devam etmektedir (Oran ve Şenuzun, 2008: 1-16). 20. yüzyıl başlarında damga kelimesi sosyal sapmanın/sapkınlığın fiziksel ve sembolik işaretleri olarak kullanılmakla birlikte, günümüzde sosyokültürel bir süreçle açıklanmaktadır. Ötekileştirilen gruplar veya bireyler toplum tarafından anormal, utanç verici ve gözden düşmüş olarak değerlendirilmekte ve damga ötekileştirilen bireyin bedensel belirtilerinden ziyade gözden düşürülmüş olmasıyla ilişkilendirilmektedir (Jones ve Corrigan, 2014: 9). Damga kavramından, ilgili literatürde stigma, yaftalama ve damgalama olarak söz edilse de, bu çalışmada damgalama terimi tercih edilmiştir.

Damgalama kuramının öncüsü Amerikalı sosyolog Erving Goffman olarak görülür. Goffman damgalamayı, bireyin içinde yaşadığı toplum tarafından normal yerine, gözden düşmüş ve itibarsızlaşmış şekilde algılanması olarak tanımlamıştır. Toplumu oluşturan diğer üyeler tarafından, kişiye olumsuz ve saygınlığını azaltan değerler atfedilmekte ve kişilerin toplumda sosyal kabul edilebilirliği azalmaktadır. Normal ve damgalanmış birey arasındaki temel farklılık, gerçeğe dayanmaksızın kişilere atfedilen olumsuz özelliklerdir (Goffman, 1963: 3). Goffman'a göre, bireylerin kişilik özellikleri ile ilgili olumsuz algı oluşturacak bedensel işaretlerin gözlemlenmesi ile damgalama süreci tetiklenmektedir. Gözden düşmüş (discredited) veya gözden düşürülmesi olası (discreditable) olan gruplar arasında damgalanma bağlamında bir ayrım yapılmıştır. Gözden düşmüş grubun üyeleri, grup üyeliğini yansıtan fiziksel özelliklerini göstermekte (örn; ırk, etnik köken, cinsiyet, fiziksel yetersizlik) ve bu özellikler toplum tarafından daha belirgin bir şekilde gözlemlenip damgalayıcı tepkilere yol açmaktadır. Diğer taraftan, gözden düşmesi olası grubun üyeleri, grup üyeliğini gösteren özelliklerini toplumdaki diğer bireylerden daha fazla gizleme eğilimindedir. Bu işaretler, ruhsal bozukluk öyküsü, cinsel yönelim, dini yönelim ve sosyal statü gibi toplum tarafından anlaşılması daha zor olan özellikler olabilmektedir (Corrigan, Roe ve Tsang, 2011: 34).

Link ve Phelan, damgalamayı etiketleme, stereotipler, ayrıştırma, statü kaybı ve ayrımcılık bileşenleri üzerinden tanımlamıştır (Link ve Phelan, 2001: 363-385). Damgalama süreci, bireylerin etiketlenmesi ve toplumda yaygın olan sterotiplerle ilişkilendirilmesi ile başlamaktadır. Ayrıştırma, biz ve diğerleri şeklinde yapılmakta ve ardından statü kaybı ve ayrımcılığın farklı formları gerçekleşmektedir. Bu yaklaşımda, gücün önemine vurgu yapılmaktadır. Sosyal güce ve kaynaklara erişimi olan yüksek statüye sahip bireyler, gruplarına yöneltilen olumsuz tutumlardan zarar görmezken, daha düşük statüdeki bireyler (örn; ruhsal bozukluğa sahip bireyler) bu tutumlardan olumsuz etkilenmektedir. Ayrıca, ayrımcılığın üç seviyede gerçekleştiği belirtilmektedir: bireysel ayrımcılık, yapısal ayrımcılık ve kendini damgalama. Bireysel ayrımcılık, etiketlenen bireylerden uzak durmak, iletişim kurmamak gibi davranışları; yapısal ayrımcılık, yasal, politik ve sosyal yapılardaki olumsuz sonuçları; kendini damgalama ise etiketleri ve stereotipleri içselleştirmeyi kapsamaktadır. Dolayısıyla, damgalama farklı bileşenleri olan ve farklı durum ve

gruplar için geçerli bir kavramdır.

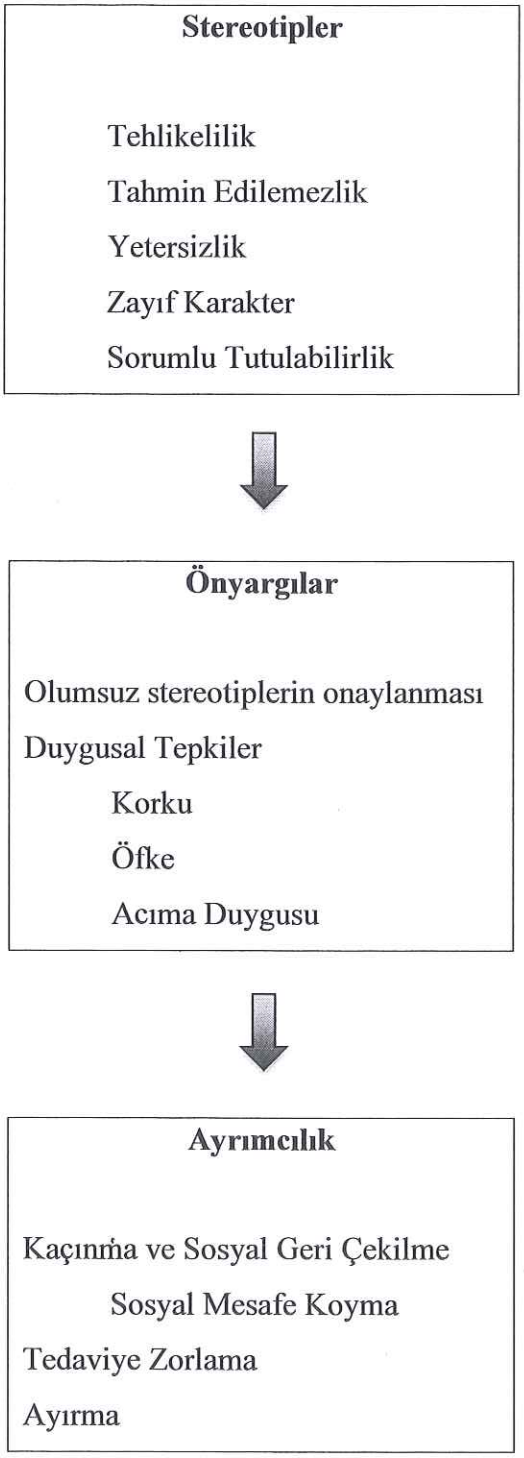
Birçok kişinin veya grubun, ruhsal hastalık, etnik köken, madde kötüye kullanımı veya fiziksel yetersizlik gibi özelliklere dayandırılarak damgalamaya maruz kaldığı bilinmektedir. Ancak ruhsal bozukluğa sahip bireylerin fiziksel hastalığa sahip bireyler gibi diğer pek çok gruptan daha fazla damgalandığı belirtilmektedir (Weiner, Perry ve Magnusson, 1988: 738-748). Ruhsal bozukluklar, fiziksel hastalıklarla karşılaştırıldığında, kişi tarafından kontrol edilebilirliği daha fazla ve iyileşmesi daha zor olarak algılanmaktadır (Corrigan ve diğerleri, 2000: 91-102). Araştırmalar, toplumun ruhsal bozukluğa sahip bireylere yönelik korkusunun ve bu bireylerden sosyal anlamda uzak durma isteğinin son 40 yılda arttığını göstermektedir (Martin ve diğerleri, 2000: 208-223; Phelan ve diğerleri, 2000: 188-207). Özellikle, psikotik bozukluklara sahip bireylerin daha ağır bir şekilde damgalamaya maruz kaldığı bilinmektedir (Pescosolido ve diğerleri, 1999: 1339-1345).

Ruhsal bozukluklara yönelik olumsuz tutum ve davranışların daha yoğun görülmesinde damgalamanın öğrenilme yolu önemli bir etkendir. Ruhsal bozukluklara yönelik damgalama, temelde toplumdaki otorite figürleri ile sosyal etkileşim sonucu öğrenilen eksik veya yanlış bilgilere dayandığı için toplumda hızla yaygınlaşmakta ve değişime dirençli olmaktadır (Corrigan ve Penn, 1999: 765-776). Ayrıca, ruhsal bozuklukların medyada yansıtılma şekli toplumun yaklaşımını önemli derecede etkilemektedir (Thornicroft ve diğerleri, 2007: 192-193). Ruhsal bozukluklar çoğu zaman toplum tarafından tehlikeli algılanmakla birlikte, şiddet içerikli olaylarla ilişkilendirildiğinde, olumsuz inançlarda ve davranışlarda artış görülmektedir (Wahl, 1992: 343-352). Medya analizleri, genel olarak ruhsal bozukluklara karşı üç farklı hatalı yorumlamanın ve damgalayıcı tutumun olduğunu göstermiştir: (a) ruhsal bozukluğa sahip bireylerin suç işlemeye eğilimli ve korkulması gereken bireyler olduğu, (b) dünyaya dair çocuksu algılarının olduğu ve (c) zayıf karakterlerinden dolayı bu hastalıklarından sorumlu olmaları (Wahl, 1997). Dolayısıyla, ruhsal bozukluğa yönelik bu tür damgalamalar bozukluğa sahip bireylerin, ailelerinin ve genel olarak da toplumun yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilmektedir.

1.2. SOSYO-BİLİŞSEL DAMGALAMA MODELİ

Damgalama, temel olarak üç farklı yaklaşımla araştırmacılar tarafından ele alınmaktadır: sosyokültürel yaklaşımlar, motivasyonel yaklaşımlar ve sosyal bilişsel yaklaşımlar. Sosyal bilişsel yaklaşımlarda, bireylerin damgalanmasına yol açan bilişsel ve motivasyonel faktörler araştırılırken, sosyolojik yaklaşımlarda ise belirli bir gruba yöneltilen ayrımcı davranışları oluşturan sosyal yapıların arkasındaki çeşitli politik ve ekonomik güçler ve baskılar ele alınmaktadır. Sosyal bilişsel yaklaşımlar, kapsamlı teorik bir alt yapı, araştırma yöntemleri ve etkinliği test edilebilir müdahale yöntemleri sağladığı için damgalama davranışını anlama ve değiştirme açısından daha etkili görülmektedir (Corrigan, 2000: 48-67). Corrigan tarafından geliştirilen Sosyo-Bilişsel Damgalama Modeli'nde, bilişsel, duygusal ve davranışsal tepkilerin damgalamayı oluşturduğu ve bu bileşenlerin birbirinden farklı ama aynı zamanda birbirleriyle ilişkili olduğu ileri sürülmektedir. Bilişsel, duygusal ve davranışsal tepkiler ise olumsuz stereotipler, önyargılar ve ayrımcı davranışlar olarak tanımlanmaktadır (Corrigan, 2000: 48-67; Corrigan ve Watson, 2002: 16-20). Modelde, bilişsel davranışçı yaklaşımla ilişkilendirilerek açıklanan iki farklı damgalama türünden söz edilmektedir: sosyal damgalama (public stigma) ve içselleştirilmiş damgalama (self-stigma). Modelde, sosyal ve içselleştirilmiş damgalamanın her biri stereotipler, önyargı ve ayrımcılık bileşenleriyle açıklanmaktadır. Ancak sosyal damgalama, toplumun ruhsal bozukluğa sahip bireye karşı gösterdiği olumsuz tepkilerden oluşurken; içselleştirilmiş damgalama, ruhsal bozukluğa sahip bireylerin bu tepkileri kabullenmesi, kendine yöneltmesi, düşük benlik saygısı ve öz yeterlikle ilgilidir (Corrigan ve Watson, 2002: 16-20). Bu çalışmada bu modelin sosyal damgalama bileşeni (Corrigan, 2000: 48-67; Corrigan ve Watson, 2002: 16-20) stereotipler, önyargı ve ayrımcılık bileşenleri üzerinden detaylı bir şekilde ele alınmaktadır. Daha somut bir şekilde görülebilmesi adına sosyal damgalama modeli Şekil 1'de gösterilmiştir.

Şekil 1: Sosyal-Bilişsel Damgalama Modeli



1.2.1. Sosyal Damgalama

Sosyo-Bilişsel Damgalama Modeli'ne göre, sosyal damgalama toplumun ruhsal bozukluğu olan bireye yönelik olumsuz ve ayrımcı tepkileri olarak tanımlanmaktadır (Corrigan ve Kleinlein, 2005: 16). Sosyal damgalama süreci, toplumun ruhsal bozukluğa sahip bireyi farklı sosyal işaretler veya belirtiler yoluyla fark etmesi ile başlamaktadır. Psikiyatrik semptomlar, sosyal beceri eksikliği, sıradışı fiziksel görünüm ve etiketler (labels), toplumun ruhsal bozukluğun göstergesi olarak algıladığı başlıca işaretlerdir (Corrigan, Roe ve Tsang, 2011: 34). Bireyler toplum tarafından ruhsal bozuklukla ilişkilendirildiğinde ya da etiketlendiğinde (örn; ruhsal bozukluk tanısı alma) damgalama nesnesi haline gelmektedir. Toplum, ruhsal bozuklukla ilgili belirgin ve sıradışı bir davranış gözlemlemediği durumda bile, ruhsal bozuklukla etiketlenmiş bireyleri daha fazla damgalama eğilimindedir (Link ve Phelan, 2001: 363-385). Daha şiddetli seyreden ruhsal bozukluklarda görülen uygunsuz duygulanım, biliş ve tuhaf davranışları (örn; yüksek sesle kendi kendine konuşmak) içeren psikiyatrik semptomlar da daha fazla damgalayıcı tepkinin oluşmasına yol açmaktadır. Ayrıca göz teması kurma, beden dilini kullanma ve iletişim kurmada zorluk yaşama, bireylerin ruhsal bozuklukla etiketlenmesini ve damgalamaya maruz kalmasını beraberinde getirmektedir. Bununla birlikte, fiziksel çekiciliğin veya kişisel hijyenin olmaması gibi kişinin dış görünüşü ile ilgili belirtiler ruhsal bozukluğun belirtisi olarak algılanmakta ve sosyal damgalamanın oluşmasında etkili olmaktadır (Corrigan, Roe ve Tsang, 2011: 35-36).

Çeşitli işaretlerin fark edilmesi ile birlikte başlayan sosyal damgalama süreci, sosyo-bilişsel yapıyı oluşturan bilişsel, duygusal ve davranışsal tepkileri içermektedir ve bu tepkilerin birbirleriyle ilişkili olduğu öne sürülmektedir. Sosyo-Bilişsel Damgalama Modeli'nde yer alan ruhsal bozukluklara yönelik olumsuz stereotipler, önyargılar, ayrımcı davranışlar ve nedensel atıflar, bilişsel, duygusal ve davranışsal tepkilere karşılık gelmektedir. Toplumdaki bireylerin olumsuz stereotipleri onaylaması, çeşitli duygusal tepkilere yol açarken, duygusal tepkiler de davranışsal tepkilerin gösterilmesine neden olmaktadır (Corrigan, 2000: 48-67; Corrigan ve Watson, 2002: 16-20).

Modelde yer alan ana bileşenler özellikle ruhsal bozukluklar bağlamında ele alınırsa:

Stereotipler: Sosyo-Bilişsel Damgalama Modeli'nin bilişsel boyutunu oluşturan bileşenlerden biri olumsuz stereotiplerdir (Corrigan, 2000: 48-67; Corrigan ve Watson, 2002: 16-20). Stereotipler, kalıp yargı ya da basmakalıp düşünce olarak da adlandırılmaktadır ve bir sosyal grubun çoğunluğu tarafından bilinen bilgi yapıları olarak tanımlanmaktadır. Sosyal gruplarla ilgili edinilen bilgileri, bilişsel olarak kategorize etmeyi ve böylece insanların grubun üyelerine dair izlenimlerini, fikirlerini ve beklentilerini daha kolay bir şekilde oluşturmasını sağlayan etkin araçlar olarak tanımlanmaktadır. Ayrıca belirli gruplara yönelik kitlesel olarak üzerinde anlaşmaya varılmış inançları ve görüşleri yansıttığı için toplumsal araçlar olarak adlandırılmaktadır (Corrigan, Roe ve Tsang, 2011: 25-26). Ruhsal bozukluklara yönelik sosyal damgalama sürecinde ise, olumsuz stereotipler rol oynamaktadır. Olumsuz stereotipler, belirli bir grubun üyesi olarak kategorize edilen bireylerin, kişilik özellikleri ve davranışları hakkındaki genel olumsuz inançlardır (Corrigan, 2007: 31-39; Corrigan ve Kleinlein, 2005: 16). Örneğin, 'kendi kendine konuşan bir insan delidir veya ruhsal bozukluğa sahip bireyler tehlikelidir' şeklindeki ifadeler olumsuz stereotiplerin göstergesi olabilir. Ruhsal bozukluklara yönelik olumsuz stereotiplerin iki şekilde öğrenildiği belirtilmektedir: bilişsel yapılanma ve sosyal öğrenme. Bilişsel olarak yapılanan stereotipler, toplumun ruhsal bozukluğa sahip bireylerle birebir etkileşimi sonucunda oluşmaktadır. Diğeri ise, toplumdaki otorite figürleriyle kurulan sosyal etkileşim sonucu öğrenilen eksik veya yanlış bilgilerle ortaya çıkmaktadır. Ruhsal bozukluğa yönelik olumsuz stereotiplerin, çoğunlukla toplumdaki diğer bireylerle kurulan iletişim sonucu öğrenildiği ve bu inançların toplum genelinde yaygınlaştığı bilinmektedir (Corrigan, 1999: 201-222; Corrigan, Roe ve Tsang, 2011: 33).

Sosyo-Bilişsel Damgalama Modeli'ne göre psikiyatrik semptomlar, sosyal beceri eksikliği, sıradışı fiziksel görünüm ve etiketler gibi işaretlerin toplum tarafından fark edilmesi olumsuz stereotiplerin ortaya çıkmasına neden olmaktadır ve toplumlarda ruhsal bozukluklara yönelik çok çeşitli olumsuz inançların olduğu görülmektedir (Corrigan, 2000: 48-67; Corrigan ve Watson, 2002: 16-20). En yaygın görülen stereotiplerden biri de tehlikeliliktir (Corrigan, Kerr ve Knudsen, 2005: 179-190). Bu inanç, ruhsal bozukluğa sahip bireylerin şiddete eğilimli ve davranışlarının tahmin edilemez olduğuna yönelik algıyı yansıtmaktadır (Corrigan ve Kosyluk,

2014: 36-37; Corrigan ve Shapiro, 2010: 907-922). Ruhsal bozukluğa sahip bireylere dair diğer temel inanç ise içinde bulundukları durumdan sorumlu olduğuna yönelik inançtır ve bu inanç, toplumlun suçlayıcı düşüncelerinin bir sonucu olarak ortaya çıkmaktadır. Sorumlu tutulabilirlik stereotipi iki şekilde gözlemlenmektedir. İlkinde, hastalığın başlamasıyla ilgili olarak, bireyler psikolojik rahatsızlığa yakalanmaktan dolayı suçlanır ve ruhsal bozukluğa sahip olma kişinin bilinçli olarak yaptığı ve sorumlu olduğu bir durum gibi düşünülmektedir (Corrigan ve diğerleri, 2003b: 162-179; Corrigan ve Watson, 2004: 477-479). Ayrıca, ruhsal bozukluğu olan bireyler hastalığın gidişatı, tedaviye katılım ve iyileşme sürecinden de sorumlu tutulur. Hastalığın düzelmemesi kişinin yetersiz çabalarının sonucu olarak algılanabilmektedir (Corrigan ve Kosyluk, 2014: 37). Sorumlu tutulabilirlik inancına paralel şekilde, ruhsal bozukluğun kontrol edilebilir olduğuna yönelik inançlar da mevcuttur. Kontrol edilebilirlik inancı, bireylerin bozukluğun ortaya çıkmasına neden olduğunu göstermekte ve beraberinde suçlayıcı ve kaçınmacı tutumları getirmektedir. Aynı zamanda, ruhsal bozuklukların düzelmeyeceğine ve bireylerin tedaviye yanıt vermeyeceğine dair değişmezlik inancı da mevcuttur (Corrigan ve diğerleri, 2000: 91-102).

Yaygın olarak gözlenen bir diğer stereotip de yetersizlik inancıdır. Ruhsal bozukluğa sahip bireyler, toplumdaki diğer bireylerin sahip olduğu yaşam amaçları, beceriler ve zekâ açısından yetersiz olarak algılanmaktadır. İş bulma, çalışma, bağımsız yaşama ve yakın ilişki kurma gibi pek çok konuda eksik ve güvenilmez oldukları düşünülmektedir (Angermeyer ve Matschinger, 2003b: 304-309; Corrigan ve Kosyluk, 2014: 37; Corrigan ve Shapiro, 2010: 907-922). Bununla birlikte, bir üst sosyal sistem tarafından bakılmaya ve yönetilmeye muhtaç oldukları için otoriteye gereksinim duydukları, dünyayı çocuklar gibi gördükleri ve yaşamlarında kendi kendilerine karar alamayacakları için yardıma ihtiyaç duydukları ve zayıf kişilik özelliklerinin olması gibi inançlar da toplumlarda yaygın olarak gözlenmektedir (Corrigan, Roe ve Tsang, 2011: 27; Rüsch ve diğerleri, 2005: 529-539).

Önyargılar: Sosyo-Bilişsel Damgalama Modeli'nde (Corrigan, 2000: 48-67; Corrigan ve Watson, 2002: 16-20) yer alan bileşenlerden bir diğeri önyargılardır. Önyargılar, ruhsal bozukluğa sahip bireylere karşı geliştirilen olumsuz, değerlendirici ve genellenmiş tutumlar olarak tanımlanmaktadır. Ruhsal

bozukluklara yönelik önyargıların gelişmesi için toplumdaki bireylerin olumsuz stereotipleri doğrulaması gerektiği belirtilmektedir. Ruhsal bozukluklara yönelik toplumda yer alan tehlikelilik, yetersizlik gibi olumsuz stereotiplerin farkında olmak önyargının oluşması için yeterli değildir (Jussim ve diğerleri, 1995: 228-246). Stereotipler kabul edilip desteklendiği zaman önyargılı tutumlara dönüşmektedir.

Ayrıca önyargılı tutumlar olumsuz duygusal tepkileri de kapsamaktadır. Olumsuz stereotiplerin onaylanması korku, öfke ve acıma gibi duygusal tepkileri ortaya çıkarmakta ve özellikle korku ve öfke duygusu daha yaygın bir şekilde gözlemlenmektedir (Angermeyer ve Matschinger, 1997: 131-141; Corrigan ve diğerleri, 2003b: 162-179). Korku ve öfkenin yaygınlığı, ruhsal bozukluğa sahip bireylerin tehlikeli olduğuna yönelik stereotiplerin toplumlarda uzun süredir var olmasından kaynaklanmaktadır ve tehlikelilik algısının da öfke ve korkuyu tetiklediği bilinmektedir. Acıma duygusu ise, ruhsal bozukluğa sahip bireylerin kendi bakımlarını yapamayacakları ve semptomların kontrol edilemez olduğuna yönelik inançların benimsenmesi sonucunda, negatif etkiye sahip pozitif bir duygu olarak belirmektedir (Corrigan, 2000: 48-67; Corrigan ve diğerleri, 2003b: 162-179).

Bu bilgiler ışığında, önyargılı tutumların hem bilişsel hem de duygusal tepkileri içerdiği belirtilmektedir (Corrigan, 2007: 31-39; Jones ve Corrigan, 2014: 12-13; Corrigan ve Watson, 2002: 16-20). Örneğin, "Ruhsal bozukluğa sahip insanlar saldırgandır. Hepsi beni korkutuyor." şeklindeki tepkiler bireylerin önyargıya sahip olduğunu gösterebilmektedir. Bilimsel çalışmalarda, ayrımcı davranışlara öncülük eden farklı önyargılı tutumların olduğu ifade edilmektedir. İki bin kişiyle yürütülen kapsamlı bir anket çalışmasında, ruhsal bozukluğa sahip bireylere yönelik 3 farklı damgalayıcı tutum belirlenmiştir:

1. *Korku ve dışlama*: Ruhsal bozukluğa sahip bireylerden korkulmalıdır ve bu nedenle toplumun dışında tutulmalıdırlar.
2. *Otoriterlik*: Ruhsal bozukluğa sahip bireyler sorumsuzdur ve bundan dolayı yaşamlarında alınacak kararlar diğer bireyler tarafından verilmelidir.
3. *Yardımseverlik*: Ruhsal bozukluğa sahip bireyler çocuk gibidir ve bakıma ihtiyaçları vardır (Brockington ve diğerleri, 1993: 93-99).

Ayrımcı Davranışlar: Sosyo-Bilişsel Damgalama Modeli'nin (Corrigan, 2000: 48-67; Corrigan ve Watson, 2002: 16-20) davranışsal boyutunu, önyargılara dayanarak ruhsal bozukluğa sahip bireylere yöneltilen ayrımcı davranışlar oluşturmaktadır. Başka deyişle, bilişsel ve duygusal bir tepki olarak önyargı, davranışsal tepki olarak tanımlanan ayrımcılığa yol açmaktadır. Ayrımcılık, insanların ya da sistemlerin (örn; ceza yargılama sistemi, sağlık sistemi) ruhsal bozukluğa sahip bireyi değersizleştirmesi ve kötü sonuçlar yaratacak haksız davranışlarda bulunması olarak tanımlanmaktadır. Sosyal damgalama sonucunda ortaya çıkan ayrımcı davranışlar dört farklı şekilde görülebilmektedir: yardım etmeme/uzaklaşma, kaçınma, zorlayıcı tedavi ve ayırma (Corrigan ve Watson, 2002: 16-20).

Ruhsal bozukluğa sahip bireylere yardım etmeme ve onlardan kaçınma en sık görülen damgalayıcı davranış türlerinden biridir. Toplum bu bireylerle etkileşim içinde olmaktan kaçınmaktadır. Bu bağlamda, ayrımcı davranışlar genellikle sosyal mesafe isteği ile değerlendirilmekte ve ölçülmektedir. Sosyal mesafe, toplumdaki bireylerin sosyal ilişkilerinde ruhsal bozukluğa sahip bireylerin katılımını ne derece kabul ettiğini ve bu bireylerle kurulan ilişkideki yakınlık derecesini göstermektedir. Sosyal ilişkiler, komşu olma, arkadaş olma, iş arkadaşı olma, evlilik, evi kiraya vermek gibi durumları kapsamaktadır. Toplumun özellikle kişisel yakınlık gerektiren ortamlarda daha fazla sosyal mesafe koyma isteği duyduğu ve sosyal yakınlık içeren ortamlarda iletişimi kesme gibi bir eğiliminin olduğu belirtilmektedir (Angermeyer ve Matschinger, 2003a: 526–534; Van't Veer ve diğerleri, 2006: 310-317).

Kaçınma ve sosyal mesafe koyma bağlamında, işverenlerin ve ev sahiplerinin gösterdiği ayrımcı davranışların, ruhsal bozukluğu olan bireylerin yaşam fırsatlarını engellediği belirtilmektedir. Önyargılı işverenler, diğer çalışanlara zarar vereceği korkusuyla ruhsal bozukluğa sahip bireyleri işe almaktan kaçınırken, benzer şekilde ev sahipleri de mülklerini koruma düşüncesiyle evlerini kiraya vermekten kaçınmaktadır. Ayrıca, ruhsal bozukluğu olan bireylerin sağlık yardımından yeterince faydalanamadığı ve ruh sağlığı çalışanlarının damgalayıcı tutum ve davranışlar sergilediği de bildirilmektedir (Corrigan ve Kosyluk, 2014: 37; Corrigan ve Penn, 1999: 765-776; Corrigan ve Shapiro, 2010: 907-922). Ayrımcı davranışlar, tedaviye zorlama ve ayırma şeklinde de görülmektedir. Toplumda yaygın olan,

ruhsal bozukluğa sahip bireylerin kendi kararlarını alabilecek yeterlikte olmadığı inancı bu bireylerin ilaç tedavisi almaya zorlanmasına, toplumdan uzaklaştırılarak belirli kurumlara (örn: ruh sağlığı hastanesi, cezaevi) yerleştirilmesine yol açabilmektedir (Corrigan ve Kosyluk, 2014: 38-39).

Önyargılı tutumlar ve ayrımcı davranışlar arasındaki ilişki incelendiğinde, öfke duygusu yaratan önyargıların fiziksel olarak zarar vermek gibi düşmanca davranışlara neden olabildiği görülmektedir (Angermeyer ve Matschinger, 2004: 177-182; Weiner, 1995). Aynı zamanda, öfke duygusu yardım etme davranışını önleyebilmekte ve ruhsal bozukluğa sahip bireylerin sağlık hizmetlerinden yararlanması yerine ceza sisteminde yargılanmasına dair bir beklenti oluşturabilmektedir (Corrigan, 2000: 48-67). Ayrıca önyargılı tutum olarak beliren korku duygusunun kaçınma davranışına yol açtığı gösterilmektedir (Corrigan, Kerr ve Knudsen, 2005: 179-190; Corrigan ve Penn, 1999: 765-776). Bireylerin toplumda yaygın olan stereotipik düşüncelerden otoritercilik ve yardımseverliği benimsemesi daha fazla sosyal mesafe koyma ihtiyacı ile ilişkilendirilmiştir (Corrigan ve diğerleri, 2001a: 219-225).

Literatürde stereotipler, önyargılar ve ayrımcı davranışlar arasındaki ilişkiyi araştıran çok sayıda çalışma mevcuttur. Farklı ülkelerde yürütülen araştırmalar, tehlikelilik algısı, korku ve sosyal mesafe arasında güçlü bir ilişki olduğunu göstermektedir. Algılanan tehlike arttıkça, insanlar daha fazla korku hissetmekte ve bunun sonucunda da ruhsal bozukluklara yönelik sosyal mesafe koyma isteği artmaktadır (Angermeyer ve Matschinger, 2003b: 304-309; Corrigan ve diğerleri, 2001b: 953-958; Corrigan, 2002: 232-254). Ayrıca ruhsal bozukluğa sahip bireylerin bu durumdan sorumlu olduğuna yönelik inanç, öfke duygusuna ve yardım etme davranışının azalmasına yol açmaktadır (Corrigan ve diğerleri, 2003b: 162-179).

1.2.2. Ruhsal Bozukluklar ve Sosyal Damgalama Bileşenleri

Toplumun ruhsal bozukluklara yönelik tutum ve davranışları yaygın olarak araştırılmaktadır. Genel olarak ruhsal bozukluklara yönelik sosyal damgalama çalışmaları olmasına karşın, toplumun farklı bozukluklar hakkındaki inançlarının ve bu bozukluklara sahip bireylere karşı tutumlarının değişim gösterdiği bilinmektedir

(Crisp ve diğerleri, 2005: 106-113; Parle, 2012: 12-14). Araştırmacıların genel olarak ruhsal bozukluklara, spesifik bir ruhsal bozukluğa (örn; yeme bozuklukları; Angermeyer ve diğerleri, 2013: 1667-1673; bipolar bozukluk; Ellison ve diğerleri, 2015: 116-123) veya bir grup ruhsal bozukluğa yönelik damgalayıcı tepkiler üzerine odaklandığı görülmektedir (Crisp ve diğerleri, 2000: 4-7). İlgili literatüre bakıldığında, çalışmaların büyük bir bölümünde şizofrenik bozukluk, depresif bozukluk ve genel olarak ruhsal bozukluk tanımlamalarına ağırlık verildiği görülmekle birlikte (Angermeyer ve Dietrich, 2006: 163-179), son yıllarda kaygı bozuklukları, bipolar bozukluk, yeme bozuklukları, obsesif-kompulsif bozukluk, alkol-madde bağımlılığı gibi çeşitli tanı kategorilerine yönelik damgalama ile ilgili araştırmaların sayısının da arttığı görülmektedir.

Araştırmalar, genellikle şizofrenik bozukluk ve madde/alkol bağımlılığına sahip bireylerin, daha saldırgan ve yetersiz olduğuna yönelik inancın yaygın olduğuna (Crisp ve diğerleri, 2000: 4-7) ve bu bireylere karşı sosyal mesafe koyma isteğinin daha fazla olduğuna dikkat çekmektedir (Link ve diğerleri, 1999: 1328-1333). Şizofrenik bozukluğa yönelik damgalama araştırmaları, bu bozukluğa sahip bireylere karşı tehlikelilik ve tahmin edilemezlik algısının (Magliano ve diğerleri, 2004: 323-331; Stuart ve Arboleda-Florez, 2001: 245-252) ve sosyal mesafe koyma ihtiyacının yüksek olduğunu ortaya çıkarmaktadır (Angermeyer, Beck ve Matschinger, 2003: 663-668; Kasow ve Weisskirch, 2010: 547-552). Psikolojik bozukluklara yöneltilen olumsuz stereotipler ve ayrımcı davranışlar arasındaki ilişkide korku, öfke ve acıma gibi duyguların önemli rol oynadığı bilinmektedir. Örneğin şizofrenik bozukluğa yönelik tehlikelilik algısı, korku ve sosyal mesafe koyma isteği arasında güçlü ve pozitif yönde bir ilişki bulunduğu görülmektedir (Angermeyer ve diğerleri, 2004: 420-425). Bu ilişkinin depresif bozukluğa yönelik bazı sosyal damgalama araştırmalarında da doğrulandığı gösterilmektedir (Angermeyer, Matschinger ve Corrigan, 2004: 175-182).

Karşılaştırma çalışmaları, depresif bozukluğa kıyasla şizofrenik bozukluğa sahip bireylerin daha tehlikeli ve tahmin edilemez (Angermeyer ve Dietrich, 2006: 163-179; Angermeyer ve Matschinger, 2003a: 526–534; Crisp ve diğerleri, 2000: 4-7), yardım ihtiyacı içinde ve diğer insanlara bağımlı olarak algılandığını (Ryan, 1998: 287-297) ve sosyal mesafe koyma ihtiyacının daha fazla olduğunu

göstermektedir (Angermeyer ve Dietrich, 2006: 163-179; Nordt ve diğerleri, 2006: 709-714). Ayrıca şizofrenik bozukluk daha çok korku duygusuna yol açarken, depresyonun empati, yardım etme isteği gibi olumlu tepkileri ortaya çıkarabildiği rapor edilmiştir (Angermeyer ve Dietrich, 2006: 163-179; Angermeyer ve Matschinger, 2003a: 526–534). Depresif bozukluk ve şizofrenik bozukluğa yönelik damgalamanın incelendiği çalışmalarda, şizofrenik bozukluğa sahip bireylere karşı tehlikelilik algısının korku ve öfke duygusuna yol açtığı ve sosyal mesafe koyma isteğini yordadığı; yetersizlik algısının, acıma duygusu ve daha az mesafeli olma ile ilişkili olduğu görülmüştür (Angermeyer, Holzinger ve Matschinger, 2010: 26-32).

Bir vinyet çalışmasında, toplumun şizofrenik bozukluk, depresyon, alkol kötüye kullanımı ve madde bağımlılığına yönelik damgalayıcı tutum ve davranışları iki aşamalı şekilde incelenmiştir. İlk aşama sonuçları, katılımcıların şizofrenik bozukluk, alkol kötüye kullanımı ve madde bağımlılığına kıyasla, depresif bozukluğa sahip bireye karşı otobüste yanına oturma, romantik ilişki yaşama gibi sosyal yakınlık gerektiren alanlarda daha az sosyal mesafe koyma isteği olduğunu göstermiştir. İkinci aşama sonuçlarına göre, şizofrenik bozukluk, diğer bozukluklara göre daha tehlikeli algılanırken sosyal mesafe koyma isteğini de arttırmıştır (Marie ve Miles 2008: 126-133). Bu çalışma, toplumun depresif bozukluğa karşı daha olumlu davranışsal tepkiler gösterdiğini, diğer yandan şizofrenik bozukluğa karşı daha olumsuz tutum ve davranışlara sahip olduğunu kanıtlamaktadır. Ayrıca çalışmalarda tehlikelilik algısının ruhsal bozukluk kategorileri ve sosyal mesafe arasında kısmi aracılık ettiği de ifade edilmektedir (Ellison ve diğerleri, 2015: 116-123; Marie ve Miles 2008: 126-133; Silton ve diğerleri, 2011: 361-366).

Bir başka çalışmada, şizofrenik bozukluk, depresyon ve kaygı bozukluklarına yönelik toplumsal tepkiler karşılaştırılmıştır. Araştırmada, şizofreni hastalarının daha tehlikeli ve iyileşme olasılıklarının daha düşük olarak algılandığı; depresyonun kaygı bozukluğuna göre negatif stereotiplerle (örn; yetersizlik) daha çok ilişkilendirildiği ve depresyon ve kaygı bozukluğuna sahip bireylere karşı daha fazla suçlayıcı tutumların olduğu saptanmıştır (Wood ve diğerleri, 2014: 604-608). Şizofreni hastalarıyla yapılan bir araştırmada, bu kişilerin damgalamayı sözlü taciz, fiziksel şiddet ve iletişimin kesilmesi şeklinde deneyimlediklerini ortaya çıkartılmıştır (Dinos ve diğerleri, 2004: 176–181). Bu bulgular şizofrenik bozukluğa sahip bireylere karşı

ayrımcı tepkilerin oldukça negatif ve ağır olduğunu doğrular niteliktedir.

Toplumun ruhsal bozukluklara sahip bireylere karşı tutum ve davranışlarında kültürel faktörler de etkili olmaktadır. Örneğin, Bali (sanayileşmemiş toplum) ve Tokyo'da (sanayileşmiş toplum) yaşayan bireylerle yapılan kültürlerarası bir çalışmada, katılımcıların şizofrenik bozukluk, depresif bozukluk ve obsesif-kompulsif bozukluğa karşı tutum ve davranışları incelenmiştir. Katılımcılara ruhsal bozuklukların belirtilerini deneyimleyen kişilerin anlatıldığı vinyetler sunulmuştur, ancak vinyetlerde tanılar belirtilmemiştir. Araştırma sonuçları, Balili bireylerin Tokyo'lu katılımcılara göre şizofrenik bozukluğu olan kişilere karşı daha pozitif tutuma (örn., daha düşük tehlikelilik algısı, sosyal mesafe) sahip olduğunu, depresif bozukluk ve obsesif-kompulsif bozukluğa sahip bireylere karşı daha negatif tutum (örn., daha yüksek tehlikelilik algısı) sergilediğini göstermiştir. Bu bulgular, Bali'de yaşayan bireylerin, psikotik özellikli ruhsal bozukluklara sahip bireylerle toplum içinde daha fazla iletişim halinde olması ve psikotik bozuklukların dışsal faktörlere atfedilmesiyle açıklanmıştır (Kurihara ve diğerleri, 2000: 547-552).

Türkiye'de yapılan çalışmalarda, yabacı literatürü destekler şekilde, ruhsal bozukluklara yönelik tehlikelilik ve çaresizlik inancının olduğu, bozukluğu yaşayan bireylerin kişilerarası iletişimde sorunlar yaşayacağına olan inancın ve sosyal mesafe koyma isteğinin ön planda olduğu görülmektedir (Çam ve Bilge, 2011: 131-140; Oban ve Küçük, 2011: 31-39; Ünal ve diğerleri, 2010: 145-150). Bir derleme çalışmasında, toplumun, hasta yakınlarının ve sağlık çalışanlarının ruhsal bozukluğa yönelik olumsuz tutum ve davranışlara sahip olduğu, damgalamanın özellikle şizofrenik bozukluk ve bipolar bozukluğa sahip bireyler açısından olumsuz sonuçlar doğurduğu ve bireylerin içselleştirilmiş damgalama yaşadığı belirtilmiştir (Çam ve Bilge, 2013: 91-101). Şizofrenik bozukluğa yönelik toplumun damgalayıcı tutum ve davranışların araştırıldığı çalışmalar, bozukluğa sahip bireylerin toplumda serbestçe dolaşmamaları, saldırgan oldukları, yaşamları ile ilgili doğru kararlar alamayacaklarına dair inancın varlığına ve onlarla ilişkide sosyal mesafe koyulması gerektiğine işaret etmektedir (Akdede ve diğerleri, 2004: 113-117; Arkar, 1991: 6-9; Sağduyu ve diğerleri, 2001: 99-110; Taşkın ve diğerleri, 2002: 205-214; Taşkın ve diğerleri, 2003: 586-592). Ayrıca şizofrenik bozukluğa sahip bireylerin yakınlarının da şizofrenik bozukluğa sahip bireylere yönelik saldırgan, tehlikeli ve sorumluluk

alamaz şekilde inanca sahip olduğu da belirtilmiştir (Sağduyu ve diğerleri, 2002: 203-212).

