



**T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI**

HEMŞİRELERDE DAMGALAMA VE AYRIMCILIK EĞİLİMİ ÖLÇEĞİNİN GELİŞTİRİLMESİ

Doktora Tezi

Sevil MASAT HARBALİ

Danışman
Prof. Dr. Zeliha KOÇ

SAMSUN
2023

**T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI**



HEMŞİRELERDE DAMGALAMA VE AYRIMCILIK EĞİLİMİ ÖLÇEĞİNİN GELİŞTİRİLMESİ

Doktora Tezi

SEVİL MASAT HARBALİ

Danışman
Prof. Dr. Zeliha KOÇ

SAMSUN
2023

TEZ KABUL VE ONAYI

Sevil MASAT HARBALİ tarafından, Prof. Dr. Zeliha KOÇ danışmanlığında hazırlanan “HEMŞİRELERDE DAMGALAMA VE AYRIMCILIK EĞİLİMİ ÖLÇEĞİNİN GELİŞTİRİLMESİ” başlıklı bu çalışma, jürimiz tarafından 25.8.2023 tarihinde yapılan sınav sonucunda oy birliği ile başarılı bulunarak Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

	Unvanı Adı Soyadı Üniversitesi Ana Bilim/Ana Sanat Dalı	Sonuç
Başkan	Prof. Dr. Zeliha KOÇ Ondokuz Mayıs Üniversitesi Ebelik Ana Bilim Dalı	☒ Kabul ☐ Ret
Üye	Dr. Öğr. Üyesi Seval AĞAÇDİKEN ALKAN Ondokuz Mayıs Üniversitesi Hemşirelik Ana Bilim Dalı	☒ Kabul ☐ Ret
Üye	Dr. Öğr. Üyesi Aynur ARSLAN Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sosyal Hizmet Ana Bilim Dalı	☒ Kabul ☐ Ret
Üye	Doç. Dr. Münevver SÖNMEZ Atılım Üniversitesi Hemşirelik Ana Bilim Dalı	☒ Kabul ☐ Ret
Üye	Dr. Öğr. Üyesi Aslı KURTGÖZ Amasya Üniversitesi Terapi ve Rehabilitasyon Bölümü	☒ Kabul ☐ Ret

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

Prof. Dr. Ahmet TABAK
Enstitü Müdürü

BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK BEYANI

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

Etik Kurul Gerekli mi ?

Evet ☒ (Gerekli ise ekler kısmına ekleyiniz)

Hayır ☐

22 /06/2023

Sevil MASAT HARBALİ

TEZ ÇALIŞMASI ÖZGÜNLÜK RAPORU BEYANI

Tez Başlığı : HEMŞİRELERDE DAMGALAMA VE AYRIMCILIK EĞİLİMİ
ÖLÇEĞİNİN GELİŞTİRİLMESİ

Yukarıda başlığı belirtilen tez çalışması için şahsım tarafından 20/06/2023 tarihinde intihal tespit programından alınmış olan özgünlük raporu sonucunda;

Benzerlik oranı : %15

Tek kaynak oranı : % 3 çıkmıştır.

22/06/2023

Prof. Dr. Zeliha KOÇ

ÖZET

HEMŞİRELERDE DAMGALAMA VE AYRIMCILIK EĞİLİMİ ÖLÇEĞİNİN GELİŞTİRİLMESİ

Sevil MASAT HARBALİ
Ondokuz Mayıs Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Hemşirelik Ana Bilim Dalı
Doktora, 08/2023

Danışman: Prof. Dr. Zeliha KOÇ

Amaç: Metodolojik ve tanımlayıcı tipte yürütülen bu çalışmanın amacı “Hemşirelerde Damgalama ve Ayrımcılık Eğilimi Ölçeği”ni geliştirmektir.

Materyal ve Metod: Araştırma 11/03/2020-15/06/2023 tarihleri arasında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi’nde yürütüldü. Araştırmada, nitel ve nicel araştırma yöntemlerinin bir arada kullanıldığı karma desen araştırma yönteminden yararlanıldı. Araştırmanın birinci aşamasında 21 hemşire ile fenomenolojik görüşmeler yapıldı. Literatür taraması ve hemşirelerle yapılan görüşmelerden elde edilen veriler doğrultusunda ölçek madde havuzu oluşturuldu. Araştırmanın ikinci aşamasında ölçek geliştirme adımları doğrultusunda 400 hemşireye Hemşirelerde Damgalama ve Ayrımcılık Eğilimi Ölçeği Taslağı’nın geçerlik ve güvenirlik analizleri uygulandı. Nicel verilerin analizinde SPSS 28 ve IBM SPSS Amos 21.0 programları, nitel verilerin analizinde MAXQDA 22 programı kullanıldı.

Bulgular: Uzman görüşleri sonrasında Hemşirelerde Damgalama ve Ayrımcılık Eğilimi Ölçeği’nin Kapsam Geçerlik İndeksi 0,97 olarak belirlendi. Doğrulamalı faktör analizi sonucunda ölçek 17 madde ve 4 alt boyuttan (algı ve farkındalık, bulaşıcı hastalık, obezite, ruhsal hastalık) oluşan son halini aldı. Hemşirelerde Damgalama ve Ayrımcılık Eğilimi Ölçeği’nin uyum iyiliği değerleri χ^2/sd : 2,879; GFI: 0,918; AGFI: 0,887; CFI: 0,922; RMSEA:0,069; SRMR:0,061 olarak belirlendi. Ölçeğin zamana karşı güvenirliğini belirleyen test-tekrar testi sonucunda verilen yanıtlar arasındaki uyumun çok iyi düzeyde olduğu saptandı (ICC: 0,960; $p<0,001$). Ölçeğin genel Cronbach Alfa güvenirlik katsayısının 0,777 olduğu ve ölçek alt boyutlarının Cronbach Alfa güvenirlik katsayılarının ise 0,675 ile 0,862 arasında değiştiği belirlendi. Nitel veri analizi sonucunda 4 tema ile 27 alt tema elde edildi. Çalışmadaki ana temalar; damgalama ve ayrımcılığın nedenleri, damgalama ve ayrımcılık uygulanan gruplar, damgalama ve ayrımcılığın sonuçları ile damgalama ve ayrımcılığın önlenmesine yönelik öneriler olarak belirlendi.

Sonuç: Bu çalışmada Hemşirelerde Damgalama ve Ayrımcılık Eğilimi Ölçeği’nin (HDAEÖ) geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu belirlendi.

Anahtar Sözcükler: Ayrımcılık, Damgalama, Eğilim, Hemşire

ABSTRACT

DEVELOPMENT OF STIGMATIZATION AND DISCRIMINATION TENDENCY IN NURSES SCALE

Sevil MASAT HARBALI

Ondokuz Mayıs University

Institute of Graduate Studies

Department of Nursing

Ph.D., 08/2023

Supervisor: Prof. Dr. Zeliha KOÇ

Purpose: The purpose of this methodological descriptive study was to develop “Stigmatization and Discrimination Tendency in Nurses Scale”

Materials ve Methods: The study was conducted in Ondokuz Mayıs University Healthcare Practice and Research Center between 11/03/2020 and 15/06/2023. In the study, a mixed design research method using qualitative and quantitative methods together was utilized. During the first stage of the study, phenomenological interviews were carried out with 21 nurses. In line with the data acquired from the literature review and interviews with the nurses, an item pool for the scale was created. During the second stage of the study, validity and reliability analyses of the “Stigmatization and Discrimination Tendency in Nurses Scale Draft” was applied to 400 nurses according to scale development steps. In analysis of the quantitative data, the SPSS 28 and IBM SPSS Amos 21.0 programs were utilized. In analysis of the qualitative data, the MAXQDA program was utilized.

Findings: According to the expert opinions, Content Validity Index of the Stigmatization and Discrimination Tendency in Nurses Scale was found to be 0.97. As a result of the confirmatory factor analysis, the scale was finalized as 17 items and four subscales (perception and awareness, contagious disease, obesity, mental illness). Goodness of fit values of the Stigmatization and Discrimination Tendency in Nurses Scale were found to be χ^2/df : 2.879, GFI: 0.918, AGFI: 0.887, CFI: 0.922, RMSEA: 0.069, SRMR: 0.061). As a result of the test-retest which determined the reliability of the scale against time, the fit between the answers was found to be very good (ICC: 0.960, $p < 0.001$). It was determined that the total Cronbach’s Alpha reliability coefficient of the scale was 0.777 and the Cronbach’s Alpha reliability coefficients of the subscales ranged from 0.675 to 0.862. As a result of the qualitative data analysis, four themes and 27 subthemes were obtained. Main themes in the study were specified as reasons of stigmatization and discrimination, groups subjected to stigmatization and discrimination, outcomes of stigmatization and discrimination and recommendations for preventing stigmatization and discrimination.

Conclusion: In the present study, it was determined that the Stigmatization and Discrimination Tendency in Nurses Scale (SDTNS) was a valid and reliable scale.

Keywords: Discrimination, Stigmatization, Tendency, Nurse

ÖN SÖZ VE TEŞEKKÜR

Yüksek lisans ve doktora eğitimim boyunca bana her zaman bilgi ve tecrübeleri ile rehberlik eden, desteğini ve sevgisini hissettiğim, kendisiyle çalışmaktan onur ve mutluluk duyduğum danışman hocam Sayın Prof. Dr. Zeliha KOÇ'a,

Tez izleme komitesinde görev alarak tüm süreçte çalışmama değerli katkılar sunan Dr. Öğr. Üyesi Aynur ARSLAN'e ve Dr. Öğr. Üyesi Seval AĞAÇDİKEN ALKAN'a, tez savunma sınavımda katkılarını sunan Doç. Dr. Münevver SÖNMEZ ve Dr. Öğr. Üyesi Aslı KURTGÖZ'e,

Bana tüm lisansüstü eğitimin boyunca her ihtiyacım olduğunda destek olan, birlikte çalışmaktan mutluluk ve onur duyduğum Arş. Gör. Dr. Tuğba KAVALALI ERDOĞAN ve Öğr. Gör. Dr. Cansev BAL'a,

Lisansüstü eğitim sürecini keyifle geçirdiğim Esra DANACI, Ebru TURHAL ve Esra ÖZBUDAK'a,

Çalışmamın tamamlanmasında bana destek olan sevgili meslektaşım Hemşire Büşra GÜNAYDIN'a ve çalışmaya katılmayı kabul eden tüm meslektaşlarıma,

Her zaman ve her koşulda beni destekleyen, yanımda olan, sevgisini hissettiren canım aileme,

Eğitim sürecimin en büyük destekçisi olan canım eşime,

Yüzümü güldüren ve bana güç veren canım kızım Güneş'ime

En içten duygularıyla teşekkürlerimi sunarım.