Depresif bozukluğa sahip bireylere yönelik damgalama çalışmalarında, tehlikelilik algısının yüksek olduğu, toplumun kaçınma ve dışlama davranışı gösterdiği ve özellikle kişisel yakınlık içeren durumlarda (örn., evlilik, çalışma, komşu olma) bu davranışların arttığı saptanmıştır (Özmen ve diğerleri, 2003a: 87-97; Özmen ve diğerleri, 2004: 1010-1016). Özellikle kırsal bölgede yaşayan bireylerle yapılan çalışmalarda, damgalayıcı tutum ve davranışların daha fazla yoğunlaştığı gözlemlenmiştir (Şen ve diğerleri, 2003: 133-143; Taşkın ve diğerleri, 2006: 11-17). Ayrıca depresif bozukluk tedavi edilebilir bir bozukluk olarak görülürken, saldırganlık algısı tedaviye yönelik olumsuz inançlarla ilişkili bulunmuştur (Özmen ve diğerleri, 2003b: 89-100; Özmen ve diğerleri, 2005: 869-876). Bir karşılaştırma çalışmasında ise, toplumun paranoid şizofreniye kıyasla anksiyete nevrozu/depresyonu olan kişileri daha az tehlikeli algıladığı ve daha olumlu tutumlara sahip olduğu görülmüştür (Arkar, 1992: 243-248).

Sonuç olarak, sosyal damgalama bağlamında yürütülen araştırmalar, toplumlarda ruhsal bozukluklara yönelik olumsuz stereotiplerin, önyargıların ve ayrımcı davranışların yaygın olduğunu ve birbirleriyle ilişkili olduğunu ortaya çıkarmaktadır. Damgalayıcı tepkiler, kültürel faktörlere ve ruhsal bozukluk kategorilerine göre değişim gösterebilmektedir. Diğer ruhsal bozukluklara kıyasla, şizofrenik bozukluğa sahip bireylere yönelik damgalayıcı tutum ve davranışların daha baskın olması da dikkat çekmektedir.

1.2.3. Sosyal Damgalamanın Olumsuz Etkileri

Ruhsal bozukluklara yönelik damgalama, öncelikle psikolojik rahatsızlıklara sahip bireylerin yaşamında olumsuz bir etkiye sahiptir. Bireyler, ruhsal bozukluğun ortaya çıkmasıyla beliren semptomlarla baş etmeye çalışırken, aynı zamanda ruhsal bozuklukla etiketlenmekte ve toplumun ayrımcı davranışları, olumsuz duygusal tepkileri ve önyargılarına da maruz kalmaktadır. Damgalayıcı tutum ve davranışlar, kişilerin yaşam fırsatlarını büyük ölçüde engellediği için "ikincil bir hastalık" olarak da tanımlanmaktadır (Finzen'den aktaran Ociskova ve diğerleri, 2013: 19-26).

Araştırmalar, damgalamanın ruhsal bozukluğa sahip bireyleri sosyal olanaklar, ceza yargılama sistemi, sağlık yardımı, benlik saygısı, yardım arama davranışı ve arkadaş ve aile ilişkileri alanlarında olumsuz etkilediğini göstermektedir (Sickel, Seacat ve Nabors, 2014: 202-215).

Toplum tarafından ruh hastası olarak etiketlenmek kişilere zarar vermekle beraber, ayrımcı davranışlara uğrama ve sosyal imkanların kısıtlanması veya kaybedilmesi en yaygın görülen olumsuz etkilerinden biridir. Ayrımcı davranışlar, toplumun olumsuz düşünceleri ve duygusal tepkilerinin bir sonucu olarak görülmektedir ve toplumun ruhsal bozukluğu olan bireyden uzak durma ya da kaçınmasına yol açmaktadır. Toplumun ayrımcı davranışları da ruhsal bozukluğu olan bireylerin nitelikli bir iş bulma ve barınma gereksinimlerini karşılamalarına engel oluşturmaktadır (Corrigan, 2004: 614-625). İş bulma/işe alma ile ilgili çalışmalar incelendiğinde, çalışma çağındaki bireylerle kıyaslandığında ruhsal bozukluğa sahip bireyler arasındaki işsizlik oranlarının daha yüksek olduğu görülmektedir (Corrigan ve diğerleri, 2010: 2162-2169; Crowther ve diğerleri, 2001: 204–208; King ve diğerleri, 2006: 471–477). İşverenlerin ve meslektaşların/iş arkadaşlarının olumsuz tutumları ve damgalayıcı davranışları işsizliği arttıran en önemli faktörlerden biri olarak gösterilmektedir (Stuart, 2006: 522-526). İşverenler ruhsal bozukluğu olan bireyleri saldırgan, tehlikeli, ne yapacağı belli olmayan, zeki olmayan, mantıksız, güvenilmez, öz denetimi olmayan ve korkutucu olarak algıladıkları için iş başarılarını ve performanslarını sorgulamaktadırlar (Brohan ve diğerleri, 2010: 326-332; Diksa ve Rogers, 1996: 31-45; Hand ve Tryssenaar, 2006: 166-173; Krupa ve diğerleri, 2009: 413-425). Bu nedenle, işverenler ruhsal bozukluğu olan bireyleri işe alma ve bir üst pozisyona terfi ettirme konusunda daha isteksiz olmakta ve bu bireyleri işten çıkarma eğilimleri daha yüksek olmaktadır (An ve diğerleri, 2011: 7-19; Cook, 2006: 1391-1405; Stuart, 2006: 522-526). Ayrıca genel olarak ruhsal bozukluklara ve ruhsal bozukluk yaşayan bireylere yönelik olumsuz tutumların işverenler tarafından "deli" gibi kelimelerle veya aşağılayıcı yorumlarla sözel olarak veya üstü kapalı şekilde ifade edilmesi, bireylerin sorunlarını dile getirmelerini engellemekte, mesleki anlamda kendilerine güvenlerini azalmakta ve iş kaybına neden olabilmektedir (Russinova ve diğerleri, 2011: 227-241). Şizofrenik bozukluğa sahip bireylerle yapılan bir odak grup çalışmasında, bireyler

ruhsal bozukluğun işyerinde gizlenmesi gerektiğini veya farklı bir kurgusal tanıyla (örn., tükenmişlik sendromu) açıklanması gerektiğini, gizlenmediği takdirde damgalayıcı davranışlara ve sosyal dışlanmaya maruz kalındığını belirtmiştir (Schulze ve Angermeyer, 2003: 299-312).

Toplum tarafından damgalanma, ruhsal bozukluğa sahip bireylerin hayatında barınma/uygun ev bulma konusunda da zorluk yaratmaktadır. Ruhsal bozukluğun şiddeti arttıkça bireylerin iş gücünü sağlamaları ve bağımsız yaşamaları zorlaşsa da, etiketlenme ve damgalanma da bireylerin yaşadığı sıkıntıların artmasındaki en önemli etkenlerdendir. Ruhsal bozukluğa sahip bireyler, ev sahiplerinin önyargılı ve ayrımcı davranışları sebebiyle uygun bir ev bulmakta problem yaşamaktadırlar (Corrigan ve Kleinlein, 2005: 18-19). Corrigan ve arkadaşlarının ruhsal bozukluğa sahip 1824 kişinin katılımıyla yürüttüğü bir çalışmada, 696 katılımcı ruhsal bozukluktan dolayı ayrımcılığa uğradığını belirtirken, bu kişilerin % 32,2'si barınma alanında ayrımcılık yaşadığını bildirmiştir (2003a: 1105-1110). Araştırmalar, ruhsal bozukluğu olan bireylerin bağımsız olarak tek başlarına ve güvenli bir yerde yaşamak istediklerini; ancak yeterince destek alamadıkları için bu isteklerini maddi olarak karşılayamadıklarını göstermiştir (Forchuk ve diğerleri, 2006: 42-52).

Ruhsal bozukluğa yönelik damgalama, ceza yargılama sistemi açısından da olumsuz sonuçlar doğurmaktadır. Ceza sisteminde yargılanan ruhsal bozukluğa sahip bireylerin oranı toplumdaki yaygınlık oranlarından oldukça yüksektir (Brandt, 2012: 541-558; Fazel ve Danesh, 2002: 545-550). Bunun nedenlerinden biri de ruhsal bozukluğa sahip bireylerin, ceza yargılama sisteminde haksız tutumlara maruz kalmasıdır (Corrigan, 2004: 614-625). Ruhsal bozukluk belirtilerine sahip bireylerin polis tarafından tutuklanmaları ve cezaevlerinde daha uzun süre geçirmeleri, ruhsal bozukluğa sahip olmayan bireylere göre çok daha yüksek ihtimaldir (Teplin ve Pruett, 1992: 139-156). Watson, Corrigan ve Ottati'nin polis memurlarının ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik tutumlarını araştırdığı bir çalışmaya 382 polis memuru dahil edilerek, polislerin şizofrenik bozukluğu olan ya da ruhsal bozuklukla ilgili bilgi verilmeyen, mağdur, şahit veya şüpheli durumunda yardıma ihtiyaç duyan kişilerin tanımlandığı ve hipotetik olarak hazırlanmış 8 vinyetten birini seçkisiz olarak okumaları sağlanmıştır. Daha sonra katılımcıların vinyette tasvir edilen kişiyi düşünerek soruları yanıtlamaları istenmiştir. Çalışma sonuçları, şizofrenik bozukluğu

olan şüphelinin ruhsal bozukluk bilgisi verilmeyen şüpheliye göre daha tehlikeli algılandığını göstermiştir. Ayrıca polis memurları ruhsal bozukluğa sahip bireyin tanık veya mağdur olma durumunda verdiği bilgileri güvenilir bulmamakla birlikte bu bilgilere dayanarak hareket edilemeyeceğini belirtmişlerdir (2004: 378-385). Depresif bozukluğa ve şizofrenik bozukluğa sahip bireylerin damgalanmayı nasıl deneyimlediklerini araştıran bir çalışmada da, depresif bozukluğa kıyasla şizofrenik bozukluğa sahip bireyler polislerin adil olmayan davranışlarına maruz kaldıklarını bildirmişlerdir (Corker ve diğerleri, 2015: 438-445). Sonuç olarak, ruhsal bozukluklara yönelik damgalama, yüksek tehlikelilik algısı, ceza yargılama sisteminde olumsuz tutumlar ve daha düşük psikolojik destek ile ilişkili bulunmuştur. Ayrıca ruhsal bozukluğa sahip bireylerin isterlerse hastalıklarını kontrol edebilecekleri ve bu durumdan sorumlu oldukları düşüncesi ve ardından hissedilen öfke duygusu, bu bireylerin sağlık yardımı almalarını engellemekte ve ceza sisteminde yargılanmalarına yol açmaktadır (Corrigan, 2000: 48-67).

Damgalama, ruhsal bozukluğa sahip bireylerin tedavi için yardım arama ve tedaviyi sürdürme davranışında da önemli ölçüde olumsuz sonuçlar ortaya çıkarmaktadır (Corrigan, 2004: 614-625; Mojtabai, 2010: 705-712; Sickel, Seacat ve Nabors, 2014: 202-215). Ruhsal bozukluğa sahip çoğu birey semptomları deneyimlemesine karşın, tedavi aramayı ertelemektedir (Wang ve diğerleri, 2007a: 177-185). Bir çalışmada ilk tedavi arama davranışı, duygudurum bozuklukları için semptomların başlangıcından yaklaşık 8 yıl sonra, kaygı bozuklukları için semptomların başlangıcından en az 9 yıl sonra gerçekleştiği bildirilmiştir (Wang ve diğerleri, 2005: 603-613). Ruhsal bozukluğun semptomları ve tedavisi hakkında yetersiz bilgi sahibi olma, ruh sağlığı uzmanlarına nasıl ulaşılacağını bilememe, içgörü sahibi olmamak gibi faktörlerin de tedavi arama davranışından kaçınma ve erteleme davranışının oluşmasında etkili olmasının yanında (Thornicroft, 2008: 14-19), toplumun ruhsal bozukluğa sahip bireylere yönelik damgalayıcı tutum ve davranışları da bu faktörler kadar ruh sağlığı yardımı alma konusunda önemli bir engel haline gelmiştir (Schomerus ve Angermeyer, 2008: 31-37; Thornicroft, 2008: 14-19; Thornicroft ve diğerleri, 2007: 113-122). Sistematik derleme çalışmaları, damgalamanın ruh sağlığı yardımı almaya en çok engel oluşturan dördüncü etken olduğunu göstermiştir. Ayrıca damgalanmanın içeriğine bakıldığında, bireylerin

kendini açma ve bilgilerin gizliliği ile ilgili endişeleri ve utanma duygusu en yaygın deneyimlenen ve tedaviye engel niteliğinde belirtiler olarak rapor edilmiştir (Clement ve diğerleri, 2015: 11-27; Gulliver ve diğerleri, 2010: 1-9). Buna ek olarak, ruhsal bozukluklara yönelik damgalama, daha fazla ve şiddette semptomun ortaya çıkması, tedaviye uyumun azalması ve olumsuz baş etme yöntemlerinin (örn., tedaviyi bırakma) kullanımı ile de ilişkilendirilmektedir (Kleim ve diğerleri, 2008: 482-491; Menke ve Flynn, 2009: 407-411; Quinn ve Chaudoir, 2009: 634-651).

Majör depresif bozukluk, bipolar bozukluk ve şizofreni spektrumunda tanı alan ve ruh sağlığı merkezlerini kullanan bireylerle yapılan bir çalışmada, katılımcıların çoğu ruhsal sağlık yardımı almanın iş başvurusu yaparken problem oluşturacağını, zayıf görüneceklerini, insanların onları ciddiye almayacaklarını düşünerek endişelendiklerini ve utanç duydukları için tedaviyi erteleditklerini bildirmiştir. Ayrıca şizofrenik bozukluğu olan bireylerin diğerlerine oranla damgalamayla ilişkili daha fazla engelle karşılaştıkları da belirtilmiştir (Dockery ve diğerleri, 2015: 612-619). Barney ve arkadaşlarının yürüttüğü bir başka araştırmada, Avusturyalı 1312 kişiye depresif bozukluğa sahip bir bireyi anlatan vinyet okutularak, kendilerini bu kişi yerine koymaları istenmiş ve yardım arama niyetleri ölçülmüştür. Katılımcıların çoğu profesyonellerden yardım almanın utanılacak bir şey olduğunu ve yardım aldıkları zaman diğer insanların olumsuz tepki vereceğini belirtmiştir (Barney ve diğerleri, 2006: 51-54). Bu çalışma, algılanan sosyal damgalamanın etkisiyle, insanların toplum tarafından uygulanabilecek olası ayrımcı davranışlarından kaçınmak için ruh sağlığı hizmetinden faydalanmadığını göstermiştir.

Toplumun damgalayıcı tutum ve davranışları, ruhsal bozukluğa sahip bireylerin benlik algısını da etkilemektedir. Damgalayıcı örüntülerin görüldüğü toplumda, bireyler kendilerine yansıtılan olumsuz inanç ve tutumları kabul edip içselleştirmekte ve bunun sonucu olarak benlik saygıları, öz yeterliliği, geleceğe dair umutları ve yaşam kaliteleri azalmaktadır (Link ve diğerleri, 2001: 1621-1626; Park ve diğerleri, 2013: 43-47). Benlik saygısı, kişinin değerinin azaldığını hissetmesi olarak tanımlanmaktadır (Corrigan ve diğerleri, 1999: 77-84). Literatüre bakıldığında, damgalanmayla ilişkili olarak benlik saygısının azaldığını gösteren pek çok çalışma görülmektedir (Corrigan, Watson ve Barr, 2006: 875-884; Kleim ve

diğerleri, 2008: 482-491; Watson ve diğerleri, 2007: 1312-1318; Yanos ve diğerleri, 2015: 1437-1442). Bununla birlikte, içselleştirilmiş damgalama iyileşme sürecini de olumsuz etkileyebilmekte, depresif semptomları, sosyal kaçınmayı ve kaçınmacı başa çıkma yöntemlerinin kullanımını arttırmaktadır (Yanos ve diğerleri, 2015: 1437-1442).

Sonuç olarak, ruhsal bozukluğa sahip bireylere yönelik sosyal damgalama, bireylerin sosyal olanaklarını azaltmakta, sağlık sistemi yerine ceza yargılama sisteminde yargılanmalarına yol açabilmekte, benlik saygılarını, yardım arama davranışını ve arkadaş ve aile ilişkilerini olumsuz etkilemektedir.

Damgalama, ruhsal bozukluğundan dolayı toplum tarafından etiketlenen bireyi etkilemekle kalmayıp, onunla ilişki içinde olan ailesi başta olmak üzere yakın sosyal çevresini de (arkadaş, komşu vb.) etkilemektedir. Goffman, damgalamanın çevreye yayılan etkisini nüfuz eden damgalama (courtesy stigma) olarak adlandırmıştır ve yakın çevrenin dışavurduğu işaret ya da belirtiden ziyade, damgalanmış bireyle bir şekilde ilişki içinde olmaktan dolayı önyargı ve ayrımcılığa maruz kalma olarak açıklamıştır (1963: 29-30). Benzer şekilde, Mehta ve Farina ruhsal bozukluğa sahip bireylerin yakınlarının damgalanmadan dolayı zor durumda kaldıklarını ve olumsuz olarak etkilendiklerini ilişkisel damgalama (associative stigma) kavramıyla ifade etmiştir (1988: 192-202). Bunlara ek olarak, "stigma by association, affiliative stigma ve family stigma" kavramları da ruhsal bozukluğu olan bireylerin yakınlarının yaşadığı damgalamayı tanımlayan terimler olarak kullanılmaktadır (Moses, 2014: 248). Aile bireylerinin ve yakın çevrenin yaşadığı damgalama, ruhsal bozukluğundan dolayı damgalanan birey hakkındaki olumsuz değerlendirmelerin yakın çevre ile ilişkilendirilmesi sonucu oluşmaktadır. Damgalanmış bireye atfedilen istenmeyen kişisel özellikler ve olumsuz değerlendirmeler bu bireyin yakınlarına aktarılmakta ve bu kişiler kusurlu, gözden düşmüş olarak gösterilmektedir (Pryor ve diğerleri, 2012: 224-241). Araştırmalar, özellikle aile üyelerinin ruhsal bozukluğu olan aile üyesiyle kurdukları ilişkiden dolayı değersizleştirildiğini ve küçük düşürüldüğünü destekler niteliktedir (Bos ve diğerleri, 2013: 1-9; Corrigan, Watson ve Miller, 2006: 239-246).

Literatüre bakıldığında, ruhsal bozukluğundan dolayı damgalanan bireyler ile ilişki içinde olan ailelerin ve yakın çevrenin yaşamlarında, psikolojik ve sosyal

yönden çeşitli olumsuz etkilerin olduğu görülmektedir. Ruhsal bozukluğa sahip bireyleri ve ailelerini destekleyen Ruhsal Hastalıklar İçin Ulusal Birliktelik (National Alliance on Mental Illness ya da kısaca NAMI) grubunun üyeleriyle yapılan bir çalışmada, katılımcıların % 56'sı ailelerin de damgalanmadan oldukça fazla etkilendiğini, % 89'u ise damgalamanın yakın çevre ve aileler için bir şekilde problem oluşturduğunu ifade etmişlerdir (Wahl ve Harman, 1989: 131-139). Struening ve arkadaşlarının şizofrenik bozukluk, bipolar bozukluk ve şizoafektif bozukluk tanısına sahip bireylerin yakınlarıyla yaptığı bir çalışmada, ailelerin bir yandan ruhsal bozukluğu olan kişinin semptomlarıyla ve bakımıyla baş ederken, diğer bir yandan kendilerine ve hasta kişiye yöneltilen damgalamayla mücadele ettikleri ve bakım verenlerin % 43'ünün toplumun çoğu kesimi tarafından değersizleştirildiği inancına sahip olduğu belirtilmiştir (2001: 1633-1638).

Ailenin ve yakın çevrenin toplum tarafından damgalanması, kişilerarası ilişkilerde bozulma, sosyal dışlanma, sosyal rollerin kazanılamaması, sosyal etkileşimlerden kaçınma, yaşam fırsatlarının kaybedilmesi, iyilik halinin zayıflaması, sağlık yardımının engellenmesi ve damgalanmış bireyle olan ilişkinin gizlenmesi gibi pek çok olumsuz sonuç doğurmaktadır. Araştırmalar, kişilerarası ilişkiler açısından toplumun ailelere yönelik küçük düşürücü ve aşağılayıcı bir dil kullandığını, ailelerin ruhsal bozukluğun ortaya çıkmasından dolayı suçlandığını ve eleştirildiğini, arkadaş, komşu ve akrabaları tarafından sosyal dışlanmaya ve kaçınma davranışlarına maruz kaldıklarını göstermektedir (Angermeyer ve diğerleri, 2003: 593-602; Fernández ve Arcia, 2004: 356-372; Larson ve Corrigan, 2008: 87-91). Aile üyelerinin ve spesifik olarak annelerin hastalığın ortaya çıkışıyla ilgili toplum tarafından suçlanması, utanç ve suçluluk duygusunun aile üyelerine hissettirilmesi kişilerarası ilişkilerdeki yaygın bir damgalama türü olarak açıklanmaktadır (Angermeyer ve diğerleri, 2003: 593-602).

Toplumun ayrımcı tepkilerinin bir sonucu olarak, ruhsal bozukluğa sahip bireylerin aile üyeleri, bu bireyle olan ilişkilerin gizli tutulması gerektiğine, toplum bunu fark ettiği ve açığa çıktığı takdirde aile için olumsuz sonuçlar doğuracağına inanmaktadır. Özellikle de hastalık süresi uzadığında, aileler için bu gizliliği korumak zorlaşmakta ve hastalık aileler için utanç kaynağı haline gelmektedir (Phillips ve diğerleri, 2002: 488-493). Benzer şekilde, Corrigan ve Miller ruhsal

bozukluğa sahip bir bireyin ailesi olmanın utanç verici bir durum olduğu algısının, hem aile üyelerinin utanma duygusu içselleştirmesini hem de toplumun bu bireylerden kaçınma ve uzak durma eğilimlerini arttırdığını belirtmiştir. Bir önyargı olarak beliren utanç duygusu, ebeveynlerin ruhsal bozukluğun başlamasına neden olmak ve yetersiz ebeveyn olmakla suçlanması, eşlerin ve kardeşlerin hastalık ve tedavi sürecinde yeterli desteği sağlayamadığından dolayı suçlanması ve ruhsal bozukluğun biyolojik veya psikolojik bir süreçle ebeveynden çocuğa bulaştığı inancı gibi çeşitli stereotipik düşüncelerin sonucu olarak ortaya çıkmaktadır (2004: 537-548).

Şizofrenik bozukluk, şizoafektif bozukluk, bipolar bozukluk ve kronik majör depresif bozukluğa sahip bireylere bakım veren aile üyeleriyle (anne, baba, eş, kardeş vb) yapılan bir niteliksel çalışmada, çoğu aile üyesi ruhsal bozukluğa karşı önyargılı tutumların ve ayrımcılığın etkilerini deneyimlediğini belirtmiştir. Şizofrenik bozukluğu olan bir bireyin eşi, "Kızlarım babalarının sağlıklı olmamasından dolayı utanç duyuyor. Arkadaşları babalarının durumunu bilmiyor. Çünkü kızlarım asla evimize arkadaşlarını davet etmez. Birçok arkadaşımız bizle ilişkisini kesti. Kızlarım bana gelip neden onların bizi görmek istemediklerini, yanlış bir şey yapmadığımızı ve babalarının sadece hasta olduğunu söylüyorlar." şeklinde açıklama yapmıştır. Şizofrenik bozukluğa sahip bir oğlu olan baba ise, "İnsanların ruhsal bozukluklar hakkında bilgisi yok ve bu durumu anlamıyorlar. Bir kanser veya demans hastasına bakım verenin duygularını anlayıp paylaşabilirler veya onlarla empati kurabilirler, ancak ruhsal bozukluğu anlamıyorlar. Bu durumda olmanın ne kadar zor olduğunu anlamıyorlar." şeklinde kendini ifade etmiştir (Veltman ve diğerleri, 2002: 108-114). İlk örnekte dile getirilen utanç duygusu ve sosyal çevre tarafından reddedilme; ikinci örnekte söylenen diğer bakım verenlere oranla daha az değer görme veya bilinir olma durumu sosyal damgalanmanın aileler açısından olumsuz etkilerini somut bir şekilde ortaya koymaktadır.

Ayrıca benlik saygısının azalması ve aile ilişkilerinin büyük ölçüde zarar görmesi damgalanmanın en yaygın gözlenen etkilerinden biri olarak gösterilmektedir (Wahl ve Harman, 1989: 131-139). Bununla birlikte, aile üyelerinin çoğu, geniş aile üyeleriyle veya arkadaşlarıyla daha mesafeli ilişkiler kurduğunu ifade etmektedir (Östman ve Kjellin, 2002: 494-498). Damgalamaya maruz kalan aileler, iş

hayatından ziyade sosyal çevrelerinde sıkıntı yaşadıklarını ve bu durumun gelecekteki arkadaşlık ve evlilik fırsatlarını kısıtladığını da belirtmiştir (Corrigan ve Miller, 2004: 537-548). Sosyal ilişkilerin zayıflaması ve sosyal mesafenin deneyimlenmesiyle beraber aile üyelerinin iyilik hali azalmakta, damgalanma huzursuzluk, endişe, iritabilite gibi psikolojik sıkıntıların ve uykusuzluk ve yorgunluk gibi fiziksel sağlık sorunlarının yaşanmasına yol açmaktadır (Angermeyer ve diğerleri, 2001: 255-260; Sanden ve diğerleri, 2013: 73-80; Sanden ve diğerleri, 2015: 400-417).

Araştırmalar, ruh sağlığı çalışanları tarafından ruhsal bozukluğu olan bireylerin ailelerine yönelik uygulanan damgalayıcı davranışların da varlığını göstermektedir. Şizofrenik bozukluğa sahip bireylerin yakınlarıyla (anne, baba, eş, çocuklar) yapılan bir odak grup çalışmasında, ailelerin kişilerarası ilişkiler, yapısal ayrımcılık ve sosyal rollerin edinilmesi alanlarında doğrudan damgalamaya maruz kaldığı bulunmuştur. Kişilerarası ilişkiler ve sosyal roller açısından bakıldığında, aileler sağlık personellerinin ilgisinin az olması, yaşanan problemleri ve endişeleri anlamamaları, hastalık hakkında yeterli bilgi sağlamamaları ve ailelerin beceri ve deneyimlerini tanımamalarından dolayı damgalandıklarını belirtmişlerdir. Diğer yandan, yapısal ayrımcılık ise düşük kalitede ruh sağlığı hizmeti alma ve mali yükün fazla olması gibi çeşitli biçimlerde damgalamanın sonuçları olarak yakın çevrenin karşısına çıkmaktadır (Angermeyer ve diğerleri, 2003: 593-602). Bir diğer çalışmada da, ailelerin ruhsal bozukluğa sahip bireye bağlı olmanın getirdiği yükle baş ederken ruh sağlığı çalışanlarından çok az destek gördükleri veya hiç destek alamadıkları, almış oldukları sorumluluğun ve haklı endişelerinin yeterince önemsenmediği rapor edilmiştir (Sanden ve diğerleri, 2015: 400-417).

Özetle, damga ruhsal bozukluğa sahip bireylerin ailelerinin ve yakın çevresinin yaşamını önemli derecede olumsuz etkilemektedir. Toplum tarafından dışlanmak, bireylerin ruhsal bozukluğu gizlemesine, sosyal ilişkilerinin zayıflamasına, psikolojik ve fiziksel iyilik halinin azalmasına ve yeterli sağlık yardımının alınamamasına yol açmaktadır.

1.3. SOSYAL DAMGALAMA İLE İLİŞKİLİ DEĞİŞKENLER

Bu kısımda sosyal damgalama ile ilgili yapılan bilimsel çalışmalarda incelenen değişkenler kısaca ele alınacaktır. Bu değişkenlerden biri nedensel atıflardır ve bu atıflar, bireylerin ruhsal bozukluğun ortaya çıkışı veya etiyolojisiyle ilgili inançlarını kapsarken damgalayıcı tutum ve davranışlar üzerinde önemli etkiye sahiptir. Sosyal damgalamayı oluşturan bilişsel boyut, nedensel atıfları da içermektedir. Literatürdeki çalışmalarda, toplumun ruhsal bozukluklara atfettikleri nedenler çeşitli gruplara ayrıştırılmıştır: kişilik ile ilişkili nedenler (dayanıksızlık, irade gücünün zayıf olması, ahlaka aykırılık, cinsel sapkınlık), biyomedikal/biyogenetik/organik nedenler (genetik, beyin rahatsızlığı, doğuştan gelmesi), psiko-sosyal/durumsal/çevresel nedenler (travmatik yaşantılar, travma sonrası ruhsal çöküntü, yaşamsal talihsizlikler, stresli yaşam olayları, yas süreci, maddi durumun kötü olması), ailesel faktörler (dağılmış aile ortamı, baskıcı ve ilgisiz ebeveyn tutumu), inanç sistemi ile ilişkili faktörler (kader, ilahi bir ceza). Ruhsal rahatsızlığa atfedilen nedene göre de, toplumun damgalanan bireylere yönelik tutum ve davranışları değişiklik göstermektedir (Angermeyer ve Matschinger, 2003a: 526–534; Ellison ve diğerleri, 2015: 116-123; Ociskova ve diğerleri, 2013: 19-26; Schomerus ve diğerleri, 2014: 303-314).

Araştırmalar, ağırlıklı olarak psiko-sosyal faktörlerin ruhsal bozuklukların ortaya çıkma nedeni olarak algılandığını belirtmektedir (Angermeyer ve Dietrich, 2006:163-179; Hugo ve diğerleri, 2003: 715-719; Link ve diğerleri, 1999: 1328-1333; Schomerus ve diğerleri, 2012: 440-452; Van't Veer ve diğerleri, 2006: 310-317). Ancak ruhsal bozukluğun nedenlerine yönelik inançlar, ruhsal bozukluk kategorilerine göre değişim göstermektedir. Farklı ülkelerde yapılan çalışmalar, şizofrenik bozukluğun ve depresif bozukluğun psikososyal faktörlerden (örn; yaşam olayları, stres) kaynaklandığına yönelik inancın daha fazla benimsendiğini göstermekle birlikte, psikososyal stres faktörünün çoğunlukla depresyonun ortaya çıkma nedeni olarak düşünüldüğünü, şizofrenik bozukluğun daha çok biyolojik faktörler (örn., beyin rahatsızlığı, genetik) ile ilişkilendirildiğini saptamıştır (Angermeyer ve Matschinger, 1999: 275-281; Angermeyer ve Matschinger, 2003a: 526–534; Dietrich ve diğerleri, 2004: 348-354).

Türkiye'de yapılan çalışmalarda da, depresyonun nedenlerine yönelik olarak psikososyal faktörlere olan inancın ön plana çıktığı görülmektedir (Eşsizoğlu ve Arısoy, 2008:167-176, Özmen ve diğerleri, 2003a: 87-97; Özmen ve diğerleri, 2004: 1010-1016; Şen ve diğerleri, 2003:133-143). Ayrıca, çalışmalarda depresyonun kişilik zayıflığı nedeniyle meydana geldiğine olan inanç rapor edilmiştir Özmen ve diğerleri, 2003a: 87-97; Özmen ve diğerleri, 2004: 1010-1016). Şizofrenik bozukluğun nedeni olarak daha çok sosyal problemlerin, stresli yaşam olaylarının, irade zayıflığının ve kişilik zayıflığının atfedildiği belirtilmiştir (Sağduyu ve diğerleri, 2001: 99-110; Sağduyu ve diğerleri, 2002: 203-212; Taşkın ve diğerleri, 2002: 205-214).

İlişkili literatür incelendiğinde, ruhsal bozuklukların çevresel ve biyomedikal nedenlere dayandırılmasının damgalayıcı tepkileri nasıl etkilediğine dair pek çok çalışmanın olduğu görülmektedir. Yükleme teorisi (Weiner, 1980: 186-200), nedensel inançlar, duygusal tepkiler ve sosyal mesafe arasındaki ilişkiyi açıklamak için sıklıkla yararlanılan bir kuramdır. Kuram, olumsuz bir durumun nedenini kişisel sorumluluk olarak algılamanın öfke duygusunu arttırdığını ve yardım etme davranışını azalttığı ileri sürmektedir. Diğer yandan, bir durumun nedeni kişinin kendi kontrolü dışına ve dışsal faktörlere atfedildiğinde, diğer bir deyişle kişi içinde bulunduğu durumdan sorumlu tutulmadığında, acıma duygusu ile birlikte yardım etme davranışının da arttığı bildirilmektedir (Corrigan, 2000: 48-67; Corrigan ve diğerleri, 2000: 91-102). Bu bağlamda, biyolojik nedenler gibi kişinin kontrolünde olmayan nedenlerin ruhsal bozukluğa yüklenmesiyle toplumun daha az suçlama davranışı gösterdiği ve hastaların bozukluğun gidişatını kontrol edebileceklerine dair toplumsal algının azaldığı ifade edilmektedir. Böylece, toplumun öfke duygusu azalırken acıma duygusu artmakta ve sosyal mesafe ihtiyacını azalmaktadır (Corrigan ve diğerleri, 2000: 91-102).

Toplumun ruhsal bozuklukların etiyolojisine yönelik inançlarını araştıran bazı çalışmalar, yapısal nedenlerin (stres, genetik, biyolojik nedenler) daha düşük seviyede sosyal reddetme ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Bunun yanısıra, kötü karaktere sahip olma, yetiştirilme şekli, madde kullanımı gibi kişisel nedenler sosyal mesafe üzerinde olumsuz etki yaratarak, ruhsal bozukluğa sahip bireylerle etkileşim içinde olma isteğini azaltmaktadır (Martin ve diğerleri, 2000: 208-223; Van't Veer

ve diğerleri, 2006: 310-317). Ruhsal bozukluğa sahip bireyler, rahatsızlığın meydana gelişiyle ilgili kişisel olarak sorumlu tutulduklarında, toplumun ayrımcı davranışları da artmaktadır. Örneğin bipolar bozukluğa yüklenen nedenler, duygusal tepkiler ve sosyal mesafe arasındaki ilişkinin araştırıldığı bir vinyet çalışmasında, bozukluğun daha çok biyomedikal nedenlere atfedildiği belirtilmiş ve katılımcıların daha fazla merhamet/acıma duygusu göstererek daha az sosyal mesafe koymak istedikleri bildirilmiştir. Ayrıca bipolar bozukluğu kadere dayandıran katılımcıların daha fazla korku duygusu ve sosyal mesafe koyma ihtiyacı hissettikleri belirtilmiştir (Ellison ve diğerleri, 2015: 116-123). Latin göçmenlerle yapılan bir çalışmada, damgalama depresyona yönelik nedensel atıflardan kötücül spiritüel güçlere ve kişisel özelliklere (örn; Tanrı'nın cezası, günah işleme, inanç eksikliği, zayıf karakterli olma) inananlar arasında daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca yine depresyona yönelik çalışmalarda çevresel nedenlerle kıyaslandığında biyolojik nedenlere inanmak daha düşük damgalama ile ilişkili bulunmuştur (Goldstein ve Rosselli, 2003: 551-563).

Bu bulguların aksine, bazı çalışmalar biyolojik faktörlere yönelik inançların, ruhsal bozukluğun ciddi boyutlarda ve tehlikeli algılanmasıyla (Jorm ve Griffiths, 2008: 315-321; Phelan, 2002: 430-431; Rüsch ve diğerleri, 2010: 328-332) ve sosyal mesafe isteğinin artmasıyla ilişkili olduğunu göstermektedir (Angermeyer, Beck ve Matschinger, 2003: 663-668; Dietrich, Matschinger ve Angermeyer, 2006: 166-174; Read ve Law, 1999: 216-229). Ancak biyolojik faktörlere yönelik nedensel atıfların, daha çok şiddet veya tahmin edilemeyen davranışlarla ilişkilendirilen bozukluklarda tehlikelilik ve tahmin edilemezlik algısını arttırdığı belirtilmektedir. Diğer bir deyişle, tehlikelilik algısı arttıkça, biyolojik faktörlere yönelik inançlar sosyal mesafenin artmasına yol açmaktadır. Örneğin şizofrenik bozukluk biyolojik nedenlere (örn; beyin rahatsızlığı, genetik) dayandırıldığında kişilerin daha fazla korku ve sosyal mesafe koyma ihtiyacı (Bağ ve diğerleri, 2006: 289-294) hissettiği tespit edilmiştir. Korku ve sosyal mesafedeki artış, durumun kontrol edilemez ve dolayısıyla kişinin tehlikeli ve tahmin edilemez olarak algılanmasıyla açıklanmaktadır. Çevresel nedenlerin bozukluğu ortaya çıkardığına yönelik inanç ise daha fazla acıma duygusu ve daha az sosyal mesafe koyma ile ilişkili bulunmuştur (Angermeyer ve Matschinger, 2003a: 526–534; Angermeyer ve Matschinger, 2005: 331-334; Dietrich ve diğerleri, 2004: 348-354; Read ve diğerleri, 2006: 303-318).

Bir diğer çalışmada (Lee ve diğerleri, 2014: 781-789) şizofreni, depresyon ve bipolar bozukluk genetik ve çevresel nedenlere (örn: stresli ortamlar) atfedildiğinde toplumun sosyal mesafe koyma ihtiyacını nasıl etkileyeceği incelenmiştir. Her bir bozukluk için genetik ve çevresel faktörlere atıf yapılarak 6 farklı vinyet oluşturulmuş ve katılımcıların vinyetlerden birini okuması sağlanmıştır. Şizofreni, depresyon ve bipolar bozukluğun etiyolojisi genetik faktörlere yüklendiğinde, katılımcıların depresyon ve bipolar bozukluğa kıyasla şizofrenik bozukluğa sahip bireye karşı daha fazla sosyal mesafe koyma ihtiyacı hissettiği ve bu ilişkide tehlikelilik algısının aracı rol oynadığı bulunmuştur. Duygudurum bozukluklarından depresyon ve bipolar bozukluk ortak özellikler taşıdığı ve tehlikelilik ile ilişkilendirilmediği için sosyal mesafe ihtiyacı açısından farklılık görülmemiştir. Sonuç olarak, bu çalışmalar biyolojik faktörlere inanan bireylerin ruhsal bozukluğa sahip bireylere karşı olumsuz duygusal tepkiler ve sosyal mesafe koyma ihtiyacı gösterebileceğini kanıtlamaktadır.

Özetle, psikososyal faktörler, toplumun ruhsal bozukluklara atfettiği nedenler arasında belirgin olarak görülmekle birlikte, yüklenen nedenler ruhsal bozukluk kategorilerine göre değişim göstermektedir. Yabancı literatürde, şizofrenik bozukluğa atfedilen nedenler arasında biyolojik faktörler ön plana çıkarken, Türkiye'de sosyal problemlerin neden olduğuna yönelik inanç baskın gelmektedir. Yükleme kuramına göre, ruhsal bozukluk kişinin kontrolü dışında olan faktörlere atfedildiğinde, damgalayıcı tutum ve davranışların azalması beklenirken, şizofrenik bozukluğa yönelik atfedilen biyolojik etkenler damgalayıcı tutum ve davranışları arttırmaktadır. Sonuç olarak, nedensel atıfların, çeşitli ruhsal bozukluk kategorileri ve kültürel farklılıklar göz önünde bulundurularak incelenmesi önem taşımaktadır.

Sosyo-demografik değişkenler (yaş, cinsiyet, eğitim gibi), psikolojik bozukluklar konusunda bilgi sahibi olma ve hasta kişilerle kişisel deneyimin olması gibi değişkenlerin, toplumun ruhsal bozukluk yaşayan bireylere ve bozukluklara yönelik tutum ve davranışlarında etkili olduğu da bilinmektedir. Örneğin ruhsal bozukluğa sahip bireylere yakın olma ve ruhsal bozuklukların bilinirliği toplumun damgalayıcı tutum ve davranışlarını etkilemektedir. Bilinirlik, ruhsal bozukluklarla ilgili bilgi birikiminin veya deneyimin olması olarak tanımlanmaktadır. Ruhsal bozukluğun bilinirlik derecesi, bozukluğa sahip bir arkadaşı, iş arkadaşı, aile üyesi

olan, kendisi birebir bozukluğu yaşayan veya sadece medyadan öğrenen bireyler arasında değişim göstermektedir. Literatürdeki çalışmalar, ruhsal bozuklukların bilinirliği ile önyargılı tutum ve davranışlar arasında negatif bir ilişki olduğunu ortaya çıkarmıştır (Angermeyer ve Matschinger, 1996: 321-326; Corrigan, 2002: 232-254; Crisp ve diğerleri, 2005: 106-113; Ellison ve diğerleri, 2015: 116-123; Marie ve Miles 2008: 126-133; Taşkın ve diğerleri, 2002: 205-214; Ünal ve diğerleri, 2010: 145-150). Örneğin bir araştırmada akranlarından, aile üyelerinden veya aldıkları eğitimden dolayı ruhsal bozukluklara aşina olan bireylerin daha az önyargılı tutum (yardımseverlik ve otoriterlik) sergilediği bulunmuştur (Corrigan ve diğerleri, 2001a: 219-225). Üniversite öğrencileriyle yapılan bir çalışmada, katılımcıların çoğu filmlerden, belgesellerden, ruhsal bozukluğa sahip arkadaş veya akrabalarından dolayı ruhsal bozukluklar hakkında bilgi sahibi olduğunu belirtmiştir. Araştırma sonuçları, ruhsal bozukluklara aşina olmanın daha düşük tehlikelilik inancı, daha az korku ve daha az sosyal mesafe koyma ihtiyacı ile ilişkili olduğunu göstermiştir (Corrigan ve diğerleri, 2001b: 953-958). Şizofrenik bozukluk ve majör depresif bozukluğa yönelik damgalayıcı tutumlar ile bilinirlik arasındaki ilişkiyi araştıran bir çalışmada da, ruhsal bozukluklara aşina olan kişilerin şizofreniyi ve depresif bozukluğu daha az tehlikeli ve tahmin edilemez olarak algıladığı görülmüştür. Düşük tehlikelilik algısı, daha az korku ve sosyal mesafe koyma ihtiyacıyla ilişkili bulunmuştur (Angermeyer, Matschinger ve Corrigan, 2004: 175-182).

Bir derleme çalışmasında (Angermeyer ve Dietrich, 2006: 163-179), ele alınan araştırmaların bir kısmında kişisel olarak ruhsal bozukluk yaşayan/yaşamış veya ruhsal bozukluğa sahip bireylerle iletişim kuran/kurmuş kişilerin daha pozitif tutumlara sahip olduğu saptanırken, diğer bazı araştırmalarda bilinirlik ile tutumlar arasında bir ilişki bulunmamıştır. Bu bağlamda, literatürdeki araştırmalarda çelişkili bulguların yer aldığı söylenebilir.

Sosyo-demografik değişkenlerden yaşın damgalayıcı tutum ve davranışlarla ilişkisinin incelendiği araştırmalarda çelişkili sonuçların olduğu gözlemlenmektedir. Bazı araştırmalar, yaş arttıkça olumsuz tutumların da arttığını göstermektedir (Angermeyer ve Dietrich, 2006: 163-179; Angermeyer ve Matschinger, 1997: 131-141; Angermeyer ve Matschinger, 2004: 177-182; Chong ve diğerleri, 2007: 734-739; Taşkın ve diğerleri, 2003: 586-592). Bunun yanı sıra, bazı araştırmalarda da yaş

ile olumsuz tutum ve davranışlar arasında negatif bir ilişki olduğunu belirtilmektedir (Angermeyer ve Dietrich, 2006: 163-179). Türkiye'deki araştırmalar da yaş ve damgalayıcı tutumlar arasındaki çelişkili sonuçları doğrulamaktadır (Özmen ve diğerleri, 2004: 1010-1016; Özyiğit ve diğerleri, 2004: 105-112; Sağduyu ve diğerleri, 2001: 99-110). Cinsiyetin damgalayıcı tutum ve davranışlar üzerindeki etkisini araştıran çalışmalar da, çelişkili sonuçlar ortaya çıkarmaktadır. Literatürde, cinsiyet ve tutumların ilişkili olmadığını (Angermeyer ve Matschinger, 1997: 131-141; Angermeyer ve Matschinger, 2004: 177-182; Martin ve diğerleri, 2000: 208-223), erkeklerin kadınlardan daha fazla olumsuz tutum ve davranış sergilediğini (Angermeyer ve Matschinger, 2003a: 526–534; Savrun ve diğerleri, 2007: 57-61; Wang ve diğerleri, 2007b: 91-97), kadınların erkeklerden daha fazla olumsuz tutum ve davranışa sahip olduğunu (Angermeyer ve Dietrich, 2006: 163-179; Sağduyu ve diğerleri, 2001: 99-110; Savaş ve diğerleri, 2006: 140-149) gösteren çalışmalar mevcuttur. Toplumun eğitim düzeyinin damgalayıcı tutum ve davranışları nasıl etkilediğini araştıran çalışmalarda ise, yüksek eğitim seviyesi daha az damgalayıcı tutum ve sosyal mesafe ile ilişkili bulunmuştur (Chong ve diğerleri, 2007: 734-739; Crisp ve diğerleri, 2005: 106-113; Özmen ve diğerleri, 2005: 869-876; Pescosolido ve diğerleri, 1999: 1339-1345; Savaş ve diğerleri, 2006: 140-149). Yaşanılan yerler bağlamında, kırsal ve kentsel bölgelerde yaşayan bireylerin ruhsal bozukluğa sahip bireylere ve bozukluklara verdikleri tepkiler değişim gösterebilmektedir. Kırsal kesimde yaşayan halkın, depresif bozukluğa sahip bireylere karşı damgalama eğiliminin kentsel bölgede yaşayanlarla kıyaslandığında daha fazla olduğu belirtilmektedir (Özmen ve diğerleri, 2003a: 87-97; Özmen ve diğerleri, 2004: 1010-1016; Özmen ve diğerleri, 2005: 869-876). Sosyoekonomik duruma göre değerlendirildiğinde, alt ekonomik düzeydeki bireylerin ruhsal bozukluklara yönelik olumsuz inançlara (çaresizlik, tehlikelilik) sahip olduğu, üst ekonomik düzeydeki bireylerin korku ve sosyal dışlama eğiliminin olduğu ve orta ekonomik düzeye sahip bireylerin daha iyi niyetli bir yaklaşıma sahip olduğu ifade edilmektedir (Çam ve Bilge, 2011: 131-140).

Sonuç olarak, toplumun damgalayıcı tutum ve davranışlarında ruhsal bozukluklar hakkında bilgi sahibi olma, ruhsal bozukluğa sahip kişilerle tanışıklığın olması, cinsiyet, eğitim düzeyi, yaş, yaşanan yer, sosyoekonomik durum gibi

faktörlerin etkili olabileceği, ancak literatürde tutarlı sonuçların yer almadığı görülmektedir.

1.4. OBSESİF-KOMPULSİF BOZUKLUK VE SOSYAL DAMGALAMA

OKB, psikolojik bozuklukların tanı kriterlerinin yer aldığı ve sınıflandırıldığı DSM-5'de takıntı-zorlantı bozukluğu (obsesif-kompulsif bozukluk) ve ilişkili bozukluklar başlığı altında yer alan, obsesyon ve kompulsiyonlarla kendini gösteren kaygı temelli bir ruhsal bozukluktur. Obsesyonlar (takıntılar), zorla ya da istenmeden kişinin zihnine gelen, kişide kaygı ya da sıkıntıya yol açan tekrarlayıcı düşünce, dürtü ya da imgelere aldırmama, bunları baskılama ya da başka bir düşünce ya da eylemle bunları yüksüzleştirme girişimlerinde bulunma olarak ifade edilmektedir. Kompulsiyonlar (zorlantılar) ise kişide var olan obsesyonlara karşı olarak ya da katı kurallar çerçevesinde kişinin yapmaya zorunlu hissettiği yineleyici davranışlar ya da zihinsel eylemler olarak tanımlanmaktadır. Davranışsal veya zihinsel kompulsiyonların kaygıyı azaltmak ve korkulan bir olay ya da durumdan korunmak amacıyla gerçekleştirildiği, ancak gerçekçi olmadığı ya da aşırı düzeyde olduğu belirtilmektedir (APA, 2013: 129-131).

DSM-5'e göre OKB tanı kriterleri şu şekilde açıklanmaktadır (APA, 2013: 129-131):

> "1.Takıntıların (obsesyonların), zorlantıların (kompulsiyonların) ya da her ikisinin birlikte varlığı.
>
> 2. Takıntılar ya da zorlantılar kişinin zamanını alır (örn. Günde bir saatten çok zamanını alır) ya da klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.
>
> 3.Takıntı-zorlantı belirtileri, bir maddenin (kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.
>
> 4. Bu bozukluk, başka bir ruhsal bozukluğun belirtileriyle daha iyi açıklanamaz (örn. Yaygın kaygı bozukluğunda olduğu gibi aşırı kuruntular; beden algısı bozukluğunda olduğu gibi sahip

olduklarını elden çıkartmakta ya da onlarla ilişkisini kesmekte güçlük çekme; trikotillomanide (saç yolma bozukluğu) olduğu gibi saçını yolma; basmakalıp davranış bozukluğunda olduğu gibi basmakalıp davranışlar; yeme bozukluklarında olduğu gibi törensel yeme davranışı; madde ile ilişkili ve bağımlılık bozukluklarında olduğu gibi maddeleri ya da kumar oynamayı düşünüp durma; hastalık kaygısı bozukluğunda olduğu gibi bir hastalığın olduğunu düşünüp durma; cinsel sapkınlık bozukluklarında olduğu gibi cinsel itkiler ya da düşlemler; yıkıcı bozukluklarda, dürtü denetimi ve davranım bozukluklarında olduğu gibi dürtüler; yeğin depresyon bozukluğunda olduğu gibi suçlulukla ilgili düşünsel uğraşlar; şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluklarda olduğu gibi düşünce sokulması ya da sanrısal uğraşlar ya da otizm açılımı kapsamında bozuklukta olduğu gibi yinelemeli davranış örüntüleri)".

Epidemiyolojik çalışmalar gözden geçirildiğinde, kültürler arası (ABD, Kanada, Porto Riko, Almanya, Tayvan, Kore ve Yeni Zelanda) yapılan bir çalışmada OKB'nin yaşam boyu yaygınlık oranının % 1.9 ile % 2.5 arasında değişiklik gösterdiği bulunmuştur (Weissmann ve diğerleri, 1994: 5-10). Amerika'da yetişkin bireylerle yapılan başka bir çalışmada, OKB'nin yaşam boyu yaygınlık oranının % 2.3 ve 12 aylık yaygınlık oranının % 1.2 olduğu tespit edilmiştir (Ruscio ve diğerleri, 2010: 53-63). Asya toplumunda yürütülen bir çalışmada, OKB yaşam boyu ve 12 aylık yaygınlık oranı sırasıyla % 3 ve % 1.1 olarak rapor edilmiştir (Subramaniam ve diğerleri, 2012: 2035-2043). Bunların aksine, altı Avrupa ülkesinde (Belçika, Fransa, Almanya, İtalya, Hollanda ve İspanya) yetişkin bireylerle gerçekleştirilen bir araştırma ise OKB'nin yaşam boyu yaygınlığının % 13 olduğunu göstermiştir (Fullana ve diğerleri, 2010: 291-299). Türkiye'de yapılan bir araştırmanın sonucuna göre, OKB'nin 12 aylık yaygınlığı % 3 olarak bulunurken, kadınlarda % 3.3 ve erkeklerde ise % 2.7 olarak bulunmuştur (Çilli ve diğerleri, 2004: 367-374). Bu epidemiyolojik bulguları destekler şekilde, OKB'nin şizofrenik bozukluktan daha çok ancak majör depresif bozukluğa göre daha az yaygın olduğu; fobik bozukluklar, madde kötüye kullanımı ve majör depresif bozukluktan sonra en sık görülen dördüncü bozukluk olduğu gözlemlenmiştir (Rasmussen ve Eisen, 1992: 1-14;

Solomon ve Grant, 2014: 646-653). OKB'nin cinsiyet açısından yaygınlığına bakıldığında, çalışmalar OKB'li hastalar arasında kadınların daha çoğunlukta olduğunu göstermiştir (Rasmussen ve Eisen, 1991: 13-43; Weissmann ve diğerleri, 1994: 5-10).

OKB yaşamın her döneminde görülebilmekle beraber, OKB tanısına sahip olan yetişkinlerin çoğunluğu bu bozukluğun çocuklukta ya da ergenlik döneminde ortaya çıktığını belirtmektedirler (Heyman ve diğerleri, 2006: 424-429). Özellikle erkeklerde OKB semptomlarının 10-12 yaşlarında ortaya çıkma olasılığı kadınlara göre 1.5 kat daha yüksek bulunurken, aynı zamanda erkeklerin OKB ile eş zamanlı görülebilen kronik tik veya Tourette sendromuna daha yatkın olduğu açıklanmıştır (Diniz ve diğerleri, 2006: 487-493).

OKB, semptomları bakımından incelendiğinde bulaşma, kuşku, saldırganlık, zarar verme korkusu, simetri ve kesinlik ihtiyacı, dini ve cinsel obsesyonlar en yaygın obsesyonlar olarak belirtilirken, diğer taraftan temizleme, kontrol etme, sıralama ve biriktirme, güvence arama kompulsiyonları en sık görülen davranışsal kompulsiyonlar ve sayma, kelimeleri tekrar etme, ruminasyonlar ve nötrleştirici düşünceler en yaygın zihinsel kompulsiyonlar olarak bildirilmiştir (Heyman ve diğerleri, 2006: 424-429; Muris ve diğerleri, 1997: 249-252; Steketee ve Barlow, 2004: 522-523). Obsesyonlar, OKB'li bireylerin gün içinde ortalama 5.90 saatini alırken, kişiler kompulsiyonlar için gün içinde ortalama 4.60 saat harcamaktadırlar (Ruscio ve diğerleri, 2010: 53-63).

OKB semptomları, belirli bir içeriğe ve davranışın ortaya çıkma şekline göre farklı alt gruplar altında incelenmektedir. Yale-Brown Obsesyon-Kompulsiyon Ölçeği (Y-BOCS) belirti listesine dayandırılarak yapılan çalışmalarda OKB belirti kümeleri araştırılmıştır. 132 OKB hastasının katıldığı bir çalışmada, semptomların 5 kümede toplanabileceği bulunmuştur: bulaşma obsesyonu/yıkama kompulsiyonu, zarar verme obsesyonu/kontrol etme kompulsiyonu, biriktirme obsesyonu ve ilişkili kompulsiyon, simetri/düzenleme, saldırganlık, dini ve cinsel obsesyonları içeren kabul edilemez düşünceler (Abramowitz ve diğerleri, 2003: 1049-1057). Benzer şekilde OKB semptomlarını araştıran başka bir çalışmada, bulaşma/yıkama, zarar verme/kontrol etme, biriktirme, simetri/sıralama, (miscellaneous) obsesyonlar, cinsel/somatik ve bulaşma/zarar verme olmak üzere 7 semptom boyutu tespit

edilmiştir (Calamari ve diğerleri, 2004: 647–670). Ayrıca 21 araştırmaya dahil edilen toplam 5124 OKB'li bireyden elde edilen verileri değerlendiren bir metaanaliz çalışmasında, simetri boyutu altında; simetri obsesyonları/ sıralama ve sayma kompulsiyonları, yasaklı düşünceler boyutu altında; saldırganlık, cinsellik, dini ve somatic obsesyonlar/ kontrol etme kompulsiyonları, temizleme boyutu altında; kirlenme obsesyonu/ temizleme kompulsiyonu ve biriktirme alt boyutunda; biriktirme obsesyonu ve ilişkili biriktirme kompulsiyonları olmak üzere 4 faktörlü bir yapıya ulaşılmıştır (Bloch ve diğerleri, 2008: 1532-1542).

OKB, bu bozukluğa sahip bireylerin günlük yaşamlarını ve işlevselliklerini önemli derecede etkileyen kronik bir rahatsızlıktır. Deneyimlenen obsesyonlar veya kompulsiyonlar nedeniyle OKB'li bireylerin yaşam kalitesi düşmekte ve sosyal, akademik ve mesleki işlevsellikleri olumsuz yönde etkilenmektedir (Beşiroğlu ve diğerleri, 2007: 5-13; Markarian ve diğerleri, 2010: 78-88). OKB'li bireyler depresif bozukluk ve madde bağımlılarıyla karşılaştırıldığında yaşam kalitelerinin daha kötü olduğu görülmektedir. Ayrıca, OKB'li bireylerin yaşam kalitelerinin, ruhsal sağlık açısından şizofrenik bozukluğa sahip kişiler kadar kötü olduğu belirtilmektedir (Bobes ve diğerleri, 2001: 239-245; Moritz, 2008: 16-22). OKB'li bireyler yalnızca hastalığın semptomları ile değil aynı zamanda toplumun kendilerine yönelik olumsuz tutum ve davranışları ile de mücadele etmek zorunda kalmaktadırlar. Damgalama hem sosyal hem de içselleştirilmiş şekilde deneyimlenebilmektedir. Sosyal damgalama, ruhsal bozukluğa sahip bireylere yönelik olumsuz tepkilerden meydana gelirken; içselleştirilmiş damgalama, damgalanan bireylerin bu tepkileri kabul etmesi ve kendine yöneltmesiyle ilgilidir (Corrigan ve diğerleri, 2005: 179-190). Toplumun damgalayıcı tutum ve davranışları, OKB'li bireylerin tedavi için yardım arama davranışı ve sosyal işlevsellikleri ile olumsuz yönde ilişkilendirilmektedir.

Toplum tarafından damgalanmanın ve reddedilmenin OKB'li bireyler üzerindeki en belirgin olumsuz etkilerinden biri yardım arama davranışlarını kısıtlamasıdır. OKB sık görülen, hastalarda belirgin kaygı yaratan ve önemli derecede işlevsellik kaybına yol açan bozukluklardan biri olmasına rağmen, bireylerin birçoğu psikolojik tedavi aramayı ertelemekte veya reddetmektedirler (Fullana ve diğerleri, 2009: 329-336; Steketee, 1993: 81-95). Tedavi arama ya da tedaviden kaçınma sürecinde, yaş, cinsiyet, eğitim durumu gibi sosyodemografik

değişkenler (Beşiroğlu ve diğerleri, 2004: 99-108), OKB'nin şiddeti, semptomları, başlangıç yaşı gibi bozukluğun ayırt edici özellikleri (Cullen ve diğerleri, 2008: 218-224), finansal etkenler (Demet ve diğerleri, 2010: 480-485) etkili olmakla birlikte, toplum tarafından damgalanma ile ilgili faktörler de tedaviye büyük engel oluşturmaktadır (García-Soriano ve diğerleri, 2014: 1-10). Semptomların başlangıcından itibaren yaklaşık 7.6 yıl boyunca tedavi erteleme davranışının devam ettiği belirtilirken (Rasmussen ve Tsuang, 1986: 317-322), bu sürecin yaklaşık 17 yıldan fazla sürebildiği ve OKB tanı kriterlerinin karşılanmasından yaklaşık 11 yıl sonra tedavi alındığına işaret eden çalışmalar da mevcuttur (Pinto ve diğerleri, 2006: 703-711).

İlgili literatür gözden geçirildiğinde, damgalamanın tedavi aramaktan kaçınma davranışına yol açtığını gösteren bir çok araştırmanın olduğu görülmüştür (Belloch ve diğerleri, 2009: 257-264; Poyraz ve diğerleri, 2015: 88-93; Williams ve diğerleri, 2012: 555-563). Kompulsiyonlar ve obsesyonların içeriği toplumun normlarına aykırı olduğu zaman (örn., şiddet, cinsellik), bireyler toplum tarafından anlaşılamayacaklarını ve tepki alacaklarını düşünmekte ve ruhsal bozukluklarını saklayabilmektedirler. Damgalama, çoğu OKB'li birey tarafından insanların semptomların içeriği hakkındaki düşüncelerinden korkma, obsesyonların içeriğinden ve yardıma ihtiyaç duymaktan dolayı utanç hissetme, problemi kendi kendine çözmeye çalışma, tedavi aramaktan kaçınma, tedaviyi erteleme ve ayrımcılığa uğrama gibi olumsuz sonuçlar doğurmaktadır (Goodwin ve diğerleri, 2002: 143-149; Marques ve diğerleri, 2010: 470-475). Tedaviyi erteleme, ruhsal bozuklukları daha kronik hale getirmekte ve tedavi başladığında da OKB'li bireylerin tedaviden faydalanma ihtimalini azaltmaktadır (Stengler-Wenzke ve diğerleri, 2004b: 88-96). Toplum tarafından damgalanma korkusu ve damgalanma ile ilgili deneyimler, bireylerin sosyal işlevselliklerinin azalması ile de ilişkilendirilmektedir. OKB'li bireylerin damgalanma korkusuyla belirtilerini saklamaya çabalamaları, tedaviden faydalanımı engellerken, diğer taraftan da aileye daha bağımlı hale gelmelerine yol açmaktadır ve sonuçta sosyal açıdan izole olma eğilimleri ve sosyal geri çekilme davranışları arttış gösterebilmektedir (Ociskova ve diğerleri, 2013: 19-26).

Özetle, OKB'li bireylerin ruhsal bozukluğun yol açtığı semptomlar ile baş etmeye çalışırken, aynı zamanda toplum tarafından damgalanma korkusu ile de

mücadele etmek zorunda kaldıkları, deneyimledikleri semptomlara yönelik utanç duygusu hissettikleri ve toplumun vereceği tepkilerden endişelenerek obsesyonlarını kendilerine saklama, tedavi olmama ve tedaviyi erteleme ve sosyal yönden izole olma eğiliminde oldukları sonucuna varılmaktadır.

OKB'li bireyler, tekrarlayan obsesyonlar, kompulsiyonlar, kaçınma davranışları gibi semptomlardan dolayı günlük yaşamlarında sıkıntı yaşadıklarından dolayı ailelerine bağımlı hale gelebilirken, aileler de OKB'li bireylerin günlük işleri ve görevleriyle ilgilenmekte ve daha fazla sorumluluk almaktadır (Steketee, 1997: 919-928). Ayrıca OKB'nin süresi uzadıkça aileler kendilerini hastanın ritüellerine katılmaya mecbur hissetmekte ve semptomlara uyum sağlamak için günlük aktivitelerini değiştirmektedirler (Calvocoressi ve diğerleri, 1995: 441-443). Ritüellere uyum sağlamaya çalışma, damgalanma deneyimleriyle birleştiğinde ailelerin yaşamlarını önemli derecede etkilemekte, ailenin yükünü arttırmakta ve stres kaynağı haline gelmektedir. Mevcut literatür, damgalamanın toplumlarda uzun süredir var olduğunu ve aileler için problem olmaya devam ettiğini göstermektedir (Phelan ve diğerleri, 1998: 115-126). Aile bireyleri, ruhsal bozukluğundan dolayı toplum tarafından damgalanan aile üyesiyle ilişki içinde olduğunda, ruhsal bozukluğa yönelik olumsuz değerlendirmeler kendilerine de yansıtılmaktadır (Goffman, 1963: 29-30). Ancak, literatürde OKB'li bireylerin ailelerinin yaşadığı damgalanmayı ve sonuçlarını inceleyen az sayıda çalışmaya ulaşılmıştır. Bu çalışmalar damgalamanın aileler açısından ortaya çıkardığı en belirgin problemlerden birinin, OKB'nin aile içinde gizli tutulmaya çalışılması olduğunu göstermiştir (Newth ve Rachman, 2001: 457-464; Trosbach ve diğerleri, 2003: 62-67). Obsesyonların içeriği veya kompulsif davranışlar toplum kurallarına uygun bulunmadığı zaman, aileler bu durumu damgalamayı tetikleyen bir etken olarak görmekte, utanç verici olarak algılamakta, belirtilerin toplum içinde açığa çıkmasını önlemeye çalışırken ev dışındaki etkinliklere katılmaktan kaçınmaktadırlar ve sosyal açıdan izole olma riskleri de artmaktadır (Stengler-Wenzke ve diğerleri, 2004b: 88-96). OKB'li bireylerin ailelerinin damgalama deneyimlerinin araştırıldığı bir çalışmada, damgalanmanın 4 farklı alanda deneyimlendiği gözlemlenmiştir: semptomların başlangıcı, bozukluğun gizlenmesi, sağlık sistemi içinde yaşanan damgalama ve geriye dönük damgalama. Özellikle semptomların başlamasından tanı

koyulmasına kadar geçen sürede OKB'li bireyin sahip olduğu obsesyonların ve kompulsiyonların tuhaf ve anlaşılmaz olması ve ruhsal bozukluk tanısının koyulması, OKB'li bireylerin yakınlarının korkmalarına, bu durumu inkar etmelerine yol açabilmektedir. Aileler, toplumun ruhsal bozukluğa yönelik damgalayıcı tutum ve davranışlarından korkmakta, utanç ve suçluluk hissedebilmektedir. Ayrıca, aileler sağlık sistemi içinde görevli olan profesyonellerden (psikiyatrist ve psikolog) yeterli anlayışı ve yardımı göremediklerini, hastalık hakkında yeterli bilgi verilmediğini bildirmiştir. Bununla birlikte, özellikle ruhsal bozukluğun başlangıcında, OKB hakkında bilgi eksikliği olan, çaresizlik, umutsuzluk hisseden aile üyeleri bozukluğu yaşayan kişiye karşı damgalayıcı davranışlarda bulunduklarını açıklamıştır (Stengler-Wenzke ve diğerleri, 2004b: 88-96).

Sonuç olarak, OKB'li bireylerin aileleri sosyal damgalamaya maruz kalmaktadır. Damgalanma, aile ilişkilerini, ailelerin sosyal işlevselliğini ve sağlık yardımı almalarını önemli derecede olumsuz etkilemektedir. Ayrıca, toplum içinde damgalanma korkusundan ve karşılaşılan olumsuz deneyimlerden dolayı aile üyeleri ruhsal bozukluğu saklama eğilimde olmaktadır. Bozukluğu gizleme davranışı, hem OKB'li bireylerin hastalık süresini uzatmakta hem de ailelerin yükünü arttırmaktadır.

Ruhsal bozukluklara yönelik sosyal damgalamanın bileşenleri olarak tanımlanan stereotipler, önyargılar ve ayrımcı davranışların altında yatan temel faktörlerden biri toplumun ruhsal bozukluklar hakkında bilgi eksikliğinin olması ya da yanlış bilgilendirilmiş olmasıdır (Penn ve diğerleri, 1999: 437-446). Bu bağlamda, OKB'ye yönelik toplum bilgisini değerlendiren az sayıda çalışma mevcuttur. Az sayıdaki çalışmalardan birinde (Coles ve diğerleri, 2013: 778-785) Amerikada yaşayan 577 yetişkin kişi ile toplumun OKB ile ilgili ruh sağlığı bilgisi ve inançları değerlendirilmiştir. Katılımcılara kirlenme ve kontrol içerikli obsesyonları ve ilişkili kompulsiyonları olan bir kişinin hipotetik olarak anlatıldığı vinyet (klinik olgu örneği) sunulmuştur. Katılımcıların vinyetteki kişinin durumunu tanımlamaları, profesyonel yardım alıp almaması gerektiğine ve semptomlarını göstermekten kaçınıp kaçınmaması gerektiğine karar vermeleri istenmiştir. Katılımcıların çoğu vinyette tanıtılan kişinin profesyonel yardım (psikoterapi) alması gerektiğini belirtirken; çok az kişi damgalanma korkusundan dolayı semptomların diğer insanlara gösterilmemesi gerektiğini ifade etmiştir. Bununla birlikte, katılımcıların

yalnızca üçte biri bu kişinin OKB'ye sahip olduğunu bildirmiştir. OKB'nin bilinirliğinin zayıf olması, düşük eğitim seviyesi, düşük gelire sahip olma ve ileri yaşta olma ile ilişkili çıkmıştır. Bu çalışma, toplumun tedaviye yönelik olumlu tutumlarının var olduğunu göstermesine rağmen OKB ile ilgili bilgi eksikliğini de kanıtlar niteliktedir. OKB'nin bilinirliğinin az olması, toplumun damgalayıcı tutum ve davranışlarını arttıran bir etken olarak görülebilir. Bu sebeple, OKB' ye yönelik toplumdaki bilgi, inanç ve tutumlara yönelik araştırmalar büyük önem taşımaktadır.

Bugüne kadar yapılan damgalama çalışmalarında birçok ruhsal bozukluk ele alınsa da, şizofrenik bozukluğa sahip bireylere yönelik tehlikelilik, tahmin edilemezlik inançlarının ve korkunun yaygın olması, bu bozukluğun daha fazla damgalanmasına yol açtığına işaret etmektedir (Jorm ve diğerleri, 2012: 1029-1045). OKB'de ise belirtiler heterojen bir yapıya sahip olduğu için, kişilerin bu ruhsal bozukluğa ilişkin inanç ve tutumları obsesyonların ve kompulsiyonların içeriğine göre değişebilmektedir. Belirtilerin içeriği, kişilerin problemlerini diğer insanlarla paylaşma konusundaki kararlarını, kendilerini başkalarına ifade etmekle ilgili hissettikleri korku ve utanma duygusunu (Simonds, 2001) ve toplumun bu bireylere göstereceği tepkileri önemli derecede etkileyen bir faktördür. OKB semptomlarına bakıldığında, özellikle cinsellik, şiddet ve din temalı obsesyonların toplum tarafından daha olumsuz tepkiyle karşılanacağı düşüncesi, bireylerin bu belirtileri daha fazla gizleme eğilimine gitmelerine yol açabilmektedir. Çünkü bu obsesyonlar kabul edilemez tabu düşünceler olarak adlandırılmaktadır ve diğer OKB belirti kategorilerinden farklı özellikler taşımaktadırlar. Bu obsesyonlar benliğe yabancı olarak algılanmakta ve düşmanca tutum ile ilişkililendirilmektedir (Brakoulias ve diğerleri, 2013: 750-757).

Oldukça sık deneyimlenen OKB belirtilerinin içerikleri toplum normlarına aykırı olduğunda, OKB'li bireylerin toplumdaki diğer bireyler tarafından dışlanma ve ayrımcılığa uğrama olasılıkları artmaktadır. Ancak damgalama literatürü gözden geçirildiğinde, OKB'nin farklı alt tiplerine yönelik toplumsal tepkilerin incelendiği sınırlı sayıda çalışmanın yapıldığı görülmektedir. Örneğin Simonds ve Thorpe, 113 üniversite öğrencisinin katılımıyla gerçekleştirdikleri deneysel bir çalışmada, kontrol etme, temizleme ve zarar verme/şiddet obsesyonlarına ve ilişkili kompulsiyonlara sahip klinik olguların tanımlandığı vinyetler kullanılmıştır. Vinyetlerde belirtilen

problemlerin ortaya çıkma nedenlerine yönelik önyargıların cevapları etkileme durumunu kontrol etmek için 3 ayrı koşul yaratılmıştır: biyolojik açıklama, öğrenme ile ilişkili açıklama ve hiçbir açıklamanın olmaması. Öğrenciler bu 3 durumdan birine seçkisiz bir şekilde atanmıştır ve sırasıyla kontrol etme, temizleme ve zarar verme vinyetlerini okuduktan sonra tutum ölçeğini doldurmaları istenmiştir. Araştırma bulguları OKB alt türlerinden temizleme ve kontrol etmeye kıyasla, zarar vermenin daha korkutucu, utanç verici ve sosyal kabul edilebilirliği (örn: kişiyi eve davet etme, onun partisine katılma) düşük bir durum olarak algılandığını göstermiştir. Katılımcılar, hem vinyetteki kişiyi düşündüklerinde hem de kendilerini onun yerine koyduklarında, zarar vermeyle ilişkili problemlerin diğer insanlarla paylaşılmasının korku ve utanç hissettireceğini ifade etmişlerdir. Ayrıca temizleme türü kontrol etmeye göre daha utanılacak ve sosyal kabul edilebilirliği daha düşük bir durum olarak açıklanmıştır. Bununla birlikte, zarar verme ve temizleme alt tipleri kontrol etmeye kıyasla tedavi gerektiren ruhsal problemler olarak belirlenmiştir (Simonds ve Thorpe, 2003: 331-336). Bu çalışma, OKB'nin zarar verme alt tipinin temizleme ve kontrol etmeye göre daha olumsuz algılandığını göstermektedir. Diğer bir deyişle, toplum normlarına daha aykırı gelen şiddet içerikli obsesyonlar (kendine veya başkasına zarar verme ile ilgili dürtü, düşünce veya imgeler) ve ilişkili kompulsiyonlara sahip bireylere yönelik sosyal mesafenin daha fazla olduğu görülmektedir.

Bir başka çalışmada, şiddet içerikli düşüncelere yönelik sosyal damgalama sosyal mesafe, tehlikelilik algısı, tahmin edilemezlik değişkenleri bağlamında incelenmiştir. Çalışma, 90 kişilik (öğrenci) bir örneklem grubuyla yürütülmüştür. Çalışmada, şiddet içerikli düşünceleri (aniden gelen yeğenine bıçak saplama dürtüsü/isteği) olan, ancak bu zamana kadar şiddet içeren herhangi bir davranışta bulunmamış bir kişiyi anlatan vinyet kullanılmıştır. Ayrıca diğer çalışmalardan farklı olarak aynı vinyet için üç farklı koşul yaratılmıştır: tanı belirtilmeyen, şizofrenik bozukluk tanısı belirtilen ve OKB tanısı belirtilen koşul. Katılımcıların üç koşuldan birine seçkisiz olarak atanmaları sağlandıktan sonra vinyetteki kişinin tanısıyla ilgili düşünceleri sorulmuş ve öz-bildirim ölçeklerini doldurmaları istenmiştir. Araştırma sonuçlarına göre, OKB tanısı belirtilen vinyeti okuyan katılımcıların yalnızca % 26'sı bu kişinin OKB'ye sahip olduğunu belirtirken, şizofrenik bozukluk tanısı

belirtilen vinyeti okuyan katılımcıların % 70'i aynı fikirde olduğunu ifade etmiştir. Ayrıca vinyetteki kişinin şizofrenik bozukluk tanısı olduğunu düşünenler, OKB tanısı belirtenlere ve tanı belirtmeyenlere göre daha fazla sosyal mesafe koyma ihtiyacı hissetmiştir. Tehlikelilik algısı ve tahmin edilemezlik ise, vinyetteki kişinin tanısının olmadığı düşünen katılımcılarda diğerlerine göre daha düşük bulunmuştur (Warman ve diğerleri, 2015: 16-23). Bu bulgular, şiddet düşüncelerinin olumsuz değerlendirildiğini ve şizofrenik bozukluk ile ilişkilendirildiğinde toplumun damgalayıcı davranışlarının arttığını göstermektedir. Toplumun şiddet düşüncelerine yönelik karar vermesinde ve değerlendirmelerinde bilgi eksikliğinin olduğu ya da yanlış bilgiye dayanarak hareket ettiği söylenebilir.

Şiddet temasına benzer şekilde, cinsel içerikli obsesyonlar da tabu düşünceler olarak algılanmaktadır ve ahlaki açıdan daha fazla ayıplanacak veya suçlanacak durumlar olarak görülebilmektedir (Brakoulias ve diğerleri, 2013: 750-757). Bu bağlamda, cinsellik ve bulaşma içerikli obsesyonlara sahip bireylere yönelik toplumsal tepkilerin nasıl farklılaştığını araştıran bir çalışmada, 157 yetişkin bireye dört vinyetten biri okutulmuştur. Cinsellik ve bulaşma temalı obsesyonlara sahip iki hipotetik olgunun, arkadaş ya da yakın bir kişi olması durumu da vinyetlerde ayrı ayrı değerlendirilmiştir. Daha sonra, vinyetteki kişinin sıkıntısını kendisiyle paylaştığı durumda katılımcıların verdikleri tepkiler öz-bildirim ölçeğiyle değerlendirilmiştir. Araştırma bulgularına göre, katılımcıların cinsel içerikli istemsiz düşüncelerin paylaşımı sonucunda bu kişilere karşı daha fazla sosyal mesafe koymak istediği bulunmuştur. Ayrıca katılımcıların vinyetteki kişinin arkadaş olması durumunda daha fazla reddetme ve ayıplama davranışı sergilediği belirtilmiştir (Cathey ve Wetterneck, 2013: 439-443). Bu çalışma, toplumun cinsellik temalı obsesyonları daha kabul edilemez algıladığını ve cinsellik obsesyonları olan bireylere yönelik damgalayıcı davranışlar sergileme eğiliminin yüksek olduğunu göstermektedir. Bir başka çalışmada, vinyetler kullanılarak cinsellik, şiddet ve din içerikli istem dışı düşüncelere sahip bireylerin nasıl algılandığını araştırılmıştır ve şiddetin en olumsuz algılanan obsesyon teması olduğu ortaya çıkartılmıştır (Corcoran ve Woody, 2008: 71-83).

Türkiye'deki damgalama çalışmaları incelendiğinde, Beşiroğlu ve arkadaşları tarafından OKB'nin farklı alt türlerine yönelik bilgi, inanç ve tutumların araştırıldığı

görülmüştür. 376 kişilik (yetişkin) bir örneklem grubunun dahil edildiği çalışmada, kirlenme, din, saldırganlık ve sıralama-sayma-düzenleme obsesyonları ve ilişkili kompulsiyonları içeren 4 ayrı vinyet hazırlanarak, katılımcıların psikolojik bozuklukları tanıma yeteneği, nedenleri ve risk etmenleri hakkındaki inançları, yardım olanakları, utanç ve tepkilerine yönelik tutum ve davranışları açık uçlu sorularla sorgulanmıştır. Araştırma bulgularına göre, saldırganlık obsesyonları ve ilişkili kompulsiyonların diğer belirtilere göre daha olağan dışı bir durum olarak algılandığı ve stresli yaşam olaylarıyla ilişkilendirildiği belirtilmiştir. Dini obsesyonlar ve ilişkili kompulsiyonların ise şeytanın bir vesvesesi ve ilahi bir ceza olarak algılandığı ve bu belirtilere sahip kişilerin tedavisi için dinsel kişiler tercih edilmesi yönünde bir eğilimin olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca saldırganlık ve dini obsesyon ve kompulsiyonlar daha fazla utanç duyulan ve yakın çevreden saklanılacak belirtiler olarak algılanmıştır. OKB'nin kirlenme alt türü, sıralama-düzenleme-sayma ve dini belirtilere göre daha yüksek oranda ruhsal bozukluk olarak ifade edilirken, yakın çevreden daha az saklamayı gerektirecek bir durum olarak açıklanmıştır (Beşiroğlu ve diğerleri, 2010: 133-138).

Sosyal damgalama literatürüne bakıldığında, çalışmalarda toplumun ruhsal bozukluklara yönelik damgalayıcı tutum ve davranışlarının ağırlıklı olarak araştırıldığı görülmekle birlikte, ruhsal bozuklukların tedavisinde ekibinin önemli bir parçası olan psikiyatristlerin tutum ve davranışlarının da incelendiği gözlenmiştir. Ruh sağlığı çalışanlarının ruhsal bozukluğa sahip bireylere yönelik tutumlarının araştırıldığı çalışmalar birbiriyle çelişen bulgular ortaya çıkarmıştır (Schulze, 2007: 137-155). Bazı çalışmalarda, ruh sağlığı çalışanlarının ruhsal bozukluğu olan bireylere karşı daha pozitif tutumlara (örn., yardım etme isteği, sempati hissetme) sahip olduğu ve daha az ayrımcı davranışlarda bulunduğu açıklanırken (Arvaniti ve diğerleri, 2009: 658-665; Gateshill ve diğerleri, 2011: 101-105), bunun aksine bazı çalışmalarda da toplumda yaygın olan olumsuz tutumların ruh sağlığı çalışanları tarafından benimsendiği gösterilmiştir (Nordt ve diğerleri, 2006: 709-714). Ancak bu çalışmalarda genel olarak ruhsal bozukluğa, şizofrenik bozukluk ve majör depresif bozukluğa yönelik tutum ve davranışlar üzerine odaklanılmıştır ve OKB'ye yönelik çok az sayıda araştırmanın olduğu gözlemlenmiştir. Bir çalışmada, psikiyatristlerin OKB'li bireylere yönelik tutumları incelenmiş ve çalışmaya Tayland'da yaşayan 91

psikiyatrist dahil edilerek odak grup çalışması sonrasında oluşturulan öz-bildirim ölçeğini doldurmaları istenmiştir. Katılımcıların % 80'den fazlası OKB'li hastalara yönelik acıma, anlayışlı olma ve empati kurma gibi pozitif tutumlar içinde olduklarını bildirmiştir. Ancak katılımcıların yaklaşık üçte biri, diğer ruhsal bozukluklarla karşılaştırıldığında OKB'li hastaların çok fazla konuştuklarını, soru sorduklarını, onlara çok fazla zaman ayırmak ve daha sabırlı olmak gerektiğini belirtmiştir. Bununla birlikte, katılımcıların yarısından fazlası OKB'li bireylerin davranışçı terapiye uyumunun zayıf ve tedavi edilmesi zor bireyler olduğunu ifade etmiştir (Kusalaruk ve diğerleri, 2015: 1703-1711). Bu çalışma, psikiyatristlerin OKB'li bireylere karşı daha olumlu tutumlara sahip olduğunu göstermekle beraber, olumsuz tutumların da sürdürüldüğünü kanıtlamaktadır.