Sevil MASAT HARBALİ

İÇİNDEKİLER

TEZ KABUL VE ONAYI	i
BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK BEYANI	ii
TEZ ÇALIŞMASI ÖZGÜNLÜK RAPORU BEYANI	ii
ÖZET	iii
ABSTRACT	iv
ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR	v
İÇİNDEKİLER	vi
SİMGELER VE KISALTMALAR	viii
ŞEKİLLER DİZİNİ	ix
TABLolar DİZİNİ	x
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Kavramsal Çerçevesi.....	3
1.3. Araştırmanın Amacı.....	4
1.4. Araştırmanın Hipotezleri.....	5
2. GENEL BİLGİLER.....	6
2.1. Damgalama	6
2.1.1. Damgalamanın Tarihsel Gelişimi.....	7
2.1.2. Damgalama İle İlgili Kuram ve Teoriler.....	8
2.1.2.1. Etiketleme Kuramı.....	8
2.1.2.2. Yükleme Teorisi.....	8
2.1.2.3. Sosyal Kimlik Kuramı.....	9
2.1.2.4. Sosyal Temsiller Teorisi.....	9
2.1.3. Damgalama Nedenleri.....	10
2.1.4. Damgalama Türleri ve Aşamaları.....	11
2.1.5. Damgalamanın Sonuçları.....	12
2.2. Ayrımcılık	13
2.2.1. Ayrımcılık İle İlgili Kuram ve Teoriler.....	13
2.2.2. Ayrımcılık Türleri.....	14
2.3. Sağlık Alanında Damgalama ve Ayrımcılık	16
2.4. Sağlık Alanında Damgalama ve Ayrımcılık Konusunda Yapılan Araştırmalar.....	17
2.5. Damgalama ve Ayrımcılığın Hemşirelik Bakımı Üzerine Etkisi.....	20
2.6. Ölçek Geliştirme.....	21
2.6.1. Geçerlik.....	21
2.6.2. Güvenirlik.....	22
2.6.3. Faktör Analizi.....	22
3. MATERYAL VE METOT	24
3.1. Materyal	24
3.1.1. Araştırmanın Türü.....	24
3.1.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	24
3.2. Metot	24
3.2.1. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	24
3.2.1.1. Araştırmanın Nicel Boyutunda Örneklem Seçimi	24
3.2.1.2. Araştırmanın Nitel Boyutunda Örneklem Seçimi	25
3.2.2. Verilerin Toplanması	25
3.2.2.1. Nicel Verilerin Toplanması.....	25
3.2.2.2. Nitel Verilerin Toplanması	26
3.2.3. Veri Toplama Araçları	26
3.2.3.1. Nicel Verilerin Toplanmasında Kullanılan Veri Toplama Araçları.....	26
3.2.3.2. Nitel Verilerin Toplanmasında Kullanılan Veri Toplama Araçları	28
3.2.4. Verilerin Değerlendirilmesi	29
3.2.4.1. Nicel Verilerin Değerlendirilmesi.....	29
3.2.4.2. Nitel Verilerin Değerlendirilmesi	30

3.2.5. Araştırmanın Etik Boyutu	30
3.2.6. Araştırmanın Sınırlılıkları	31
4. BULGULAR.....	34
4.1. Hemşirelerde Damgalama ve Ayrımcılık Eğilimi Ölçeği'nin Geçerlik Analizleri	34
4.1.1. Kapsam Geçerliği.....	34
4.1.2. Yapı Geçerliği	36
4.2. Hemşirelerde Damgalama ve Ayrımcılık Eğilimi Ölçeği'nin Güvenirlik Analizleri .	43
4.2.1. İç Tutarlılık	43
4.2.2. Test-Tekrar Test (Test/Retest) Yöntemi/Değişmezlik Güvenirliği.....	44
4.3. Nicel Verilere İlişkin Bulgular	45
4.3.1. Hemşirelerin Sosyodemografik ve Çalışma Yaşamına İlişkin Bulgular	45
4.3.2. Hemşirelerde Damgalama ve Ayrımcılık Eğilimi Ölçeği'ne İlişkin Bulgular	47
4.4. Hemşirelerden Elde Edilen Nitel Verilere İlişkin Bulgular	52
4.4.1. Araştırmanın Nitel Bölümüne Katılan Hemşirelerin Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulgular	52
4.4.2. Hemşirelerin Damgalama ve Ayrımcılık Hakkındaki Düşünceleri ile İlgili İçerik Analizi Sonuçları ile İlgili Bulgular	52
5. TARTIŞMA.....	62
5.1. Hemşirelerde Damgalama ve Ayrımcılık Eğilimi Ölçeği'nin Geçerlik ve Güvenirlik Bulgularının Tartışılması	62
5.2. Hemşirelerin Damgalama ve Ayrımcılık Eğilimine Yönelik Tutumlarını Etkileyen Nicel Verilerin Tartışılması	64
5.3. Hemşirelerin Damgalama ve Ayrımcılık Eğilimini Etkileyen Nitel Verilerin Tartışılması	67
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	70
6.1. Sonuçlar.....	70
6.2. Öneriler.....	70
KAYNAKÇA	72
EKLER	91
Ek 1. Hemşire Tanıtıcı Bilgi Formu.....	91
Ek 2. Hemşirelerde Damgalama ve Ayrımcılık Eğilimi Ölçeği Taslağı.....	92
Ek 3. Hemşirelerde Damgalama ve Ayrımcılık Eğilimi Ölçeği.....	94
Ek 4. Ölçek Geliştirme ve Uyarlama Kursu Katılım Belgesi.....	95
Ek 5. Nitel Araştırma Kursu Katılım Belgesi	96
Ek 6. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul İzni.....	97
Ek 7. Kurum Araştırma İzni.....	98
Ek 8. Görüşlerine Başvurulan Uzman Listesi.....	99
ÖZGEÇMİŞ.....	100

SİMGELER VE KISALTMALAR

AFA	: Açıklayıcı Faktör Analizi
CDC	: Centers for Disease Control and Prevention (Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi)
CFI	: Cognitive Flexibility Scale (Karşılaştırılmalı Uyum İndeksi)
COVID-19	: Koronavirüs Hastalığı 2019
DFA	: Doğrulayıcı Faktör Analizi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
D	: Olayın Görülüş Sıklığına Göre Yapılmak İstenen “+” Sapma
F	: ANOVA(Tek Yönlü Varyans Analizi)
GFI	: Goodness-Of-Fit Index (Uyum İyiliği İndeksi)
HDAEÖ	: Hemşirelerde Damgalama ve Ayrımcılık Eğilimi Ölçeği
HIV/ AIDS	: Human Immunodeficiency Virus/ Acquired Immune Deficiency Syndrome (Kazanılmış Bağışıklık Yetersizliği Sendromu)
ICC	: Intra-Class Correlation Coefficient (Sınıf İçi Korelasyon Katsayısı)
IFI	: Incremental Fit Index (Fazlalık Uyum İndeksi)
ILO	: International Labour Organization (Uluslararası Çalışma Örgütü)
KMO	: Kaiser Meyer Olkin
KGİ	: Kapsam Geçerlik İndeksi
KGO	: Kapsam Geçerlik Oranı
KGÖ	: Kapsam Geçerlik Ölçütü
Min-Max	: Minimum-Maksimum
n	: Örneklem alınacak birey sayısı
N	: Evrendeki birey sayısı
NFI	: Normed Fit Index (Normlaştırılmış Uyum İndeksi)
NNFI	: Non-Normed Fit Index (Normlaştırılmamış Uyum İndeksi)
Ort	: Ortalama
P	: Anlamlılık düzeyi
Q	: İncelenen Olayın Görülmeme Sıklığı (1-p)
RMSEA	: Root Mean Square Error of Approximation (Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü)
T	: Bağımsız Örneklem T Testi
Tbc	: Tüberküloz
TEMĐ	: Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği
R	: Korelasyon katsayısı

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 3.1. Araştırma Akış Şeması	32
Şekil 3.2. Araştırmanın Planı	33
Şekil 4.1. Hemşirelerde Damgalama ve Ayrımcılık Eğilimi Ölçeği'ne İlişkin Ölçüm Modeli.....	42
Şekil 4.2. Hemşirelerde Damgalama ve Ayrımcılık Eğilimine Yönelik Oluşturulan Tema ve Alt Temaların Kavram Haritası	60
Şekil 4.3. Hemşirelerde Damgalama ve Ayrımcılık Eğilimine Yönelik Oluşturulan Kod Bulutu.....	61



TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 3.1. Araştırmada Kullanılan İstatistiksel Yöntemler.....	30
Tablo 4.1. Kapsam Geçerlik Ölçütü İçin Minimum Değerler.....	34
Tablo 4.2. 40 Maddeye Ait KGO Değerleri.....	35
Tablo 4.3. Hemşirelerde Damgalama ve Ayrımcılık Eğilimi Ölçeği taslağına ait KMO değeri ve Bartlett Küresellik test sonuçları.....	37
Tablo 4.4. Hemşirelerde Damgalama ve Ayrımcılık Eğilimi Ölçeği varyans açıklama tablosu.....	39
Tablo 4.5. Hemşirelerde Damgalama ve Ayrımcılık Eğilimi Ölçeği taslağı maddelerinin faktör yük değerleri.....	40
Tablo 4.6. Hemşirelerde Damgalama ve Ayrımcılık Eğilimi Ölçeği taslağı ölçüm modelinin uyum indeks değerleri ve iyi uyum değerleri.....	41
Tablo 4.7. Hemşirelerde Damgalama ve Ayrımcılık Eğilimi Ölçeği taslağı maddelerinin doğrulayıcı faktör analizi sonrası faktör yük değerleri.....	41
Tablo 4.8. Hemşirelerde Damgalama ve Ayrımcılık Eğilimi Ölçeği taslağının güvenirlik analizi sonuçları.....	43
Tablo 4.9. Hemşirelerde Damgalama ve Ayrımcılık Eğilimi Ölçeği taslağının test tekrar test puanları arasındaki Sınıf İçi Korelasyon Katsayısı ve anlamlılıkları.....	44
Tablo 4.10. Hemşirelerde Damgalama ve Ayrımcılık Eğilimi Ölçeği alt boyut isimleri, madde sayısı ve maddeler.....	44
Tablo 4.11. Hemşirelerin sosyodemografik özelliklerinin dağılımı.....	45
Tablo 4.12. Hemşirelerin çalışma yaşamına ilişkin özellikler.....	46
Tablo 4.13. Hemşirelerin damgalama ve ayrımcılık ile ilgili düşüncelerine ilişkin bulgular...	47
Tablo 4.14. Hemşirelerde Damgalama ve Ayrımcılık Eğilimi Ölçeği ve alt boyutları puanlarının ortalama ve standart sapma değerleri.....	48
Tablo 4.15. Hemşirelerde Damgalama ve Ayrımcılık Eğilimi Ölçeği ve alt boyut puanlarının hemşirelerin bazı sosyodemografik ve çalışma özellikleri ile karşılaştırılması.....	50
Tablo 4.16. Araştırmanın nitel bölümüne katılan hemşirelerin sosyodemografik özelliklerinin dağılımı.....	52
Tablo 4.17. Hemşirelerin damgalama ve ayrımcılık eğilimlerini etkileyen faktörlerin incelenmesine yönelik temalar ve alt temalar.....	53

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Kültürel ve ahlaki normlar toplumdan topluma farklılık gösterebilmektedir. Bu kültürel ve ahlaki normları gözardı etmek, bazı birey ya da gruplara yönelik damgalama ve ayrımcılık gibi adil olmayan tutum ve davranışlar sergilenmesine neden olabilmektedir. Damgalama insanı itibarsızlaştıran ve değerini düşüren bir fenomen olarak açıklanabilmektedir. Damgalamanın kavramsal çerçevesinin ilk olarak Sembolik Etkileşimcilik Kuramı'ndan etkilenen Erving Goffman (1963) tarafından "Stigma: Notes on Management of Spoiled Identity" kitabında tanımlandığı bildirilmektedir. Damgalamanın, insanların var olan belirgin fiziksel ve bireysel farklılıklarına odaklanan, bu farklılıklar nedeniyle kişiyi "bütün ve olağan bir kişiden küçülmüş bir kişiye" indirgeyen bir kavram olduğu belirtilmektedir (Goffman, 1963).

Sosyal bilimciler damgalamayı; "normalden sapma, toplum içinde bireyleri değersizleştirme ve istenmeyen özellikler" ile ilişkilendirebilmektedir (Crocker et al., 1998; Jones et al., 1984; Stafford and Scott, 1986). Link ve Phelan (2001) damgalamanın dört bileşenden oluştuğunu ifade etmektedir. Bu bileşenlerden birincisi insanların farklılıkları damgalayıp etiketleme eğiliminde olmasıdır. İkincisi farklı niteliklere sahip bireylerin belirlenerek basma kalıp ifadelerle kategorilendirilmesidir. Üçüncüsü bireyleri "biz" ve "onlar" şeklinde gruplara ayırmadır. Dördüncüsü ise "statü kaybı ve ayrımcılık yaşama" durumunun ortaya çıkmasıdır (Link and Phelan, 2001).

Ayrımcılık, bireyin sürekli damgalayıcı tutum ve davranışlara maruz kalması sonucunda statü kaybına uğraması olarak ifade edilebilmektedir. Bireyler ırk, cinsiyet, yaş, cinsel yönelim, engellilik, etnik köken gibi bir çok faktöre bağlı olarak, toplumdan dışlanabilmektedir. Bireyler haksız tutum ve davranışlara maruz kaldıklarında ayrımcılık ortaya çıkabilmektedir. Bireyler ayrımcılığa maruz kaldığında bir çok fırsat ve seçeneği kaybedebilmektedir (Kite and Bernard, 2016). Literatürde özellikle ruhsal hastalığa sahip bireylerin eğitim, iş ve barınma gereksinimleri de başta olmak üzere hayatın birçok alanında ayrımcılığa maruz kaldıkları bildirilmektedir (Corrigan et al., 2000; Esin, 2021).

Damgalama ve ayrımcılık aile hayatı ve iş yaşamı başta olmak üzere toplumsal yaşamın her aşamasında bireylerin iyilik halini tehdit edebilmektedir. Damgalama ve

ayrımcılığın kişiler arası ilişkileri engelleyen; bireyi fiziksel, sosyal ve ekonomik açıdan zarara uğratan olumsuz deneyimler toplamı olduğu bildirilmektedir (Yaman ve Güngör, 2014). Aynı zamanda damgalama ve ayrımcılık, bireyin sosyal çevresinde problemlere neden olabilmektedir. Literatürde damgalama ve ayrımcılığın bireyin benlik kavramı üzerinde kalıcı izler bırakan, başa çıkılması ve atlatılması oldukça zor bir deneyim olduğu belirtilmektedir (Esen, 2021; Yaman ve Güngör, 2014). Bu nedenle sağlık bakım ortamlarında, damgalama ve ayrımcılığın önlenmesinin son derece önemli olduğu vurgulanmaktadır (Kavuncubaşı, 2013).

Sağlığı tehdit eden birçok fizyolojik ve psikolojik riske maruz kalmanın, çalışma ortamında çok farklı hastalık ve meslek gruplarıyla doğrudan iletişim halinde olmanın, insan hayatıyla uğraşmanın getirdiği kaygı ve stresin, sağlık alanında damgalama ve ayrımcılık kavramlarının önemini artırdığı bildirilmektedir (Akbolat ve Ünal, 2017). Aynı zamanda sağlık kurumlarında bakım ve tedavi girişimlerinin başarısının, sağlıklı/hasta birey ile sağlık profesyonelleri arasındaki iletişimin etkin ve verimli olmasına bağlı olduğu vurgulanmaktadır. Bu doğrultuda sağlık bakım ortamlarında bireylere optimal sağlık bakım hizmeti sunabilmek için damgalayıcı ve ayrımcı tutumların belirlenmesinin ve önlemeye yönelik girişimlerin planlanmasının son derece önemli olduğu bildirilmektedir (Alkan vd., 2016).

Sağlıklı/hasta birey ve yakınlarının, doğrudan ya da dolaylı olarak damgalayıcı ve ayrımcı tutumlara maruz kalması bakım ve tedavi sürecini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Birey sahip olduğu herhangi bir niteliğinden dolayı ayrımcı, küçük düşürücü ve damgalayıcı tutumlara maruz kalabilmektedir. Hasta Hakları Yönetmeliği'ne göre; her bireyin sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı olmasına ve bireyin bu hakkı anayasal düzenlemeler, milletlerarası antlaşmalar ve ilgili mevzuatlarla güvence altına alınmış olmasına karşın (Hasta Hakları Yönetmeliği, 1998) birey/yakınları tedavi ve bakım hizmetlerinden mahrum kalabilmektedir. Literatürde sağlık alanında bireylerin yaş, ırk, etnisite, cinsel yönelim, engellilik durumu ve hastalık gibi özellikleri nedeniyle damgalayıcı ve ayrımcı tutumlara maruz kaldıkları bildirilmektedir. En çok damgalama ve ayrımcılığa maruz kalan bireyler/gruplar ise ruhsal hastalığı ve bulaşıcı hastalığı olanlar, engelliler, yaşlılar, obez bireyler, mülteciler/göçmenler, cinsel yönelimi farklı olan bireyler olarak belirtilmektedir (Açıkgöz vd., 2018; Alkan vd., 2016; Ceylan ve Koçak Uyaroglu, 2018; Çam ve Bilge, 2013; Salve et al, 2014).

Damgalayıcı/ayırıcı tutum ve davranışlar, hasta-hemşire arasındaki terapötik iletişimin ve ortamın bozulmasına neden olabilir. Hastalar kendilerini değersiz hissederek ihtiyaç duydukları yardımı istemekten kaçınabilir. Bireyin reddedilme ve değersizlik duygusu hissetmesi, hastanın benlik saygısında azalmaya, sosyal oryantasyonunda bozulmaya, sağlık arama davranışından kaçınmaya neden olarak fizyolojik ve psikososyal bir çok problemi beraberinde getirebilir (Alkan vd., 2016; Thornicroft, 2014). Bireyin yaşadığı olumsuz deneyimler kişinin ailesini ve sosyal çevresini de etkileyebilir. Bütüncül bakış açısıyla değerlendirildiğinde toplumun sağlık ve iyilik halini azaltabilir (Alkan vd., 2016; Erkin, 2021; Kıranşal ve Kaya, 2020). Bu doğrultuda sağlık ekibi içinde özellikle hemşireler hastalarla en fazla iletişim halinde bulunmaları, bakım ve tedavi sürecinin koordinasyonundan primer düzeyde sorumlu olmaları nedeniyle damgalama ve ayrımcılığın önlenmesinde kilit rol oynayabilir.

1.2. Araştırmanın Kavramsal Çerçevesi

Bu çalışmanın kavramsal ve kuramsal çerçevesi Erving Goffman'ın (1963) geliştirdiği Damga (Stigma) Kuramına dayanmaktadır. Goffman (1963) “Stigma: Notes on Management of Spoiled Identity” kitabıyla damgalama konusundaki çalışmalara yön vermiştir. Kişiler ve gruplar arası ilişkilerde bir “uyaran özelliği” olarak ele aldığı damgalamayı sosyopsikolojik perspektiften incelemiştir (Solanke, 2017). Damgalama kavramını “kişinin itibarını derinden sarsan, bütün ve olağan bir kişiden küçülmüş bir kişiye indirgeyen nitelik” olarak tanımlamıştır. Goffman, damgalayıcı tutum ve davranışların ten rengi, fiziksel engellilik gibi nitelikler hakkındaki ön yargılara dayandığını savunmuştur. Bireyin algılanan ve gerçek sosyal kimliği arasında bir bağ olduğunu belirtmiştir (Link and Stuart, 2017).

Damga kavramının kullanımı Antik Yunan dönemine kadar dayanmaktadır (Emlet, 2017). Goffman damgalama kavramının kavramsal haritasını oluşturmuştur. İnsan davranışlarının anlaşılabilmesi ve yorumlanabilmesi için önemli bir araç ortaya çıkarmıştır. Goffman kuramında, damgalama davranışının çeşitli niteliklere bağlı olarak oluştuğunu bildirmiştir. Damgalama türlerini fiziksel, bedensel, bireysel karakter kusurları (akıl hastalığı, bağımlılık, suçluluk), ırk, cinsiyet, din veya ulus merkezli kusurlar olarak gruplandırmıştır. Damgalanmanın farklı türlerini ana hatlarıyla belirtmiş olsa da ruhsal hastalıkların bireyi en çok itibarsızlaştıran bir durum olduğunu savunmuştur. Ruhsal hastalıklara yönelik damgalamanın, “kişiyi tam bir

insandan onarılamaz bir şekilde eksik bir kişiye indirgediğini” bildirmiştir (Jones and Corrigan, 2014; Solanke, 2017).

Toplumların kendine ait uyulması gereken ahlaki ve toplumsal kuralları bulunmaktadır. Bireyin bu kurallar dışına çıkması ya da beklenilenin aksine bir özelliğe sahip olması damgalayıcı davranışlara maruz kalmasına neden olmaktadır. Goffman damgalama kavramının, toplumsal normlara bağlı olarak ortaya çıkan “sanal sosyal kimlik” ile “gerçek sosyal kimlik” arasındaki tutarsızlıktan kaynaklandığını ileri sürmüştür. Damgalanmış bireyi “istenmeyen bir farklılığa” sahip olan kişi olarak ve damgalamayı da “toplumsal tepki” olarak tanımlamıştır. Bununla birlikte damgalayıcı tutum ve davranışların sosyal etkileşim sürecinde açık veya gizli olarak ortaya çıkabileceğini savunmuştur. Her iki durumda da bireyin damgalayıcı ve ayrımcı tutumları deneyimleyebileceğini ifade etmiştir. Aynı zamanda bu deneyimlerin bireyin itibarını zedeleyebileceğini bildirmiştir (Solanke, 2017; Link and Stuart, 2017).

Goffman, damgalayıcı tutum ve davranışların damgalamaya neden olan durum ve nitelikler konusunda bilgi ve farkındalık sahibi olunmasıyla ortadan kalkabileceğini savunmuştur (Goffman, 1963; Solanke, 2017). Bu doğrultuda bu alanda araştırmalar yaparak bireylerin damgalama ve ayrımcılık eğilimlerinin belirlenmesinin oldukça önemli olduğu söylenebilir. Sağlık alanında çeşitli hasta ve hastalık gruplarına yönelik damgalayıcı ve ayrımcı tutumların belirlenmesine yönelik çalışmalar bulunmaktadır. Ancak spesifik olarak hemşirelerin damgalama ve ayrımcılık eğilimlerini belirlemeye yönelik herhangi çalışmaya ve ölçüm aracına rastlanılmamıştır. Bu araştırmanın çıkış noktasını oluşturmuştur.

Bu çalışmada; hemşirelerin damgalama ve ayrımcılık eğilimlerini belirlemeye yönelik bir ölçüm aracının geliştirilmesi, hemşirelerin damgalama ve ayrımcılık eğilimleri ile etkileyen faktörlerin belirlenmesi ve bu konuda uygun stratejilerin geliştirilmesi amaçlanmıştır. Damgalayıcı ve ayrımcı tutum eğiliminin belirlenmesi ve önlenmesi bireylere holistik, hümanistik, bireyselleştirilmiş ve kaliteli bakım sunumunu sağlayabilir.

1.3. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, “Hemşirelerde Damgalama ve Ayrımcılık Eğilimi Ölçeği”ni geliştirmek amacıyla metodolojik ve tanımlayıcı bir araştırma olarak yürütülmüştür.

1.4. Araştırmanın Hipotezleri

H_{0a}: “Hemşirelerde Damgalama ve Ayrımcılık Eğilimi Ölçeği”, hemşirelerin damgalama ve ayrımcılık eğilimlerini değerlendirmek için kullanılabilecek geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı değildir.

H_{1a}: “Hemşirelerde Damgalama ve Ayrımcılık Eğilimi Ölçeği”, hemşirelerin damgalama ve ayrımcılık eğilimlerini değerlendirmek için kullanılabilecek geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracıdır.

H_{0b}: Hemşirelerin damgalama ve ayrımcılık eğilimleri sosyodemografik ve çalışma özelliklerine göre farklılık göstermez.

H_{1b}: Hemşirelerin damgalama ve ayrımcılık eğilimleri sosyodemografik ve çalışma özelliklerine göre farklılık gösterir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Damgalama

Damgalama ilk olarak sosyoloji alanında ele alınmış olan bir kavramdır. Goffman (1963) damgalamayı; “toplum içinde kabul edilemez ve bireyi derinden itibarsızlaştıran bir yön veya nitelik” olarak tanımlamıştır (Goffman, 1963). Damgalama davranışının, toplum tarafından istendik olan sosyal kimlik ile gerçek sosyal kimlik arasındaki tutarsızlık sonucu ortaya çıktığı bildirilmiştir (Solanke, 2017). Damgalama kavramı Goffman’ın tanımından sonra bir çok bilim alanında da açıklanmıştır. Bu konuda yapılan bazı çalışmalarda damgalama “toplumsal normlardan sapma, belirli bir coğrafya veya kültürde değersizleştirilme” olarak ifade edilmiştir (Crocker et al., 1998; Jones et al., 1984; Stafford and Scott, 1986).