Sonuç olarak, toplumda ve ruh sağlığı çalışanları arasında, OKB'li bireylere yönelik damgalayıcı tutum ve davranışlar yer almaktadır. OKB'nin farklı alt türlerine yönelik damgalayıcı tutumların araştırıldığı çalışmalar sınırlı sayıda olmakla birlikte, şiddet, din ve cinsellik alt türlerinin diğer belirti türlerine göre daha fazla damgalandığı söylenebilir. Ancak tüm OKB alt türlerini kapsayan ve diğer ruhsal bozukluklarla karşılaştırma yapma imkanı sunan damgalama çalışmalarının olmadığı görülmektedir.

İKİNCİ BÖLÜM

İZMİR YETİŞKİN ÖRNEKLEMİNDE SOSYAL MESAFE, İNAÇLAR VE İLİŞKİLİ DEĞİŞKENLERİN SOSYO-BİLİŞSEL DAMGALAMA MODELİ KAPSAMINDA İNCELENMESİ

Bu çalışmada, Ruhsal Bozukluklara Atfedilen Nedenler Ölçeği'nin (RBANÖ) geliştirilmesi, psikometrik özelliklerinin incelenmesi ve Sosyo-Bilişsel Damgalama Modeli (Corrigan, 2000: 48-67; Corrigan ve Watson, 2002: 16-20) kapsamında OKB ve şizofrenik bozukluğa yönelik sosyal mesafe, inançlar ve ilişkili değişkenlerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Bu bağlamda "Çalışma kapsamında geliştirilen RBANÖ güvenilir ve geçerli bir ölçektir", "Cinsellik ve şiddet içerikli OKB belirtilerinin din, bulaşma ve kontrol içeriklerine göre daha fazla sosyal mesafe ve olumsuz inançla ilişkili olacağı beklenmektedir", "Şizofrenik bozukluk, cinsellik ve şiddet içerikli OKB belirtilerinin daha fazla sosyal mesafe ve olumsuz inançla ilişkili olacağı beklenmektedir" hipotezleri test edilecektir. Araştırmanın bu bölümünün ilk kısmında, İzmir'de yaşayan 621 yetişkin bireyden oluşan örneklemden elde edilen veriler ele alınmıştır. Yöntem başlığı altında sırasıyla araştırmaya dahil edilen örneklemin özellikleri, veri toplama araçları ve kullanılan istatistiksel analizler hakkında bilgi verilecektir. Ardından bulgular başlığı altında, araştırmacı tarafından geliştirilen Ruhsal Bozukluklara Atfedilen Nedenler Ölçeği'nin (RBANÖ) psikometrik özellikleri ve Sosyo-Bilişsel Damgalama Modeli (Corrigan, 2000: 48-67; Corrigan ve Watson, 2002: 16-20) kapsamındaki değişkenler ile ilgili bulgular sunulacaktır.

2.1. YÖNTEM

Bu bölümde, çalışmaya dahil olan katılımcılar hakkında bilgi verilecektir. Daha sonra araştırmada kullanılan veri toplama araçları tanıtılacaktır. Ardından, araştırmanın nasıl yürütüldüğünü açıklayan işlem bölümü ve örneklemden elde edilen veriler üzerinde yapılan istatistiksel analizler anlatılacaktır.

2.1.1. Araştırma Örneklemi

Araştırmaya İzmir ilinde ikamet eden, 18-75 yaş aralığında olan ve uygun örnekleme yöntemiyle ulaşılan toplamda 621 yetişkin bireyden oluşan bir örneklem grubu katılmıştır. Araştırmaya dahil edilme kriterleri, en az okur-yazar olma, çalışmada sorulacak soruları anlamaya ve cevaplandırmaya yönelik herhangi bir nörolojik veya psikiyatrik bir rahatsızlığın bulunmaması, ruh sağlığı alanında çalışıyor olmama olarak belirlenmiştir. Veri toplarken gönüllülük ilkesi göz önünde bulundurulmuştur. SPSS 23 programına veri girişi tamamlandıktan sonra veri girişi kontrolü ve ardından uç değer analizi yapılmış ve uç değere sahip herhangi bir kişi tespit edilmediği için analizlere 621 kişi ile devam edilmiştir.

Katılımcıların 314'ü kadın (% 50.6) ve 307'si erkektir (% 49.4). Katılımcılar memur, ev hanımı, öğretmen, akademisyen, öğrenci, mühendis, şoför, esnaf, sağlık personeli gibi çeşitli meslek gruplarından oluşmaktadır. Katılımcıların demografik bilgileri incelendiğinde yaş ortalamalarının 35.67 (SS= 12.61; min.-maks.: 18-74) olduğu, % 57.6'sının yaşamının büyük bölümünü büyük şehirde geçirdiği, % 50.9'unun bekar, % 35.1'inin 1001 ve 2000 TL arası gelir düzeyine ve % 52.5'inin lise ve altı eğitim düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir. Ayrıca, katılımcıların % 86.2'sinin psikiyatrik tanı almadığı, % 95.2'sinin psikiyatrik ilaç kullanmadığı ve % 72.8'inin yakın çevresinde psikiyatrik tanı alan birinin olmadığı gözlenmiştir. Katılımcıların demografik özellikleri ile ilgili bilgiler Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1: Örneklemin Demografik Özellikleri

Değişkenler	Frekans (Yüzde)
Cinsiyet	
Kadın	314 (% 50.6)
Erkek	307 (% 49.4)
Medeni Durum	
Bekar	316 (% 50.9)
Evli	305 (% 49.1)
Eğitim Durumu	
Lise ve altı	326 (% 52.5)
Yüksekokul ve üstü	295 (% 47.5)
Çalışma Durumu	
Evet	380 (% 61.2)
Hayır	232 (% 37.4)
Meslek	
Eğitim Sektörü	87 (% 14.0)
Sağlık Sektörü	34 (% 5.5)
Özel Sektör	168 (% 27.1)
Memur	121 (% 19.5)
Öğrenci	66 (% 10.6)
Ev Hanımı	62 (% 10.0)
Emekli	26 (% 4.2)
Gelir düzeyi	
1000 TL ve altı	161 (% 25.9)
1001-2000 TL	218 (% 35.1)
2001-3000 TL	116 (% 18.7)
3001-4000 TL	73 (% 11.8)
4001 TL ve üzeri	52 (% 8.4)
Yaşanan yer	
Aile ile birlikte evde	500 (% 80.5)
Tek başına evde	58 (% 9.3)
Arkadaşlarla birlikte evde	28 (% 4.5)
Yurtta	26 (% 4.2)
Diğer	8 (% 1.3)
Yaşamın geçirildiği yer	
Köy-Kasaba	34 (% 5.5)
İlçe	77 (% 12.4)
Şehir	152 (% 24.5)
Büyükşehir	358 (% 57.6)
Anne Eğitim Durumu	
Lise ve altı	562 (% 90.5)
Üniversite ve üstü	59 (% 9.5)
Baba Eğitim Durumu	
Lise ve altı	509 (% 82.0)
Üniversite ve üstü	112 (% 18.0)

Tablo 1: Örneklemin Demografik Özellikleri (Devam etmektedir)

Değişkenler	Frekans (Yüzde)
Psikiyatrik Tanı	
Evet	86 (% 13.8)
Hayır	535 (% 86.2)
Tanı Adı	
Anksiyete bozuklukları	31 (% 5.0)
Duygudurum bozuklukları	30 (% 4.8)
Obsesif-Kompulsif bozukluk	3 (% 0.5)
DEHB	2 (% 0.3)
Dürtü Kontrol bozuklukları	3 (% 0.5)
Şizofreni ve Psikotik bozukluklar	4 (% 0.6)
Birden fazla tanı	2 (% 0.3)
Bilinmeyen tanı	1 (% 0.2)
Psikiyatrik İlaç Kullanımı	
Evet	30 (% 4.8)
Hayır	591 (% 95.2)
Psikoterapi	
Evet	8 (% 1.3)
Hayır	613 (% 98.7)
Yakın Çevre Tanısı	
Evet	169 (% 27.2)
Hayır	452 (% 72.8)
Yakın Çevre Tanı Adı	
Anksiyete bozuklukları	40 (% 6.4)
Duygudurum bozuklukları	71 (% 11.4)
Obsesif-Kompulsif bozukluk	8 (% 1.3)
DEHB	2 (% 0.3)
Dürtü kontrol bozuklukları	1 (% 0.2)
Şizofreni ve Psikotik bozukluklar	11 (% 1.8)
Madde ile ilişkili bozukluklar	2 (% 0.3)
Birden fazla tanı	8 (% 1.3)
Bilinmeyen tanı	3 (% 0.5)
Yakınlık Derecesi	
Çekirdek aile	51 (% 8.2)
Geniş aile	27 (% 4.3)
Arkadaş/Aile dostları	74 (% 11.9)
Birden fazla yakını olma	5 (% 0.8)

Değişkenler	Ortalama (SS)	Min.-Maks.
Yaş	35.67 (12.61)	18-74

2.1.2. Veri Toplama Araçları

Bu bölümde araştırmada kullanılan ölçekler hakkında bilgi verilmektedir.

2.1.2.1. Kişisel Bilgi Formu

Kişisel bilgi formu (KBF) araştırmaya katılan kişilerin sosyodemografik özelliklerini değerlendiren ve bu araştırma için geliştirilen 16 maddelik bir öz-bildirim formudur. Formda katılımcıların cinsiyeti, yaşı, medeni hali, eğitim durumu, çalışıp çalışmadığı, mesleği, gelir düzeyi, yaşadığı yer, anne ve baba eğitim düzeyleri ile ilgili sorular bulunmaktadır. Ayrıca, katılımcıların bugüne kadar psikiyatrik tanı alıp almadığı, tanı aldıysa bu tanının ne olduğu, halihazırda psikiyatrik ilaç kullanıp kullanmadığı, kullanıyorsa ilacın adı, yakın çevresinde psikiyatrik tanıya sahip kişilerin bulunup bulunmadığı ve eğer bulunuyorsa tanının ve yakınlık derecesinin ne olduğuna ilişkin sorular da yer almaktadır. KBF' de yer alan sorular araştırmacı ve tez danışmanı tarafından hazırlanmıştır. KBF Ek 1'de yer almaktadır.

2.1.2.2. Vaka Vinyetleri

Araştırmada, Şizofrenik Bozukluk ve Obsesif Kompulsif Bozukluğa (OKB) yönelik sosyal damgalamayı değerlendirmek amacıyla gerçek hasta öykülerinden yola çıkılarak oluşturulmuş 6 farklı vaka vinyeti (örnek klinik olgu) kullanılmıştır. Vinyetlerde tanısı olan bireylerin yaşadığı tipik sorun ve belirtiler aktarılmaktadır. OKB'nin ana belirti türlerinden saldırganlık, cinsellik, din, bulaşma ve kontrol alt türlerini içeren 5 vaka vinyeti, Şizofrenik Bozukluğun bir türü olan Paranoid Şizofreni belirtilerini içeren 1 vaka vinyeti olmak üzere toplam 6 vinyet hazırlanmıştır. OKB bağlamında hazırlanan vinyetler şiddet, cinsellik, bulaşma, din ve kontrol temalı obsesyon ve ilişkili kompulsiyonlara sahip olan bireyleri tanımlayan klinik senaryolardan oluşmaktadır. Her bir vinyet farklı bir OKB belirti alt türünü yansıtmaktadır ve vinyetlerin içeriğinde ön yargıyı ve yanlılığı engellemek üzere psikiyatrik tanıdan söz edilmemektedir. Ayrıca tipik olarak tüm OKB vaka vinyetlerinde yaşanan sorunlar, rahatsızlık, obsesyon ve kompulsiyonların sıra dışı ve

mantık dışı gelmesi (ego-distonisite), direnç, akıldan geçen şekilde davranmama gibi tanı ölçütlerinin olmasına özen gösterilmiştir. Şizofrenik bozukluğa yönelik vinyette de yaşanan sorunlar ve tanı ölçütlerini içerecek şekilde betimlemeler olmasına özen gösterilmiştir. Tüm vinyetlerde temelde "Ruh Sağlığına Yönelik Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM-5, American Psychiatric Association, 2013)" içinde yer alan tanı kriterleri tanımlanmaktadır, ancak vinyetin direkt bir damgalama etkisi yaratmaması için vinyetlerde herhangi bir psikiyatrik tanıdan söz edilmemiştir.

Damgalama literatürü incelendiğinde, vinyet yönteminin araştırmalarda sıklıkla kullanıldığı gözlenmiştir. Bu bağlamda, vinyetler OKB ve şizofrenik bozukluğa yönelik damgalamayı araştıran bilimsel yayınlar temel alınarak oluşturulmuştur (bkz. Arkar, 1991: 6-9; Beşiroğlu ve diğerleri, 2010: 133-138; Cathey ve Wetterneck, 2013: 439-443; Purdon ve Clark, 2005; Simonds ve Thorpe, 2003: 331-336). Araştırmacılar tarafından hazırlanan vinyetler, hem kültüre hem de OKB alt türlerine uygunluğu açısından lisansüstü eğitime sahip 5 psikoloğun görüşlerine sunulmuştur. Uzman psikologlardan vinyetlerin hangi ruhsal bozukluğu ve alt türünü betimlediğini belirtmeleri, 5'li cevap seçeneği üzerinden bu bozukluğu ne derece yansıttığını değerlendirmeleri ve değişiklik önerilerini yazmaları istenmiştir (1- Hiç benzemiyor, 3- Kararsızım, 5- Çok fazla benziyor). Bu uygulamanın ardından verilen puanlara ve önerilen değişikliklere göre vinyetlerde gerekli görülen revizyonlar yapılmıştır. Sonuç olarak bu yaklaşım ile vinyetlerin görünüş geçerliğini sağlamak hedeflenmiştir. Çalışmada kullanılan vinyetler Ek 3'te sunulmuştur.

Vaka vinyetleri, çalışmada toplumun OKB alt türlerine ve paranoid şizofreniye yönelik tutum ve davranışlarını değerlendirmek amacıyla kullanılmıştır. Katılımcıların 6 vinyet arasından rastgele seçilmiş bir vinyeti okumaları ve böylece vaka vinyetinde betimlenen klinik olguyu zihinlerinde canlandırmaları sağlanmıştır. Ardından vinyette okudukları olguyu düşünerek sosyal damgalamanın farklı bileşenlerini ölçen anket setini doldurmaları istenmiştir.

2.1.2.3. Ruhsal Bozukluklara Atfedilen Nedenler Ölçeği (RBANÖ)

Ruhsal Bozukluklara Atfedilen Nedenler Ölçeği (RBANÖ; Causal Attributions toward Mental Disorders Scale, CAMDS), toplumun ruhsal bozuklukların altında yatan nedenlere yönelik inançlarını ayrıntılı olarak değerlendirmek amacıyla, kapsamlı bir literatür taraması sonucunda araştırmacılar tarafından oluşturulmuş bir öz-bildirim formudur. Form 16 maddeden oluşmaktadır ve maddeler Likert tipi bir derecelendirme ile değerlendirilmektedir (1= Kesinlikle Katılmıyorum, 2= Katılmıyorum, 3= Kararsızım, 4= Katılıyorum, 5= Kesinlikle Katılıyorum). Katılımcılardan ifadelere ne ölçüde katıldıklarını belirtmeleri istenmektedir.

Literatüre bakıldığında, ruhsal bozukluklara yönelik sosyal damgalamanın bir bileşeni olarak gösterilen nedensel atıfların genel olarak atıf stillerini değerlendiren standart ölçme araçlarıyla (Caplan ve diğerleri, 2011: 589-611; Mannarini ve Boffo, 2013: 686-693; Sağduyu ve diğerleri, 2001: 99-110) veya tek tek sorularla (Angermeyer ve Matschinger, 2005: 331-334; Dietrich ve diğerleri, 2004: 348-354; Schomerus, Matschinger ve Angermeyer, 2014: 303-314) değerlendirildiği gözlemlenmiştir. Ancak, bu çalışmada hazırlanan RBANÖ ile toplumun ruhsal bozuklukların ardındaki nedenlere yönelik özel ve farklı türdeki inançlarını bir arada barındıran bir araç geliştirmek hedeflenmiştir. Bu bağlamda, dikkate alınan nedenleri sıralamak gerekirse: psikolojik rahatsızlıkların psikososyal stres faktörleri (travma sonrası ruhsal çöküntü, stresli yaşam olayları), biyogenetik nedenler (genetik, beyin rahatsızlığı, doğuştan gelme), ailesel faktörler (dağılmış aile ortamı, baskıcı, aşırı koruyucu ve ilgisiz ebeveyn tutumu), yaşam stili ve kişilik ile ilişkili etkenler (dayanıksızlık, irade gücünün zayıf olması, ahlaka aykırı yaşam biçimi, cinsel sapkınlık) ve inanç sistemi ile ilişkili faktörlerden (kader, ilahi bir ceza) kaynaklanması. Ölçüm aracı tasarlanırken de literatürde nedensel yüklemeler/atıflar ve damgalayıcı tutum ve davranışlar arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalar ve Sosyo-Bilişsel Damgalama Modeli (Corrigan, 2000: 48-67; Corrigan ve Watson, 2002: 16-20) göz önünde bulundurulmuştur (örn., Angermeyer ve Matschinger, 2005: 331-334; Beşiroğlu ve diğerleri, 2010: 133-138; Ellison ve diğerleri, 2015: 116-123). RBANÖ Ek 2'de sunulmuştur.

Bu çalışmada, hazırlanan RBANÖ'nün geçerlik ve güvenirliğine yönelik ön analizler yapılmıştır ve Bulgular kısmında analiz bulgularından ayrıntılı olarak söz edilecektir. Yine de bu kısımda özetlemek, yapılan açımlayıcı faktör analizi sonucunda ölçeğin 4 faktörlü bir yapıya sahip olduğu belirlenmiştir: aile ortamı (α= .77), olumsuz kişilik özellikleri (α= .77), olağan yaşam olayları (α= .63), biyolojik nedenler (α= .59). alt boyutların puan ortalamaları arasında anlamlı farklılıklar olduğu belirlenmiştir ve alt boyutların ortalamaları yüksekten düşüğe doğru şu şekilde sıralanabilir: olağan yaşam olayları, aile ortamı, kişilik özellikleri ve biyolojik nedenler. RBANÖ alt boyutları arasındaki korelasyonlar incelendiğinde, aile ortamı ile olumsuz kişilik özellikleri (r= .38, p< .001), olağan yaşam olayları (r= .19, p< .001) ve biyolojik nedenler (r= .15, p< .001) arasında pozitif yönde korelasyonların olduğu tespit edilmiştir. Olumsuz kişilik özellikleri ile biyolojik nedenler arasında pozitif yönde anlamlı bir korelasyon bulunurken (r= .24, p< .001), biyolojik nedenler ve olağan yaşam olayları arasında negatif yönde bir korelasyon olduğu tespit edilmiştir (r= -.11, p< .001).

2.1.2.4. Sosyal Mesafe Ölçeği (SMÖ)

Sosyal Mesafe Ölçeği (SMÖ; Social Distance Scale), toplumun ruhsal bozukluğa sahip bireylere yönelik sosyal mesafe koyma isteğini, diğer bir deyişle ruhsal bozukluğa sahip bireylerin sosyal reddedilme düzeyini değerlendirmek amacıyla Arkar tarafından 1991 yılında geliştirilmiş 14 maddelik bir öz-bildirim ölçeğidir. Ölçek geliştirme çalışmasında, paranoid şizofreni ve anksiyete bozukluğuna sahip iki erkek olgunun yer aldığı, ancak psikiyatrik tanıların açıklanmadığı vinyetler kullanılmıştır ve bu olgulara yönelik sosyal mesafe değerlendirilmiştir. Sorular evlilik, aynı odayı paylaşma, ev kiralama, yan yana oturma, işe alma, oyun oynama, saçını kestirme, dertleşme ve kapı komşusu olma gibi sosyal durumları içermektedir ve 7'li derecelendirme (1= Kesinlikle rahatsız eder, 2= Rahatsız eder, 3= Biraz rahatsız eder, 4= Kararsızım, 5= Pek rahatsız etmez, 6= Rahatsız etmez 7= Kesinlikle rahatsız etmez) ile katılımcıdan bu vakadaki kişi ile söz konusu sosyal koşullarda etkileşime girmenin kendilerinde yaratacağı rahatsızlık düzeyini belirtmesi istenmektedir. Ölçeğin herhangi bir alt boyutu yoktur;

derecelendirme, ölçek toplam puanı üzerinden yapılmakta olup, ölçekten alınan yüksek puan sosyal mesafenin fazla olduğunu göstermektedir. Ölçekten alınabilecek toplam puan 7 ve 98 arasında değişmektedir.

Arkar tarafından Cronbach's alfa yöntemi ile güvenirliği sınanan ölçeğin, güvenilirlik katsayısı .88 olarak bulunmuştur. Ölçeğin geçerliğine yönelik ekstra bir ölçüm aracının yer almadığı çalışmada ölçek maddeleri arası ilişkilere bakılmıştır.

Madde ortalamaları görsel olarak kıyaslandığında evlilik, iş yerinde aynı odayı paylaşma gibi maddelerin görece yüksek ortalamalara, bakkal dükkanından alış-veriş yapma ve aynı iş yerinde ancak farklı ofislerde çalışma gibi maddelerin ise görece düşük ortalamalara sahip olduğu rapor edilmiştir. Sosyal yakınlık içeren ve sosyal sorumluluk gerektiren durumlarda etkileşimin azaldığı yönündeki eğilim ile birlikte maddeler arasında beklenen yönde korelasyonel ilişkiler olduğu da belirtilmiştir. Literatürde SMÖ'nün farklı çalışmalarda kullanıldığı görülmüştür (örn., Oban ve Küçük, 2011: 31-39; Oban ve Küçük, 2012: 35-41).

SMÖ, mevcut çalışmada Sosyo-Bilişsel Damgalama Modeli'nde (Corrigan, 2000: 48-67; Corrigan ve Watson, 2002: 16-20) yer alan ayrımcı davranışlar/ayrımcılık bileşenini değerlendirmenin yanı sıra vaka vinyetlerine yönelik katılımcıların göstereceği sosyal mesafeyi değerlendirmek ve vinyetler arası farkları karşılaştırma amacıyla çalışmaya dahil edilmiştir; toplam puan üzerinden değerlendirme yapılmıştır. Ölçek Ek 4'te verilmiştir.

2.1.2.5. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği (RHİÖ)

Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği (RHİÖ; Beliefs Toward Mental Illness Scale, BMI), farklı kültürel özelliklere sahip bireylerin ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz inançlarını belirlemek amacıyla 1998 yılında Hirai ve Clum tarafından geliştirilmiştir. Ölçek 21 maddeden oluşmaktadır ve sorular 6'lı derecelendirme ölçeği üzerinden cevaplandırılmaktadır (0= tamamen katılmıyorum, 1= çoğunlukla katılmıyorum, 2= kısmen katılmıyorum, 3= kısmen katılıyorum, 4= çoğunlukla katılıyorum, 5= tamamen katılıyorum). Ölçek hem toplam puan, hem de alt ölçek puanları üzerinden yorumlanmakta olup yüksek puan olumsuz inanca karşılık gelmektedir.

Ölçek geliştirme çalışmasında, farklı kültürel özelliklere sahip (Asyalı ve Amerikalı) 216 öğrencinin yer aldığı örneklem grubu kullanılmıştır. Ölçeğin yapı geçerliğini değerlendirmek amacıyla çalışmada elde edilen verilere açımlayıcı faktör analizi yapılmıştır. Analiz sonucunda, tehlikelilik alt ölçeği (5 madde), zayıf sosyal ve kişilerarası beceri alt ölçeği (10 madde) ve çaresizlik alt ölçeği (6 madde) olmak üzere üç alt ölçek belirlenmiştir. Güvenirliğe yönelik iç tutarlık analizi sonuçlarına göre iç tutarlık katsayıları Amerikan toplumu için .89, Asya toplumu için .91 ve tüm örneklem için .91 bulunmuştur. Ayrıca, alt ölçeklerin Cronbach alfa katsayıları, tehlikelilik alt ölçeği için .75, zayıf sosyal ve kişilerarası beceri alt ölçeği için .84 ve çaresizlik alt ölçeği için .82 olarak tespit edilmiştir. Bununla birlikte, ölçek toplam ve alt boyutlarının, toplumun ruhsal bozukluklara yönelik farklı tedavi yaklaşımlarıyla ilgili tercihlerini değerlendiren Tedavi Arama Davranışı Ölçeği' nin (TSB; Hirai ve Clum, 2000) alt boyutları ile beklenen yönde anlamlı korelasyonlara sahip olduğu (r= .21 ile .31 arasında değişen) ve eş zaman geçerliğine sahip olduğu ifade edilmiştir.

Ölçeğin Türkçe uyarlaması Bilge ve Çam tarafından yapılmıştır (2008). Uyarlama çalışmasına 262 yetişkinden oluşan bir örneklem grubu katılmıştır. Ölçeğin yapı geçerliliğini test etmek için yapılan faktör analizi sonucunda orijinal form ile uyumlu 3 faktör belirlenmiştir: tehlikelilik, çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma ve utanma. Ölçek, toplam 21 maddeden oluşmaktadır. Tehlikelilik alt ölçeği 1., 2., 3., 4., 5., 6., 7. ve 13. maddeleri, çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt ölçeği 8., 9., 10., 11., 14., 16., 17., 18., 19., 20. ve 21. maddeleri ve utanma alt ölçeği 12. ve 15. maddeleri içermektedir. Sorular 6'lı derecelendirme ölçeği üzerinden cevaplandırılmaktadır. Ölçekten alınabilecek toplam puan 6 ile 126 arasında değişmektedir.

Ölçeğin güvenirliğine ilişkin analizler sonucunda, ölçek toplam Cronbach Alpha katsayısı .82, tehlikeli alt ölçeği için .71, çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt ölçeği için .80 ve utanma alt ölçeği için .69 olarak bulunmuştur. 0.69-0.82 arasında olan bu değerler, ölçek ve alt ölçeklerin tatminkar düzeyde iç tutarlılığı olduğunu göstermiştir. Ayrıca, test-tekrar test yöntemi kullanılarak, ölçek ilk 125 katılımcıya üç hafta ara ile tekrar uygulanmıştır. Utanç alt ölçeği dışında, toplam ve alt ölçekler açısından test tekrar test puanlarının anlamlı şekilde ilişkili olduğu belirtilmiştir.

Ölçeğin kapsam geçerliğini değerlendirmek amacıyla çeviri çalışması tamamlandıktan sonra 3 uzmana başvurulmuş ve Kendall Uyuşum Katsayısı (W) (Kendall's Coefficient of Concordance) uygulanarak uzmanlar arasında uyum olduğu belirlenmiştir. Ayrıca, eş-zaman geçerliği için ölçek toplam ve alt boyutlarının, Ruhsal Sorunlu Bireylere Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği (Bağ ve Ekinci, 2006: 63-83) ile beklenen yönde anlamlı ilişki gösterdiği saptanmıştır (r= -.16 ile .30 arasında değişen).

Literatürde bu ölçeğin farklı araştırmalarda kullanıldığı görülmekle birlikte (örn., Çam ve Bilge, 2011: 131-140; Oban ve Küçük, 2012: 35-41); bu çalışmada, RHİÖ SMÖ'ye ilaveten damgalamaya yönelik ikinci bir değişken olarak ve Sosyo-Bilişsel Damgalama Modeli'nde tanımlanan stereotipik düşünce (kalıp yargı) ve önyargı bileşenlerini değerlendirmek amacıyla kullanılmıştır. Toplumun OKB alt türlerinden birine ya da paranoid şizofreniye sahip bir bireye karşı tehlikelilik, çaresizlik, kişilerarası ilişkilerde bozulma inanç ve tutumları ve utanç duyma duygusu araştırılmıştır. Ölçeğin hem toplam puanı hem de alt boyutlarından alınan puanlar mevcut çalışmada değerlendirilmiştir. Ölçek Ek 5'te verilmiştir.

2.1.3. İşlem

Mevcut çalışmada, öncelikle toplumun ruhsal bozukluklara atfettikleri nedenleri değerlendirebilmek için damgalama literatürü temel alınarak 16 maddelik öz-bildirim formu ve katılımcıların OKB alt türlerine ve paranoid şizofreniye yönelik olumsuz tutum ve davranışlarını incelemek amacıyla 6 farklı vaka vinyeti hazırlanmıştır. Vinyetlerin geçerliğini test etmek için lisansüstü eğitime sahip 5 psikoloğun görüşlerine başvurulmuş; vinyetlerin görünüş geçerlikleri sınanmış ve gerekli değişiklikler yapılmıştır. Ardından, çalışmada kullanılacak diğer ölçüm araçlarını geliştiren ve dilimize uyarlayan kişilerden kullanım izni alınmıştır. Ayrıca, çalışmaya başlamadan önce Dokuz Eylül Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Etik Kurulu'ndan araştırmayı gerçekleştirebilmek için etik kurul izni alınmıştır.

Araştırmada veri toplamaya başlamadan önce İzmir'in çeşitli ilçelerinde yaşayan, farklı sosyo- ekonomik düzeylerden, yetişkinlik dönemi yaş sınırları olan 18-75 yaş arasındaki 20 katılımcı ile pilot bir çalışma gerçekleştirilmiştir. Ardından

gerekli revizyonlar yapılarak veri toplama aşamasına geçilmiştir. Potansiyel katılımcılara yüz-yüze görüşme ve uygun örnekleme yöntemiyle ulaşılmıştır. Uygulama öncesinde katılımcılara araştırma hakkında sözel olarak kısa bir açıklama yapıldıktan ve gönüllülük ve gizlilik ilkesi vurgulandıktan sonra, katılmayı kabul eden katılımcılara önce Bilgilendirilmiş Onam Formu verilmiş; ardından da anket seti uygulanmıştır. Anket seti olarak katılımcılar önce KBF ve RBANÖ'yü doldurmuş, takiben seçkisiz olarak kendilerine bir vaka vinyeti verilmiş, vinyeti okumalarının ardından da vinyetteki kişi ve durumu düşünerek SMÖ ve RHİÖ'yü doldurmaları istenmiştir. Uygulamadan sonra da teşekkür edilerek çalışmanın içeriğine dair detaylı bir bilgilendirme yapılmıştır.

2.1.4. İstatistiksel Analizler

Araştırma kapsamında kullanılan üç ölçek, vinyetler ve KBF'den elde edilen veriler, araştırmacı tarafından bilgisayar ortamına aktarıldıktan sonra, uygun istatistiksel işlemlerin yapılması için veri girişinin doğruluğu test edilerek ve uç değer analizi yapılarak hazır hale getirilmiştir. Çalışmada elde edilen verilerin analizi SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 23 programı kullanılarak yapılmıştır.

Sosyo-Bilişsel Damgalama Modeli'ni (Corrigan, 2000: 48-67; Corrigan ve Watson, 2002: 16-20) test etmek için istatistiksel analizleri yapmadan önce araştırmacı tarafından geliştirilen RBANÖ'nün psikometrik özellikleri incelenmiştir. RBANÖ'nün yapı geçerliğini değerlendirmek ve ölçek maddelerinin faktör yüklerini belirlemek amacıyla Temel Bileşenler Analizi (Extraction Method: Principal Component Analysis) ve Varimax dönüştürmesi (Varimax Rotation) ile Açımlayıcı Faktör Analizi (Exploratory Factor Analysis) yapılmıştır. Ayrıca RBANÖ alt boyutlarının ve araştırmada kullanılan diğer ölçeklerin ve alt boyutlarının güvenirlik derecelerini belirlemek için Cronbach Alpha iç tutarlık katsayıları hesaplanmıştır.

Ölçüt-bağıntılı geçerliği sınamak amacıyla, tekrarlı ölçümler için varyans analizi kullanılarak ölçeğin alt boyutlarının birbirinden farklılaşıp farklılaşmadığına bakılmıştır ve SMÖ toplamından düşük puan alan alt % 25'lik ve yüksek puan alan üst % 25'lik dilimdeki uç gruplara giren katılımcılar arasında RBANÖ alt boyutları açısından grup farkı analizi yapılmıştır. Ayrıca, RBANÖ alt boyutlarının cinsiyet,

eğitim durumu, gelir düzeyi, psikiyatrik tanı alma gibi demografik değişkenlere göre farklılaşıp farklılaşmadığı varyans analizi ile karşılaştırılmıştır.

RBANÖ'nün eş zaman geçerliğini değerlendirmek amacıyla, RBANÖ alt boyutları ile araştırmada kullanılan diğer ölçekler ve alt boyutları arasındaki korelasyona bakılmıştır. Bu amaçla korelasyon analizi yapılarak RBANÖ alt boyutları ile SMÖ toplam, RHİÖ toplam ve alt boyutları arasındaki korelasyonlar incelenmiştir.

Sosyo-Bilişsel Damgalama Modeli'nin bileşenlerini (Corrigan, 2000: 48-67; Corrigan ve Watson, 2002: 16-20) test etmek amacıyla, 6 vinyetten birini okuyan kişilerin oluşturduğu 6 farklı grubun SMÖ toplam, madde ve RHİÖ toplam puan ortalamaları arasındaki farkı belirlemede ANOVA, RHİÖ alt boyut puan ortalamalarını karşılaştırmak için tekrarlı ölçümler için varyans analizi ve post-hoc analizleri (LSD) yapılmıştır. Ayrıca, sosyal mesafe ve inançlar ile ilişkili olan değişkenleri incelemek amacıyla Pearson korelasyon analizi yapılmıştır.

2.2. BULGULAR

Bu bölümde, Ruhsal Bozukluklara Atfedilen Nedenler Ölçeği'nin (RBANÖ) psikometrik özellikleri ile ilişkili bulgulara yer verilecek, ardından çalışmada kullanılan ölçeklerin içsel tutarlık değerleri, vinyet gruplarının Sosyal Mesafe Ölçeği (SMÖ) ve Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği (RHİÖ) puanları açısından karşılaştırılması ve değişkenler arasındaki korelasyon analizi ile ilgili bulgular gösterilecektir.

2.2.1. RBANÖ'nün Psikometrik Özelliklerinin İncelenmesi

Bu tez kapsamında geliştirilen RBANÖ'nün yapı geçerliğini belirlemek ve faktör yapısını incelemek amacıyla Temel Bileşenler Analizi (Extraction Method: Principal Component Analysis) ve Varimaks Eksen Döndürme Yöntemi (Varimax Rotation) ile Açımlayıcı Faktör Analizi (Exploratory Factor Analysis) uygulanmıştır. Scree plot sonuçları ve faktör-madde dağılım özelliklerine göre ölçeğin özdeğeri 1'den büyük 4 faktörlü bir yapıya sahip olduğu belirlenmiş ve maddelerdeki ortak

temalardan yola çıkarak faktörlere isimlendirme yapılmıştır: aile ortamı, olumsuz kişilik özellikleri, olağan yaşam olayları ve biyolojik nedenler. Bu faktörler toplam varyansın % 55.22'sini açıklamıştır. Açımlayıcı faktör analizi sonucunda elde edilen maddelerin faktör yükleri, ölçeğin faktör yapısı, faktörlerin güvenirlik katsayısı, açıkladıkları varyans ve toplam varyans bulguları Tablo 2'de sunulmuştur.

Birinci faktör olan aile ortamı faktörünün toplam varyansın % 15.75'ini açıkladığı ve 12., 13., 14. ve 15. maddelerden oluştuğu görülmüştür. Bu maddeleri içeren alt ölçeğin iç tutarlık katsayısı .77 olarak tespit edilmiştir. Toplam varyansın % 15.60'ını açıklayan ikinci faktör olan olumsuz kişilik özellikleri faktörü 7., 8., 9. ve 10. maddelerden oluşmakta ve iç tutarlık katsayısı .77'dir. Üçüncü faktör olan olağan yaşam olayları faktörü varyansın % 13.24'ünü açıklamakta ve 5 maddeden oluşmaktadır (1, 5, 6, 11, 16); ancak 11. ve 16. maddeler faktöre negatif yüklenmektedir. Dördüncü faktör olan biyolojik nedenler faktörü 3 maddeden oluşmaktadır (2, 3, 4) ve toplam varyansın % 10.64'ünü açıklamaktadır. Maddelerin oluşturduğu alt ölçeğin iç tutarlık katsayısı .59 olarak belirlenmiştir. Sonuç olarak, RBANÖ'nün 4 faktörlü bir yapıya sahip olduğu görülürken 3. ve 4. faktörlerin içsel tutarlıklarının görece düşük oldukları dikkati çekmektedir. Bu duruma madde sayısının azlığı yol açmış olabilir. Yine de, tez kapsamında ön çalışması yapılan RBANÖ'nün bu sınırlılıkta diğer geçerlik özelliklerine bakılmasına karar verilmiştir.

Tablo 2: Ruhsal Bozukluklara Atfedilen Nedenler Ölçeği Faktör Analizi Sonuçları

Maddeler	**Faktör 1** Aile Ortamı	**Faktör 2** Kişilik Özellikleri	**Faktör 3** Olağan Yaşam Olayları	**Faktör 4** Biyolojik Nedenler
14. Baskıcı aile ortamından kaynaklanır.	**.82**	.15		
13. Dağılmış aile ortamından (ebeveyn kaybı, boşanma vb) dolayı oluşur.	**.76**	.23	.17	
15. Aşırı koruyucu anne-baba tutumundan dolayı ortaya çıkar.	**.72**			.25
12. Ebeveynlerin ilgisizliğinden kaynaklanır.	**.67**	.23		
8. İrade gücünün zayıf olmasından kaynaklanır.	.14	**.82**		
9. Ahlaka aykırı davranışlar ve yaşam biçimi sonucu meydana gelir.		**.76**		
7. Kişinin dayanıksızlığından dolayı oluşur.	.15	**.73**		.14
10. Cinsel yönden sapkın davranışlar sonucu ortaya çıkar.	.21	**.65**		.19
1. Herkesin başına gelebilecek olağan bir durumdur.			**.67**	.12
5. Stresli yaşam olaylarından (aile, sosyal çevre, eğitim, iş vb) sonra başlar.	.22	.12	**.64**	-.11
11. Kişilerin kaderidir.			**-.62**	.11
16. Kişinin günahlarından dolayı ilahi bir cezadır.		.21	**-.62**	
6. Travma sonrası ruhsal çöküntü sonucu gözlenir.	.34	.23	**.55**	
2. Genetik faktörlerden kaynaklanır.				**.81**
3. Beyin rahatsızlığı sebebiyle ortaya çıkar.		.21		**.72**

Tablo 2: Ruhsal Bozukluklara Atfedilen Nedenler Ölçeği Faktör Analizi Sonuçları (Devamı)

Maddeler	**Faktör 1** Aile Ortamı	**Faktör 2** Kişilik Özellikleri	**Faktör 3** Olağan Yaşam Olayları	**Faktör 4** Biyolojik Nedenler
4. Doğuştan gelir.	.17		-.36	**.60**
Güvenirlik Katsayısı (Cronbach Alfa)	.77	.77	.63	.59
Açıklanan Varyans	% 15.75	% 15.60	% 13.24	% 10.64
Toplam Açıklanan Varyans	% 15.75	% 31.34	% 44.58	% 55.22

Ölçüt-bağıntılı geçerliği değerlendirmek amacıyla, RBANÖ'nün alt boyutlarının öncelikle birbirlerinden farklılaşıp farklılaşmadığı incelenmiştir. Ardından Sosyo-Bilişsel Damgalama Modeli'nde (Corrigan, 2000: 48-67; Corrigan ve Watson, 2002: 16-20) ve literatürde ruhsal bozukluklara atfedilen nedenler ile ilişkili olduğu belirtilen değişkenler açısından değerlendirme yapılmış; sosyal mesafe düzeylerine göre ve katılımcıların eğitim düzeyine göre RBANÖ alt boyutlarında farklılık olup olmadığı analiz edilmiştir.