Damgalama, ön yargı ve ayrımcılık yakın kavramlar olmalarına ve literatürde birbirlerinin yerine kullanılmalarına karşın oldukça farklı anlamlara sahiptir. Damgalama, toplumda istenmeyen bir nitelik ve özelliğe sahip olan veya bunları sergileyen kişilerin dışlanması ve marjinalleştirilmesi anlamına gelen düşünce ve eylem odaklı bir kavramdır (Lloyd, 2013; Pescosolido and Martin, 2015). Ayrımcılık bazı özellikler veya koşullar nedeniyle insanlara farklı davranılması ve eylem odaklı olunması durumudur (Moreau, 2010; Pescosolido and Martin, 2015). Ön yargı ise bir kişi veya olgu hakkındaki mantık dışı inançların onaylanmasını ifade eden düşünce odaklı bir kavramdır (Pescosolido and Martin, 2015; Stangor and Crandall, 2013).

Damgalama, ön yargı ve ayrımcılığa neden olan bir durumdur. Literatürde damgalama ve ön yargının farklı “düzeylerde” meydana geldiği bildirilmektedir. Damganın toplumun yapısında ve ilişkilerinde bulunluğu, ön yargının ise bireyin zihninde yer aldığı belirtilmektedir. Damgalanmış bireyler ön yargının hedefinde olabilmektedir. Sosyal destek veya gücün varlığı da ön yargıyı damgalamadan ayırabilmektedir. Bununla birlikte sosyal destek ve gücün bir arada olmasının damgalama sürecinin ayrılmaz bir parçası olduğu bildirilmektedir (Solanke, 2017).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), ayrımcılık ve dışlanmanın en önemli nedeninin damgalama olduğunu belirtmektedir (Özmen ve Erdem, 2021). DSÖ’ye göre damgalama “bireyin özgüvenini olumsuz etkileyen, aile ve sosyal ilişkilerine zarar veren, güvenli barınma ve iş imkanlarını sınırlayan, tedavi ve bakım hizmetlerine ulaşımını engelleyen” bir süreçtir. DSÖ en temel insan haklarını sınırlayan damgalama

kavramının ele alınmasını ve önlemeye yönelik etkili girişimler planlanmasını önermektedir (WHO, 2014).

2. 1.1. Damgalamanın Tarihsel Gelişimi

Damgalamanın kökeni çok eskiye dayanmaktadır (Emlet, 2017). Damgalama Antik Yunan döneminde, köleleri ve istenmeyen nesneleri etiketlemeye yarayan bir işaret veya dövme olarak kullanılmıştır (Gaebel et al., 2017; Solanke, 2017). Halka açık yerlerde kusurlu ve toplum düzenini bozan bir insan olduğunu göstermek ve aşağılamak amacıyla kişiler damgalanmıştır (Solanke, 2017). Antik Yunan döneminde özellikle ruhsal hastalıklar, toplum tarafından utanç duyulan ve aşağılanmaya neden olan bir durum olarak kabul edilmiştir. On dokuzuncu yüzyılın başlarında ise bilim insanları ruhsal hastalığı olan bireyleri "zihinsel olarak kusurlu" olarak ifade etmiştir (Gaebel et al., 2017). Bu tür damgalama davranışına maruz kalan bireyler toplum içinde itibarsızlaştırılmış, küçümsenmiş ve dışlanmaya açık hale getirilmiştir (Solanke, 2017).

Goffman'ın, ruhsal hastalıkları nedeniyle hastaneye kaldırılan erkeklerin eşleri üzerinde yürüttüğü nitel araştırma sonrasında, damgalama kavramının ilk tanımı yapılmıştır. Bu çalışmalar sonrasında Charlotte Green Schwartz (1956), "The Stigma of Mental Illness" başlıklı bir makale kaleme almıştır. Bu makalede damgalama kavramının iki şeyi çağrıştırdığı bildirilmiştir. Bunlardan ilki başkalarının zihninde o kişinin ayrı ve normal insandan farklı olduğu; ikincisi ise bu farklılığının utanç verici, ahlakla bağdaşmayan ve kişiyi ahlaksız olarak hissettiren bir işaret olduğu ile ilgilidir (Schwartz, 1956).

Erwin Goffman kişiler arası ilişkilerde ortaya çıkan damgalama kavramını, psikososyal perspektiften inceleyen ilk kişidir. Goffman'ın çalışmaları gözleme dayalıdır. İlk kitabı "Asylum" psikiyatri servisinde tedavi gören hastaların sosyal yaşamını araştırmaya yöneliktir. Goffmann, bu araştırmalar sonucunda damgalamanın farklı çeşitlerini tanımlayarak kavramsal bir çerçeve oluşturmuştur. Goffman ilk olarak fiziksel sınırlamalara bağlı damgalamadan söz etmiştir. Damgalamanın zayıf irade, bireysel karakter kusurları, otorite eksikliği, zihinsel bozukluk, bağımlılık, alkolizm, eşcinsellik, sosyoekonomik düzeyin düşük olması gibi türlerini de tanımlamıştır. Bununla birlikte "soylar yoluyla bulaşan ve bir ailenin tüm üyelerini eşit olarak etiketleyen" ırk, cinsiyet, din veya ülke merkezli damgalamadan da söz etmiştir (Solanke, 2017).

2.1.2. Damgalama ile İlgili Kuram ve Teoriler

Bilim insanları damgalama kavramını çok yönlü açıklamaya çalışmıştır. Bu doğrultuda damgalamanın kavramsal ve kuramsal çerçevesi, birçok bilim insanının katkısıyla gelişmiştir. Goffman, damgalama kavramını “itibarı derinden sarsan bir özellik” olarak tanımlarken, Crocker vd. (1998) “sosyal kimliğin değer yitimi” olarak açıklamıştır. Goffman’ın damga olgusu damgalamaya maruz kalan kişi üzerine temellenirken, Crocker vd. damganın sosyal yönden değer düşürücü özelliği üzerine odaklanmıştır (Özmen ve Erdem, 2018). Bu doğrultuda damgalama kavramının daha açık ve anlaşılır olabilmesi için bilim insanlarının bu kavramı ele alma biçimleri ile kuramsal bakış açılarının bilinmesinin son derece önemli olduğu düşünülmektedir. Bu konudaki literatür incelendiğinde damgalama kavramını ele alan kuramsal yaklaşımlar; Etiketleme Kuramı, Yükleme Kuramı, Sosyal Kimlik Kuramı ve Sosyal Temsil Kuramı olarak gruplandırılmaktadır (Özmen ve Erdem, 2018; Solanke, 2017).

2.1.2.1. Etiketleme Kuramı

Etiketleme Kuramı sembolik etkileşimcilik görüşünün temelini atan teoridir. Kuram olarak ilk kez Becker (1963) tarafından ele alınmıştır. Becker etiketleme yaklaşımını; toplumsal ve sosyal olaylar, kişiler arası ilişkiler ve etkileşimler çerçevesinde incelemiştir. Becker bireyin normal olandan sapma durumunun sosyokültürel çevresiyle ilgili olduğunu savunmuştur. Bilinçli ya da bilinçsiz olarak toplumsal kurallara uymayan bireylerin “sapkın” damgası aldığını belirtmiştir (Goffman, 1963). Lemert 1972 yılında Etiketleme Kuramı’na yönelik düşüncelerini bildirmiştir. Normalden sapmış kişilerin belirli bir süre sonunda o rolü kendi içinde benimseyerek suça yöneleceği düşüncesini savunmuştur (Lemert, 1972). Etiketleme Kuramı’nda güç kavramının da önemli bir faktör olduğu bildirilmektedir. Güçlü olan kişiler, toplumsal kuralları ve suçluları belirleyebilmektedir. Sosyokültürel ve ekonomik düzeyi düşük olan bireyler ise hem güçsüz hem de sınırlı kaynaklara sahip oldukları için bu güce karşı koyamayarak etiketlenilmektedir (Bilton vd., 2009).

2.1.2.2. Yükleme Teorisi

Bireyler çevresindeki olayları anlamlandırma ve açıklama ihtiyacı duyabilmektedir. Yükleme teorisinin bireyin bu olayları anlamlandırma çabası üzerinde durduğu bildirilmektedir (Gürses, 2008). Teori, bireysel ve çevresel faktörlerin etkisiyle insanların başkalarının davranış ve tutumlarına anlam yüklemesi olarak tanımlanabilmektedir. İnsanın neden sonuç ilişkisini algılama biçimi eylemlerini şekillendirmede yol gösterici olabilmektedir (Gürses, 2008; Yıldırım,

2012). Yükleme kuramı bireyler ve gruplar arası olmak üzere iki boyutta ele alınabilmektedir (Özmen ve Erden, 2018).

2.1.2.3. Sosyal Kimlik Kuramı

Sosyal Kimlik Kuramı 1970'lerin ortalarında Henri Tajfel ve John Turner tarafından geliştirilmiştir. Kuram bireylerin belirli bir gruba aidiyetlerini, süreçlerini ve gruplar arasındaki ilişkilerini ele almaktadır. Sosyal Kimlik Kuramı'nın, sosyal psikoloji alanının önemli bir kuramı olduğu bildirilmektedir (Demirtaş, 2003; Özmen ve Erdem, 2018). Kuramı anlamak için öncelikle kuramın temel varsayımları ve kavramları hakkında bilgi sahibi olunması gerektiği belirtilmektedir. Kuramın vurguladığı ana kavramlar “sosyal kimlik, sosyal sınıflandırma, en küçük grup paradigması, sosyal karşılaştırma, sosyal yapı” olarak sıralanmaktadır (Demirtaş, 2003). Benlik kavramının bir parçasını oluşturan sosyal kimliğin, kişisel özellikler ve kişiler arası ilişkiler sonucu ortaya çıkan bireysel kimlikten tamamen farklı olduğu bildirilmektedir. Bireysel kimliğin kişinin spesifik özellikleriyle; sosyal kimliğin ise belirli bir gruba üyelik ve aidiyet ile ilgili olduğu vurgulanmaktadır (Eniç ve Yanboluoğlu, 2018). Sosyal kimlik kişileri biz ve onlar şeklinde kategorize ederek damgalayıcı tutum ve davranışların ortaya çıkmasına neden olabilmektedir. İnsan kendisiyle aynı özelliklere sahip bireylerle etkileşime girmek isterken farklı olan grupları ötekileştiren davranışlar sergileyebilmektedir (Güneş, 2003).

2.1.2.4. Sosyal Temsiller Teorisi

Sosyal Temsiller Teorisi, Serge Moscovici (1961) tarafından geliştirilmiştir. Sosyal temsiller kavramı toplum tarafından paylaşılan fikir, düşünce, değer, inanç, imge ve bilgilerin bütünü olarak tanımlanmaktadır (Moscovici, 1981). Sosyal temsiller toplumsal gerçeklerin anlaşılmasını ve adlandırılmasını kolaylaştırmaktadır (Hoiyer, 2011). Sosyal Temsiller Kuramı, toplumdaki sosyal ve psikolojik fenomenlerin anlaşılması için kullanılan düşünce ve kavramların çatısını oluşturmaktadır (Özkan Özdemir, 2021). Kuramın özünde kişisel değil toplumsal deneyimler yer almaktadır. Toplumsal deneyimler aracılığıyla bilişsel süreçler şekillendirilmektedir (Moscovici, 1981). İnsan bir olay ya da krizle karşılaştığında bu durumu anlamlandırmak için sosyal temsillerden yararlanabilmektedir (Hogg and Vaughan, 2014). Sosyal temsiller kişinin karşılaştığı durum ve süreci kabullenmesine ya da reddetmesine neden olabilmektedir. Kişi kendisine yakın olan grubun düşüncelerini kabul ederken, diğer gruptaki özellikleri ve nitelikleri yargılayıcı davranışlar sergileyebilmektedir. Bu

doğrultuda ötekileştirilen gruba ait ön yargılı ve damgalayıcı düşünce yapısı ortaya çıkabilmektedir (Bayad et al., 2020; Özmen ve Erdem, 2018).

2.1.3.Damgalama Nedenleri

Dış görünüş, cinsiyet, yaş, kültür, kişilik ve eğitim düzeyi gibi değişkenler her insanın birbirinden farklı özelliklere sahip olmasına ve toplumsal çeşitliliğin artmasına zemin hazırlayabilmektedir. Bu çeşitlilik ve farklılıklar insanların etiketleme ve damgalama eğilimini artırabilmektedir (Sevim, 2020). Damgalamaya neden olan faktörler psikojenik, toplumsal ve teknolojik nedenler olmak üzere 3 grupta ele alınabilmektedir (Özmen ve Erdem, 2018; Sevim, 2020).

Psikojenik nedenler: Damgalayıcı tutum ve davranışların temelinde olumsuz inanç ve ön yargılar yatmaktadır. Damga kavramı ön yargılı düşüncelerle ortaya çıkmaktadır (Bilge ve Çam, 2010; Özmen ve Erdem, 2018). Bununla birlikte bireyin kendisini ve kendi çıkarlarını koruma düşüncesi damgalama davranışının altında yatan nedenler arasında yer almaktadır (Özmen ve Erdem, 2018).

Toplumsal nedenler: İnsanlara atfedilen sıfatlar toplum içinde grupların ve kategorilerin oluşmasına neden olmaktadır. Bu kategorizasyon bireyler hakkında genelleme ve çarpıtmalara neden olarak ön yargılı düşünce ve davranışların temelini oluşturmaktadır (St. Clements University, 2014). Hastalıklara karşı duyulan korku, bu hastalıklara sahip bireylere yönelik damgalayıcı tutum ve davranışların sergilenmesine neden olmaktadır. Dış kontrol odaklı ve öz saygısı düşük bireylerin damgalama eğiliminin daha yüksek olduğu bildirilmektedir (Bilge ve Çam, 2010). Damgalayıcı tutum ve davranışların ortaya çıkmasının en önemli toplumsal nedenlerinden birinin kültür olduğu bildirilmektedir. Toplumun benimsediği kültürel gelenekler, değerler, dini inançlar, ön yargı ve korkular insanların duygu, düşünce ve davranışlarına yön vermektedir (Kadioğlu ve Hotun Şahin, 2015). Toplumsal gelenek, görenek, norm ve kurallara yön veren bir diğer etken güçtür. Bu nedenle toplumsal damgalamanın ortaya çıkabilmesi için sosyoekonomik ve politik gücün de gerekli olduğu bildirilmektedir. Corrigan ve Watson (2002) damgalama sürecinin genellikle güçlünden güçsüze doğru ilerlediğini savunmaktadır (Kadioğlu ve Hotun Şahin, 2015; Özmen ve Erdem, 2018).

Teknolojik nedenler: Dijital dünyada teknolojinin büyük bir hızla ilerlemesi ve gelişmelere her geçen gün yenilerinin eklenmesi, damgalayıcı unsurların artışına zemin hazırlayabilmektedir. Sosyal medya ve iletişim kanalları, damgalayıcı reklam, görüntü, ses kaydı, film ve mesajların artmasını tetikleyebilmektedir (Kadioğlu ve Hotun Şahin, 2015). Haber ve sosyal medya ortamlarındaki yanlış paylaşımlar bazı

grupların damgalayıcı ve ayrımcı tutumlara maruz kalmasına neden olabilmektedir (Bilge ve Çam, 2010; Özmen ve Erdem, 2018).

2.1.4. Damgalama Türleri ve Aşamaları

Araştırmacılar damgalamayı farklı şekillerde sınıflandırmıştır. Goffman damgalamayı fiziksel sınırlılıklar (hastalık varlığı, engellilik vb.), irade zayıflıkları (bağımlılık, mahkum olma vb.) ve etnolojik faktörlerden (ırk, etnik köken, coğrafya vb.) kaynaklanan damgalama olmak üzere üç grupta sınıflandırmıştır (Özmen ve Erdem, 2021; Sevim, 2020). Livingston ve Boyd (2010) damgalamayı; yapısal damgalama (sistemsel veya makro düzey), sosyal damgalama (gruplar arası veya orta düzey) ve kendini damgalama (bireysel veya mikro düzey) olarak gruplandırmıştır. Brohan vd. (2010) ile Corrigan ve Rao (2012) ise damgalamayı; algılanan damgalama, deneyimlenen damgalama ve bireysel düzeyde kendi kendini damgalama olarak sınıflandırmıştır. Pescosolido ve Martin (2015) damgalama kavramını deneyimsel ve eylem odaklı olmak üzere iki farklı perspektiften ele almıştır. Deneyimsel odak; damganın algılanma, onaylanma, beklenti ve canlandırma süreçlerini içermektedir. Eylem odağı ise damgalamayı gerçekleştiren kişi ve gruplara atıfta bulunmaktadır (Pescosolido and Martin, 2015). Bu konudaki literatürde damgalamanın sosyal damgalama, yapısal damgalama, nezaket damgası, sağlayıcı temelli damgalama ve kendini damgalama (içselleştirilmiş damgalama) olarak sınıflandırıldığı da görülebilmektedir (Chang et al., 2018).

Sosyal damgalama: Toplumun istemediği kişi, grup veya davranışlara karşı oluşturduğu ön yargılar sonucunda ortaya çıkan damgalama türüdür (Karagöl vd., 2013). Sosyal damgalama süreci üç aşamada gerçekleşmektedir (Corrigan, 2006). İlk olarak damgaya maruz kalan kişi veya grup hakkında olumsuz bir inanç ve stereotip ortaya çıkmaktadır. İkinci aşamada stereotipe karşı duygusal bir tepki olan ön yargı oluşmaktadır. Son aşamada ön yargının davranışa yansıtılmış hali olan ayrımcılık gözlenmektedir (Tanaka et al., 2018).

Yapısal damgalama: Politik ve sosyal güçler tarafından kabul edilen politikalar aracılığıyla, damgalanan birey ve gruplara karşı gösterilen kısıtlamalar, tutum, davranış ve tepkiler olarak tanımlanmaktadır (Corrigan et al., 2005).

Nezaket damgası: Toplum tarafından damgalanmış kişi veya gruplarla bağlantısı olan bireylerin deneyimlediği stereotip, ön yargı ve ayrımcılığı ifade eden kavramdır. Aile, arkadaş, çeşitli meslek grupları (hekim, hemşire vb.) ve işverenler

nezaket damgasına maruz kalabilecek gruplar içinde yer almaktadır (Pryor et al., 2012; Van der Sanden et al., 2013).

Sağlayıcı temelli damgalama: Damgalanmış gruplara hizmet sunmak üzere belirlenmiş meslek grupları tarafından bilinçli veya bilinçsiz olarak dile getirilen veya uygulanan ön yargı ve ayrımcılıktır (Pescosolido and Martin, 2015). Bu damgalama türü sosyal damgalamayla ilişkilidir. Sosyal damgalama toplum tarafından istenmeyen bazı özelliklere sahip olan veya bunları sergileyen kişilere yönelik tutum ve davranışları içermektedir. Sosyal damgalamanın odağında halk yer alırken, sağlayıcı temelli damgalamada bazı mesleki disiplinlerde (sağlık personeli, polis, hapishane personeli vb.) görev yapan personel yer almaktadır. Sosyal damgalamada damgalayıcı tutum ve davranışları sergileyen halk iken, sağlayıcı temelli damgalamada hizmet sunan bireylerdir (Kruis and Choi, 2020).

Kendini damgalama (içselleştirilmiş damgalama): Damgalamaya maruz kalan bireyin kendisine yapılan davranışları ve sözleri kabullenip içselleştirmesi, bunun sonucunda korku, utanç ve değersizlik hissetmesidir (Bos et al., 2013; Rüsch et al., 2014). Genellikle sosyal damgalamayla ilişkilendirilen içselleştirilmiş damgalama bireyin öz saygısını ve öz yeterliliğini zedeleyen, yaşam kalitesini düşüren bir süreçtir (Boyd et al., 2014; Drapalski et al., 2013; Rüsch et al., 2014).

2.1.5. Damgalamanın Sonuçları

Damgalama; bireyin reddedilmesine, ayrımcılığa uğramasına veya toplumun çeşitli alanlarından izole edilmesine neden olabilir (Ali Saif et al., 2019). Bireylerin yaşadıkları damgalamanın sonuçları ülkeler ve coğrafyalar arasında farklılık gösterebilir. Aynı coğrafya ve kültürü paylaşan bireylerin damgalamaya ilişkin algı ve tutumları benzer olabilir. Bu durum damgalamaya ilişkin stereotiplerin yaygınlığından kaynaklanabilir (Bracke et al., 2019; Haraguchi et al., 2009; Mojtabei, 2010; Pescosolido, 2013). Bazen ortak coğrafya ya da kültüre sahip insanların hepsinin bu stereotipleri aynı ölçüde paylaşması söz konusu olmayabilir (Bracke et al., 2019).

Damgalanma bireyde korku, kaygı bozukluğu ve tedirginlik yaratabilir. Bu durum sosyal ilişkileri olumsuz etkileyerek bireyin kişiler arası ilişkilerden kaçınmasına ve sosyal izolasyonuna neden olabilir (Sevinik ve Taş Arslan, 2020). Toplum, sosyal çevre, aile ve sağlık çalışanları tarafından damgalanmaya maruz kalan bireyler, sağlık arama davranışlarından kaçınarak tıbbi tedavi ve destekten yoksun kalabilir. Bu durum toplumun sağlık ve iyilik halini olumsuz yönde etkileyebilir (Baldassarre et al., 2020; Park and Park, 2014). Bu konuda yapılan bazı çalışmalarda

günlük yaşamında maruz kaldığı damgalayıcı tutum ve davranışları içselleştiren bireylerin benlik saygılarının azaldığı (Corrigan et al., 2006; Lysaker et al., 2008; Tel ve Ertekin Pınar, 2012), sosyal ilişkilerinde ve işlevselliklerinde bozulmalar yaşadığı (Gerlinger et al., 2013), tedavi alma isteklerinin azaldığı (Sibitz et al., 2011), tedaviye uyumda güçlükler yaşadığı (Üstündağ ve Kesebir, 2013) bildirilmiştir. Bununla birlikte öfke ve kaygı düzeyi artan bireylerin yaşam kalitesinin önemli derece azaldığı vurgulanmıştır (Switaj et al., 2016; Üstündağ ve Kesebir, 2013).

2.2. Ayrımcılık

Bireyler sahip oldukları ırk, cinsiyet, yaş, cinsel yönelim, engellilik durumu, ulusal köken veya başka faktörlere bağlı olarak dışlanıp haksız tutum ve davranışlara maruz kalabilmektedir. Bu durum bireyin ait olduğu toplumdan dışlanmasına neden olabilmektedir. Ayrımcılık “bir sosyal grup içinde bazı insanlara diğerlerinden farklı davranmak” olarak tanımlanabilmektedir (Fibbi et al., 2021; Kite and Bernard, 2016). Frey (1960) ayrımcılığı; “bireyin herhangi bir gruba aidiyeti ya da sahip olduğu farklı özellikleri nedeniyle diğer bireyler tarafından fiziksel ya da ruhsal yönden mağdur edilerek olumsuz davranışlara maruz kalması” olarak açıklamaktadır (Akt. Alkan vd., 2016). Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) ise ayrımcılığı “ırk, renk, cinsiyet, din, siyasal görüş, ulusal ya da sosyal menşei bakımından yapılan işte, meslek edinmede veya edinilen işte tabi olunacak muamelede eşitliği yok edici ya da bozucu etkisi olan her türlü ayrılık gözetme, ayrı tutma, üstün tutma veya haktan mahrum etme” olarak ifade etmektedir (ILO, 1958).