İlk olarak, ölçekte yer alan aile ortamı, olumsuz kişilik özellikleri, olağan yaşam olayları ve biyolojik nedenler alt boyutlarının birbirlerinden farklılaşıp farklılaşmadığı değerlendirilmiştir. Alt boyutları karşılaştırmak için tekrarlı ölçümler için ANOVA analizi kullanılmıştır. Analiz bulguları, alt boyutlardan alınan puan ortalamalarının birbirlerinden istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaştığını göstermiştir (Wilks' Lambda= .28, $F(3, 618)= 533.72$, $p< .001$). Alt boyutlar arasında anlamlı farklılıklar olduğu görülmüştür; olağan yaşam olayları alt boyutunun puan ortalaması diğer alt boyutlara göre daha yüksek bulunurken, sırasıyla aile ortamı, kişilik özellikleri ve biyolojik nedenlerden elde edilen puanların bu boyutu takip ettiği belirlenmiştir. Diğer bir deyişle, katılımcıların ruhsal bozuklukların olağan yaşam olayları ve aile ortamından kaynaklandığına daha fazla inandığı, nedensel atıflardan kişilik özellikleri ve biyolojik nedenleri daha düşük düzeyde rapor ettiği görülmüştür. Analiz sonuçları Tablo 3'te verilmiştir.

Tablo 3: RBANÖ'nde Tekrarlı Ölçümler İçin ANOVA Sonuçları

	Ort.	SS	F (df_1, df_2)
Aile ortamı	3.50	.74	31616.3 (1, 620)**
Kişilik özellikleri	2.77	.92	
Olağan yaşam olayları	4.25	.58	
Biyolojik nedenler	2.75	.81	
Wilks Lambda= .28, F(3, 618)= 533.72**			

** $p< .001$

Not. RBANÖ: Ruhsal Bozukluklara Atfedilen Nedenler Ölçeği

Ayrıca RBANÖ'nün ölçüt-bağıntılı geçerliğini sınamak amacıyla, SMÖ için belirlenen alt ve üst gruplar arasında RBANÖ alt boyutlarından elde edilen puanlar açısından farklılaşma olup olmadığı test edilmiştir. Katılımcılar, ruhsal bozukluklara sahip bireylere yönelik sosyal mesafe koyma isteğini değerlendiren SMÖ'den aldıkları puanlara göre düşük ve yüksek seviyede mesafe koyma isteği gösteren gruplara ayrılmıştır. Toplam puan ortalamaları 1 ve 7 arasında değişen SMÖ'ye göre, düşük puan alan alt % 25'lik (Ranj: 1-2.61, N= 155) ve yüksek puan alan üst % 25'lik (Ranj: 4.93-7, N= 153) dilimdeki uç gruplara giren katılımcılar düşük ve yüksek sosyal mesafe gruplarına dahil edilmiştir. Bu grupların RBANÖ alt boyutları açısından farklılaşıp farklılaşmadığını incelemek için tekrarlı ölçümler için ANOVA uygulanmıştır. Elde edilen analiz bulguları Tablo 4'te verilmiştir. Analiz sonucunda düşük ve yüksek sosyal mesafe koyma isteği gösteren grupların RBANÖ'nün alt boyutlarından (aile ortamı, olumsuz kişilik özellikleri, olağan yaşam olayları ve biyolojik nedenler) aldıkları puanların istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde birbirlerinden farklılaşmadığı görülmüştür (Wilks' Lambda= .98, $F(3, 304)= 1.66$, NS).

RBANÖ alt boyutlarından alınan puanların katılımcıların eğitim düzeyine göre değişip değişmediğini test etmek amacıyla tekrarlı ölçümler için ANOVA yapılmıştır. Analiz öncesinde temsil ediciliği ve örneklem sayılarının görece eşit sayıda olmalarını sağlamak üzere katılımcıların rapor ettikleri eğitim düzeyleri lise

ve altı eğitim düzeyi ve üniversite ve üzeri eğitim düzeyi olarak iki grupta sınıflandırılmıştır. Analiz sonuçları, lise ve altı eğitim düzeyine sahip bireylerin (N= 326) ve üniversite ve üstü eğitim düzeyine sahip bireylerin (N= 295) RBANÖ alt boyutlarından aldıkları puanların farklılaştığını göstermiştir (Wilks' Lambda= .96, $F(3, 617)= 7.74$, $p< .001$). Üniversite ve üstü eğitim düzeyine sahip bireylerin aile ortamı, olağan yaşam olayları ve biyolojik nedenler alt boyutlarından aldıkları puanların lise ve altı eğitim düzeyine sahip katılımcılardan daha yüksek olduğu görülmüştür. Üniversite ve üstü eğitim düzeyiyle kıyaslandığında, lise ve altı eğitim düzeyine sahip bireylerin ise kişilik özellikleri alt boyutundan daha yüksek puan aldıkları tespit edilmiştir. Analiz sonuçları Tablo 5'te gösterilmiştir.

Özet olarak, katılımcılar ruhsal bozukluğun ortaya çıkma nedeni olarak başlıca olağan yaşam olaylarını gösterirken, biyolojik nedenlere daha az inandıkları belirlenmiştir. Lise ve altı eğitim düzeyine sahip bireylerle kıyaslandığında, üniversite ve üzeri eğitim düzeyine sahip katılımcıların olağan yaşam olayları, aile ortamı ve biyolojik nedenlere daha fazla inandıkları, kişilik özelliklerine ise daha az atıfta bulundukları gösterilmiştir. Ancak sosyal mesafe yönünde bir farklılaşma gözlenmemiştir. Genel olarak bakıldığında bu bulguların, RBANÖ'nün ölçüt-bağıntılı geçerliğini destekler nitelikte olduğu kabul edilebilir.

Tablo 4: SMÖ Alt (%25) ve Üst (%25) Gruplarının RBANÖ Alt Boyutları Üzerindeki Grup Farklılıklarının Karşılaştırılması

RBANÖ	SMÖ ALT (N= 155) Ort. (SS)	SMÖ ÜST (N= 153) Ort. (SS)	F (df_1, df_2)
Aile ortamı	3.46 (.79)	3.53 (.79)	1.80 (1, 306), NS
Kişilik özellikleri	2.64 (1.02)	2.84 (.83)	
Olağan yaşam olayları	4.29 (.64)	4.21 (.57)	
Biyolojik nedenler	2.71 (.84)	2.81 (.84)	
Wilks Lambda= .98, F(3, 304)= 1.66, NS			

Not. RBANÖ: Ruhsal Bozukluklara Atfedilen Nedenler Ölçeği

Tablo 5: RBANÖ Alt Boyutlarında Eğitim Durumuna Göre Grup Farklılıklarının Karşılaştırılması

RBANÖ	Lise ve Altı (N= 326) Ort. (SS)	Üniversite ve Üstü (N= 295) Ort. (SS)	F (df_1, df_2)
Aile Ortamı	3.46 (.76)	3.53 (.71)	5.92 (1, 619)*
Kişilik Özellikleri	2.84 (.87)	2.69 (.96)	
Olağan Yaşam Olayları	4.14 (.65)	4.36 (.47)	
Biyolojik Nedenler	2.65 (.82)'	2.86 (.77)	
Wilks Lambda= .96, F(3, 617)= 7.74**			

* $p < .05$, ** $p < .001$

Not. RBANÖ: Ruhsal Bozukluklara Atfedilen Nedenler Ölçeği

RBANÖ'nün eş zaman geçerliğini test etmek amacıyla, RBANÖ alt boyutlarından (yani aile ortamı, olumsuz kişilik özellikleri, olağan yaşam olayları, biyolojik nedenler) alınan puanlar ile SMÖ toplam ve RHİÖ toplam ve alt boyutlarından (tehlikelilik, çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma, utanma alt boyutları) alınan puanlar arasındaki ilişki Pearson korelasyon analizi yapılarak incelenmiştir. Analiz bulguları Tablo 6'da sunulmuştur.

RBANÖ alt boyutları arasındaki ilişkiye bakıldığında, aile ortamı ile olumsuz kişilik özellikleri, olağan yaşam olayları ve biyolojik nedenler (r= .15 ile .38 arasında, $p<$ .001) arasında pozitif yönde korelasyon olduğu görülmektedir. Olumsuz kişilik özellikleri ile biyolojik nedenler arasında pozitif yönde anlamlı bir korelasyon bulunurken (r= .24, $p<$ .001), olumsuz kişilik özellikleri ve olağan yaşam olayları arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı belirlenmiştir. Ayrıca, biyolojik nedenler ve olağan yaşam olayları arasında negatif yönde anlamlı bir korelasyon olduğu tespit edilmiştir (r= -.11, $p<$ .001). Diğer bir deyişle, boyutlar arası görece düşük korelasyonların olması farklı türdeki nedensel atıfların ilişkili olabildiğine, ancak farklılaşabildiğine de işaret etmektedir.

RBANÖ alt boyutlarından aile ortamı ve olumsuz kişilik özellikleri ile SMÖ toplam, RHİÖ toplam, tehlikelilik, çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma, utanma alt boyutları arasındaki korelasyonlara bakıldığında, alt boyutların SMÖ ile ilişkili olmadığı, ancak RHİÖ toplam, tehlikelilik, çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma, utanma ile aralarında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunduğu belirlenmiştir (r= .11 ile .24 arasında, $p<$ .05).

Ruhsal hastalıklara yönelik farklı nedensel atıfların bu tür rahatsızlıklara yönelik negatif inançlarla olan korelasyonel ilişkisine bakıldığında bu boyutların tümünün sadece utanma alt boyutu ile anlamlı yönde ilişkide olduğu (r= -.20 ile .19, $p<$ .001) görülmektedir. Ayrıca olağan yaşam olayları boyutu ile olan korelasyonlar incelendiğinde, sadece utanma alt boyutu ile negatif yönde bir ilişki bulunmuştur (r= -.20, $p<$ .001). Diğer bir deyişle, ruhsal bozuklukların ortaya çıkmasını olağan bir durum olarak algılama arttıkça, ruhsal bozukluktan dolayı utanç duyma azalmaktadır. Aile ortamına dair atıflar ile negatif inançlar (r= .11 ile .20 arasında değişen, $p<$ .001), kişilik özelliklerine dair atıflar ile negatif inançlar (r= .19 ile .24 arasında değişen, $p<$ .001) arasında anlamlı ve pozitif ilişkiler olduğu görülmektedir. Son

olarak, biyolojik nedenler ve utanma alt boyutu arasında pozitif ve anlamlı bir korelasyonun olduğu görülmektedir (r= .15, p< .001). Yani, ruhsal bozuklukların kökenine yönelik biyolojik atıflar arttıkça, utanç duyma da artmaktadır, diğer bir deyişle ruhsal bozukluğun biyolojik sebeplerden kaynaklandığına olan inanç azaldıkça ruhsal bozukluktan duyulan utaç duygusu da azalmaktadır. Nihayetinde bu bulguların RBANÖ'nin eş zaman geçerliğini destekler nitelikte olduğu kabul edilebilir.

Tablo 6: RBANÖ Alt Boyutları ile SMÖ Toplam, RHİÖ Toplam ve Alt Boyutları Arasındaki Korelasyon Analizi Bulguları

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Aile ortamı									
2. Kişilik özellikleri	.38*								
3. Olağan yaşam olayları	.19*	-.02							
4. Biyolojik nedenler	.15*	.24*	-.11*						
5. SMÖ	.04	.07	-.04	.04					
6. RHİÖ	.18*	.24*	.04	.07	.35*				
7. Tehlikelilik	.20*	.21*	.08	.03	.32*	.86*			
8. Çaresizlik	.13*	.21*	.05	.06	.30*	.94*	.67*		
9. Utanma	.11*	.19*	-.20*	.15*	.24*	.46*	.25*	.38*	

* p< .001

Not. RBANÖ: Ruhsal Bozukluklara Atfedilen Nedenler Ölçeği, SMÖ: Sosyal Mesafe Ölçeği, RHİÖ: Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği

2.2.2. OKB'de Sosyal Damgalamaya Dair Analiz Sonuçları

Bu kısımda Sosyo-Bilişsel Damgalama Modeli'nin bir bileşeni olan sosyal damgalama kapsamında OKB alt türleri ve şizofrenik bozukluğun vinyetler sonrası doldurulan sosyal mesafe ve ruhsal rahatsızlıklara yönelik olumsuz inançlara dair öz-bildirim ölçeklerinde farklılaşıp farklılaşmadığıyla ilgili analiz bulguları verilecektir. Ancak önce kullanılan ölçüm araçlarının güvenirliği ve betimsel değerlendirmelerden söz edilecektir.

2.2.2.1. Araştırmada Kullanılan Ölçüm Araçlarının Güvenirliği

Mevcut çalışmada kullanılan ölçüm araçlarının toplam ve alt boyutlarının güvenilirliğini belirlemek amacıyla iç tutarlık katsayıları hesaplanmıştır. Güvenirlik katsayıları Tablo 7'de verilmiştir. Elde edilen verilere bakıldığında genel olarak güvenirlik değerlerinin genel olarak .70'in üzerinde olduğu görülmektedir. Tek istina, RHİÖ'nün utanma alt boyutudur. Ancak RHİÖ'nün Türkçe uyarlama çalışmasında rapor edilen güvenirlik değerleri incelendiğinde, utanma alt boyutunun güncel bulgulara benzer şekilde .70'in altında olduğu görülmüştür (Bilge ve Çam, 2008: 91-96). Buna utanma boyutundaki madde sayısının az olması yol açmış olabilir. Uyarlama çalışmasında da bu şekilde rapor edildiği ve kullanıldığı için bu tez çalışmasında da bu şekilde kullanılmasına karar verilmiştir.

Tablo 7: Çalışmada Kullanılan Ölçeklerin Güvenirlik Katsayıları

	İçsel Tutarlılık (Cronbach's Alpha)
SMÖ Toplam (14 madde)	.93
RHİÖ Toplam (21 madde)	.88
Tehlikelilik (8 madde)	.74
Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma (11 madde)	.84
Utanma (2 madde)	.62

Not. SMÖ: Sosyal Mesafe Ölçeği, RHİÖ: Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği

2.2.2.2. Çalışmada Yer Alan Değişkenlere İlişkin Betimsel Değerlendirme

Mevcut çalışmada, katılımcıların araştırmada kullanılan tüm ölçeklerden aldıkları puanlara yönelik betimsel özelliklerine bakılarak bir değerlendirme yapılmıştır. Bu amaçla, RBANÖ toplam ve alt boyutlarından, SMÖ toplam, RHİÖ toplam ve alt boyutlardan elde edilen ortalama puanlar, standart sapma, minimum-maksimum, çarpıklık ve basıklık değerleri hesaplanmıştır. Elde edilen veriler Tablo 8'de gösterilmiştir.

Bu değerlere bakıldığında RBANÖ'nün olağan yaşam olayları alt boyutu ile RHİÖ'nün utanma alt boyutunun çarpıklık-basıklık değerlerinin olağan ranjın dışında olduğuna, bunlar dışındaki değerlerin beklenen düzeyde olduklarına karar verilmiştir.

Tablo 8: Katılımcıların RBANÖ, SMÖ ve RHİÖ'den Aldıkları Puanlara İlişkin Betimsel İstatistikler Tablosu

	Ort.	SS	Min-Maks.	Çarpıklık	Basıklık
RBANÖ Toplam	3.41	.45	2-5	-.21	.09
Aile Ortamı	3.50	.74	1-5	-.60	.35
Olumsuz Kişilik Özellikleri	2.77	.92	1-5	-.03	-.50
Olağan Yaşam Olayları	4.25	.58	1-5	-1.49	3.53
Biyolojik Nedenler	2.75	.81	1-5	-.01	-.34
SMÖ Toplam	3.80	1.58	1-7	.10	-.85
RHİÖ Toplam	2.43	.78	0-5	.20	-.19
Tehlikelilik	2.92	.86	1-5	-.09	-.24
Çaresizlik	2.39	.92	0-5	.24	-.01
Utanma	.66	.98	0-5	1.71	2.68

Not. RBANÖ: Ruhsal Bozukluklara Atfedilen Nedenler Ölçeği, SMÖ: Sosyal Mesafe Ölçeği, RHİÖ: Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği

2.2.2.3. Sosyo-Demografik Değişkenler, Sosyal Mesafe ve İnançlar Arasındaki Korelasyonun İncelenmesi

Mevcut çalışmada, ruhsal bozukluklara yönelik sosyal mesafe, olumsuz inançlar ve literatürde bu değişkenler ile ilişkili olduğu görülen bazı sosyo-demografik değişkenler arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Bu bağlamda cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir düzeyi, yaşanan yer, yaşamın geçirildiği yer, anne-baba eğitim düzeyi, psikiyatrik tanı alıp almama, psikiyatrik ilaç kullanma durumu, psikoterapi alıp almama ve çevre tanısı ile SMÖ toplamı, RHİÖ toplamı, alt boyutları (tehlikelilik, çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma ve utanma) arasındaki korelasyonlar değerlendirilmiştir. Bu amaçla, Pearson korelasyon analizi uygulanmıştır. Analiz bulguları Tablo 9'da verilmiştir.

Analiz sonuçlarına göre, katılımcıların RHİÖ toplamı ile SMÖ toplamından aldıkları puanlar arasında pozitif yönde korelasyon olduğu görülmüştür ($r = .35$, $p < .001$). Yani, ruhsal rahatsızlıklara yönelik olumsuz inançlar arttıkça, sosyal mesafe koyma isteğinin de arttığı görülmektedir. Ayrıca RHİÖ alt boyutları ile SMÖ toplamı arasındaki ilişki incelendiğinde, sosyal mesafe ile tehlikelilik, çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma ve utanma arasında da pozitif yönde korelasyon olduğu saptanmıştır ($r = .24$ ile $.32$ arasında değişen, $p < .001$). Diğer bir deyişle, ruhsal bozukluklara yönelik tehlikelilik, çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma ve utanma algısı arttıkça, katılımcıların daha fazla sosyal mesafe koyma gereği duyduğu söylenebilir.

SMÖ toplamından elde edilen puanlar ve sosyo-demografik değişkenler arasındaki korelasyon analizi bulgularına bakıldığında, SMÖ toplam puanı ile yaş değişkeni arasında ($r = .09$, $p < .05$) düşük ama anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki olduğu görülmektedir. Başka deyişle, yaş arttıkça ruhsal bozukluklara yönelik sosyal mesafe koyma ihtiyacının da arttığı düşünülebilir. SMÖ toplam puanı ile eğitim durumu ($r = -.09$, $p < .05$). ve gelir düzeyi ($r = .08$, $p < .05$) arasında negatif yönde anlamlı bir korelasyon görülmektedir. Diğer bir ifadeyle, katılımcıların eğitim durumu ve gelir düzeyi arttıkça sosyal mesafe koyma gereksinimleri ve dolayısıyla damgalama eğilimleri de azalıyor görünmektedir. Öte yandan, sosyal mesafe ile cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu, yaşanan yer, yaşamın geçirildiği yer, anne-

baba eğitim durumu, psikiyatrik tanı alıp almama, psikiyatrik ilaç kullanıp kullanmama, psikoterapi alıp almama ve çevre tanısı arasında anlamlı korelasyonel bir ilişki olmadığı gözlenmektedir.

RHİÖ toplamından elde edilen puanlar ve sosyo-demografik değişkenler arasındaki korelasyon katsayıları genel olarak değerlendirildiğinde, utanma alt boyutu hariç diğer boyutlar ve toplam puan ile eğitim durumu (r= -.11 ile -.13 arasında, $p< .001$) ve gelir düzeyi arasında (r= -.15 ile -.19 arasında, $p< .001$) negatif yönde anlamlı korelasyon olduğu göze çarpmaktadır. Yani eğitim düzeyi ve gelir düzeyi arttıkça ruhsal rahatsızlıklara yönelik olumsuz inançlar azalmaktadır. Ayrıca çevresinde psikiyatrik tanısı olan bir kişi olması ile alt boyutlar arasında pozitif bir korelasyon olduğu görülmektedir (r= .12 ile .20 arasında, $p< .001$); çevresinde tanı olan bireylerde olumsuz inançlarda azalma olduğu düşünülebilir. Ancak diğer sosyo-demografik değişkenlerle tutarlı ve anlamlı bir korelasyon görülmemektedir.

Sonuç olarak, sosyal mesafe ve olumsuz inançlar ile yaş, eğitim düzeyi, gelir düzeyi ve yakın çevrede tanısı olan birisinin olması gibi değişkenlerle düşük ama anlamlı korelasyonlar olduğu görülmektedir. Yine de, bu değerlendirmeler genel olduğundan ve araştırma hipotezleri arasında sosyodemografik değişkenler olmadığından dolayı sonuçların dikkatli yorumlanmasında fayda olacaktır.

Tablo 9: Sosyo-Demografik Değişkenler, SMÖ Toplam, RHİÖ Toplam ve Alt Boyutları Arasındaki Korelasyon Analizi Bulguları

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
1.SMÖ Toplam																			
2.RHİÖ Toplam	.35**																		
3.Tehlikelilik	.32**	.86**																	
4.Çaresizlik	.30**	.94**	.67**																
5.Utanma	.24**	.46**	.25**	.38**															
6.Cinsiyet	-.04	-.05	.01	-.07	-.08*														
7.Yaş	.09*	.06	.03	.07	.06	-.01													
8.Medeni Durum	.08	.05	.00	.07	.03	.02	.57**												
9.Eğitim Durumu	-.09*	-.13**	-.11**	-.13**	-.05	.06	-.15**	-.08											
10.Çalışma	.05	.10*	.07	.12**	-.00	-.22**	.04	-.09*	-.24**										
11.Gelir Düzeyi	-.08*	-.18**	-.15**	-.19**	-.05	.20**	.15**	.17**	.40**	-.42**									
12.Yaşanan Yer	-.08	-.07	-.06	-.05	-.09*	-.02	-.27**	-.36**	-.02	.20**	-.10*								
13.Yaşam	-.03	-.10**	-.06	-.12**	-.03	.06	.02	.05	.13**	-.07	.15**	-.15**							
14.Anne Eğitim	.00	-.04	-.02	-.06	.08	-.00	-.22**	-.15**	.19**	.02	.07	.04	.15**						
15.Baba Eğitim	.02	-.05	-.02	-.08*	.06	.05	-.25**	-.21**	.30**	-.02	.16**	.03	.14**	.61**					
16.Psk. Tanı	.01	.10*	.08*	.10*	.04	.15**	-.09*	-.09*	-.02	-.09*	.01	-.00	-.03	.02	-.01				
17.Psk. İlaç	.06	.04	.03	.04	.03	.12**	-.19**	-.02	.03	-.05	-.01	.01	-.01	.05	.05	.43**			
18.Psikoterapi	.03	.00	.02	-.01	-.00	.06	-.03	-.00	.02	-.06	.03	-.05	.04	.04	.02	.29**	.44**		
19.Çevre Tanı	.08	.20**	.16**	.19**	.12**	.09*	-.02	-.04	-.03	.02	-.11**	-.02	-.05	.04	-.01	.24**	.12**	.12**	

* $p < .05$, ** $p < .001$

Not. SMÖ: Sosyal Mesafe Ölçeği, RHİÖ: Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği, Psk.: Psikiyatri

2.2.2.4. Vinyetler Arası Sosyal Mesafe Karşılaştırma Bulguları

Sosyo-Bilişsel Damgalama Modeli'nin (Corrigan, 2000: 48-67; Corrigan ve Watson, 2002: 16-20) ayrımcılık boyutunda yer alan sosyal mesafe değişkeninin vinyetler arasında farklılaşıp farklılaşmadığını incelemek amacıyla, OKB alt türleri (cinsellik, bulaşma, din, şiddet, kontrol) ve şizofrenik bozukluğa yönelik hazırlanan vinyetlerden birini okuyan katılımcıların oluşturduğu 6 farklı grubun vinyetlerde anlatılan kişiye yönelik sosyal mesafe koyma isteği değerlendirilmiştir. Bu amaçla öncelikle, vinyet gruplarının önce SMÖ'den aldıkları toplam puan ortalamalarında ANOVA ve ardından post-hoc analizi (LSD) yapılmıştır. Daha sonra, vinyet gruplarının SMÖ'nün farklı sosyal etkileşimleri sorgulayan 14 maddesinden aldıkları puan ortalamaları ANOVA ve takiben post-hoc analizi (LSD) ile karşılaştırılmıştır. Tip I hatayı önlemek amacıyla Bonferroni düzeltmesi yapılarak alpha değeri .008 (.05/6) olarak belirlenmiş ve post-hoc analizleri yeni bu değere göre yorumlanmıştır. Grup farklarına yönelik analiz sonuçları Tablo 10'da verilmiştir. Ayrıca vinyetler arasındaki farklılaşmaların görsel olarak anlaşılırlığını kolaylaştırmak adına Tablo 11'da bulgular farklı bir biçimde gösterilmiştir.

Analiz sonuçları, 6 tür vinyetin ardından doldurulan toplam SMÖ puanlarında anlamlı farklılıklar olduğunu göstermiştir ($F(5, 620)= 25.39$, $p< .008$). Vinyet türlerine bakıldığında ise şizofrenik bozukluk (Ort.= 4.68), şiddet (Ort.= 4.37) ve cinsellik (Ort.= 4.19) vinyetlerine yönelik SMÖ puanlarının birbirlerinden farklılaşmadığı gözlemlenirken, bu üç vinyete yönelik SMÖ puanlarının din (Ort.= 3.55), bulaşma (Ort.= 3.12) ve kontrol (Ort.= 2.92) vinyetlerinden anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu görülmüştür. Başka bir deyişle, şizofreni, şiddet ve cinsellik vinyetlerini okuyan grupların daha fazla sosyal mesafe koyma isteğine sahip olduğu söylenebilir. Din, bulaşma ve kontrol vinyetleri SMÖ puanları açısından karşılaştırıldığında, bulaşma vinyetinin din ve kontrol vinyetlerinden farklılaşmadığı, din vinyetine yönelik SMÖ puanlarının kontrol vinyetinden daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Vinyetlerde SMÖ toplam puan ortalamaları açısından grup farklılıkları çizgi grafiği şeklinde Şekil 2'de gösterilmiştir.

Bu kısımda artık SMÖ'deki farklı sosyal etkileşim türlerini sorgulayan 14

maddedeki vinyet farklılıklarından söz edilecektir. Ancak anlaşılırlığı sağlamak ve karışıklık yaratmamak adına ve tabloda harflendirme ile grup farklılıkları vurgulandığından özellikle SMÖ toplam puanında görülen şizofrenik bozukluk, cinsellik ve şiddet temalı OKB vinyetleri benzerliğine odaklı açıklamalar yapılacaktır. Öncelikle SMÖ'de yer alan belediye otobüsünde yan yana oturma maddesinden (1. madde) alınan puan ortalamaları kıyaslandığında, vinyet farklılıklarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($F(5, 620)= 17.95$, $p< .008$). Toplam puana benzer şekilde şizofreni, şiddet ve cinsellik vinyetleri arasında SMÖ madde puanları açısından anlamlı bir farklılık yokken, bulaşma, din ve kontrol vinyetlerini okuyan gruplardan daha yüksek puanlara sahip oldukları gözlemlenmiştir. Ayrıca SMÖ'nün şehirlerarası otobüste yolcu olarak bir arada olmak (2. madde), bakkal dükkanından alışveriş yapmak (3. madde), oturulan apartmanda kapıcı olarak çalışmak (4. madde), ev kiralama (5. madde), aile toplantısına katılmak (6. madde), oyun (okey, tombala vb) oynamak (7. madde), günlük sıkıntılarını anlatıp dertleşmek (9. madde), komşuluk ilişkisi (10. madde), aynı işyerinde aynı odayı paylaşmak (12. madde), aynı işyerinde ama farklı odalarda çalışmak (13. madde), kardeşle evlenme (14. madde) maddelerinden alınan puan ortalamaları karşılaştırıldığında vinyet farklılıklarının anlamlı olduğu bulunurken, şizofreni, şiddet ve cinsellik vinyetleri arasında SMÖ madde puanları açısından anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir.

Aile toplantısında memleket meseleleri hakkında dertleşme maddesinden (8. madde) alınan puan ortalamaları cinsellik, şiddet, din, bulaşma, kontrol ve şizofreni vinyetlerini okuyan gruplar arasında anlamlı şekilde değişim gösterirken ($F(5, 620)= 13.14$, $p< .008$), şizofreni vinyetinin SMÖ puan ortalamasının şiddet ve din vinyetinden farklılaşmadığı, ancak cinsellik, kontrol ve bulaşma vinyetlerinden daha yüksek olduğu görülmüştür. Saç yaptırma ya da kestirme (11. madde) maddesinde ise, benzer şekilde cinsellik, şiddet, din, bulaşma, kontrol ve şizofreni vinyetlerinin SMÖ puan ortalamalarının anlamlı olarak farklılaştığı ($F(5, 620)= 12.19$, $p< .008$) belirlenmiştir. Diğer maddelerden farklı olarak ise, şiddet ve şizofreni vinyet gruplarının puan ortalamalarının birbirlerinden farklılaşmadığı, ancak cinsellik, din, kontrol ve bulaşma vinyet gruplarından daha yüksek olduğu görülmüştür. Başka bir deyişle, OKB alt türlerinden şiddet belirtileri ve şizofrenik bozukluk belirtileri

gösteren kişilerin kuaför olması durumunda katılımcılar daha fazla sosyal mesafe koyma isteği belirtmiştir. Ayrıca, diğer maddelerle kıyaslandığında 11. maddenin yüksek puan ortalamalarına sahip olduğu görülmektedir. Toplam puandan elde edilen sonuçlardan farklı olarak, dertleşme ve saç yaptırma sosyal durumlarında şizofreni ve şiddet vinyetlerine yönelik sosyal mesafenin cinsellik vinyetinden daha yüksek olduğu ifade edilebilir.

Bununla birlikte, 1. ve 2. maddelerin her ikisi de yolculukla ilişkili olmasına rağmen, 2. maddeden alınan puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu farklılık, maddede belirtilen yolculuk süresinin uzun olması ve katılımcıların bu durumdan daha rahatsız hissetmesiyle açıklanabilir. Kapıcı olarak çalışmak (4. madde) maddesi ile kıyaslandığında, ev kiralama (5. madde) maddesinin daha yüksek ortalamalara sahip olduğu ortaya çıkmıştır. Vinyetlerde anlatılan kişilerin kiracı olması durumu, kapıcı olarak çalışmasından daha fazla sosyal mesafe koymak isteği ile sonuçlanmıştır. SMÖ'nün 8. ve 9. maddelerinin ortak özelliği vinyetlerde betimlenen kişilerle sohbet etme ve dertleşmeyi kapsamasıdır, ancak 9. madde daha kişisel bilgileri paylaşmayı içermektedir. Bu bağlamda, maddelerden elde edilen ortalamalara bakıldığında, 9. maddenin daha yüksek ortalamalara sahip olduğu görülmektedir. Yani, kişisel bilgi paylaşımı içeren durumda vinyetlere yönelik sosyal mesafe koyma isteğinin daha fazla olduğu söylenebilir. SMÖ'nün 12. ve 13. maddelerinin her ikisi aynı işyerinde çalışma durumunu kapsamaktadır. Ancak, 12. madde yani aynı odayı paylaşma ve 13. madde farklı odalarda çalışma durumunu içermektedir. Vinyetleri okuyan grupların 12. ve 13. maddeden aldıkları puan ortalamaları kıyaslandığında, aynı odayı paylaşma maddesinin daha yüksek ortalamalara sahip olduğu, diğer bir deyişle katılımcıların daha fazla sosyal mesafe koyma gereği duyduğu görülmektedir. Ayrıca vinyetlere yönelik SMÖ puan ortalamaları incelendiğinde, diğer maddelere kıyasla kardeşle evlilik maddesinden (14. madde) daha yüksek puanlar alındığı ve katılımcıların çok daha fazla sosyal mesafe koyma gereksinimi duyduğu görülmektedir.

Sonuç olarak, Sosyo-Bilişsel Damgalama Modeli'nde (Corrigan, 2000: 48-67; Corrigan ve Watson, 2002: 16-20) yer alan sosyal mesafe değişkeninin OKB alt türlerine (cinsellik, bulaşma, din, şiddet, kontrol) ve şizofrenik bozukluğa yönelik hazırlanan vinyetler arasında farklılaşıp farklılaşmadığını incelemek amacıyla, 6

vinyet grubunun SMÖ toplamından ve maddelerinden aldıkları puanlar karşılaştırılmıştır. Varyans analizi bulguları, şizofreni, şiddet ve cinsellik vinyetlerine yönelik sosyal mesafe puanlarının birbirlerinden farklılaşmadığını ve katılımcıların diğer vinyetlere göre şizofreni, şiddet ve cinsellik vinyetlerine daha fazla sosyal mesafe koyma isteğine sahip olduğunu göstermiştir. Ayrıca bulaşma vinyetinin din ve kontrol vinyetlerinden farklılaşmadığı ve din vinyetine yönelik sosyal mesafenin kontrol vinyetinden daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Maddelerden elde edilen puanlar karşılaştırıldığında, genel olarak tüm maddelerde şizofreni, cinsellik, bulaşma, din, şiddet, kontrol vinyetlerinin birbirlerinden farklılaştığı görülmektedir. Ancak şizofreni, cinsellik ve şiddet vinyet gruplarının maddelerden aldıkları puanların daha yüksek olduğu ve kendi içlerinde benzer oldukları söylenebilir. Ayrıca görsel olarak değerlendirildiğinde yakınlık içeren durumları kapsayan evlilik, aynı iş yerinde aynı odada çalışma, saçını kestirme, ev kiralama, dertleşme, uzun yolculuk yapma madde ortalamalarının diğer maddelere kıyasla daha yüksek değerlere sahip olduğu izlenimi edinilmektedir; ancak buna yönelik istatistiksel bir analiz yapılmadığından bunu net olarak söylemek zordur.

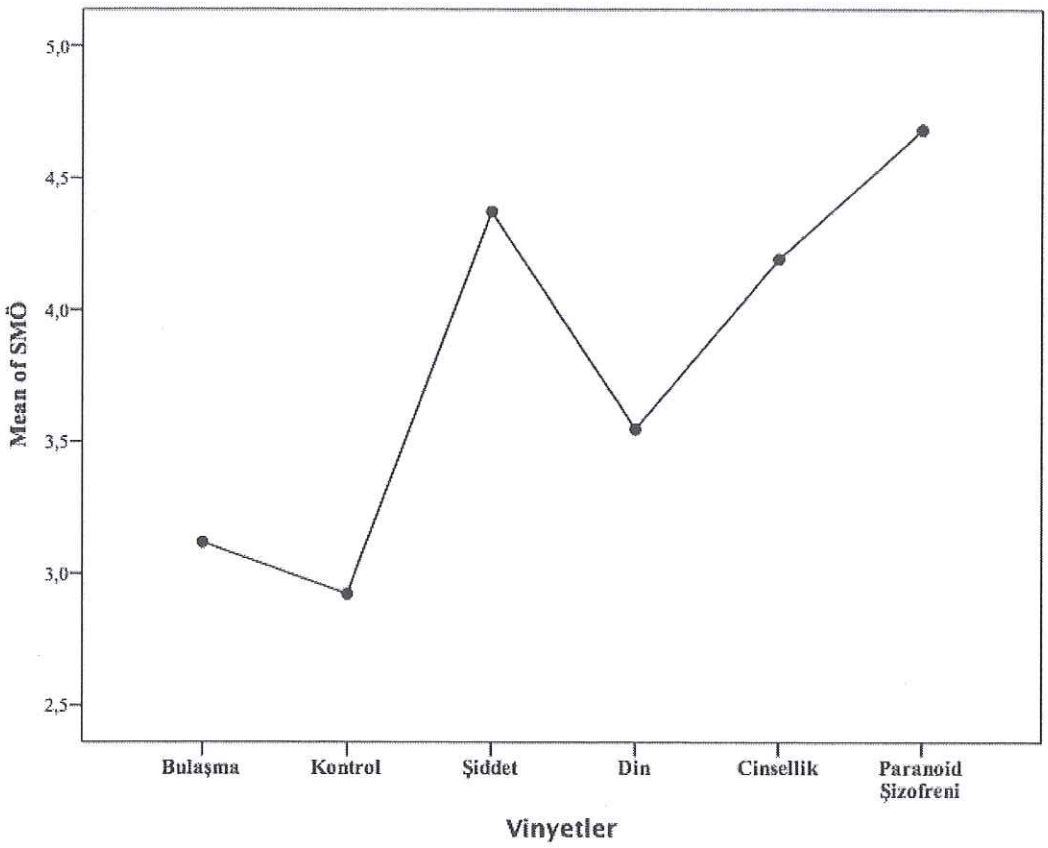
Tablo 10: Vinyetlerde SMÖ Puanları Açısından Grup Farklılıklarının Karşılaştırılması

	Vinyet 1 Bulaşma Ort. (SS)	Vinyet 2 Kontrol Ort. (SS)	Vinyet 3 Şiddet Ort. (SS)	Vinyet 4 Din Ort. (SS)	Vinyet 5 Cinsellik Ort. (SS)	Vinyet 6 Şizofreni Ort. (SS)	F (df_1, df_2)
SMÖ Ort.	3.12_{ac} (1.24)	2.92_{a} (1.23)	4.37_{b} (1.54)	3.55_{c} (1.58)	4.19_{b} (1.54)	4.68_{b} (1.50)	25.39^{**} (5, 620)
SMÖ 1	2.98_{a} (2.14)	1.96_{b} (1.52)	3.83_{c} (2.36)	2.58_{ab} (1.82)	3.65_{ac} (2.07)	4.19_{c} (2.14)	17.95^{**} (5, 620)
SMÖ 2	4.00_{b} (2.15)	3.10_{cd} (2.02)	4.59_{ab} (2.21)	3.58_{c} (2.16)	4.27_{abc} (2.21)	4.91_{a} (2.09)	9.97^{**} (5, 620)
SMÖ 3	2.16_{ac} (1.74)	1.90_{a} (1.55)	3.51_{b} (2.33)	2.70_{c} (1.98)	3.51_{b} (2.21)	3.66_{b} (2.00)	15.34^{**} (5, 620)
SMÖ 4	2.69_{a} (2.13)	2.72_{a} (1.96)	4.65_{b} (2.27)	3.18_{a} (2.10)	4.31_{b} (2.21)	4.77_{b} (2.16)	21.08^{**} (5, 620)
SMÖ 5	2.89_{a} (2.06)	3.28_{ac} (2.18)	4.71_{b} (1.86)	3.78_{c} (2.26)	4.50_{bc} (2.20)	5.15_{b} (1.97)	18.22^{**} (5, 620)
SMÖ 6	2.75_{ac} (1.96)	2.15_{c} (1.41)	3.80_{ab} (2.13)	3.21_{a} (1.98)	4.02_{b} (2.10)	4.15_{b} (1.94)	17.25^{**} (5, 620)
SMÖ 7	3.92_{ab} (2.24)	3.23_{b} (2.02)	4.11_{a} (2.22)	4.10_{a} (2.29)	3.92_{ab} (1.95)	4.44_{a} (2.11)	3.63^{**} (5, 620)
SMÖ 8	2.54_{a} (2.01)	2.88_{a} (1.94)	4.07_{bc} (2.21)	3.85_{bc} (2.27)	3.73_{b} (1.86)	4.51_{c} (2.22)	13.14^{**} (5, 620)
SMÖ 9	3.05_{a} (2.10)	3.41_{ac} (2.10)	4.10_{c} (2.03)	4.42_{bc} (2.05)	4.50_{bc} (2.08)	4.85_{bc} (2.04)	11.66^{**} (5, 620)
SMÖ 10	2.56_{a} (1.74)	2.61_{a} (1.95)	4.35_{b} (2.03)	3.07_{a} (2.06)	4.63_{b} (2.18)	4.78_{b} (2.05)	27.46^{**} (5, 620)
SMÖ 11	3.51_{a} (2.19)	3.76_{a} (2.12)	5.25_{b} (2.04)	3.88_{a} (2.20)	4.09_{a} (2.19)	5.13_{b} (2.12)	12.19^{**} (5, 620)
SMÖ 12	4.13_{a} (2.15)	3.83_{a} (2.25)	4.48_{abd} (2.27)	3.64_{ac} (2.04)	4.29_{abcd} (1.99)	4.96_{d} (1.97)	5.15^{**} (5, 620)
SMÖ 13	2.14_{acd} (1.58)	1.95_{c} (1.60)	3.79_{b} (2.23)	2.83_{d} (1.94)	3.42_{bd} (2.13)	3.94_{b} (2.12)	19.38^{**} (5, 620)
SMÖ 14	4.31_{ac} (2.12)	4.13_{c} (2.19)	5.96_{b} (1.70)	4.87_{a} (2.06)	5.84_{b} (1.86)	6.12_{b} (1.63)	21.25^{**} (5, 620)

** $p < .008$

Not. SMÖ: Sosyal Mesafe Ölçeği

Şekil 2: SMÖ Toplam Puan Ortalamalarına Yönelik Çizgi Grafiği



Tablo 11. Vinyetlerde SMÖ Puanları Bakımından Grup Farklılıklarının Gösterimi

SMÖ	Vinyet Türleri ve Puan Ortalamaları
SMÖ Toplam	Şizofreni = Şiddet = Cinsellik > Din = Bulaşma = Kontrol (4.68) (4.37) (4.19) (3.55) (3.12) (2.92)
SMÖ 1	Şizofreni = Şiddet = Cinsellik > Bulaşma = Din = Kontrol (4.19) (3.83) (3.65) (2.98) (2.58) (1.96)
SMÖ 2	Şizofreni = Şiddet = Cinsellik > Bulaşma = Din = Kontrol (4.91) (4.59) (4.27) (4.00) (3.58) (3.10)
SMÖ 3	Şizofreni = Şiddet = Cinsellik > Din = Bulaşma = Kontrol (3.66) (3.51) (3.51) (2.70) (2.16) (1.90)
SMÖ 4	Şizofreni = Şiddet = Cinsellik > Din = Kontrol = Bulaşma (4.77) (4.65) (4.31) (3.18) (2.72) (2.69)
SMÖ 5	Şizofreni = Şiddet = Cinsellik > Din = Kontrol = Bulaşma (5.15) (4.71) (4.50) (3.78) (3.28) (2.89)
SMÖ 6	Şizofreni = Cinsellik = Şiddet > Din = Bulaşma = Kontrol (4.15) (4.02) (3.80) (3.21) (2.75) (2.15)
SMÖ 7	Şizofreni = Şiddet = Din = Cinsellik = Bulaşma = Kontrol (4.44) (4.11) (4.10) (3.92) (3.92) (3.23)
SMÖ 8	Şizofreni = Şiddet = Din = Cinsellik > Kontrol = Bulaşma (4.51) (4.07) (3.85) (3.73) (2.88) (2.54)
SMÖ 9	Şizofreni = Cinsellik = Din = Şiddet > Kontrol = Bulaşma (4.85) (4.50) (4.42) (4.10) (3.41) (3.05)

Tablo 11. Vinyetlerde SMÖ Puanları Bakımından Grup Farklılıklarının Gösterimi (Devamı)

SMÖ	Vinyet Türleri ve Puan Ortalamaları
SMÖ 10	Şizofreni = Cinsellik = Şiddet > Din = Kontrol = Bulaşma (4.78) (4.63) (4.35) (3.07) (2.61) (2.56)
SMÖ 11	Şiddet = Şizofreni > Cinsellik = Din = Kontrol = Bulaşma (5.25) (5.13) (4.09) (3.88) (3.76) (3.51)
SMÖ 12	Şizofreni = Şiddet = Cinsellik = Bulaşma = Kontrol = Din (4.96) (4.48) (4.29) (4.13) (3.83) (3.64)
SMÖ 13	Şizofreni = Şiddet = Cinsellik > Din = Bulaşma = Kontrol (3.94) (3.79) (3.42) (2.83) (2.14) (1.95)
SMÖ 14	Şizofreni = Şiddet = Cinsellik > Din = Bulaşma = Kontrol (6.12) (5.96) (5.84) (4.87) (4.31) (4.13)

Not. SMÖ: Sosyal Mesafe Ölçeği

2.2.2.5. Vinyetler Arası Ruhsal Rahatsızlıklara Yönelik Olumsuz İnançlar Karşılaştırması

Sosyo-Bilişsel Damgalama Modeli'nde (Corrigan, 2000: 48-67; Corrigan ve Watson, 2002: 16-20) yer alan inançlar bileşeninin vinyetler arasında farklılaşıp farklılaşmadığını incelemek amacıyla, OKB alt türlerine (cinsellik, bulaşma, din, şiddet, kontrol) ve şizofrenik bozukluğa yönelik hazırlanan vinyetleri okuyan katılımcıların oluşturduğu 6 farklı grubun vinyetlerde anlatılan kişiye yönelik olumsuz inançları değerlendirilmiştir. Bu amaçla, vinyet gruplarının RHİÖ'den aldıkları toplam puan ortalamalarında ANOVA ve post-hoc analizi (LSD) yapılmıştır. Sonrasında tehlikelilik, çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma ve utanma alt boyutlardan elde edilen puan ortalamalarında grup farklılıkları önce tekrarlı ölçümler için ANOVA ve takiben post-hoc analizleri (LSD) ile incelenmiştir. Post-hoc analizleri değerlendirilirken, Bonferroni düzeltmesi yapılarak alpha değeri .008 (.05/6) olarak belirlenmiştir. Analiz sonuçları Tablo 12'da sunulmuştur.

Analiz sonuçları, cinsellik, bulaşma, din, şiddet, kontrol ve şizofreni vinyet gruplarının RHİÖ toplam puan ortalamaları açısından anlamlı bir şekilde farklılaştığını göstermiştir ($F(5, 620)= 2.55$, $p< .008$). Ardından yapılan post hoc analizinde şizofreni vinyet grubunun RHİÖ toplam puan ortalamalarının cinsellik, şiddet, din vinyetlerinden farklılaşmadığı; ancak kontrol ve bulaşma vinyetlerinden anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Cinsellik, şiddet, din, kontrol ve bulaşma vinyet gruplarının RHİÖ toplam puan ortalamaları arasında farklılaşma gözlenmemiştir. Vinyet grupları arasındaki farklılaşmalar çizgi grafiği ile Şekil 3'te sunulmuştur.

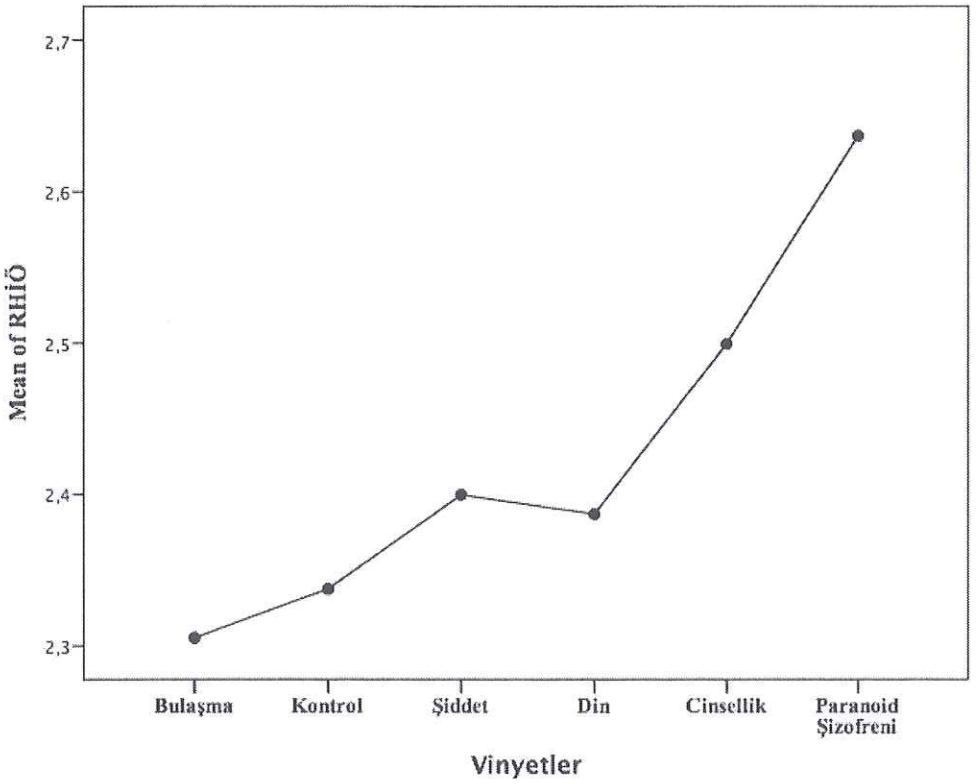
Farklı vinyet gruplarının RHİÖ'nün tehlikelilik, çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma ve utanma alt boyutlarından aldıkları puanların ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir (Wilks' Lambda= .98, $F(10, 1228)= 1.33$, NS). Özetle, şizofrenik bozukluk, cinsellik, şiddet, din, bulaşma ve kontrol vinyetlerine yönelik olumsuz inançları değerlendiren RHİÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde, şizofreni vinyetine yönelik genel olumsuz inançların bulaşma ve kontrol vinyetlerinden daha yüksek olduğu görülmektedir.

Tablo 12: Vinyetlerde RHİÖ Toplam ve Alt Boyutları Açısından Grup Farklılıklarının Karşılaştırılması

	RHİÖ Toplam Ort. (SS)	Tehlikelilik Ort. (SS)	Çaresizlik Ort. (SS)	Utanma Ort. (SS)
Vinyet 1 (Bulaşma)	2.31_{a} (.76)	2.85 (.83)	2.23 (.89)	0.58 (1.03)
Vinyet 2 (Kontrol)	2.34_{a} (.79)	2.77 (.96)	2.34 (.90)	0.59 (.84)
Vinyet 3 (Şiddet)	2.40_{ac} (.78)	2.92 (.82)	2.34 (.93)	0.67 (1.12)
Vinyet 4 (Din)	2.39_{ac} (.74)	2.86 (.83)	2.33 (.82)	0.80 (1.03)
Vinyet 5 (Cinsellik)	2.50_{ac} (.70)	2.97 (.77)	2.49 (.91)	0.63 (.91)
Vinyet 6 (Şizofreni)	2.64_{c} (.87)	3.15 (.91)	2.61 (1.02)	0.70 (.96)

Not. RHİÖ: Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği

Şekil 3: RHİÖ Toplam Puan Ortalamalarına Yönelik Çizgi Grafiği



SONUÇ

Bu çalışmada, toplumun Şizofrenik Bozukluğa kıyasla OKB'nin farklı alt türlerine (şiddet, din, cinsellik, bulaşma ve kontrol) yönelik olumsuz tutum ve davranışlarının Sosyo-Bilişsel Damgalama Modeli (Corrigan, 2000: 48-67; Corrigan ve Watson, 2002: 16-20) doğrultusunda değerlendirilmesi hedeflenmiştir. Bu amaçla, modelin ve literatürün önerdiği şekilde vinyetler arasında olumsuz inançlar, sosyal mesafe koyma bağlamında farklılıklar olup olmadığı incelenmiştir. Ayrıca olumsuz tutum ve davranışlarla ilişkili olduğu belirtilen nedensel atıflar değişkenini araştırabilmek amacıyla, tez kapsamında RBANÖ adlı ölçüm aracı geliştirilmiş ve psikometrik özellikleri incelenmiştir. Bu bölümde de, yapılan çalışmanın sonuçları değerlendirilecek ve elde edilen bulgular literatür ve Sosyo-Bilişsel Damgalama Modeli (Corrigan, 2000: 48-67; Corrigan ve Watson, 2002: 16-20) çerçevesinde tartışılacaktır.

Örneklem Özellikleri: Çalışmaya uygun örneklem yoluyla ulaşılan ve İzmir'in farklı semtlerinde yaşayan yetişkin katılımcılardan oluşan 621 kişilik bir örneklem grubu katılmıştır. Örneklemin yaş ortalaması 35.67 (SS= 12.61) olarak belirlenmiştir. Katılımcıların % 50.6'sının kadın ve % 49.4'ünün erkek olduğu, % 57.6'sının yaşamının büyük bölümünü büyük şehirde geçirdiği, % 50.9'unun bekar, % 52.5'inin lise ve altı eğitim düzeyine sahip olduğu, % 61.2'sinin çalıştığı, % 35.1'inin 1001 ve 2000 TL arası gelir düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların çoğu psikiyatrik tanısı olmayan ve psikiyatrik ilaç kullanmayan bireylerden oluşmaktadır. Ayrıca, katılımcıların % 72.8'i yakın çevresinde tanı alan bireylerin olmadığını, % 27.2'si ise arkadaş/aile dostlarında, çekirdek ailesinde veya geniş ailesinde tanı alan bireylerin olduğunu bildirmiştir.

Çalışmada, katılımcıların OKB alt türlerine ve şizofrenik bozukluğa yönelik sosyal mesafe koyma isteğini değerlendiren SMÖ'den aldıkları toplam puan ortalaması 3.80 (SS= 1.58) olarak bulunmuştur. Bu ortalama ruhsal bozukluklara yönelik orta derecede sosyal kabulün olduğu anlamında değerlendirilebilir. Yetişkin bireylerin paranoid şizofreni ve depresyona yönelik sosyal mesafe koyma ihtiyacını değerlendiren bir çalışmada, SMÖ'den alınan puan da yaklaşık bu düzeydedir (Arkar, 1991: 6-9). Yine de, ülkemizde yapılan diğer bazı çalışmalarda SMÖ ile

farklı ortalamalar da elde edilmiştir (örn., Oban ve Küçük, 2011: 31-39; Oban ve Küçük, 2012: 35-41). Elbette bu kıyaslama genel olarak yapılmaktadır; daha önemlisi bu çalışmada uygun örneklem yöntemiyle veri toplandığı ve farklı vinyetler düşünülerek sosyal mesafe sorgulandığı için tüm örneklem ortalaması çok kritik sayılmayabilir. Benzer şekilde, çalışmada, katılımcıların OKB alt türlerine ve şizofrenik bozukluğa yönelik olumsuz inançlarını değerlendiren RHİÖ'den aldıkları toplam puan ortalaması ile tehlikelilik, çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma ve utanma alt boyutları ortalamaları (2.43; 2.92 ile .66 arasında değişen) Türkiye'de yapılan diğer bazı çalışmalarla benzerlik göstermektedir (Oban ve Küçük, 2011: 31-39); ancak SMÖ için söylenen uyarılar bu ölçüm aracı için de geçerlidir.

Literatürde, cinsiyet, medeni durum, yaşanan yer, anne-baba eğitim durumu, psikiyatrik tanı alıp almama, psikiyatrik ilaç kullanıp kullanmama, psikoterapi alıp almama ve çevrede tanı alan bireylerin olması gibi sosyo-demografik değişkenlerin sosyal mesafe üzerinde etkili olabileceği açıklanmaktadır. Bu bağlamda, mevcut çalışmada sosyo-demografik değişkenler, sosyal mesafe ve olumsuz inançlar arasındaki ilişkiler korelasyon analizi ile incelenmiştir. Yapılan analiz bulguları, katılımcıların yaşı arttıkça sosyal mesafe koyma isteklerinin de arttığını göstermiştir. Literatürde, yaşın sosyal mesafe koyma ile pozitif yönde ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar yer almaktadır (Angermeyer ve Dietrich, 2006: 163-179; Angermeyer ve Matschinger, 2004: 177-182). Bu çalışmadaki katılımcılar arasında daha düşük eğitim düzeyine sahip bireylerin daha fazla sosyal mesafe koyma eğiliminde olduğu gözlenmiştir. İlgili literatürde bu bulguyu destekleyen çalışmalar da mevcuttur (Angermeyer ve Dietrich, 2006: 163-179; Pescosolido ve diğerleri, 1999: 1339-1345; Sağduyu ve diğerleri, 2001: 99-110). Ayrıca araştırmalarda yaşça daha büyük ve daha az eğitimli bireylerin ruhsal bozukluklara yönelik olumsuz yaklaşımlarının daha fazla olduğu gösterilmektedir (Özmen ve diğerleri, 2003b: 89-100). Sosyal mesafe ile ilişkili olduğu tespit edilen bir diğer değişken katılımcıların sahip olduğu gelir düzeyidir. Gelir düzeyi yüksek olan katılımcıların ruhsal bozukluklara yönelik daha az sosyal mesafe koyma gereği duyduğu belirlenmiştir. Düşük sosyal sınıftan olma veya düşük sosyo-ekonomik düzeye sahip olma ruhsal bozuklukların tanınmasını zorlaştırabilmekte ve sosyal mesafeyi olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Taşkın ve Özmen, 2004: 13-24).

RBANÖ'nün Psikometrik Özellikleri: Bu çalışmada, toplumun genel olarak ruhsal bozukluklara atfettikleri nedenleri birarada değerlendirmek amacıyla Likert tipi 16 maddelik RBANÖ geliştirilmiştir. Ölçeğin psikometrik özelliklerini değerlendirmek için çeşitli geçerlik ve güvenirlik analizleri yapılmıştır. RBANÖ'nün yapı geçerliğini sınamak amacıyla Açımlayıcı Faktör Analizi uygulanmıştır ve analiz sonucunda ölçeğin 4 faktörlü bir yapıya sahip olduğu belirlenmiştir: aile ortamı (ebeveyn ilgisizliği, dağılmış aile, baskıcı aile, aşırı koruyucu ebeveyn tutumu), olumsuz kişilik özellikleri (dayanıksızlık, irade gücünün zayıf olması, ahlaka aykırı yaşam ve davranış biçimi, cinsel sapkınlık), olağan yaşam olayları (olağan bir durum, stresli yaşam olayları, travma sonrası ruhsal çöküntü, kader veya ilahi bir ceza olmaması) ve biyolojik nedenler (genetik, beyin rahatsızlığı ve doğuştan gelme). Bu analiz sonuçları, ölçeğin yapı geçerliğini desteklerken ölçeğin aile ortamı ve kişilik özellikleri alt boyutlarının yeterli içsel tutarlığa sahip olduğunu, ancak olağan yaşam olayları ve biyolojik nedenler boyutlarının görece düşük güvenirlik katsayısına sahip olduğu görülmüştür. Bu duruma bu boyutların görece az sayıda madde ile sorgulanması neden olmuş olabilir. Ancak bu çalışma bir yüksek lisans tezi olduğundan ve ölçek geliştirme aşamasını içerdiğinden analizlere dahil edilmiştir. Dolayısıyla, gelecekteki çalışmalarda bu boyutlar ayrıca ele alınarak geliştirilmelidir. Öte yandan, literatürdeki çalışmalarda genel olarak ruhsal bozukluklara veya bazı spesifik ruhsal bozukluk kategorilerine yönelik nedensel atıfların standart ölçme araçları ile (örn., Caplan ve diğerleri, 2011: 589-611) ya da tek tek madde veya açık uçlu sorularla (örn., Bağ ve diğerleri, 2006: 289-294; Beşiroğlu ve diğerleri, 2010: 133-138; Dietrich ve diğerleri, 2004: 348-354) değerlendirildiği gözlemlenmiştir. Standart ölçme araçlarındaki düşük güvenirlik değerlerine rağmen kullanılan ve yayınlanan çalışmalar da görmek mümkündür (örn., bipolar bozukluk için Ellison ve diğerleri, 2015: 116-123).

RBANÖ'nün ölçüt-bağıntılı geçerliğini sınamak amacıyla ve alt boyutlar arası farklılaşma olup olmadığını görmek için yapılan analiz sonuçları, olağan yaşam olayları alt boyutunun ortalamasının daha yüksek olduğunu ve bu boyutu takiben aile ortamı, olumsuz kişilik özellikleri ve biyolojik nedenlerin de ruhsal bozukluklara atfedildiğini göstermiştir. Diğer bir deyişle, katılımcılar ruhsal bozuklukların olağan bir durum olduğuna daha fazla inanmakla birlikte biyolojik nedenlere daha az atıfta

bulunmaktadır. Bu bulgular ruhsal rahatsızlıkların kökenine yönelik olumlu bir algı olduğu yönünde ipucu sağlarken literatürdeki benzer çalışmaları da (Angermeyer ve Dietrich, 2006: 163-179; Schomerus ve diğerleri, 2012: 440-452; Van't Veer ve diğerleri, 2006: 310-317) destekler niteliktedir.

RBANÖ'nün ölçüt-bağıntılı geçerliğine yönelik yapılan analizlerden bir diğeri, eğitim düzeyleri (üniversite ve üstü eğitim düzeyi, lise ve altı eğitim düzeyi) arasında anlamlı bir farklılaşma olduğunu ortaya çıkarmıştır. Yüksek ve düşük eğitim düzeyine sahip bireylerin bulunduğu her iki grup da olağan yaşam olaylarına daha fazla atıfta bulunulurken, lise ve altı eğitim düzeyiyle karşılaştırıldığında üniversite ve üzeri eğitime sahip bireylerin, olağan yaşam olayları, aile ortamı ve biyolojik nedenlere daha fazla ve kişilik özelliklerine daha az atıfta bulunduğu gözlemlenmiştir. Bu bulguyu destekler şekilde, literatürde yüksek eğitim düzeyine sahip bireylerin psikososyal faktörlere daha fazla atıf yaptığını gösteren çalışmalar yer almaktadır (Caplan ve diğerleri; 2011: 589-611). Ayrıca, eğitim düzeyinin düşük olması ruhsal bozuklukların olumsuz kişilik özelliklerinden kaynaklandığına yönelik inancı arttıran bir faktör olarak görülmektedir. RBANÖ'nün ölçüt-bağıntılı geçerliğine yönelik yapılan bir başka analiz de sosyal mesafe düzeylerine göre farklılaşma olup olmadığının test edilmesidir. Ancak burada grupların beklenenin aksine alt boyutlarda benzer olduğunu göstermiştir. Bu sonuçlar, kişilerin ruhsal bozukluklara atfettikleri nedenlere göre sosyal mesafe koyma ihtiyaçlarının değişim göstermediğini ima etmektedir.

RBANÖ'nün eş zaman geçerliğini test etmek amacıyla yapılan korelasyon analizleri, RBANÖ alt boyutları ve sosyal mesafe arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığını, ancak RHİÖ toplam ve alt boyutları (tehlikelilik, çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma ve utanma) arasında görece düşük olsa da, pozitif yönde anlamlı ilişkilerin olduğunu göstermiştir. Katılımcılar ruhsal bozuklukların ortaya çıkış nedeni olarak aile ortamı ve olumsuz kişilik özelliklerini atfettikçe, genel olarak olumsuz inançlar, tehlikelilik ve çaresizlik inancı ve utanma duygusunda da artış gözlenmiştir. Ruhsal bozukluklara olağan yaşam olaylarını atfetmek ise utanma ile negatif yönde ilişkili bulunmuştur. Yani, ruhsal bozuklukları yaşamda karşılaşılabilecek ve stresli veya travmatik yaşantılardan sonra oluşabilecek normal bir durum olarak algılamak, kader veya ilahi bir ceza ile ilişkilendirmemek, ruhsal

bozukluk yaşayan bireylerle kurulan ilişkiden duyulan utanç duygusunu azaltmaktadır. Bu durumun aksine, ruhsal bozuklukların biyolojik nedenlerden kaynaklandığı inancı arttıkça utanç duygusu da artmaktadır. Bu bulguyu destekler şekilde literatürde, ruhsal bozuklukları biyolojik nedenlere atfetmenin olumsuz duygusal tepkileri tetiklediği belirtilmektedir (Angermeyer ve diğerleri, 2014: 702-704).

Özetle, RBANÖ'nün psikometrik özelliklerinin incelenmesi için yapılan analiz sonuçları genel olarak değerlendirildiğinde, ölçeğin ruhsal bozuklukların etiyolojisine yönelik inançları değerlendiren görece güvenilir ve geçerli bir ölçüm aracı olduğu düşünülebilir. Psikososyal faktörleri de içinde barındıran olağan yaşam olayları faktörünün ruhsal bozukluklara daha fazla atfedildiği görülmektedir. Nedensel atıfların, sosyal mesafe ile ilişkili bulunmadığı ancak olumsuz inanç ve tutumlar (tehlikelilik, çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma ve utanma) ile ilişkili olduğu görülmektedir. Ancak bu ölçeği kullanırken bazı boyutların düşük güvenirlik değerlerinin ve sosyal mesafe ve ruhsal rahatsızlıklara ilişkin olumsuz inançlarla daha tutarlı ilişkilerin olmayışının hesaba katılması ve/veya gözden geçirilerek tekrar değerlendirilmesinin faydalı olacağı düşünülmektedir.

Sosyal Damgalama Modelinin İncelenmesi: Bu çalışmada, Sosyo-Bilişsel Damgalama Modeli (Corrigan, 2000: 48-67; Corrigan ve Watson, 2002: 16-20) kapsamında toplumun OKB alt türlerine (cinsellik, şiddet, din, kontrol ve bulaşma) yönelik sosyal damgalamanın şizofrenik bozukluğa kıyasla ne düzeyde olduğunu görmek hedeflenmiş; damgalamayı değerlendirmek için sosyal mesafe ve olumsuz inançlar bağlamında karşılaştırma yapılmıştır. Farklı rahatsızlıklara yönelik sosyal damgalamayı değerlendirmek amacıyla gerçek hasta öykülerinden yola çıkılarak oluşturulmuş 6 farklı vaka vinyeti (örnek klinik olgu) kullanılmıştır; bilgi formu ve RBANÖ'nün ardından seçkisiz olarak katılımcılara bir vinyet okutulmuş, ardından vinyette tanımlanan kişiyi düşünerek SMÖ ve RHİÖ'yü doldurmaları istenmiştir.

Sosyal mesafe koyma isteği ve sosyo-demografik değişkenler arasındaki ilişkiler incelendiğinde, yaş, eğitim durumu ve gelir düzeyi ile sosyal mesafe arasında anlamlı ilişkinin olduğu belirlenmiştir. Yaş arttıkça ruhsal bozukluklara yönelik sosyal mesafe koyma ihtiyacının da arttığı görülmüştür. Damgalama literatüründe çelişkili bulgular yer almakla birlikte, yaş ve damgalayıcı tutumlar

arasında pozitif bir ilişkinin olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (Angermeyer ve Dietrich, 2006: 163-179; Chong ve diğerleri, 2007: 734-739; Taşkın ve diğerleri, 2003: 586-592). Medya ve iletişim araçlarında ruhsal bozukluklara daha fazla yer verilmesi, erişimin ve bu araçların kullanımının genç bireyler arasında daha yaygın olması, ruhsal bozukluğa sahip bireylere karşı mesafeli olma isteğinin daha düşük olmasını sağlamış olabilir. Ayrıca literatürle tutarlı olarak (Crisp ve diğerleri, 2005: 106-113; Pescosolido ve diğerleri, 1999: 1339-1345; Sağduyu ve diğerleri, 2001: 99-110; Savaş ve diğerleri, 2006: 140-149), katılımcıların eğitim düzeyi arttıkça, sosyal mesafe koyma gereksiniminin azaldığı gözlenmiştir. Bununla birlikte, gelir düzeyi arttıkça, ruhsal bozukluğu olan bireylere karşı daha az sosyal mesafe ihtiyacının olduğu belirlenmiştir. Literatürdeki çalışmalar da bu bulguyu desteklemektedir (Çam ve Bilge, 2011: 131-140). Özetle, yaş arttıkça, eğitim düzeyi ve sosyoekonomik düzey azaldıkça sosyal mesafe koyma isteğinin arttığı görülmektedir. Sosyal mesafeye benzer şekilde, eğitim düzeyinin yüksek olması, çalışıyor olma, gelir düzeyinin yüksek olması, yaşamın çoğunu şehir veya büyük şehirde geçirmiş olma daha az olumsuz inanca sahip olma ile ilişkili bulunmuştur. Ayrıca, kendisi psikiyatrik tanı alan veya yakın çevresinde psikiyatrik tanı almış biri olan bireylerin olumsuz inançlarının, tehlikelilik algısının, çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma inançlarının azaldığı, yakın çevresinde psikiyatrik tanı olan bireylerin ruhsal bozukluklardan dolayı daha az utanç duyduğu bulunmuştur. Bu bulgular, literatürdeki çalışmaları da desteklemektedir. Araştırmalarda, ruhsal bozuklukların bilinirliği ile damgalayıcı tutumlar arasında negatif bir ilişkinin olduğu ortaya çıkartılmıştır (Corrigan, 2002: 232-254; Corrigan ve diğerleri, 2001b: 953-958; Crisp ve diğerleri, 2005: 106-113; Marie ve Miles, 2008: 126-133).

SMÖ'den alınan puanlarda vinyetler arası karşılaştırmalar, sosyal mesafe açısından vinyetlerin farklılaştığını göstermiştir. Şizofreni, şiddet ve cinsellik vinyetlerine yönelik SMÖ puanlarının birbirlerinden farklılaşmadığı, ancak din, bulaşma ve kontrol vinyetlerinden daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu bulgular, katılımcıların şiddet ve cinsellik temalı OKB alt türlerinin şizofrenik bozukluk kadar sosyal mesafeye yol açtığı izlenimini doğurmuştur.

Bu sonuç OKB'nin farklı alt tiplerine yönelik tepkilerin nasıl farklılaştığını inceleyen az sayıda çalışmanın bulgularıyla tutarlıdır. Örneğin, kontrol etme,

temizleme ve zarar verme/şiddet obsesyonlarına ve ilişkili kompulsiyonlara yönelik tutum ve davranışların araştırıldığı bir vinyet çalışmasında, OKB alt türlerinden temizleme ve kontrol etme ile karşılaştırıldığında, zarar verme alt türünün sosyal kabul edilebilirliğinin daha düşük olduğu bulunmuştur. Kontrol etme ile kıyaslandığında, bulaşma alt türünün daha fazla sosyal mesafe koyulması gerekilen bir durum olarak algılandığı ifade edilmiştir (Simonds ve Thorpe, 2003: 331-336). Toplumun kirlenme, din, saldırganlık ve sıralama-sayma-düzenleme obsesyonları ve ilişkili kompulsiyonlara yönelik damgalayıcı tepkileri karşılaştırıldığında, saldırganlığın daha olağandışı ve istenmeyen bir durum olarak algılandığı görülmüştür (Beşiroğlu ve diğerleri, 2010: 133-138). Şiddet içerikli obsesyonlara yönelik sosyal mesafe koyma ihtiyacının değerlendirildiği bir başka vinyet çalışmasında, katılımcıların çoğunun vinyetteki kişiyi şizofrenik bozukluğa sahip olarak algıladığı ve sosyal mesafenin de yüksek olduğu belirtilmiştir (Warman ve diğerleri, 2015: 16-23). Benzer şekilde, cinsel içerikli OKB belirtilerinin paylaşılmasında sıkıntı yaşanması (Cathey ve Wetterneck, 2013: 439-443), ahlaki normlara aykırı görünmesi ve tabu olarak kabul edilmesi (Brakoulias ve diğerleri, 2013: 750-757), cinsellik, şiddet ve din içerikli istem dışı düşüncelere sahip bireyler arasında şiddetin en olumsuz algılanan obsesyon teması olarak görülmesi (Corcoran ve Woody, 2008: 71-83) yine az sayıdaki çalışma bulgularındandır. Sonuç olarak, bu çalışma bulguları Batılı ülkelerde farklı araçlar ve değişkenlerle elde edilen bulguların daha geniş kapsamda, karşılaştırmalı olarak sosyal mesafeyi sorgulandığında da geçerli olduğunu ve ülkemizde de cinsellik, şiddet temalarının sosyal mesafeye yol açtığını göstermektedir.

Özetle, şiddet ve cinsellik vinyetlerine yönelik sosyal mesafe koyma ihtiyacının, literatürde en çok damgalanan bozukluklardan biri olarak tanımlanan şizofrenik bozukluk ile farklılaşmaması önemli bir bulgu olarak karşımıza çıkmaktadır. Şiddet ve cinselliğin, din, bulaşma ve kontrolden daha fazla damgalanması, toplumun bu belirtileri tabu olarak yani kabul edilemez olarak algıladığını göstermektedir.

Vinyetler arasında farklı sosyal ilişki türlerini yansıtan SMÖ maddelerinden alınan puanların da anlamlı olarak farklılaştığı bulunmuştur. Genel sosyal mesafe puanlarına benzer şekilde, belediye otobüsünde yan yana oturma, şehirlerarası

otobüste yolcu olarak bir arada olma, bakkal dükkanından alışveriş yapma, oturulan apartmanda kapıcı olarak çalışma, ev kiralama, aile toplantısına katılma, oyun (okey, tombala vb) oynama, günlük sıkıntılarını anlatıp dertleşme, komşuluk ilişkisi, aynı işyerinde aynı odayı paylaşma, aynı işyerinde ama farklı odalarda çalışma, kardeşle evlenme maddelerinden elden edilen puanlarının da vinyetler arasında farklılaştığı ve şizofreni, şiddet ve cinsellik vinyetlerine yönelik sosyal mesafenin farklılaşmadığı ve diğer vinyetlerden daha fazla olduğu görülmektedir. Bu bulgular, kişisel yakınlık derecesi değişen sosyal durumların çoğunda bireylerin şizofrenik bozukluğa, OKB alt türlerinden cinsellik ve şiddete yönelik sosyal mesafe koyma isteklerinin benzer düzeyde olduğunu ve diğer alt türlere göre bu bozukluklara daha fazla olumsuz tepki verdiklerini göstermektedir. Sohbet etme ve saç kestirme ya da yaptırma durumunda ise, diğer vinyetlerle kıyaslandığında şizofrenik bozukluk ve şiddet vinyetlerine yönelik sosyal mesafenin daha fazla olduğu görülmektedir. Ayrıca görsel bir değerlendirme sonucunda kişisel yakınlık içeren ortamlarda ruhsal bozukluklara yönelik sosyal mesafenin daha fazla olduğu izlenimi edinilmiştir. Literatürdeki çalışmalar da özellikle kişisel/fiziksel yakınlık içeren ortamlarda ruhsal bozukluğa sahip bireylere yönelik sosyal mesafenin daha fazla olduğunu işaret etmektedir (Angermeyer ve Matschinger, 2003a: 526–534; Özmen ve diğerleri, 2003a: 87-97; Özmen ve diğerleri, 2004: 1010-1016; Van't Veer ve diğerleri, 2006: 310-317). Ancak mevcut tez çalışmasında bu konuda istatistiksel bir analiz yapılmadığı için kesin bir kanıya varmak zordur.

Mevcut çalışmada, Sosyo-Bilişsel Damgalama Modeli (Corrigan, 2000: 48-67; Corrigan ve Watson, 2002: 16-20) kapsamında ele alınan ve RHİÖ ile değerlendirilen olumsuz inançların OKB alt türlerine ve şizofrenik bozukluğa yönelik hazırlanan vinyetler arasında farklılaşmanın olup olmadığı incelenmiştir. Analiz sonuçları cinsellik, bulaşma, şiddet, din, kontrol ve şizofreni vinyetlerinin RHİÖ toplam puan ortalamaları bakımında anlamlı bir şekilde farklılaştığını, ancak alt boyut puan ortalamaları açısından anlamlı bir şekilde farklılaşmadığını göstermiştir. Sosyal mesafeye benzer şekilde şizofrenik bozukluk vinyetinde betimlenen kişiye yönelik olumsuz inançlar, cinsellik, şiddet ve din vinyetlerinden farklılaşmazken, kontrol ve bulaşma vinyetlerinden daha yüksek bulunmuştur. Cinsellik, şiddet, din, bulaşma ve kontrol vinyetlerine yönelik olumsuz inançlarda ise

anlamlı bir farklılık görülmemiştir. Diğer bir deyişle, OKB alt türlerinden bulaşma ve kontrol ile kıyaslandığında katılımcıların şizofrenik bozukluğa yönelik daha olumsuz inanca sahip olduğu söylenebilir. Bu bulguları destekler şekilde literatürde, şizofrenik bozukluğa sahip bireylerin daha tehlikeli, tahmin edilemez, yetersiz ve diğer insanlara bağımlı olarak algılandığını gösteren çalışmalar mevcuttur (Crisp ve diğerleri, 2000: 4-7; Magliano ve diğerleri, 2004: 323-331; Ryan, 1998: 287-297; Stuart ve Arboleda-Florez, 2001: 245-252).

Ayrıca çalışmada sosyal mesafe, olumsuz inançlar ve literatürde bu değişkenlerle ilişkili olduğu öne sürülen sosyo-demografik değişkenler arasındaki ilişkiler de incelenmiştir. Analiz sonuçlarına göre, OKB alt türlerine ve şizofrenik bozukluğa yönelik genel olarak olumsuz inançlar, tehlikelilik ve çaresizlik inancı ve utanma duygusu arttıkça, sosyal mesafe koyma ihtiyacının da arttığı tespit edilmiştir. Bu bulgu sosyal damgalamanın Sosyo-Bilişsel Damgalama Modelini (Corrigan, 2000: 48-67; Corrigan ve Watson, 2002: 16-20) destekler niteliktedir.

Sonuç olarak tüm bulguları özetlemek gerekirse, OKB alt türlerine ve şizofrenik bozukluğa yönelik tepkiler Sosyo-Bilişsel Damgalama Modeli'nde (Corrigan, 2000: 48-67; Corrigan ve Watson, 2002: 16-20) yer alan olumsuz inanç, tutumlar ve ayrımcılık bağlamında incelendiğinde, şiddet ve cinsellik alt türünün şizofrenik bozukluk kadar damgalandığı ve sosyal mesafe açısından birbirlerinden farklılaşmadıkları, ancak din, bulaşma ve kontrolle kıyaslandığında şizofrenik bozukluk, şiddet ve cinsellik alt türlerine sahip bireylere yönelik sosyal mesafenin daha fazla olduğu söylenebilir. Özellikle kişisel yakınlık gerektiren durumlarda ya da ilişkilerde sosyal mesafenin de arttığı bulunmuştur. Katılımcıların kontrol ve bulaşma alt türlerine kıyasla şizofrenik bozukluğa yönelik olumsuz inançlarının daha fazla olduğu görülmüştür. Eğitim durumunun ve gelir düzeyinin yüksek olması sosyal mesafeyi ve olumsuz inançları azaltan etkenler olarak belirlenmiştir. Ayrıca, ruhsal bozukluğa aşina olmak olumsuz inançları azaltan bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır.

Çalışmanın Sınırlılıkları: Bu çalışma, OKB belirtilerine ve şizofrenik bozukluğa yönelik damgalayıcı tutum ve davranışlar ve ilişkili değişkenler hakkında veriler sunmaktadır ve literatürde var olan araştırma bulgularını desteklemektedir. Ancak, çalışmada bazı kısıtlılıkların var olduğunu da kabul etmek gereklidir.

Araştırmada, veri toplanırken her ne kadar yaş, eğitim, cinsiyet gibi değişkenlere dikkat edilmeye çalışılsa da, öncelikle uygun örneklem yoluyla bilgi toplanmıştır. Dolayısıyla, araştırma örnekleminin tüm İzmir şehrini ve/veya ülkeyi temsil etmesi beklenemez. Ayrıca vinyetler dışında sadece öz-bildirim ölçekleri kullanılmıştır. Bu nedenle, katılımcılar sosyal istenirlik, kendini iyi gösterme ve ortalamaya kayma gibi faktörlerin etkisiyle anket sorularını yanlı bir şekilde cevaplandırmış olabilir ve bu araştırma sonuçlarını olumsuz yönde etkilemiş olabilir.

Mevcut çalışma, kesitsel bir anket çalışması özelliğini taşımaktadır. Bu sebeple, deneysel çalışmalar gibi neden-sonuç ilişkisi sunmamaktadır ya da boylamsal çalışmalar gibi zaman içerisindeki tutum ve davranış değişimini göstermemekte ve/veya herhangi bir müdahaleyi içermemektedir. Bundan ziyade, ilişkisel bilgiler sunmaktadır.

Çalışmada, Sosyo-Bilişsel Damgalama Modelinde yer alan duygusal tepkiler boyutu gerek uluslararası bağlamda gerekse ülkemizde geçerli ve güvenilir bir Türkçe ölçüm aracı bulunamadığı için yapılamamıştır ve daha çok bilişsel ve davranışsal boyutlar değerlendirilmiştir. Bu nedenle modelin tüm değişkenlerinin yer aldığı çalışmalar faydalı olabilir. Ayrıca, çalışma klinik vakaların tanımlandığı vinyet çalışmalarıyla benzer sınırlılıklar taşımaktadır. Ruhsal bozukluklara karşı tutum ve davranışların incelendiği çalışmaların çoğunda bu yöntem kullanılmasına rağmen, vinyetlerde yer alan vaka öykülerinin ruhsal bozukluk kategorilerini gerçek hayatta şahsen karşılaşmaya ve temasa eş değer olmayabileceği düşünülmektedir.

Klinik Göstergeler: Bu çalışma, bilindiği kadarıyla Sosyo-Bilişsel Damgalama Modeli (Corrigan, 2000: 48-67; Corrigan ve Watson, 2002: 16-20) çerçevesinde toplumun şiddet, bulaşma, cinsellik, din ve kontrol alt türlerindeki OKB'ye yönelik damgalayıcı tutum ve davranışlarını sosyal mesafe koyma eğilimi, olumsuz inanç ve tutumlar bağlamında karşılaştırmalı olarak değerlendiren ilk çalışma niteliği taşımaktadır. Bu anlamda, farklı OKB belirti türlerinin ilk defa bir arada ele alınması, özellikle tabu düşünce olarak adlandırılan cinsellik, şiddet ve din temalarına verilen tepkilerin karşılaştırılabilmesi açısından özgün bir değere sahip olduğu düşünülmektedir.