Ayrımcı davranışlar bazı bireyleri veya grupları dezavantajlı hale getirebilmektedir. Bu dezavantajlar; tarihsel miras, yasalar veya kamu politikaları nedeniyle bazı grupları diğerlerine tercih eden kurumsal veya toplumsal kültürden kaynaklanabilmektedir. Geçmiş dönemlerde, azınlık gruplarının işe başvurmasını veya belirli alanlarda ikamet etmesini engelleyen kurumsallaşmış etnik ve/veya ırk ayrımcılığına maruz kaldıkları bildirilmektedir (Fibbi et al., 2021). Bununla birlikte eğitim sistemi, iş imkanları, hukuksal ceza sistemi ve kamusal alanlardaki spesifik dışlama biçimlerinin bugün hâlâ geçerliliğini koruduğu vurgulanmaktadır (Fibbi ve ark., 2021; Pager and Shepherd 2008; Reskin, 2012).

2.2.1. Ayrımcılık ile İlgili Kuram ve Teoriler

Toplumda engelli ve yaşlı bireyler, kadınlar, çocuklar ve sosyoekonomik düzeyi düşük bireyler ayrımcılığa maruz kalabilmektedir. Bu grupların maruz kaldığı ayrımcı davranışlar hiçbir mantıksal ve yasal gerekçeye dayanmamakla birlikte açık bir şekilde

temel insan hakkının ihlali olarak nitelendirilebilmektedir (Alkan vd., 2016). Alkan vd. (2016) aktardığına göre ayrımcı tutum ve davranışların nedenlerini ortaya çıkaran birçok teori bulunmaktadır. Bunlardan biri olan Toplumsal Baskınlık Kuramı her toplumda belirli bir grup/grupların daha baskın olduğunu ve çeşitli kaynakları elinde bulundurduklarını savunmaktadır. Bu kurama göre baskın grup/gruplar kendilerinin diğerlerinden üst olduğunu kabul ederek, kendi grupları dışında kalan insanları dışlayabilmektedir. Aynı zamanda bu grup/gruplar kendi davranışlarının, değerlerinin, kurallarının ve geleneklerinin normal olduğunu ileri sürerek diğer grupları bu özellikleri kabul etmeleri için zorlayabilmektedir (Alkan vd., 2016).

Ayrımcı tutum ve davranışların nedenini açıklamaya çalışan bir diğer kuram Henri Tajfel ve John Turner tarafından geliştirilmiş olan Sosyal Kimlik Kuramıdır. Bu kurama göre insanlar yaşamları boyunca objeleri, durumları ve insanları ayırma ve kategorize etme eğilimindedir (Tajfel and Turner 1979). Henri Tajfel ve John Turner (1979)'ın Sosyal Kimlik Kuramına göre insanlar;

1. Pozitif sosyal kimliğe sahip olmak isterler ve bu kimliği devam ettirmek için çaba sarf ederler.
2. Kendi grubu dışındaki grupları dışlama eğilimi gösterirler.
3. Bireyin sosyal kimliği tatmin edici değilse gruptan ayrılarak, pozitif kimlik edinebileceği başka bir gruba girme eğiliminde olabilirler (Tajfel and Turner 1979).

Ayrımcılık kavramının Maslow'un İhtiyaçlar Piramidi'yle ilişkisi olduğu da bildirilmektedir. Piramidin üçüncü basamağında sosyal ihtiyaçlar ve kabul görme ihtiyacı yer almaktadır. Belirli bir gruba ait olma ihtiyacının insanların psikososyal iyilik hali için karşılanması gereken bir ihtiyaç olduğu belirtilmektedir. Goodman (2000)'a göre bireyin dahil olmak istediği grup ayrıcalıklı bir gruptur. Ayrıcalıklı grupta olanlar, diğer gruptaki bireylerle eşit haklara sahip olmaya karşı çıkarak kendilerini üstün görebilmektedir (Goodman, 2000).

2.2.2. Ayrımcılık Türleri

Ayrımcılık kültürden kültüre ve farklı toplumsal düzeylerde gerçekleşebilmektedir. Bireylerin deneyimlediği ayrımcılık türlerinin iki ortak özelliğinin olduğu bildirilmektedir. Bunlardan ilki, ayrımcılık sürecinde bazı kişi veya gruplar, başka kişi veya grupla karşılaştırıldığında olumsuz davranışlara maruz kalabilmektedir. İkincisi ise eşit olmayan davranışların temelini kolayca seçilemeyen veya değiştirilemeyen belirli bir kategoriye üyelikle ilgili olduğu bildirilmektedir. Irk,

renk, kültür ve etnik köken ırksal ayrımcılığın temelini oluşturabilmektedir (Kite and Bernard, 2016; Ridgeway, 2014).

Literatürde ayrımcılık genellikle kişiler arası, örgütsel ve kültürel ayrımcılık olarak sınıflandırılabilir (Kite and Bernard, 2016). Fershtman vd. (2005) ayrımcılığı dolaylı ve doğrudan ayrımcılık; Nijole Benokraitis ve Joe Feagin (1995) açık ve gizli ayrımcılık olarak gruplandırmıştır. Derald Wing Sue (2010) ise bu konuda yaptığı çalışmalarında mikro saldırganlıklar kategorisini açıklamıştır (Kite and Bernard, 2016).

Doğrudan ve Dolaylı ayrımcılık: Bir birey ya da grubun aynı koşullara sahip diğer birey ya da grubun temel hak ve özgürlüklerini sınırlandırmak için yaptığı tüm dışlama ve farklı davranma durumuna doğrudan ayrımcılık denir. Dolaylı ayrımcılık ise objektif değerlendirmeler sonucunda belirlenen hükmün belirli bir gruba mensup bireyleri negatif etkilemesi durumudur (Alkan vd., 2016).

Kişiler arası Ayrımcılık: Bir insanın başka bir insana haksız tutum ve davranışlar sergilemesi kişiler arası ayrımcılık durumunun ortaya çıkmasına neden olabilmektedir. Basmakalıp inançlar, ayrımcı tutum ve davranışlar bireysel veya kişiler arası düzeyde gerçekleşebilmektedir (Kite and Bernard, 2016). Aşağılayıcı sözler kullanma, kişinin özel alanına müdahale etme ve fiziksel saldırıda bulunma gibi davranışlar aktif düzeyde gerçekleşen ayrımcı davranışlara örnek olarak verilebilir (Fibbi et al., 2021; Kite and Bernard, 2016).

Örgütsel ayrımcılık: Özel ve kamu kurumları gibi kuruluşların sahip oldukları normlar, uygulamalar ve politikaların işleyişi sonucunda ortaya çıkabilmektedir. Örgütsel ayrımcılık ırk/etnik ve cinsiyet ayrımcılığı gibi birçok şekilde kendini gösterebilmektedir. Özellikle erkek egemen toplumlarda erkekler kadınlardan daha üstün görülerek, iş ortamında yetki ve ücret konularında farklı uygulamalar yapılabilmektedir (Kite and Bernard, 2016).

Kültürel Ayrımcılık: Küreselleşen dünyada toplum içindeki baskın kültür, o toplumun değerler sistemini tanımlama gücünü elinde tutabilmektedir. Baskın kültür, benimsediği değerlere uygun olan düşünce ve davranışları ödüllendirerek, uymayan değer ve davranışları cezalandırabilmektedir. Ortaya çıkan kültürel ayrımcılık, o toplumun diline, inancına, ahlakına, geleneklerine, ideolojisine, sanatına ve müziğine yerleşerek insanların yaşam biçimi haline gelebilmektedir (Kite and Bernard, 2016).

Açık Ayrımcılık: Günlük yaşamda çok sık karşılaşılabilen açık ayrımcılık, eşitlik ilkesine aykırı olan zararlı davranışların sergilenmesi sonucu ortaya çıkabilmektedir (Fibbi ve ark., 2021; Kite and Bernard, 2016).

Gizli Ayrımcılık: Gizli ayrımcılıkta bilinç dahilinde planlanan amaçlı ve zararlı eylemler söz konusu olabilmektedir (Kite and Bernard, 2016).

İnce Ayrımcılık: Eşit olmayan zararlı davranışlardan oluşabilmektedir. Davranışlar insanlar tarafından “normal, doğal ve/veya geleneksel” olarak içselleştirilmiş olduğu için çoğu zaman fark edilememektedir (Fibbi ve ark., 2021; Kite and Bernard, 2016).

Mikrosaldırganlıklar: Bazı bireyleri veya dahil oldukları grupları küçük düşüren, sözlü ve sözsüz davranışlar bütünü ifade etmektedir. Bu küçük ölçekli olayların kümülatif etkileri insanın duygusal, psikolojik ve fiziksel sağlığına zarar verebilmektedir (Sue, 2010). Mikrosaldırganlıklar bireyin şahsına hakaret, düşüncelerini, duygularını yok sayma ve kaba davranışlarda bulunma gibi durumları içerebilmektedir (Harwood et al 2015; Nadal, 2013).

2.3. Sağlık Alanında Damgalama ve Ayrımcılık

Damgalama ve ayrımcılık, kişiyi tehdit eden, kişiler arası süreçleri bozan, birçok tehlike ve olumsuzluğa yol açan deneyimler bütünüdür (Yaman ve Güngör, 2014). Sağlıkta damgalama; sahip olduğu hastalık nedeniyle birey veya grubu ötekileştiren, itibarını zedeleyen, değersizleştiren ön yargı, tutum ve davranışları ifade etmektedir (Ertem, 2020). Birey, toplum içinde kendisini korkutan, rahatsız ve tedirgin eden bir kişi ya da olayla karşılaştığında bunu ötekileştirme, dışlama veya yok sayma yoluna gidebilmektedir. Bu durum bireyin ruhsal hastalık, bulaşıcı hastalık, etnik köken, fiziksel engellilik, yaşlılık, cinsel yönelim gibi özellikleri nedeniyle “kusurlu, anormal ve uzak durulması gereken kişi” olarak etiketlenmesine neden olabilmektedir (Asan, 2019). Aynı zamanda damgalama ve ayrımcılık kişiler arası iletişimi bozabilmektedir (Özmen ve Erdem, 2021).

Sağlık profesyonellerinin olumsuz tutum ve davranışlarına maruz kalan bireyler sağlık arama davranışından vazgeçebilmektedir. Bu durum tedavi süreçlerinin aksamasına, hastalık belirtilerinin gözden kaçırılmasına, bakımın kalitesinin azalmasına, bireysel ve toplumsal sağlık sorunlarının artmasına neden olabilmektedir (Asan, 2019; Öztürk, 2018). Sağlık alanında damgalama ve ayrımcı davranışlara maruz kalan gruplar; ruhsal veya bulaşıcı hastalığa olan bireyler, yaşlılar, LGBTİ

bireyler, alkol ve madde bağımlıları, mülteciler/göçmenler, obez bireyler olarak sayılabilmektedir (Asan, 2019). Bireyler damgalama ve ayrımcı tutumlar nedeniyle sağlık bakım hizmetlerinden yararlanamadıklarında bu durum halk sağlığı problemlerine neden olabilmektedir. Bu nedenle toplumdaki damgalayıcı ve ayrımcı tutumların belirlenmesinin; birey, aile, grup ve kurumlar düzeyinde gerekli önlemlerin alınmasının, halk sağlığı ve küresel sağlık sorunlarının önlenmesinde oldukça önemli rol oynayacağı düşünülmektedir.

2.4. Sağlık Alanında Damgalama ve Ayrımcılık Konusunda Yapılan Araştırmalar

Sağlık alanında damgalamaya maruz kalan hastalık gruplarının başında ruhsal hastalıklar gelmektedir. Dünyadaki hastalık yükünün %14'ünü oluşturan ruhsal hastalıklar, sağlıkla ilgili birçok alanda olduğu gibi damgalama konusunda da ön plana çıkmaktadır (Arslantaş vd., 2019). Asan'ın (2019) aktardığına göre Dickerson vd. (2002) yapmış olduğu bir çalışmada, ruhsal hastalığa sahip bireylerin %61'inin toplum, %20'sinin sağlık çalışanları tarafından damgalandığı bildirilmiştir. Ayrıca ruhsal hastalıklara yönelik damgalayıcı ve ayrımcı tutumların, toplumun genelinin yanı sıra sağlık çalışanları arasında da oldukça yaygın olduğu vurgulanmıştır (Arkan vd., 2011; Asan, 2019).