Ayrıca OKB'nin şiddet, bulaşma, cinsellik, din ve kontrol alt türlerine yönelik toplumsal tepkilerin şizofrenik bozukluğa yönelik tepkiler ile

karşılaştırılması, bu çalışmanın literatüre sağladığı önemli katkılardan biri olarak düşünülebilir.

Araştırmanın literatüre sağladığı bir diğer katkı ise, OKB'ye yönelik damgalayıcı tutum ve davranışlarda kültürel farklılaşmanın olup olmadığının incelenmesidir. Sosyal damga ruhsal sağlığı etkileyen evrensel bir faktör olarak görülse de, farklı ülkelerde var olan kültürlere göre farklı şekillerde deneyimlenerek ortaya çıkmaktadır. Bu çalışma, İzmir'de yaşayan yetişkin örnekleminin farklı OKB alt türlerine verdiği tepkilerin değerlendirilmesi, elde edilen verilerin yurt içi ve dışında yürütülmüş çalışmaların sonuçlarıyla karşılaştırılması ve kültürel farklılıkların değerlendirilmesi imkanını sunmuştur.

Mevcut çalışmada, araştırmacılar tarafından ruhsal bozuklukların etiyolojisine yönelik inançları değerlendirmek için RBANÖ geliştirilmiştir ve ölçeğin psikometrik özellikleri incelenerek yetişkin örnekleminde geçerli ve güvenilir olduğu görülmüştür. Bu ölçeğin, gelecekte damgalama konusunda yapılacak araştırmalara katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Sosyal damgalamanın OKB'li bireyler ve aileleri üzerinde, semptomları gizleme, tedaviyi erteleme veya yarıda bırakma, benlik saygısının, sosyal işlevselliğin ve yaşam kalitesinin azalması gibi pek çok olumsuz sonuç doğurduğu bilinmektedir. Bu çalışmada da şizofrenik bozukluk, OKB alt türlerinden şiddet ve cinsellik temalarına yönelik sosyal mesafe eğiliminin yüksek olduğu ve birbirlerinden farklılaşmadıkları görülmüştür. Bu bağlamda elde edilen verilerin toplum genelinde veya belirli gruplarda olumsuz tutum ve davranışlar hedef alınarak bilgilendirme ve tutum değişikliğine yönelik müdahale programlarında, eğitim ve konferanslarda kullanılması, OKB ve alt türleri açısından farkındalığın oluşması, özellikle toplumda tabu düşünce olarak bilinen cinsellik ve şiddet temalarına yönelik olumsuz tutumların ve davranışların azaltılması sağlanabilir. Bu anlamda toplumun OKB belirti türleri ile ilgili bilgisini ve aşinalığını arttırmak amacıyla psikoeğitim programları düzenlenebilir. OKB'nin ve damgalamanın olumsuz etkilerinin medya araçlarında doğru ifadelerle aktarılması ve toplumun OKB'li bireylerle videolar aracılığıyla dolaylı olarak ya da doğrudan temas etmesi sağlanabilir. Doğrudan temas kurulabilmesi adına insanların OKB'li bireylerle vakit geçirebileceği ortamlar (örn., kafeler) yaratılabilir. Ülkemizde şizofrenik bozukluğa sahip bireylerin ve

yakınlarının dayanışma içinde olmasını ve toplumdaki diğer bireylerin onlarla temas kurmasını sağlayan derneklerin ve kafelerin olduğu bilinmektedir. Bu bağlamda OKB'ye yönelik benzer ortamların yaratılması toplumun farkındalığını arttırabilir ve damgalayıcı tutum ve davranışlarının azalmasında etkili olabilir. Diğer yandan OKB'li bireylerin ve ailelerinin ruhsal rahatsızlıkla ilgili endişe ve korkularının azalarak paylaşımlarının artabileceği düşünülmektedir. Hatta daha da önemlisi, damgalanma korkusu nedeniyle tedavi erteleme davranışının yaygın olduğu OKB'li bireylerde, tedaviye başlama eğiliminin ve tedaviden faydalanımın artacağı düşünülmektedir.

Gelecekteki Çalışmalara Öneriler: Bu çalışma, İzmir'de ikamet eden yetişkin örneklem grubu ve uygun örnekleme metoduyla gerçekleştirilmiştir. Bu anlamda gelecek çalışmalarda olasılığa dayalı örnekleme yöntemlerinin kullanılmasının araştırma örnekleminin İzmir'i temsil etme gücünü arttıracağı düşünülmektedir. Ayrıca Türkiye'ye genellenebilir olması açısından farklı bölgelerden ve illerden daha geniş klinik ve klinik olmayan örneklem grupları ile çalışılması, damgalayıcı tutum ve davranışlara yönelik daha güvenilir verilerin elde edilmesini sağlayabilir.

Bununla birlikte mevcut tez çalışmasında veriler vinyetler ve öz-bildirim ölçekleri kullanılarak elde edilmiştir. Ancak literatürde odak grup çalışmaları ile yapılan nitel araştırmaların da olduğu görülmektedir. Bu bağlamda bireylerin sosyal ve içselleştirilmiş damgalama deneyimleri, inanç ve davranışları ile ilgili daha detaylı ve güvenilir bilgi alabilmek için nicel ve nitel yöntemlerin birarada kullanıldığı çalışmaların faydalı olacağı düşünülmektedir. Ayrıca bu çalışmada geliştirilen ve psikometrik özellikleri kabul edilebilir düzeyde bulunan RBANÖ ile ilgili odak grup çalışması yapılması içeriğinin daha kapsamlı hale getirilmesini ve güvenirlik değeri görece daha düşük bulunan boyutlarında madde sayısının arttırılmasını sağlayabilir. Bununla birlikte toplumun farklı OKB alt türlerine yönelik nedensel atıfları karşılaştırmalı olarak incelenebilir ve alt türlerde farklılaşma olup olmadığı irdelenebilir.

Gelecek çalışmalarda, DSM-5'te Obsesif-Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar başlığı altında yer alan diğer ruhsal bozukluklar (örn., beden algısı bozukluğu, biriktiricilik bozukluğu, trikotillomani) ile OKB alt türlerinin ve/ya DSM-5'te yer alan diğer ruhsal bozukluk kategorileri (örn., majör depresif bozukluk,

bipolar bozukluk) ile OKB alt türlerinin damgalayıcı tutum ve davranışlar bağlamında karşılaştırılması da literatüre ve klinik uygulamalara katkı sağlayacaktır.

OKB'nin şiddet ve cinsellik alt türlerinin şizofrenik bozuklukla benzer düzeyde damgalandığı bilgisi ışığında, genel olarak topluma veya belirli gruplara (örn., ruh sağlığı çalışanları) yönelik çeşitli müdahale programları geliştirilebilir. Psikoeğitim ve temas damgalayıcı tepkileri önlemek ve azaltmak için kullanılan yaygın yöntemler olarak bilinmektedir. Bu anlamda ülkemizde OKB'nin farklı alt türlerine yönelik müdahale programları (örn., gerçek hastalarla birebir temas kurma ve/ya psikoeğitim alma) geliştirilerek müdahale öncesi ve sonrasında toplumsal tepkilerde sosyal mesafe ve olumsuz inançlar açısından değişim olup olmadığı sınanabilir ve böylece programların damgalamayı azaltmak açısından ne derece etkili olduğu bilimsel araştırmalarda ele alınabilir.

Ayrıca klinik ve/ya klinik olmayan örneklemleri Sosyo-Bilişsel Damgalama Modeli'nin boyutları olan içselleştirilmiş ve sosyal damgalama bağlamında karşılaştıran araştırmalar, bireylerin damgalayıcı tutum ve davranışları ile deneyimledikleri/algıladıkları damgalamanın doğası hakkında bilgi sunabilir.

Son olarak mevcut çalışmada sosyal damgalama modelinde yer alan ve bilişler ve davranışsal tepkiler arasında kısmi ya da tam aracılık rolü olduğu ileri sürülen duygusal tepkiler bileşeni, bu bileşeni değerlendiren geçerli ve güvenilir bir Türkçe ölçüm aracı bulunamadığı için tam olarak değerlendirilememiştir. Bu bağlamda sosyal damgalama çalışmaları yapılırken, duygusal tepkiler bileşenine yönelik Türkçe ölçüm aracı geliştirilerek veya yurt dışında halihazırda kullanılan ve psikometrik özellikleri yeterli düzeyde bulunan ölçeklerden dilimize uyarlama yapılarak modelin daha detaylı test edilmesi sağlanabilir.

KAYNAKÇA

Abramowitz, J. S., Franklin, M. E., Schwartz, S. A. ve Furr, J. M. (2003). Symptom Presentation and Outcome of Cognitive-Behavior Therapy for Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 71(6): 1049-1057.

Akdede, B. B. K., Alptekin, K., Topkaya, Ş. Ö., Belkız, B., Nazlı, E. ve Özsin, E. (2004). Gençlerde Şizofreniyi Damgalama Düzeyi. *Yeni Symposium*. 42(3): 113-117.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental* Disorders. Washington, DC: American Psychiatric Association.

An, S., Roessler, R. T. ve McMahon, B. T. (2011). Workplace Discrimination and Americans with Psychiatric Disabilities: A Comparative Study. *Rehabilitation Counseling Bulletin*. 55(1): 7-19.

Angermeyer, M. C., Beck, M. ve Matschinger, H. (2003). Determinants of The Public's Preference for Social Distance from People With Schizophrenia. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 48(10): 663-668.

Angermeyer, M. C., Buyantugs, L., Kenzine, D. V. ve Matschinger, H. (2004). Effects of Labelling on Public Attitudes Towards People with Schizophrenia: Are There Cultural Differences?. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 109(6): 420-425.

Angermeyer, M. C. ve Dietrich, S. (2006). Public Beliefs About and Attitudes Towards People with Mental Illness: A Review of Population Studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 113(3): 163-179.

Angermeyer, M. C., Holzinger, A. ve Matschinger, H. (2010). Emotional Reactions To People with Mental Illness. *Epidemiologia E Psichiatria Sociale*. 19(01): 26-32.

Angermeyer, M. C., Liebelt, P. ve Matschinger, H. (2001). Distress in Parents of Patients Suffering from Schizophrenia of Affective Disorders. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*. 51(6): 255-260.

Angermeyer, M. C. ve Matschinger, H. (1996). The Effect of Personal Experience with Mental Illness on The Attitude Towards Individuals Suffering from Mental Disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 31(6): 321-326.

Angermeyer, M. C. ve Matschinger, H. (1997). Social Distance Towards The Mentally Ill: Results of Representative Surveys in The Federal Republic of Germany. *Psychological Medicine*. 27(1): 131-141.

Angermeyer, M. C. ve Matschinger, H. (1999). Lay Beliefs About Mental Disorders: A Comparison Between The Western and The Eastern Parts Of Germany. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 34(5): 275-281.

Angermeyer, M. C. ve Matschinger, H. (2003a). Public Beliefs About Schizophrenia and Depression: Similarities and Differences. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 38: 526–534.

Angermeyer, M. C. ve Matschinger, H. (2003b). The Stigma of Mental İllness: Effects of Labelling on Public Attitudes Towards People with Mental Disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 108(4): 304-309.

Angermeyer, M. C. ve Matschinger, H. (2004). Public Attitudes To People With Depression: Have There Been Any Changes Over The Last Decade?. *Journal of Affective Disorders*. 83(2): 177-182.

Angermeyer, M. C. ve Matschinger, H. (2005). Causal Beliefs and Attitudes to People with Schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*. 186(4): 331-334.

Angermeyer, M. C., Matschinger, H. ve Corrigan, P. W. (2004). Familiarity with

Mental Illness and Social Distance from People with Schizophrenia and Major Depression: Testing A Model Using Data from A Representative Population Survey. *Schizophrenia Research.* 69(2): 175-182.

Angermeyer, M. C., Millier, A., Kouki, M., Refaï, T., Schomerus, G. ve Toumi, M. (2014). Biogenetic Explanations and Emotional Reactions To People with Schizophrenia and Major Depressive Disorder. *Psychiatry Research.* 220(1): 702-704.

Angermeyer, M. C., Mnich, E., Daubmann, A., Herich, L., Wegscheider, K., Kofahl, C. ve Von Dem Knesebeck, O. (2013). Biogenetic Explanations and Public Acceptance of People with Eating Disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology.* 48(10): 1667-1673.

Angermeyer, M. C., Schulze, B. ve Dietrich, S. (2003). Courtesy Stigma. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology.* 38(10): 593-602.

Arkar, H. (1991). Akıl Hastasının Sosyal Reddedilimi. *Düşünen Adam.* 4(3): 6-9.

Arkar, H. (1992). Akıl Hastalıkları İle İlgili Tutumlar: Deneyim Ve Psikopatoloji Tipinin Etkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi.* 3(4): 243-248.

Arvaniti, A., Samakouri, M., Kalamara, E., Bochtsou, V., Bikos, C. ve Livaditis, M. (2009). Health Service Staff's Attitudes Towards Patients With Mental İllness. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology.* 44(8): 658-665.

Bağ, B. ve Ekinci, M. (2005). Sağlık Personelinin Ruhsal Sorunları Olan Bireylere Yönelik Tutumlarının Araştırılması. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi.* 3(11): 107-127.

Bağ, B. ve Ekinci, M. (2006). Ruhsal Sorunlu Bireylere Yönelik Toplum Tutumları Ölçeğinin (RSTTÖ) Türk Toplumunda Geçerlilik ve Güvenirliğinin Değerlendirilmesi. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi.* 15(15): 63-83.

Bağ, B., Yılmaz, S. ve Kırpınar, I. (2006). Factors Influencing Social Distance From People With Schizophrenia. *International Journal of Clinical Practice*. 60(3): 289-294.

Barney, L. J., Griffiths, K. M., Jorm, A. F. ve Christensen, H. (2006). Stigma About Depression and Its Impact on Help-Seeking Intentions. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 40(1): 51-54.

Belloch, A., del Valle, G., Morillo, C., Carrió, C. ve Cabedo, E. (2009). To Seek Advice or not to Seek Advice about the Problem: The Help-Seeking Dilemma for Obsessive-Compulsive Disorder. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 44(4): 257-264.

Beşiroğlu, L., Akman, N., Selvi, Y., Aydın, A., Boysan, M. ve Özbebit, Ö. (2010). Obsesif-Kompulsif Belirti Kategorileri Hakkında Ruh Sağlığı Bilgisi. *Nöropsikiyatri Arşivi Dergisi*. 47(2): 133-138.

Beşiroğlu, L., Çilli, A. S. ve Aşkın, R. (2004). The Predictors of Health Care Seeking Behavior in Obsessive-Compulsive Disorder. *Comprehensive Psychiatry*. 45(2): 99-108.

Beşiroğlu, L., Uğuz, F., Sağlam, M., Yılmaz, E., Ağargün, M. Y. ve Aşkın, R. (2007). Obsesif Kompulsif Bozuklukta Yaşam Kalitesi ile İlişkili Etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 8: 5-13.

Bilge, A. ve Çam, O. (2008). Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeğinin Geçerliliği ve Güvenilirliği. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 9: 91-96.

Bloch, M. H., Angeli Landeros-Weisenberger, M. D., Rosario, M. C., Pittenger, C., ve Leckman, J. F. (2008). Meta-Analysis of the Symptom Structure of Obsessive-Compulsive Disorder. *American Journal of Psychiatry*. 165: 1532-1542.

Bobes, J., Gonzalez, M. P., Bascaran, M. T., Arango, C., Saiz, P. A. ve Bousono, M. (2001). Quality of Life and Disability in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder. *European Psychiatry*. 16(4): 239-245.

Bos, A. E., Pryor, J. B., Reeder, G. D. ve Stutterheim, S. E. (2013). Stigma: Advances in Theory and Research. *Basic and Applied Social Psychology*. 35(1): 1-9.

Brakoulias, V., Starcevic, V., Berle, D., Milicevic, D., Moses, K., Hannan, A., Sammut, P. ve Martin, A. (2013). The Characteristics of Unacceptable/Taboo Thoughts in Obsessive–Compulsive Disorder. *Comprehensive Psychiatry*. 54(7): 750-757.

Brandt, A. L. (2012). Treatment of Persons with Mental Illness in The Criminal Justice System: A Literature Review. *Journal of Offender Rehabilitation*. 51(8): 541-558.

Brockington, I. F., Hall, P., Levings, J. ve Murphy, C. (1993). The Community's Tolerance of The Mentally Ill. *The British Journal of Psychiatry*. 162(1): 93-99.

Brohan, E., Henderson, C., Little, K. ve Thornicroft, G. (2010). Employees with Mental Health Problems: Survey of UK Employers' Knowledge, Attitudes and Workplace Practices. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*. 19(4): 326-332.

Calamari, J. E., Wiegartz, P. S., Riemann, B. C., Cohen, R. J., Greer, A., Jacobi, D. M., Jahn, S. C. ve Carmin, C. (2004). Obsessive-Compulsive Disorder Subtypes: An Attempted Replication and Extension of A Symptom-Based Taxonomy. *Behaviour Research and Therapy*. 42(6): 647-670.

Calvocoressi, L., Lewis, B., Harris, M., Trufan, S. J., Goodman, W. K., McDougle, C. J. ve Price, L. H. (1995). Family Accommodation in Obsessive-Compulsive Disorder. *American Journal of Psychiatry*. 152(3): 441-443.

Caplan, S., Paris, M., Whittemore, R., Desai, M., Dixon, J., Alvidrez, J., Escobar, J. ve Scahill, L. (2011). Correlates of Religious, Supernatural and Psychosocial Causal Beliefs about Depression Among Latino İmmigrants in Primary Care. *Mental Health, Religion & Culture*. 14(6): 589-611.

Cathey, A. J. ve Wetterneck, C. T. (2013). Stigma and Disclosure of Intrusive Thoughts about Sexual Themes. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. 2(4): 439-443.

Chong, S. A., Verma, S., Vaingankar, J. A., Chan, Y. H., Wong, L. Y. ve Heng, B. H. (2007). Perception of The Public Towards The Mentally Ill in Developed Asian Country. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 42(9): 734-739.

Clement, S., Schauman, O., Graham, T., Maggioni, F., Evans-Lacko, S., Bezborodovs, N., Morgan, C., Rüsch, N., Brown, J. S. L. ve Thornicroft, G. (2015). What Is The Impact of Mental Health-Related Stigma on Help-Seeking? A Systematic Review of Quantitative and Qualitative Studies. *Psychological Medicine*. 45(1): 11-27.

Coles, M. E., Heimberg, R. G. ve Weiss, B. D. (2013). The Public's Knowledge and Beliefs about Obsessive-Compulsive Disorder. Depression and Anxiety. 30: 778-785.

Cook, J. A. (2006). Employment Barriers for Persons with Psychiatric Disabilities: Update of A Report for The President's Commission. *Psychiatric Services*. 57(10): 1391-1405.

Corcoran, K. M. ve Woody, S. R. (2008). Appraisals of Obsessional Thoughts in Normal Samples. *Behaviour Research and Therapy*. 46(1): 71-83.

Corker, E. A., Beldie, A., Brain, C., Jakovljevic, M., Jarema, M., Karamustafalioglu,

O., Marksteiner, J., Mohr, P., Prelipceanu, D., Vasilache, A., Waern, M., Sartorius, N. ve Thornicroft, G. (2015). Experience of Stigma and Discrimination Reported By People Experiencing The First Episode of Schizophrenia and Those with A First Episode of Depression: The FEDORA Project. *International Journal of Social Psychiatry*. 61(5): 438-445.

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

Corrigan, P. W. (1999). The Impact of Stigma on Severe Mental Illness. *Cognitive and Behavioral Practice*. 5(2): 201-222.

Corrigan, P. W. (2000). Mental Health Stigma As Social Attribution: Implications for Research Methods and Attitude Change. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 7(1): 48-67.

Corrigan, P. W. (2002). Testing Social Cognitive Models of Mental Illness Stigma: The Prairie State Stigma Studies. *Psychiatric Rehabilitation Skills*. 6(2): 232-254.

Corrigan, P. W. (2007). How Clinical Diagnosis Might Exacerbate The Stigma of Mental Illness. *Social Work*. 52(1): 31-39.

Corrigan, P. W., Edwards, A. B., Green, A., Diwan, S. L. ve Penn, D. L. (2001a). Prejudice, Social Distance, and Familiarity with Mental Illness. *Schizophrenia Bulletin*. 27(2): 219-225.

Corrigan, P. W., Faber, D., Rashid, F. ve Leary, M. (1999). The Construct Validity of Empowerment among Consumers of Mental Health Services. *Schizophrenia Research*. 38(1): 77-84.

Corrigan, P. W., Green, A., Lundin, R., Kubiak, M. A. ve Penn, D. L. (2001b). Familiarity with and Social Distance From People Who Have Serious Mental Illness. *Psychiatric Services*. 52(7): 953-958.

Corrigan, P. W., Kerr, A. ve Knudsen, L. (2005). The Stigma of Mental Illness: Explanatory Models and Methods for Change. *Applied and Preventive Psychology*. 11(3): 179-190.

Corrigan, P. W. ve Kleinlein, P. (2005). The Impact of Mental Illness Stigma. *On the Stigma of Mental Illness: Practical Strategies for Research and Social Change*. Editor Patrick W. Corrigan. American Psychological Association.

Corrigan, P. W. ve Kosyluk, K. A. (2014). Mental Illness Stigma: Types, Constructs, and Vehicles for Change. *The Stigma of Disease and Disability: Understanding Causes and Overcoming Injustices* (ss. 35-40). Editor Patrick W. Corrigan. American Psychological Association.

Corrigan, P., Markowitz, F. E., Watson, A., Rowan, D. ve Kubiak, M. A. (2003b). An Attribution Model of Public Discrimination Towards Persons with Mental Illness. *Journal of Health and Social Behavior*. 44(2): 162-179.

Corrigan, P. W. ve Miller, F. E. (2004). Shame, Blame, and Contamination: A Review of the Impact of Mental Illness Stigma on Family Members. *Journal of Mental Health*. 13: 537-548.

Corrigan, P. W. ve Penn, D. L. (1999). Lessons from Social Psychology on Discrediting Psychiatric Stigma. *American Psychologist*. 54(9): 765-776.

Corrigan, P. W., River, L. P., Lundin, R. K., Wasowski, K. U., Campion, J., Mathisen, J., Goldstein, H., Bergman, M., Gagnon, C. ve Kubiak, M. A. (2000). Stigmatizing Attributions About Mental Illness. *Journal of Community Psychology*. 28(1): 91-102.

Corrigan, P. W., Roe, D. ve Tsang, H. W. (2011). *Challenging The Stigma of Mental Illness: Lessons for Therapists and Advocates*. John Wiley & Sons.

Corrigan, P. W. ve Shapiro, J. R. (2010). Measuring The Impact of Programs That Challenge The Public Stigma of Mental Illness. *Clinical Psychology Review*. 30(8): 907-922.

Corrigan, P. W., Thompson, V., Lambert, D., Sangster, Y., Noel, J. G. ve Campbell, J. (2003a). Perceptions of Discrimination Among Persons with Serious Mental Illness. *Psychiatric Services*. 54(8): 1105-1110.

Corrigan, P. W., Tsang, H. W., Shi, K., Lam, C. S. ve Larson, J. (2010). Chinese and American Employers' Perspectives Regarding Hiring People with Behaviorally Driven Health Conditions: The Role of Stigma. *Social Science & Medicine*. 71(12): 2162-2169.

Corrigan, P. W. ve Watson, A. C. (2002). Understanding The Impact of Stigma on People with Mental Illness. *World Psychiatry*. 1(1): 16-20.

Corrigan, P. W. ve Watson, A. C. (2004). At Issue: Stop The Stigma: Call Mental Illness A Brain Disease. *Schizophrenia Bulletin*. 30(3): 477-479.

Corrigan, P. W., Watson, A. C. ve Miller, F. E. (2006). Blame, Shame, and Contamination: The Impact of Mental Illness and Drug Dependence Stigma on Family Members. *Journal of Family Psychology*. 20(2): 239-246.

Corrigan, P. W., Watson, A. C. ve Barr, L. (2006). The Self-Stigma of Mental Illness: Implications for Self-Esteem and Self-Efficacy. *Journal of Social and Clinical Psychology*. 25(8): 875-884.

Crisp, A. H., Gelder, M. G., Rix, S., Meltzer, H. I. ve Rowlands, O. J. (2000). Stigmatisation of People with Mental Illnesses. *The British Journal of Psychiatry*. 177(1): 4-7.

Crisp, A., Gelder, M., Goddard, E. ve Meltzer, H. (2005). Stigmatization of People

with Mental Illnesses: A Follow-Up Study Within The Changing Minds Campaign of The Royal College Of Psychiatrists. *World Psychiatry*. 4(2): 106-113.

Crowther, R. E., Marshall, M., Bond, G. R. ve Huxley, P. (2001). Helping People with Severe Mental Illness to Obtain Work: A Systematic Review. *British Medical Journal*. 322: 204–208.

Cullen, B., Samuels, J. F., Pinto, A., Fyer, A. J., McCracken, J. T., Rauch, S. L., Murphy, D. L., Greenberg, B. D., Knowles, J. A., Piacentini, J. Bienvenu, O. J., Grados, M. A. Riddle, M. A., Rasmussen, S. A., Pauls, D. L., Willour, V. L., Shugart, Y. Y., Liang, K.-Y., Hoehn-Saric, R. ve Nestadt, G. (2008). Demographic and Clinical Characteristics Associated with Treatment Status in Family Members with Obsessive□Compulsive Disorder. *Depression and Anxiety*. 25(3): 218-224.

Çam, O. ve Bilge, A. (2011). Türkiye'nin Batısında Yaşayan Halkın Ruhsal Hastalığa ve Hastalara Yönelik İnanç ve Tutumlarının Belirlenmesi. *New/Yeni Symposium Journal*. 49(3): 131-140.

Çam, O. ve Bilge, A. (2013). Türkiye'de Ruhsal Hastalığa/Hastaya Yönelik İnanç, Tutum Ve Damgalama Süreci: Sistematik Derleme. *Psikiyatri Hemşileği Dergisi*. 4(2): 91-101.

Çilli, A. S., Telcioğlu, M., Aşkın, R., Kaya, N., Bodur, S. ve Kucur, R. (2004). Twelve-Month Prevalence of Obsessive-Compulsive Disorder in Konya, Turkey. *Comprehensive Psychiatry*. 45(5): 367-374.

Demet, M. M., Deveci, A., Taşkın, E. O., Dündar, P. E., Ermertcan, A. T., Demet, S. M., Bayraktar, D. ve Öztürkcan, S. (2010). Risk Factors for Delaying Treatment Seeking in Obsessive-Compulsive Disorder. *Comprehensive Psychiatry*. 51(5): 480-485.

Dietrich, S., Beck, M., Bujantugs, B., Kenzine, D., Matschinger, H. ve Angermeyer,

M. C. (2004). The Relationship Between Public Causal Beliefs and Social Distance Toward Mentally Ill People. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 38(5): 348-354.

Dietrich, S., Matschinger, H. ve Angermeyer, M. C. (2006). The Relationship Between Biogenetic Causal Explanations and Social Distance Toward People with Mental Disorders: Results From A Population Survey in Germany. *International Journal of Social Psychiatry*. 52(2): 166-174.

Diksa, E. ve Rogers, E. S. (1996). Employer Concerns about Hiring Persons with Psychiatric Disability: Results of the Employer Attitude Questionnaire. *Rehabilitation Counseling Bulletin*. 40(1): 31-45.

Diniz, J. B., Rosario-Campos, M., Hounie, A. G., Curi, M., Shavitt, R. G., Lopes, A. C. ve Miguel, E. (2006). Chronic Tics and Tourette Syndrome in Patients with Obsessive–Compulsive Disorder. *Journal of Psychiatric Research*. 40(6): 487-493.

Dinos, S., Stevens, S., Serfaty, M., Weich, S. ve King, M. (2004). Stigma: The Feelings and Experiences of 46 People with Mental Illness. British *Journal of Psychiatry*. 184(2): 176–181.

Dockery, L., Jeffery, D., Schauman, O., Williams, P., Farrelly, S., Bonnington, O., Gabbidon, J., Lassman, F., Szmukler, G., Thornicroft, G. ve Clement, S. (2015). Stigma- and Non-Stigma-Related Treatment Barriers To Mental Healthcare Reported By Service Users and Caregivers. *Psychiatry Research*. 228(3): 612-619.

Ellison, N., Mason, O. ve Scior, K. (2015). Public Beliefs about and Attitudes towards Bipolar Disorder: Testing Theory Based Models of Stigma. *Journal of Affective Disorders*. 175: 116-123.

Eşsizoğlu, A. ve Arısoy, Ö. A. (2008). Hemşirelerin Depresyona Ve Depresyon Hastalarına Karşı Tutumları: Karşılaştırmalı Bir Çalışma. *Dicle Tıp Dergisi*. 35(3):

167-176.

Fazel, S. ve Danesh, J. (2002). Serious Mental Disorder in 23.000 Prisoners: A Systematic Review of 62 Surveys. *The Lancet*. 359(9306), 545-550.

Fernández, M. C. ve Arcia, E. (2004). Disruptive Behaviors and Maternal Responsibility: A Complex Portrait of Stigma, Self-Blame, and Other Reactions. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*. 26(3): 356-372.

Forchuk, C., Nelson, G. ve Hall, G. B. (2006). "It's Important To Be Proud of The Place You Live in": Housing Problems and Preferences of Psychiatric Survivors. *Perspectives in Psychiatric Care*. 42(1): 42-52.

Fullana, M. A., Mataix-Cols, D., Caspi, A., Harrington, H., Grisham, J. R., Moffitt, T. E. ve Poulton, R. (2009). Obsessions and Compulsions in the Community: Prevalence, Interference, Help-Seeking, Developmental Stability, and Co-Occuring Psychiatric Conditions. *American Journal of Psychiatry*. 166: 329-336.

Fullana, M. A., Vilagut, G., Rojas-Farreras, S., Mataix-Cols, D., De Graaf, R., Demyttenaere, K., Haro, J. M., De Girolamo, G., Lépine, J. P., Matschinger, H. ve Alonso, J. (2010). Obsessive–Compulsive Symptom Dimensions in the General Population: Results from an Epidemiological Study in Six European Countries. *Journal of Affective Disorders*. 124(3): 291-299.

García-Soriano, G., Rufer, M., Delsignore, A. ve Weidt, S. (2014). Factors Associated with Non-Treatment or Delayed Treatment Seeking in OCD Sufferers: A Review of the Literature. *Psychiatry Research*. 220(1): 1-10.

Gateshill, G., Kucharska-Pietura, K. ve Wattis, J. (2011). Attitudes Towards Mental Disorders and Emotional Empathy in Mental Health and Other Healthcare Professionals. *The Psychiatrist*. 35(3): 101-105.

Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity.* Englewood Cliffs. NJ: Prentice-Hall.

Goffman, E. (2014). *Damga: Örselenmiş Kimliğin İdare Edilişi Üzerine Notlar*. Çev. Şerife Geniş, Levent Ünsaldı ve Suphi Nejat Ağırnaslı. Ankara: Heretik Yayıncılık.

Goldstein, B. ve Rosselli, F. (2003). Etiological Paradigms of Depression: The Relationship Between Perceived Causes, Empowerment, Treatment Preferences, and Stigma. *Journal of Mental Health*. 12(6): 551-563.

Goodwin, R., Koenen, K. C., Hellman, F., Guardino, M. ve Struening, E. (2002). Helpseeking and Access to Mental Health Treatment for Obsessive Compulsive Disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 106(2): 143-149.

Gulliver, A., Griffiths, K. M. ve Christensen, H. (2010). Perceived Barriers and Facilitators To Mental Health Help-Seeking in Young People: A Systematic Review. *BMC Psychiatry*. 10(1): 1-9.

Hand, C. ve Tryssenaar, J. (2006). Small Business Employers' Views on Hiring Individuals with Mental Illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 29(3): 166-173.

Heyman, I., Mataix-Cols, D. ve Fineberg, N. A. (2006). Obsessive-Compulsive Disorder. *British Medical Journal*. 333(7565): 424-429.

Hirai, M. ve Clum, G. A. (2000). Development, Reliability, and Validity of The Beliefs Toward Mental Illness Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 22(3): 221-236.

Hugo, C. J., Boshoff, D. E., Traut, A., Zungu-Dirwayi, N. ve Stein, D. J. (2003). Community Attitudes Toward and Knowledge of Mental Illness in South Africa. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 38(12): 715-719.

Jones, N. ve Corrigan, P. W. (2014). Understanding Stigma. *The Stigma of Disease and Disability: Understanding Causes and Overcoming Injustices*. Editor Patrick W. Corrigan. American Psychological Association.

Jorm, A. F. ve Griffiths, K. M. (2008). The Public's Stigmatizing Attitudes Towards People With Mental Disorders: How Important Are Biomedical Conceptualizations?. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 118(4): 315-321.

Jorm, A. F., Reavley, N. J. ve Ross, A. M. (2012). Belief in The Dangerousness of People with Mental Disorders: A Review. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 46(11): 1029-1045.

Jussim, L., Nelson, T. E., Manis, M. ve Soffin, S. (1995). Prejudice, Stereotypes, and Labeling Effects: Sources of Bias in Person Perception. *Journal of Personality and Social Psychology*. 68(2): 228-246.

Kasow, Z. M. ve Weisskirch, R. S. (2010). Differences in Attributions of Mental Illness and Social Distance for Portrayals of Four Mental Disorders. *Psychological Reports*. 107(2): 547-552.

King, R., Waghorn, G., Lloyd, C., McLeod, P., McMah, T. ve Leong, C. (2006). Enhancing Employment Services for People with Severe Mental Illness: The Challenge of the Australian Service Environment. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 40: 471–477.

Kleim, B., Vauth, R., Adam, G., Stieglitz, R. D., Hayward, P. ve Corrigan, P. (2008). Perceived Stigma Predicts Low Self-Efficacy and Poor Coping in Schizophrenia. *Journal of Mental Health*. 17(5): 482-491.

Krupa, T., Kirsh, B., Cockburn, L. ve Gewurtz, R. (2009). Understanding the Stigma of Mental Illness in Employment. *Work*. 33(4): 413-425.

Kurihara, T., Kato, M., Sakamoto, S., Reverger, R. ve Kitamura, T. (2000). Public Attitudes Towards The Mentally Ill: A Cross□Cultural Study Between Bali and Tokyo. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 54(5): 547-552.

Kusalaruk, P., Saipanish, R. ve Hiranyatheb, T. (2015). Attitudes of Psychiatrists Toward Obsessive–Compulsive Disorder Patients. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 11: 1703-1711.

Larson, J. E. ve Corrigan, P. (2008). The Stigma of Families with Mental Illness. *Academic Psychiatry*. 32(2): 87-91.

Lee, A. A., Laurent, S. M., Wykes, T. L., Andren, K. A. K., Bourassa, K. A. ve McKibbin, C. L. (2014). Genetic Attributions And Mental Illness Diagnosis: Effects on Perceptions of Danger, Social Distance, And Real Helping Decisions. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 49(5): 781-789.

Link, B. G. (1987). Understanding Labeling Effects in The Area of Mental Disorders: An Assessment Of The Effects Of Expectations Of Rejection. *American Sociological Review*. 52: 96-112.

Link, B. G. ve Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology*. 27: 363-385.

Link, B. G., Phelan, J. C., Bresnahan, M., Stueve, A. ve Pescosolido, B. A. (1999). Public Conceptions Of Mental Illness: Labels, Causes, Dangerousness, and Social Distance. *American Journal of Public Health*. 89(9): 1328-1333.

Link, B. G., Struening, E. L., Neese-Todd, S., Asmussen, S. ve Phelan, J. C. (2001). Stigma As A Barrier To Recovery: The Consequences of Stigma for The Self-Esteem of People with Mental Illnesses. *Psychiatric Services*. 52(12): 1621-1626.

Magliano, L., Fiorillo, A., De Rosa, C., Malangone, C. ve Maj, M. (2004). Beliefs

About Schizophrenia in Italy: A Comparative Nationwide Survey of The General Public, Mental Health Professionals, and Patients' Relatives. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 49(5): 323-331.

Mannarini, S. ve Boffo, M. (2013). Assessing Mental Disorder Causal Beliefs: A Latent Dimension İdentification. *Community Mental Health Journal*. 49(6): 686-693.

Markarian, Y., Larson, M. J., Aldea, M. A., Baldwin, S. A., Good, D., Berkeljon, A., Murphy, T. K., Storch, E. A. ve McKay, D. (2010). Multiple Pathways to Functional Impairment in Obsessive-Compulsive Disorder. *Clinical Psychology Review*. 30(1): 78-88.

Marie, D. ve Miles, B. (2008). Social Distance and Perceived Dangerousness Across Four Diagnostic Categories of Mental Disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 42(2): 126-133.

Marques, L., LeBlanc, N. J., Weingarden, H. M., Timpano, K. R., Jenike, M. ve Willhelm, S. (2010). Barriers to Treatment and Service Utilization in an Internet Sample of Individuals with Obsessive Compulsive Disorder. *Depression and Anxiety*. 27(5): 470-475.

Martin, J. K., Pescosolido, B. A. ve Tuch, S. A. (2000). Of Fear And Loathing: The Role Of 'Disturbing Behavior', Labels, and Causal Attributions in Shaping Public Attitudes Toward People with Mental İllness. *Journal of Health and Social Behavior*. 41(2): 208-223.

Mehta, S. ve Farina, A. (1988). Associative Stigma: Perceptions of the Difficulties of College-Aged Children of Stigmatized Fathers. *Journal of Social Clinical Psychology*. 7: 192-202.

Menke, R. ve Flynn, H. (2009). Relationships Between Stigma, Depression, and Treatment in White and African American Primary Care Patients. *The Journal of*

Nervous and Mental Disease. 197(6): 407-411.

Mojtabai, R. (2010). Mental Illness Stigma and Willingness To Seek Mental Health Care in The European Union. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 45(7): 705-712.

Moritz, S. (2008). A Review on Quality of Life and Depression in Obsessive-Compulsive Disorder. *CNS Spectrums*. 13: 16-22.

Moses, T. (2014). Stigma and Family. *The Stigma of Disease and Disability: Understanding Causes and Overcoming Injustices* (pp. 248). Editor Patrick W. Corrigan. American Psychological Association.

Muris, P., Merckelbach, H. ve Clavan, M. (1997). Abnormal and Normal Compulsions. *Behaviour Research and Therapy*. 35(3): 249-252.

Nordt, C., Rössler, W. ve Lauber, C. (2006). Attitudes of Mental Health Professionals Toward People with Schizophrenia and Major Depression. *Schizophrenia Bulletin*. 32(4): 709-714.

Nordt, C., Rössler, W. ve Lauber, C. (2006). Attitudes of Mental Health Professionals Toward People With Schizophrenia and Major Depression. *Schizophrenia Bulletin*. 32(4): 709-714.

Oban, G. ve Küçük, L. (2011). Ergenlerde Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalamayı Etkileyen Etmenler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2(1): 31-39.

Oban, G. ve Küçük, L. (2012). Lise Öğrencilerinde Şizofreniye Yönelik Bilgilendirme Eğitiminin Sosyal Mesafe ve Tutuma Etkisi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*. 9(2): 35-41.

Ociskova, M., Prasko, J., Cerna, M., Jelenova, D., Kamaradova, D., Latalova, K. ve Sedlackova, Z. (2013). Obsessive Compulsive Disorder and Stigmatization. *Activitas*

Nervosa Superior Rediviva. 55(1-2): 19-26.

Oran, N. T. ve Şenuzun, F. (2008). Toplumda Kırılması Gereken Bir Zincir: HIV/AIDS Stigması ve Baş Etme Stratejileri. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*. 5(1): 1-16.

Östman, M. ve Kjellin, L. (2002). Stigma by Association. *The British Journal of Psychiatry*. 181(6): 494-498.

Özmen, E., Ögel, K., Aker, T., Sağduyu, A., Tamar, D. ve Boratav, C. (2004). Public Attitudes To Depression in Urban Turkey. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 39(12): 1010-1016.

Özmen, E., Ögel, K., Aker, T., Sağduyu, A., Tamar, D. ve Boratav, C. (2005). Public Opinions and Beliefs About The Treatment of Depression in Urban Turkey. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 40(11): 869-876.

Özmen, E., Ögel, K., Boratav, C., Sagduyu, A., Aker, T. ve Tamar, D. (2003b). Depresyon İle İlgili Bilgi Ve Tutumlar: İstanbul Örnegi. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 14(2): 89-100.

Özmen, E., Özmen, D., Taşkın, E. O. ve Demet, M. M. (2003a). Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Depresyona Yönelik Tutumları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 4(87): 87-97.

Özyiğit, Ş., Savaş, H. A., Ersoy, M. A., Yüce, S., Tutkun, H. ve Sertbaş, G. (2004). Hemşirelerin Ve Hemşirelik Öğrencilerinin Şizofreniye İlişkin Tutumları. In*Yeni Symposium*. 42(3): 105-112.

Park, S. G., Bennett, M. E., Couture, S. M. ve Blanchard, J. J. (2013). Internalized Stigma in Schizophrenia: Relations with Dysfunctional Attitudes, Symptoms, and Quality of Life. *Psychiatry Research*. 205(1): 43-47.

Parle, S. (2012). How Does Stigma Affect People with Mental Illness?. *Nursing Times*. 108(28): 12-14.

Penn, D. L., Kommana, S., Mansfield, M. ve Link, B. G. (1999). Dispelling the Stigma of Schizophrenia: II. The Impact of Information on Dangerousness. *Schizophrenia Bulletin*. 25(3), 437-446.

Pescosolido, B. A., Monahan, J., Link, B. G., Stueve, A. ve Kikuzawa, S. (1999). The public's view of the competence, dangerousness, and need for legal coercion of persons with mental health problems. *American journal of public health*, *89*(9), 1339-1345.

Phelan, J. C. (2002). Genetic Bases of Mental Illness–A Cure For Stigma?.*Trends in Neurosciences*. 25(8): 430-431.

Phelan, J. C., Bromet, E. J. ve Link, B. G. (1998). Psychiatric Illness and Family Stigma. *Schizophrenia Bulletin*. 24(1): 115-126.

Phelan, J. C., Link, B. G., Stueve, A. ve Pescosolido, B. A. (2000). Public Conceptions of Mental Illness in 1950 and 1996: What is Mental Illness and Is It To Be Feared?. *Journal of Health and Social behavior*. 41: 188-207.

Phillips, M. R., Pearson, V., Li, F., Xu, M. ve Yang, L. (2002). Stigma and Expressed Emotion: A Study of People with Schizophrenia and Their Family Members in China. *The British Journal of Psychiatry*. 181(6): 488-493.

Pinto, A., Mancebo, M. C., Eisen, J. L., Pagano, M. E., ve Rasmussen, S. A. (2006). The Brown Longitudinal Obsessive Compulsive Study: Clinical Features and Symptoms of the Sample at Intake. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 67(5): 703-711.

Poyraz, C. A., Turan, Ş., Sağlam, N. G. U., Batun, G. Ç., Yassa, A. ve Duran, A.

(2015). Factors Associated with the Duration of Untreated Illness among Patients with Obsessive Compulsive Disorder. *Comprehensive Psychiatry*. 58: 88-93.

Pryor, J. B., Reeder, G. D. ve Monroe, A. E. (2012). The İnfection of Bad Company: Stigma By Association. *Journal of Personality and Social Psychology*. 102(2): 224-241.

Purdon, C. ve Clark, D. A. (2015). *Takıntılarla Başa Çıkma: Obsesif Kompulsif Bozukluğunuzu Kontrol Altına Almanın Yolları.* Çev. Aylin Gündoğdu ve Pınar İşçen. İstanbul: Psikonet Yayınları.

Quinn, D. M. ve Chaudoir, S. R. (2009). Living with A Concealable Stigmatized Identity: The Impact of Anticipated Stigma, Centrality, Salience, and Cultural Stigma on Psychological Distress and Health. *Journal of Personality and Social Psychology*. 97(4): 634-651.

Rasmussen, S. A. ve Eisen, J. L. (1991). Phenomenology of OCD: Clinical Subtypes, Heterogeneity and Coexistence. *The Psychobiology of Obsessive-Compulsive Disorder*. 13-43.

Rasmussen, S. A. ve Eisen, J. L. (1992). The Epidemiology and Differential Diagnosis of Obsessive-Compulsive Disorder. *In Zwangsstörungen/Obsessive-Compulsive Disorders* (ss. 1-14). Springer Berlin Heidelberg.

Rasmussen, S. A. ve Tsuang; M. T. (1986). Clinical Characteristics and Family History in DSM-III Obsessive-Compulsive Disorder. *The American Journal of Psychiatry*. 143(3): 317-322.

Read, J., Haslam, N., Sayce, L. ve Davies, E. (2006). Prejudice and Schizophrenia: A Review of The 'Mental Illness Is An Illness Like Any Other' Approach. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 114(5): 303-318.

Read, J. ve Law, A. (1999). The Relationship of Causal Beliefs and Contact with Users of Mental Health Services To Attitudes To The 'Mentally Ill'. *International Journal of Social Psychiatry*. 45(3): 216-229.

Ruscio, A. M., Stein, D. J., Chiu, W. T. ve Kessler, R. C. (2010). The Epidemiology of Obsessive-Compulsive Disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Mol Psychiatry*. 15(1): 53-63.

Russinova, Z., Griffin, S., Bloch, P., Wewiorski, N. J. ve Rosoklija, I. (2011). Workplace Prejudice and Discrimination toward Individuals with Mental Illnesses. *Journal of Vocational Rehabilitation*. 35(3): 227-241.

Rüsch, N., Angermeyer, M. C. ve Corrigan, P. W. (2005). Mental Illness Stigma: Concepts, Consequences, and Initiatives To Reduce Stigma. *European Psychiatry*. 20(8): 529-539.

Rüsch, N., Todd, A. R., Bodenhausen, G. V. ve Corrigan, P. W. (2010). Biogenetic Models of Psychopathology, Implicit Guilt, And Mental Illness Stigma. *Psychiatry Research*. 179(3): 328-332.

Ryan, T. (1998). Perceived Risks Associated with Mental Illness: Beyond Homicide and Suicide. *Social Science & Medicine*. 46(2): 287-297.

Sağduyu, A., Aker, T., Özmen, E., Ögel, K. ve Tamar, D. (2001). Halkın Şizofreniye Bakışı ve Yaklaşımı Üzerine Bir Epidemiyolojik Araştırma. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 12(2): 99-110.

Sağduyu, A., Aker, T., Özmen, E., Uğuz, S., Ögel, K. ve Tamar, D. (2002). Relatives' Beliefs and Attitudes Towards Schizophrenia: An Epidemiological Investigation. *Türk Psikiyatri Dergisi=Turkish journal of psychiatry*. 14(3): 203-212.

Sanden, R. L. M., Bos, A. E., Stutterheim, S. E., Pryor, J. B. ve Kok, G. (2013).

Experiences of Stigma by Association Among Family Members of People with Mental iIlness. *Rehabilitation Psychology*. 58(1): 73-80.

Sanden, R. L. M., Bos, A. E., Stutterheim, S. E., Pryor, J. B. ve Kok, G. (2015). Stigma by Association Among Family Members of People with a Mental Illness: A Qualitative Analysis. *Journal of Community & Applied Social Psychology*. 25(5): 400-417.

Savaş, H. A., Yumru, M., Göral, L. ve Özmen, M. E. (2006). Türkiye'nin Güneydoğusunda Psikiyatrik Hastalıklar Bağlamında Psikiyatri Ve Psikoloji İle İlişkili Bilgi Ve Tutumlar: Gaziantep Şehrinden Bir Kesit. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 7: 140-149.

Savrun, B. M., Arıkan, K., Uysal, O. ve Çetin, G. (2007). Gender Effect on Attitudes Towards The Mentally Ill: A Survey of Turkish University Students. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*. 44(1): 57-61.

Schomerus, G. ve Angermeyer, M. C. (2008). Special Articles Stigma and Its Impact on Help-Seeking for Mental Disorders: What Do We Know. *Epidemiol Psichiatr Soc*. 17(1): 31-37.

Schomerus, G., Matschinger, H. ve Angermeyer, M. C. (2014). Causal Beliefs of The Public and Social Acceptance of Persons with Mental Illness: A Comparative Analysis of Schizophrenia, Depression and Alcohol Dependence. *Psychological Medicine*. 44(02): 303-314.

Schomerus, G., Schwahn, C., Holzinger, A., Corrigan, P. W., Grabe, H. J., Carta, M. G. ve Angermeyer, M. C. (2012). Evolution of Public Attitudes About Mental Illness: A Systematic Review and Meta□Analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 125(6): 440-452.

Schulze, B. (2007). Stigma and Mental Health Professionals: A Review of The

Evidence on An Intricate Relationship. *International Review of Psychiatry*. 19(2): 137-155.

Schulze, B. ve Angermeyer, M. C. (2003). Subjective Experiences of Stigma. A Focus Group Study of Schizophrenic Patients, Their Relatives and Mental Health Professionals. *Social Science & Medicine*. 56: 299-312.

Sickel, A. E., Seacat, J. D. ve Nabors, N. A. (2014). Mental Health Stigma Update: A Review of Consequences. *Advances in Mental Health*. 12(3): 202-215.

Silton, N. R., Flannelly, K. J., Milstein, G. ve Vaaler, M. L. (2011). Stigma in America: Has Anything Changed?: Impact of Perceptions of Mental Illness and Dangerousness on The Desire for Social Distance: 1996 and 2006. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 199(6): 361-366.

Simonds, L. M. (2001). *Help-Seeking for Obsessions and Compulsions*. (Doktora Tezi). University of Greenwich.

Simonds, L. S. ve Thorpe, S. J. (2003). Attitudes Toward Obsessive Compulsive Disorders: An Experimental Investigation. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 38(6): 331-336.

Solomon, C. G. ve Grant, J. E. (2014). Obsessive–Compulsive Disorder. *New England Journal of Medicine*. 371(7): 646-653.

Steketee, G. (1993). Social Support and Treatment Outcome of Obsessive Compulsive Disorder at 9-Month Follow-Up. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*. 21(2): 81-95.

Steketee, G. (1997). Disability and Family Burden in Obsessive—Compulsive Disorder. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 42(9): 919-928.

Steketee, G. ve Barlow, D. H. (2004). Obsessive-Compulsive Disorder. *Anxiety and Its Disorders: The Nature and Treatment of Anxiety and Panic* (ss. 522-523). New York: Guilford Press.

Stengler□Wenzke, K., Trosbach, J., Dietrich, S. ve Angermeyer, M. C. (2004a). Coping Strategies Used by The Relatives of People with Obsessive–Compulsive Disorder. *Journal of Advanced Nursing*. 48(1): 35-42.

Stengler-Wenzke, K., Trosbach, J., Dietrich, S. ve Angermeyer, M. C. (2004b). Experience of Stigmatization by Relatives of Patients with Obsessive Compulsive Disorder. *Archives of Psychiatric Nursing*. 18(3): 88-96.

Struening, E. L., Perlick, D. A., Link, B. G., Hellman, F., Herman, D. ve Sirey, J. A. (2001). Stigma As A Barrier To Recovery: The Extent To Which Caregivers Believe Most People Devalue Consumers And Their Families. *Psychiatric Services*. 52(12): 1633-1638.

Stuart, H. (2006). Mental Illness and Employment Discrimination. *Current Opinion in Psychiatry*. 19(5): 522-526.

Stuart, H. ve Arboleda-Florez, J. (2001). Community Attitudes Toward People With Schizophrenia. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 46(3): 245-252.

Subramaniam, M., Abdin, E., Vaingankar, J. A. ve Chong, S. A. (2012). Obsessive–Compulsive Disorder: Prevalence, Correlates, Help-Seeking and Quality of Life in a Multiracial Asian Population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 47(12): 2035-2043.

Şen, F. S., Taşkın, E. O., Özmen, E., Ademir, Ö. ve Demet, M. M. (2003). Türkiye'de Kırsal Bir Bölgede Yaşayan Halkın Depresyona İlişkin Tutumları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 4: 133-143.

Taşkın, E. O. ve Özmen, E. (2004). Sosyodemografik Etmenlerin Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumlara Etkileri. *3P Dergisi*. 12(3): 13-24.

Taşkın, E. O., Şen, F. S., Aydemir, Ö., Demet, M., Özmen, E. ve İçelli, İ. (2002). Türkiye'de Kırsal Bir Bölgede Yaşayan Halkın Şizofreniye İlişkin Tutumları. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 13(3): 205-214.

Taşkın, E. O., Şen, F. S., Aydemir, O., Demet, M. M., Özmen, E. ve İçelli, I. (2003). Public Attitudes To Schizophrenia in Rural Turkey. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 38(10): 586-592.

Taşkın, E. O., Şen, F. S., Özmen, E. ve Aydemir, Ö. (2006). Kırsal Kesimde Depresyonlu Hastalara Yönelik Tutumlar: Sosyal Mesafe Ve Etkileyen Etmenler. *Psychiatry in Türkiye 2006.* 8(1): 11-17.

Teplin, L. A. ve Pruett, N. S. (1992). Police As Streetcorner Psychiatrist: Managing The Mentally Ill. *International Journal of Law and Psychiatry*. 15(2): 139-156.

Thornicroft, G. (2008). Stigma and Discrimination Limit Access To Mental Health Care. *Epidemiologia e psichiatria sociale*. 17(1), 14-19.

Thornicroft, G., Rose, D. ve Kassam, A. (2007). Discrimination in Health Care Against People with Mental Illness. International Review of Psychiatry. 19(2): 113-122.

Thornicroft, G., Rose, D., Kassam, A. ve Sartorius, N. (2007). Stigma: Ignorance, Prejudice or Discrimination?. *The British Journal of Psychiatry*. 190(3): 192-193.

Trosbach, J., Stengler-Wenzke, K. ve Angermeyer, M. C. (2003). Shame, Embarrassment and Trouble. *Psychiatrische Praxis*. 30(2): 62-67.

Ünal, S., Hisar, F., Çelik, B. ve Özgüven, Z. (2010). Üniversite Öğrencilerinin Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançları. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler*

Dergisi. 23(3): 145-150.

Van't Veer, J. T., Kraan, H. F., Drosseart, S. H. ve Modde, J. M. (2006). Determinants That Shape Public Attitudes Towards The Mentally Ill. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 41(4): 310-317.

Veltman, A., Cameron, J. I. ve Stewart, D. E. (2002). The Experience of Providing Care to Relatives with Chronic Mental Illness. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 190(2): 108-114.

Wahl, O. F. (1992). Mass Media Images of Mental Illness: A Review of The Literature. *Journal of Community Psychology*. 20(4): 343-352.

Wahl, O. F. (1997). *Media madness: Public images of mental illness*. Rutgers University Press.

Wahl, O. F. ve Harman, C. R. (1989). Family Views of Stigma. *Schizophrenia Bulletin*. 15(1): 131-139.

Wang, J. (2006). Perceived Barriers to Mental Health Service Use Among Individuals with Mental Disorders in The Canadian General Population. *Medical Care*. 44(2): 192-195.

Wang, P. S., Angermeyer, M., Borges, G., Bruffaerts, R., Chiu, W. T., De Girolamo, G., Fayyad, J., Gureje, O., Haro, J. M., Huang, Y., Kessler, R. C., Kovess, V., Levinson, D., Nakane, Y., Oakley Browne, M. A., Ormel, J. H., Posada-Villa, J., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Lee, S., Heeringa, S., Pennell, B. E., Chatterji, S., Üstün, T. B. (2007a). Delay and Failure in Treatment Seeking After First Onset of Mental Disorders in The World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry*. 6: 177-185.

Wang, P. S., Berglund, P., Olfson, M., Pincus, H. A., Wells, K. B. ve Kessler, R. C.

(2005). Failure and Delay in Initial Treatment Contact After First Onset Of Mental Disorders In The National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*. 62(6): 603-613.

Wang, J., Fick, G., Adair, C. ve Lai, D. (2007b). Gender Specific Correlates of Stigma Toward Depression in A Canadian General Population Sample. *Journal of Affective Disorders*. 103(1): 91-97.

Warman, D. M., Phalen, P. L. ve Martin, J. M. (2015). Impact of A Brief Education about Mental Illness on Stigma of OCD and Violent Thoughts. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. 5: 16-23.

Watson, A. C., Corrigan, P., Larson, J. E. ve Sells, M. (2007). Self-Stigma in People with Mental Illness. *Schizophrenia Bulletin*. 33(6): 1312-1318.

Watson, A. C., Corrigan, P. W. ve Ottati, V. (2004). Police Officers' Attitudes toward and Decisions about Persons with Mental Illness. *Psychiatric Services*. 55(1): 49-53.

Watson, A. C., Corrigan, P. W. ve Ottati, V. (2004). Police Responses to Persons with Mental Illness: Does the Label Matter?. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online*. 32(4): 378-385.

Weiner, B. (1980). A Cognitive (Attribution)-Emotion-Action Model of Motivated Behavior: An Analysis of Judgments of Help-Giving. *Journal of Personality and Social psychology*. 39(2): 186-200.

Weiner, B. (1995). Judgments of Responsibility: A Foundation for A Theory of Social Conduct. New York: Guilford Publications.

Weiner, B., Perry, R. P. ve Magnusson, J. (1988). An Attributional Analysis of Reactions To Stigmas. *Journal of Personality and Social Psychology*. 55(5): 738-

748.

Weissman, M. M., Bland, R. C., Canino, G. J., Greenwald, S., Hwu, H. G., Lee, C. K., Newman, S. C., Oakley-Browne, M., Rubio-Stipec, M., Wickramaratne, P. J. (1994). The Cross National Epidemiology of Obsessive Compulsive Disorder: The Cross National Collaborative Group. *Journal of Clinical Psychiatry*. 55: 5-10.

Williams, M. T., Domanico, J., Marques, L., Leblanc, N. J., ve Turkheimer, E. (2012). Barriers to Treatment Among African Americans with Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Anxiety Disorders*. 26(4): 555-563.

Wood, L., Birtel, M., Alsawy, S., Pyle, M. ve Morrison, A. (2014). Public Perceptions of Stigma Towards People with Schizophrenia, Depression and Anxiety. *Psychiatry Research*. 220(1): 604-608.

Yanos, P. T., Roe, D., Markus, K. ve Lysaker, P. H. (2015). Pathways Between Internalized Stigma and Outcomes Related To Recovery in Schizophrenia Spectrum Disorders. *Psychiatric Services*. 59(12): 1437-1442.

EKLER

EK 1: Kişisel Bilgi Formu

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

1) **Cinsiyetiniz:** ( ) Kadın ( ) Erkek

2) **Yaşınız:**.....

3) **Medeni Durumunuz:** .....

4) **Eğitim Durumunuz:**

( ) Okur-Yazar
( ) İlkokul mezunu
( ) Ortaokul mezunu
( ) Lise mezunu
( ) Yüksekokul mezunu
( ) Üniversite mezunu
( ) Yüksek Lisans mezunu
( ) Doktora mezunu

5) **Okumakta olduğunuz ya da mezun olduğunuz bölüm:**.....

6) **Mesleğiniz:**.....

7) **Şuan çalışıyor musunuz?**

( ) Evet ( ) Hayır

Yanıtınız **evet** ise, çalıştığınız kurum: .....

Pozisyon: .....

8) **Aylık Gelir Düzeyiniz:**

( ) 1000 TL ve altı ( ) 1001 - 2000 TL ( ) 2001 - 3000 TL

( ) 3001 - 4000 TL ( ) 4001 TL ve üzeri

9) **Yaşamakta olduğunuz yer:**

( ) Aile ile birlikte evde ( ) Tek başına evde ( ) Arkadaşlarla

( ) Yurtta ( ) Diğer..... birlikte evde

10) **Yaşamınızın büyük bölümünü nerede geçirdiniz?**

( ) Köy-Kasaba ( ) İlçe ( ) Şehir ( ) Büyükşehir

11) **Anneniniz eğitim durumu:**

( ) Okur-yazar değil
( ) Okur-yazar
( ) İlkokul
( ) Ortaokul
( ) Lise
( ) Üniversite
( ) Yüksek Lisans
( ) Doktora

12) **Babanızın eğitim durumu:**

( ) Okur-yazar değil
( ) Okur-yazar
( ) İlkokul
( ) Ortaokul
( ) Lise
( ) Üniversite
( ) Yüksek Lisans
( ) Doktora

13) Bugüne kadar doktora giderek herhangi bir psikiyatrik tanı aldınız mı?

( ) Evet ise, lütfen tanıyı belirtiniz:..... ( ) Hayır

14) Şuan psikiyatrik bir ilaç kullanıyor musunuz?

( ) Evet ise, lütfen belirtiniz:..... ( ) Hayır

15) Şuan psikoterapi (bireysel veya grup) desteği alıyor musunuz?

( ) Evet ( ) Hayır

16) Yakın çevrenizde (aile, arkadaş vb) doktora giderek herhangi bir psikiyatrik tanı alan oldu mu?

( ) Evet ( ) Hayır

Yanıtınız **evet** ise, lütfen tanısını belirtiniz:.....

Yanıtınız **evet** ise, lütfen yakınlık derecenizi belirtiniz:.....

EK 2: Ruhsal Bozukluklara Atfedilen Nedenler Ölçeği

RUHSAL BOZUKLUKLARA ATFEDİLEN NEDENLER ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki ifadelere ne ölçüde katıldığınızı yanlarında verilen derecelendirmeyi kullanarak belirtiniz.

Kesinlikle Katılmıyorum		Kararsızım		Kesinlikle Katılıyorum
1	2	3	4	5

	1	2	3	4	5
1. Psikolojik bozukluklar/rahatsızlıklar herkesin başına gelebilecek olağan bir durumdur.					
2. Psikolojik rahatsızlıklar, genetik faktörlerden kaynaklanır.					
3. Psikolojik rahatsızlıklar, beyin rahatsızlığı sebebiyle ortaya çıkar.					
4. Psikolojik rahatsızlıklar doğuştan gelir.					
5. Psikolojik rahatsızlıklar, stresli yaşam olaylarından (aile, sosyal çevre, eğitim, iş vb) sonra başlar.					
6. Psikolojik rahatsızlıklar, travma sonrası ruhsal çöküntü sonucu gözlenir.					
7. Psikolojik rahatsızlıklar, kişinin dayanıksızlığından dolayı oluşur.					
8. Psikolojik rahatsızlıklar, irade gücünün zayıf olmasından kaynaklanır.					
9. Psikolojik rahatsızlıklar, ahlaka aykırı davranışlar ve yaşam biçimi sonucu meydana gelir.					
10. Psikolojik rahatsızlıklar, cinsel yönden sapkın davranışlar sonucu ortaya çıkar.					
11. Psikolojik rahatsızlıklar kişilerin kaderidir.					

12. Psikolojik rahatsızlıklar ebeveynlerin ilgisizliğinden kaynaklanır.					
13. Psikolojik rahatsızlıklar, dağılmış aile ortamından (ebeveyn kaybı, boşanma vb) dolayı oluşur.					
14. Psikolojik rahatsızlıklar baskıcı aile ortamından kaynaklanır.					
15. Psikolojik rahatsızlıklar, aşırı koruyucu anne-baba tutumundan dolayı ortaya çıkar.					
16. Psikolojik rahatsızlıklar, kişinin günahlarından dolayı ilahi bir cezadır.					

EK 3: Vaka Vinyetleri

VAKA VİNYETLERİ

Bulaşma Vinyeti

Sema Hanım, 25 yaşında, evli, iki çocuğu olan lise mezunu bir ev hanımıdır. Sema Hanım size, son zamanlarda istem dışı şekilde aklına gelen, tekrarlayan ve sıkıntı veren düşüncelerinin olduğunu söylüyor. Bir süredir banyoda ve tuvalette fazlaca zaman harcıyor. Her tuvalet sonrasında defalarca elini yıkamasına rağmen, hala ellerinin temiz olmadığına ve üzerine pislik bulaştığına dair kaygılanıyor. Halka açık tuvalete gittiğinde, oradan kendisine ölümcül bir hastalık bulaşacağını düşünüyor. Bazı zamanlar 1 saatten daha fazla lavabo başında kaldığı oluyor. Umumi yerlerde kapı kollarına ve başkasına ait eşyalara kesinlikle dokunmak istemiyor. Paraya dokununca elini tekrar tekrar yıkamak zorunda hissediyor. Sema'nın bir hastalık kapabileceğine ve başka insanların dokunduğu nesnelere dokunursa, bu hastalığı onlara da bulaştıracağına dair yoğun korkuları var. Sema Hanım, bu zamana kadar bir hastalık tanısı almamış. Bu düşünceler ona çok mantıklı gelmese de endişeleri hala yoğun bir şekilde devam etmektedir.

Kontrol Vinyeti

Murat Bey, 32 yaşında, bekâr, bankada çalışan ve yalnız yaşayan bir erkektir. Size son zamanlarda istem dışı şekilde aklına gelen, tekrarlayan ve sıkıntı veren düşüncelerinin olduğunu söylüyor. Her sabah işe gitmek için evden dışarı çıktığında, banyodaki muslukları açık bırakıp bırakmadığına dair yoğun şüpheler yaşıyor. Banyo musluklarını açık bırakırsa, bütün evi su basacağından ve akıntının diğer dairelere ulaşıp zarar vereceğinden endişeleniyor. Bu nedenle evden çıkmadan hemen önce ve çıktıktan sonra geri dönerek muslukları tekrar tekrar kontrol ediyor. Benzeri endişe ve kontrol davranışları herhangi bir elektrikli aletin fişte kalması veya ocak için de geçerlidir. Tekrar tekrar kontrol ettiği için bu durum oldukça zaman kaybına yol

açıyor. Murat Bey'in hayatında bu güne kadar bu tarz korktuğu bir olay başına gelmemiştir ve bu düşüncelerin mantık dışı olduğunu biliyor. Buna rağmen, endişeleri hala yoğun bir şekilde devam ediyor.

Cinsellik Vinyeti

Merve Hanım 24 yaşında, bekâr bir kadındır. 4 yaşındaki yeğenine bakmak için sıklıkla ablasının evine gitmektedir. Merve Hanım size, son zamanlarda istem dışı şekilde aklına gelen, tekrarlayan ve sıkıntı veren düşüncelerinin olduğunu söylüyor. Farkında olmadan 4 yaşındaki yeğenine cinsel açıdan uygun olmayacak biçimde dokunmuş olabileceği veya cinsel tacizde bulunmuş olabileceği düşüncesi aklından geçiyor. Bunun saçma olduğunu ve kasıtlı olarak yapmayacağını bildiği halde yeğeni ile yalnız kalmaktan kaçınıyor. Yeğeni ve küçük yaştaki çocuklarla bir aradayken vücudunda cinsel uyarılma yaşayıp yaşamadığını tekrar tekrar kontrol ediyor ve sürekli olarak kendine bu tür bir uyarılma yaşamadığını söyleyerek kendini ikna etmeye çalışıyor. Merve Hanım daha önce herhangi bir çocuğa cinsel yönden uygunsuz bir şekilde davranmamıştır ve daha önce vücudunda çocuklara yönelik gerçek bir cinsel uyarılma hissetmemiştir. Bu düşünceler ona çok mantıklı gelmese de endişeleri hala yoğun bir şekilde devam etmektedir.

Din Vinyeti

Selim Bey 52 yaşında, muhafazakâr bir ailede yetişmiş olan bir muhasebecidir. Dini inancı, yaşamında belirleyici role sahiptir ve dini gerekleri ziyadesiyle yerine getirmektedir. Selim Bey size, son zamanlarda istem dışı şekilde aklına gelen, tekrarlayan ve sıkıntı veren düşüncelerinin olduğunu söylüyor. Özellikle Kur'an-ı Kerim okurken, dua ederken ya da namaz kılarken dine karşı, kutsal şeyleri aşağılayan ve küfür ve benzeri ifadeler içeren düşüncelerin aklına geldiğini söylüyor. Bu istenmeyen düşünceleri kafasından atmak için ısrarla tövbe ediyor ve ardından da dua ediyor. Ayrıca, kuşkularını azaltmak için Kur'an-ı Kerim'i inceliyor, yakın arkadaşlarına ve güvendiği din adamlarına sıklıkla danışıyor. Ancak,

ne yanıt alırsa alsın bu örüntü tekrarlanıyor. Bu düşünceler Selim Bey'e çok mantıklı gelmese de endişeleri hala yoğun bir şekilde devam etmektedir.

Şiddet Vinyeti

Esra Hanım 29 yaşında ve 2 yaşında bir erkek çocuk annesidir. Kendisi oğlu için en iyisini yapmaya gayret eden sevgi dolu bir ebeveyndir. Ancak, Esra Hanım size son zamanlarda istem dışı şekilde aklına gelen, tekrarlayan ve sıkıntı veren düşüncelerinin olduğunu söylüyor. Çocuğuyla mutfakta zaman geçirdiğinde, keskin bir bıçağı istemsiz bir biçimde ona saplama ve onu öldürme düşüncelerinin olduğunu söylüyor. Bu nedenle, mümkün olduğunca çocuğundan uzak kalmak istiyor ve çocuğu varken keskin ve sivri cisimleri eline alamıyor. Bunun çok saçma olduğunu ve kasıtlı olarak yapmayacağını bildiği halde, yine de bu düşüncelerin etkisinden kurtulamadığını ifade ediyor. Keskin ve sivri cisimler gördüğünde rahatsız oluyor. Bu yüzden, ortalıkta bıçak, iğne ve tornavida gibi cisimlerin bulunmasını istemiyor. Girdiği ortamlarda önce bu cisimleri kontrol ediyor ve kendini şiddet içerikli davranışları yapmayacağı yönünde tekrar tekrar telkin ediyor. Esra Hanım, hayatında bu zamana kadar şiddet içeren bir davranış sergilememiştir. Buna rağmen, endişeleri hala yoğun bir şekilde devam etmektedir.

Şizofreni Vinyeti

Hakan Bey, 28 yaşında, bekâr ve ailesiyle yaşayan bir erkektir. Son 6 aydır, iş arkadaşlarından ve yakın çevresinden gittikçe uzaklaşmaktadır. Hakan Bey, kimseye güvenmemektedir ve herkesin ona karşı zarar verme düşüncesinin olduğundan emindir. Arada bir yolda gördüğü insanların onun hakkında konuştuklarını, onunla dalga geçtiklerini ya da onu takip ettiklerini düşünmektedir. Hatta birkaç defa kendine karşı tuzak kurduklarını düşünerek onu hiç tanımayan insanlara saldırmıştır. Bir önceki gece, herkes gibi erkek kardeşinin de ona karşı olduğunu söyleyerek kardeşine küfretmeye başlamış ve aile üyelerinden uzaklaşmıştır. Hakan Bey, son zamanlarda kendini tehdit altında ve oldukça korkmuş hissettiği için evinden uzak bir otelde yaşamaya karar vermiştir. Ayrıca, korku ve

endişeleri yüzünden iş hayatına devam edememekte ve sosyal ilişkilerini sürdürememektedir.

EK 4: Sosyal Mesafe Ölçeği

SOSYAL MESAFE ÖLÇEĞİ

Okuduğunuz vaka örneğini düşünerek, aşağıdaki soruları cevaplayınız. Cevaplarken sorunun altında verilen derecelendirmeyi kullanınız. Her sorunun altına uygun gelen sayıyı işaretleyiniz. Her soruya sadece bir cevap veriniz. Ankette doğru veya yanlış cevap yoktur. Samimi cevaplar vermeniz önemlidir.

1. Bu kişi ile belediye otobüsünde yan yana oturmak sizi rahatsız eder mi?						
1	2	3	4	5	6	7
Kesinlikle rahatsız eder			Kararsızım			Kesinlikle rahatsız etmez
2. Bu kişi ile şehirlerarası otobüste, yedi saatlik bir yolculukta bir arada olmak sizi rahatsız eder mi?						
1	2	3	4	5	6	7
Kesinlikle rahatsız eder			Kararsızım			Kesinlikle rahatsız etmez
3. Bu kişinin sokağınızda işlettiği bakkal dükkânından alışveriş yapmak sizi rahatsız eder mi?						
1	2	3	4	5	6	7
Kesinlikle rahatsız eder			Kararsızım			Kesinlikle rahatsız etmez
4. Bir apartman dairesinde oturduğunuzu düşünelim. Bu kişinin apartmanınızda kapıcı olarak çalışması sizi rahatsız eder mi?						
1	2	3	4	5	6	7
Kesinlikle rahatsız eder			Kararsızım			Kesinlikle rahatsız etmez
5. Kiraya vermeyi istediğiniz bir eviniz olduğunu farz edelim. Evinizi bu kişiye kiralar mısınız?						
1	2	3	4	5	6	7
Kesinlikle kiralarım			Kararsızım			Kesinlikle kiralamam
6. Bu kişinin de geleceğini öğrendiğiniz bir aile toplantısına katılmak sizi rahatsız eder mi?						
1	2	3	4	5	6	7
Kesinlikle rahatsız eder			Kararsızım			Kesinlikle rahatsız etmez

7. Bir aile toplantısında karşılaştığınız bu kişi ile iskambil kâğıdı, okey, tombala ve benzeri bir oyunu oynar mısınız?

1	2	3	4	5	6	7
Kesinlikle oynarım			Kararsızım			Kesinlikle oynamam

8. Bir aile toplantısında karşılaştığınız bu kişi ile memleket meseleleri hakkında sohbet eder misiniz?

1	2	3	4	5	6	7
Kesinlikle sohbet ederim			Kararsızım			Kesinlikle sohbet etmem

9. Eğer bu kişiyi tanısaydınız, ona günlük sıkıntılarınızı anlatıp, onunla dertleşir miydiniz?

1	2	3	4	5	6	7
Kesinlikle dertleşirim			Kararsızım			Kesinlikle dertleşmem

10. Bu kişinin yanınızdaki daireye ya da eve taşınarak kapı komşunuz olması sizi rahatsız eder miydi?

1	2	3	4	5	6	7
Kesinlikle rahatsız eder			Kararsızım			Kesinlikle rahatsız etmez

11. Bu kişi bir kuaför/berber olsa, ona saçınızı kestirir miydiniz ya da yaptırır mıydınız?

1	2	3	4	5	6	7
Kesinlikle kestiririm/yaptırırım			Kararsızım			Kesinlikle kestirmem/yaptırmam

12. Bu kişi ile aynı işyerinde çalıştığınızı farz edelim. Aynı odayı onunla paylaşmak sizi rahatsız eder miydi?

1	2	3	4	5	6	7
Kesinlikle rahatsız eder			Kararsızım			Kesinlikle rahatsız etmez

13. Bu kişi ile aynı işyerinde ama farklı odalarda çalıştığınızı farz edelim. Bu kişi ile aynı çatı altında bulunmak sizi rahatsız eder miydi?

1	2	3	4	5	6	7
Kesinlikle rahatsız eder			Kararsızım			Kesinlikle rahatsız etmez

14. Bir kardeşiniz olduğunu farz edelim. Kardeşinizin bu kişiyle evlenmek istemesi sizi rahatsız eder miydi?

1	2	3	4	5	6	7
Kesinlikle rahatsız eder			Kararsızım			Kesinlikle rahatsız etmez

EK 5: Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği

RUHSAL HASTALIĞA YÖNELİK İNANÇLAR ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki ifadeler, sizin ruhsal hastalığa yönelik inançlarınızı ölçmek için geliştirilmiştir. Bu ifadeleri dikkatlice inceleyerek en doğru şekilde yanıtlamanız oldukça önemlidir. Ankete vereceğiniz yanıtlar araştırmacılar dışında hiç kimse tarafından okunmayacak ve farklı bir amaçla kullanılmayacaktır. Aşağıdaki her bir maddenin yanına, ilgili madde için size göre uygun gelen sayıyı işaretleyiniz. Lütfen size uygun olan tek bir kutucuğa X işareti koyarak yanıtınızı belirtiniz.

0.Tamamen katılmıyorum	**1**.Çoğunlukla katılmıyorum	**2**.Kısmen katılmıyorum	**3**.Kısmen katılıyorum	**4**.Çoğunlukla katılıyorum	**5**.Tamamen katılıyorum



	0	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
1. Ruhsal hastalığı olan bir bireyin başkalarına zarar verme olasılığı, sağlıklı bir bireye göre daha fazladır.						
2. Ruhsal hastalıklar, fiziksel hastalıklara göre, daha uzun bir iyileşme süreci gerektirir.						
3. Davranışları tehlikeli olması nedeniyle, ruhsal hastalığı olan bireylerden uzak durmak iyi bir fikirdir.						
4. "Ruhsal hastalık" ifadesi beni rahatsız eder.						
5. Ruhsal hastalığı olan bir bireyin, sorumluluğu az olan bir işte çalışması gerekir.						
6. Ruhsal hastalığı olan bireylerin suç işleme olasılığı daha fazladır.						
7. Ruhsal hastalıklar tekrarlayıcıdır.						

8. Ruhsal hastalık teşhisi alırsam; patronumun, arkadaşlarımın ve başkalarının, hakkımda düşünecekleri şeyler beni endişelendirir.						
9. Ruhsal hastalık teşhisi konmuş bireyler, hastalıklarının olumsuzluklarını ömür boyu yaşayacaklardır.						
10. Bir kez ruhsal hastalık tedavisi alan bireyler, gelecekte tekrar tedaviye gereksinim duyma eğilimindedirler.						
11. Ruhsal hastalığı olan bireylerin dakik olma veya sözünde durma gibi toplumsal kurallara uyması zordur.						
12. İnsanlar daha önce ruhsal hastalık tedavisi alan bir birey ile yakın arkadaşlık kurduğumu bilseydi, utanırdım.						
13. Bana zarar verebileceği nedeniyle, ruhsal hastalığı olan bireyden korkarım.						
14. Ruhsal hastalığı olan bir bireyin iyi anne- baba olma olasılığı daha düşüktür.						
15. Ailemden bir bireyin ruhsal hastalığı olsa, utanırım.						
16. Ruhsal hastalığın tamamen iyileşebileceğine inanmıyorum.						
17. Sorumluluk alamadıkları için ruhsal hastalığı olan bireylerin kendi başlarına yaşayabilmeleri çok uygun değildir.						
18. Çoğu birey ruhsal hastalığı olan bir bireyle, bile bile arkadaşlık kurmaz.						
19. Ruhsal hastalığı olan bireylerin davranışları önceden tahmin edilemez.						
20. Ne kadar tedavi edilirse edilsin, ruhsal hastalığın iyileşmesi mümkün değildir.						
21. Çalışma ekibimdeki ruhsal hastalığı olan bir bireyin yaptığı işe güvenemem.						

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
EDEBİYAT FAKÜLTESİ
Etik Kurulu Kararları

Toplantı Tarihi: 24.12.2015 **Toplantı Sayısı:** 11 **Karar:** 4

Dekan Prof. Dr. Abbas TÜRNÜKLÜ'nün başkanlığında belirtilen üyelerin katılımı ile Perşembe günü saat 15:00'de toplanan Fakültemiz Etik Kurulu aşağıdaki konuyu görüşerek karara bağladı.

KARAR:

Fakültemiz Psikoloji Bölümü Öğretim Üyesi Doç.Dr. Orçun YORULMAZ'ın sorumlu araştırmacı olarak yer aldığı ve Gülşah DURNA'nın araştırmacı olarak katıldığı, yüksek lisans tezi kapsamında yürütülecek "Obsesif-Kompulsif Bozukluğa Yönelik Tepkilerin Sosyo-Bilişsel Damgalama Modeli Kapsamında İncelenmesi" başlıklı Araştırma Proje Önerisi Formları ve ekleri incelendi.

Yapılan görüşmeler sonunda;

Fakültemiz Psikoloji Bölümü Öğretim Üyesi Doç.Dr. Orçun YORULMAZ'ın sorumlu araştırmacı olarak yer aldığı ve Gülşah DURNA'nın araştırmacı olarak katıldığı, yüksek lisans tezi kapsamında yürütülecek "Obsesif-Kompulsif Bozukluğa Yönelik Tepkilerin Sosyo-Bilişsel Damgalama Modeli Kapsamında İncelenmesi" başlıklı Araştırma Proje Önerisinin Fakültemiz Etik Kurulu'nca etik açıdan uygunluğuna oybirliği ile karar verildi.

Prof.Dr. Abbas TÜRNÜKLÜ
DEKAN

Prof.Dr. Levent AYSEVER

(K A T I L A M A D I)
Yard.Doç.Dr. Özgün KOŞANER

Prof.Dr. Reçai TEKOĞLU

(K A T I L A M A D I)
Yard.Doç.Dr. Müge IŞIKLAR KOÇAK

Doç.Dr. Gülay DİRİK

Yard.Doç.Dr. Devrim ÇETİN GÜVEN

Doç.Dr. Yeşim BAŞARIR

(K A T I L A M A D I)
Yard.Doç.Dr. Gazanfer KAYA

Doç.Dr. Aygün EKİN MERİÇ

Yard.Doç.Dr. Nurcan ŞEN

(K A T I L A M A D I)
Yard.Doç.Dr. Urungu AKGÜL

Raportör: Gülay SAYAR