Literatürde ruhsal hastalıklara yönelik damgalama ve ayrımcılığın en çok psikiyatri birimlerinde gerçekleştiği, hasta-hekim ilişkilerinde yaşanan problemler sonrasında damgalamanın daha görünür hale geldiği bildirilmiştir (Kalli et al., 2019). Nijerya'da yapılan diğer bir çalışmada ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik damgalayıcı ve ayrımcı tutumların en çok doktorlar, hemşireler ve eczacılar tarafından sergilendiği belirtilmiştir (Ubaka et al., 2018). Fontenisse vd. (2021) çalışmasında ise hemşirelerin ruhsal hastalık tanısı alan bireylere karşı daha damgalayıcı ve ayrımcı tutumlar sergiledikleri ve hümanist olmayan davranışlarda bulundukları bildirilmiştir.

Sağlık alanında ruhsal hastalıklara yönelik damgalayıcı tutumlar; bireylerin kaygı yaşamasına, benlik saygısında azalmaya, tıbbi tedaviye uyumda bozulmaya, tedavi süreçlerinin yarıda bırakılmasına ya da tedavinin red edilmesine neden olabilmektedir. Bununla birlikte uzun süre damgalamaya maruz kalan bireylerde içselleştirme sürecinin başladığı ve tedavi başarısının düştüğü bildirilmektedir (Asan, 2019; Çam ve Çuhadar, 2011).

Bulaşıcı hastalıklar da toplumdaki sosyal ilişkileri ve işlevselliği etkileyebilir (Bruns et al., 2020; Kumari, 2023; Taşkın Yılmaz vd., 2021). İnsanların bulaşıcı

hastalıklara karşı tepkileri genellikle hastalığa sahip bireyi damgalama, bireylerle temastan kaçınma ve onları izole etme şeklinde gözlemlenebilir (Bagcchi, 2020). Tanı alan hastaların yanı sıra hasta yakınları, yakın temaslı kişiler ve sağlık çalışanları damgalayıcı ve ayrımcı davranışlara maruz kalabilir (Asadi-Aliabadi, et al., 2020; Canada Center For Occupational Health And Safety, 2020; CDC, 2019; Shigemura et al., 2021). Damgalayıcı tutum ve davranışlar bireylerin yaşam kalitelerinde düşmeye, kaygı düzeylerinde artışa, öz güven ve benlik saygılarında azalmaya neden olabilir (Brooks et al., 2020; Enli Tuncay vd., 2020; Ho et al., 2020).

Bulaşıcı hastalıklara yönelik damgalamanın önemli bir halk sağlığı sorunu olduğu bildirilmektedir. Bulaşıcı hastalıklara yönelik damgalayıcı tutum ve davranışlar toplumdan topluma, kültürden kültüre değişiklik gösterse de hemen hemen her toplumda aynı şekilde gözlemlenebilmektedir. HIV/AIDS'e yönelik damgalama, toplumun sahip olduğu değer ve inançlara göre şekillenebilmektedir. Toplum bu bireylerin sosyal hayatları ile ilgili yargılayıcı tutumlar sergileyebilmektedir (Adak, 2010).

HIV/AIDS tanısı alan bireylerin damgalanmasının en önemli nedenleri bulaşma korkusu ve hastalığın ölümle ilişkilendirilmesi ile ilgili olabilmektedir. İnsanlar arasındaki korku genellikle bulaş yolları konusundaki bilgi yetersizliğinden ve yanlış bilgilendirmeden kaynaklanabilmektedir (Ataç ve Buzlu, 2014). Bulaşma korkusu toplumda olduğu gibi sağlık hizmetlerinde de damgalama ve ayrımcılık davranışlarının ortaya çıkmasına neden olabilmektedir (Ataç ve Buzlu, 2014; Yuvaraj et al., 2020)

Sağlık kurumlarında HIV/AIDS'e yönelik damgalayıcı ve ayrımcı tutumlar çok farklı şekillerde ortaya çıkabilmektedir. Bu tutum ve davranışlar; bireyin izni olmadan HIV testinin yapılması, yargılayıcı bakışlar ve yorumlarda bulunma, bireyin ahlaki açıdan yetersiz olduğunu düşünme, kayıtlarda hastanın etiketlenmesi, kimlik bilgilerinin başkalarıyla paylaşılması, bireyin odasında daha az süre geçirilmesi, en kısa sürede bakımın tamamlanmak istenmesi şeklinde kendini gösterebilmektedir (Ataç ve Buzlu, 2014; Lazuardi et al., 2019; Yuvaraj et al., 2020). Bireyin sağlık kurumlarında maruz kaldığı bu davranışlar sağlık profesyonellerine olan güvenini azaltabilmektedir. Aynı zamanda sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkını ihlal edebilmektedir (Alkan vd., 2016; Adak, 2010; Waluyo et al., 2015;).

HIV/AIDS tanılı hastalara yönelik damgalama eğilimini belirlemek amacıyla yapılan bir çalışmada, hemşirelerin büyük çoğunluğunun bu hastalarla aynı odada veya

ortamda uzun süre kalmak istemedikleri, HIV/AIDS tanısı olan bireylerle arkadaşlık konusunda kararsız kaldıkları bildirilmiştir (Ataç ve Buzlu, 2014). Bu konuda yapılan diğer çalışmalarda HIV/AIDS'e yönelik damgalayıcı ve ayrımcı tutumların özellikle bilgi ve eğitim düzeyiyle ilişkili olduğu (Kaya ve Koç, 2020), bu hastaların en çok erkekler tarafından damgalandığı, eğitim düzeyi arttıkça damgalama eğiliminin azaldığı belirlenmiştir (Bozkurt ve Turan, 2020).

Günümüzde obez bireyler de toplum içinde ayrımcı ve damgalayıcı davranışlara maruz kalabilmektedir (Rubino et al., 2020; Sert vd., 2016; Ward-Smith and Peterson, 2016). Dünya Sağlık Örgütü'nün 2017 yılı raporunda, sağlık kurumlarına başvuran obez bireylerin %69'unun sağlık çalışanları tarafından damgalayıcı ve ayrımcı tutumlara maruz kaldıkları bildirilmektedir (WHO, 2017). Aynı zamanda bu konuda yapılan bazı çalışmalarda, obez bireylerin sağlık hizmeti alırken ön yargılı davranışlarla karşılaştıkları, maruz kaldıkları negatif tutumlar nedeniyle tedaviyi devam ettirmek istemedikleri belirlenmiştir (Fruh et al., 2016; Muratdağı ve Karadeniz, 2022; Sayın Kasar ve Akyol, 2019; Ward-Smith and Peterson, 2016).

Sağlık alanında damgalama ve ayrımcılığa maruz kalan bir diğer grubun yaşlılar olduğu bildirilmektedir. Yaşlı ayrımcılığı Palmore (1999) tarafından tanımlanmıştır. Palmore (2004) yaşlı bireylere yönelik damgalayıcı ve ayrımcı tutumların, cinsiyet ve ırk ayrımcılığından sonra üçüncü sırada yer aldığını bildirmiştir (Palmore, 2004). Yaşlılara yönelik damgalayıcı ve ayrımcı tutumlar yaşamın her alanında karşımıza çıkabilmektedir. Yaşlı ayrımcılığı özellikle aile içinde, sosyal yaşamda ve sağlık alanında gözlemlenebilmektedir (Boz vd., 2017; Bulut ve Çilingir, 2016). Yaşlıların sağlık kurumlarında maruz kaldıkları damgalayıcı ve ayrımcı tutumlar, tedavi ve bakım süreçlerini etkileyebilmektedir. Yaşlanma sürecinde bireyde meydana gelen fiziksel değişimler ve yetersizlikler sağlık çalışanlarının gözünde bakımı zorlaştırabilmektedir. Aynı zamanda iş yükünü artırarak sağlık profesyonellerinin çalışma isteğini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Adıbelli vd., 2013; Demirtürk Selçuk ve Demirbağ, 2020).

Sağlık alanında damgalama ve ayrımcılığa maruz kalan gruplardan bir diğerini de LGBTİ bireyler oluşturmaktadır. Bu bireyler sahip oldukları cinsel yönelim ve hayat tarzları nedeniyle damgalamaya maruz kalabilmektedir. Bu bireylerin toplumdan dışlandıkları, bu nedenle sağlık kurumlarına başvurmada isteksiz oldukları bildirilmektedir (Korkmaz ve Avcı, 2018). Diğer insanlarla karşılaştırıldığında LGBTİ bireylerin daha fazla psikososyal problemle karşılaştıkları vurgulanmaktadır. Cinsel

tercihleri ve yönelimleri nedeniyle sağlık bakım ortamlarında olumsuz tutum ve davranışlara maruz kalan bireyler fiziksel, sosyal ve kültürel problemler yaşayabilmektedir. Sağlık profesyonellerinin içinde yer aldığı toplumun kültürel değer ve inançları, cinsel yönelimler konusundaki bilgi eksikliği bu bireylerin damgalama ve ayrımcılık yaşamasına neden olduğu vurgulanmaktadır (Özer, 2019; Soner ve Altay, 2019).

Sağlık kurumlarına başvuran bireylerin karşılaştıkları damgalayıcı ve ayrımcı tutumlar; hastaların prognozunu, bakım ve tedavi sürecini, hastalığın bireysel, toplumsal ve küresel sonuçlarını etkileyebilir. Sağlık bakım kurumlarında bu tutum ve davranışları önlemeye yönelik girişimler, kaliteli bakım sunulmasını sağlayarak bireylerin yaşam kalitesini yükseltebilir (Goldberg, 2017).

2.5. Damgalama ve Ayrımcılık Eğiliminin Hemşirelik Bakımı Üzerine Etkisi

Damgalama ve ayrımcılığa maruz kalmak, bireylerin benlik saygısı ve öz yeterliliğinin azalmasına, stres düzeyinin artmasına, sağlık bakım hizmetlerine başvurmamasına neden olabilmektedir (Arrey et al, 2016). Bu nedenle literatürde sağlık profesyonellerinin özellikle de sağlıklı/hasta bireylerle en çok iletişimde olan hemşirelerin damgalama ve ayrımcılık eğilimlerinin belirlenmesinin oldukça önemli olduğu bildirilmektedir (Açıkgöz ve Akkuş, 2018). Aynı zamanda damgalama ve ayrımcılığın ilk olarak hemşirelerin kendi olumsuz duygu, düşünce, tutum ve davranışlarının farkında olması, ön yargılarını ve sınırlarını tanıması ile önlenebileceği vurgulanmaktadır (Çam ve Çuhadar, 2011).

Hemşirelerin geçmişten günümüze değişmeyen en temel rolü bakımdır (Duruk, 2021). Hemşireler bakım sunarken özerkliğini en güçlü şekilde kullanabilmektedir (Ünlüsoy Dinçer, 2021). Bakım sürecinde, hemşire ve hasta arasında terapötik bir iletişim sağlanması oldukça önemlidir. Terapötik iletişimin amacı, hasta bireyin gereksinimlerinin belirlenmesi ve karşılanması, içinde bulunduğu duruma psikososyal açıdan uyumunun sağlanması ve karşılaştığı problemleri çözebilmesi için öz farkındalığın sağlanmasını desteklemektir. Hemşireler, sağlıklı/hasta birey ve ailesi ile hümanizm, holizm, bireysellik ve saygı ilkeleri doğrultusunda bir iletişim kurmalıdır. Hemşire terapötik bir ilişki kurarken kendini tanıma, empati yapma, dinleme, soru sorma ve bilgi verme gibi etkili iletişim becerilerinden yararlanmalıdır (Şengün İnan, 2021).

Damgalanma yaşıyan bireylerin desteklenmesi ve umut düzeylerinin artırılması oldukça önemlidir. Bu konuda yapılan bazı çalışmalarda umudu yüksek olan bireylerin baş etme ve olumlu düşünme becerilerinin güçlendiği (Salerno, 2002; Olçun ve Şahin Altun, 2017), benlik saygılarının arttığı, yaşamlarına daha iyi uyum sağladıkları (Lysaker et al., 2005), geleceğe yönelik hedefler belirledikleri ve sosyal ilişki kurma yeteneklerinin arttığı bildirilmiştir (Olçun, 2020). Buna karşın umutsuz olan bireylerin ise fonksiyonel iyileşme süresinin uzadığı ve immun sistemlerinin olumsuz yönde etkilendiği vurgulanmıştır (Coşkun ve Şahin Altun, 2018). Hemşireler, damgalanma yaşıyan bireylere bakım sunarken onlara umut aşılama girişimleri uygulayabilir. Spiritüel yönden destek olabilir. Öfke kontrolüne yardımcı olarak hastaların baş etme becerilerini güçlendirebilir (Bulechek et al., 2017; Olçun, 2020).

Hemşirelik bakımının etkili olabilmesi için hemşire ve sağlıklı/hasta birey arasındaki iletişimin etik boyutunun güçlü olması gerekmektedir. Mesleki etik değerler hemşirelerin bakım uygulamalarında, klinik karar vermelerinde ve etik sorunları çözmelerinde hemşirelere rehberlik eder. Birey, aile, toplum ve diğer ekip üyeleriyle olan etkileşimlerinde yol gösterir. Hemşirelik disiplini, doğası gereği etik bir bakım sunmayı gerektirir. Bu doğrultuda profesyonel değerlerin ve etik ilkelerin içselleştirilmesi; güvenli, kaliteli bir bakım verilmesini sağlar. Bu nedenle hemşirelerin otonomi, yarar sağlama, zarar vermeme, adalet, eşitlik, sadakat ve mahremiyet/sır saklama gibi etik ilkeleri benimseyerek bakım sunmaları son derece önemlidir (Akın, 2021).

2.6. Ölçek Geliştirme

Ölçek geliştirme sürecinde, çalışılmak istenen değişkenin gerçek değerini ölçerken uyulması gereken birçok standart ve kriter bulunmaktadır (Karakoç ve Dönmez, 2014). Bireyin ölçülmek istenen değişkene yönelik eğilimini, tepkisini, davranış ve tutumunu belirlemek için ölçeğin geçerlik ve güvenilirliğinin sayısal değerlerle ortaya konulması gerekmektedir. Bu nedenle ölçek geliştirme çalışmalarında geçerlik ve güvenilirlik analizleri uygulanmaktadır (Özdamar, 2017).

2.6.1. Geçerlik

Geçerlik, ölçüm aracının çalışılan fenomeni amaçladığı düzeyde doğru ölçebilme düzeyidir. Ölçek; geçerliği uygulanan gruba, uygulama şekline ve kullanılma amacına göre değişebilmektedir (Karakoç ve Dönmez, 2014; Özdamar, 2017). Geçerlik, elde edilen verinin hedefe ulaşmada ne kadar yeterli veya uygun düzeyde olduğunu belirleyen kriterdir. Geçerliği istendik düzeyde olmayan ölçeğin

istatistiksel analizlerdeki gücü düşüktür. Bu durum çalışılan gruplar arasındaki farkın belirlenmesini engelleyebilir. Aynı zamanda veri alanının genişletilmesi ihtiyacını ortaya çıkararak zaman ve maliyet kaybına neden olabilir (Karakoç ve Dönmez, 2014). Ölçek geçerliğini belirlemek için kullanılan çok sayıda geçerlik tipi (yapı geçerliği, içerik geçerliği, kapsam geçerliği vb.) bulunmaktadır (Özdamar, 2017). Likert tipi ölçeklerde yapılan geçerlilik analizlerinde özellikle ölçüm aracının kapsam geçerliği, ölçüt ve yapı geçerliliği analizlerinin test edilmesi önerilmektedir (Özdamar, 2017; Sönmez ve Alacapınar, 2016).

2.6.2. Güvenirlik

Güvenirlik ölçeğin, ölçülmek istenen fenomeni ya da değişkeni doğru ve tam ölçebilme derecesidir. Diğer bir ifadeyle ölçüm aracının duyarlı ve tutarlı olması şeklinde tanımlanabilir. Ölçeğin duyarlı olması hatanın en aza indirgenmiş olması ya da hiç olmaması durumudur. Ölçeğin tutarlı olması ise ölçülmek istenen değişkenin birden fazla ölçümde hep aynı ya da benzer sonuçlar vermesi şeklinde tanımlanabilir. (Özdamar, 2017; Sönmez ve Alacapınar, 2016). Güvenirlik derecesi düşük olan bir ölçek uygulama süreçlerinde biasa neden olabilir. Bu durum klinik karar verme sürecinde hatalı uygulamalara ve kararlara yol açabilir (Karakoç ve Dönmez, 2014). Güvenirlik ölçülebilir bir değerdir ve “ a (alfa)” ile gösterilmektedir. Güvenirlik katsayısı alfa (a) sayısal bir değerle ifade edilir ve 0 ile 1 arasında derecelendirilir ($0 \leq a \leq 1$). Sıfır geliştirilen ölçeğin güvenilir olmadığını gösterirken, 1 değeri ölçeğin tam güvenilir olduğunu göstermektedir. Sağlık alanında yapılan ölçek geliştirme çalışmalarında tercih edilen değerlendirme yöntemine ilişkin güvenilirlik katsayısının sayısal değerleri aşağıdaki tabloda yer almaktadır (Özdamar, 2017):

Tablo 1. Alfa (a) güvenilirlik katsayısı derecelendirme tablosu

$a < 0.50$	<i>Güvenilir değil.</i>
$0.50 \leq a < 0.60$	<i>Düşük düzeyde güvenilir.</i>
$0.60 \leq a < 0.70$	<i>Orta düzeyde güvenilir.</i>
$0.70 \leq a < 0.80$	<i>Genel kabul gören düzeyde güvenilir.</i>
$0.80 \leq a < 0.90$	<i>Yüksek düzeyde güvenilir.</i>
$a \geq 0.90$	<i>Mükemmel düzeyde güvenilir.</i>

2.6.3. Faktör Analizi

Faktör analizi yapı geçerliliğini ölçmeye yarayan istatistiksel yöntemlerden biridir (Alpar, 2018). Katılımcılar tarafından verilen bilginin altındaki kuramsal yapıyı ve bu yapıların özgülüğünü ortaya çıkarmayı amaçlamaktadır. Faktör analiziyle

ölçeğin bütünlüğü test edilerek ilişkisi olmayan değişkenlerin ölçekten çıkarılması sağlanmaktadır (Erdoğan vd., 2014). Analiz sonucunda çıkarılan veya eklenen maddelerden sonra tekrar analiz yapılmaktadır. Bu süreç ölçülmek istenen fenomenin yeterli nicelik ve nitelikte maddeyle ölçülebilmesine kadar devam etmektedir (Karakoç ve Dönmez, 2014). Faktör analizlerinin geçerli olabilmesi için örneklem grubunun madde sayısının 5-10 katı büyüklüğünde olması gerekmektedir. Toplanan verilerin faktör analizine uygunluğu ve yeterliliği belirlenirken Kaiser-Meyer Olkin'in (KMO) ölçüm tekniğinden yararlanılmaktadır. Ayrıca değişkenler arasındaki korelasyonun test edilmesi aşamasında Bartlett's Test of Sphericity'den testi kullanılmaktadır (Esin, 2014).

Faktör analizleri açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi olmak üzere iki farklı yöntem kullanılarak yapılmaktadır:

Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA): Likert tip ölçekler genellikle ölçülmek istenen fenomene ilişkin çok sayıda alt boyutu sayısallaştırma özelliğine sahiptirler. Bu durumda fenomenin kaç alt boyutu olduğunu belirlemede "Açıklayıcı Faktör Analizi" kullanılmaktadır. Bu analizin temelde iki amacı bulunmaktadır. Bunlardan ilki veri indirgemeye giderek değişken sayısını azaltmaktır. Bunun sonucunda fenomeni açıklamada önemli bir katkısı olmayan maddeler devre dışı bırakılmaktadır. Diğer ise farklı değişkenler arasındaki ilişkiyi göz önünde bulundurarak yeni yapıların ortaya çıkarılmasını sağlamaktır. Maddeler arasındaki korelasyon kullanılarak fenomenin içindeki gizli yapıların ortaya çıkarılması hedeflenmektedir (Özdamar, 2017).

Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA): Açıklayıcı faktör analizinin devamı niteliğinde uygulanan bir analiz yöntemidir. Açıklayıcı faktör analizi sonucunda yüksek düzeyde güvenilir çıkan ölçüm aracının test edilerek denetlenmesini sağlamaktadır. Gözlenen değişkenler ile gizli değişkenler arasındaki ilişki, kurulan model aracılığıyla test edilmektedir (Özdamar, 2017).

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Materyal

3.1.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma Hemşirelerde Damgalama ve Ayrımcılık Eğilimi Ölçeği'ni geliştirmek; hemşirelerin damgalama ve ayrımcılık eğilimlerini etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla metodolojik ve tanımlayıcı tipte planlanmıştır. Nitel ve nicel araştırma tasarımlarının birlikte kullanıldığı karma desen bir çalışmadır. Çalışmanın birinci aşamasında nitel araştırma yöntemlerinden biri olan fenomenolojik araştırma yönteminden yararlanılarak hemşirelerle görüşmeler yapılmıştır. Çalışmanın ikinci aşamasında nicel araştırma yöntemi kullanılarak Hemşirelerde Damgalama ve Ayrımcılık Eğilimi Ölçeği'nin geçerlik ve güvenirlik analizleri yürütülmüştür.

3.1.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Bu araştırma 11/03/2020-15/06/2023 tarihleri arasında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nde yapılmıştır.

3.2. Metot

3.2.1. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

3.2.1.1. Araştırmanın Nicel Boyutunda Örneklem Seçimi

Araştırmanın evreni, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nde görev alan 838 hemşireden oluşmuştur. Örneklem sayısı, evrenin bilindiği durumlarda örnekleme alınacak kişi sayısını hesaplamak amacıyla oluşturulan aşağıdaki formül kullanılarak hesaplanmıştır (Özdamar, 2017). Bu formüle göre örneklem büyüklüğü en az 264 hemşire olarak belirlenmiştir.

$$(N.t^2.p.q)/(d^2 (N-1)+t^2.p.q)$$

Bu formülde;

n: Örnekleme alınacak birey sayısı.

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı (olasılığı).

q: İncelenen olayın görülmeyiş sıklığı (1-p).

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde “t” tablosundan bulunan teorik değer.

d: Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen “±” sapmadır.

Sayısal değerler yerine konulduğunda;

p: 0,5

q: 0,5

t: 1,96 (tablo değeri)

d: 0,05 (%5 hata payı)

$$\frac{838.(1,96)^2 .0,5.0,5}{(0,05)^2.(838-1) + (1,96)^2.0,5.0,5}$$

$$n= 264$$

Bununla birlikte ölçek geliştirme çalışmalarında taslak ölçeğin madde sayısının 5-10 katı büyüklüğündeki bireyin örnekleme dahil edilmesi örneklem büyüklüğünün belirlenmesinde göz önünde bulundurulacak kriterlerden biridir (O'Rourke and Hatcher, 2013). Bu çalışmada örneklem büyüklüğünün belirlenmesi aşamasında geliştirilmesi planlanan ölçeğin madde sayısının 10 katı örnekleme ulaşılması amaçlanmıştır. Çalışma kapsamında geliştirilen “Hemşirelerde Damgalama ve Ayrımcılık Eğilimi Ölçeği”nin taslak madde sayısı 40 olduğu için en az 10 katı hemşireye ulaşılması hedeflenmiştir. Bu doğrultuda araştırmaya 400 hemşirenin dahil edilmesi planlanmıştır.

3.2.1.2. Araştırmanın Nitel Boyutunda Örneklem Seçimi

Araştırmanın diğer aşamasını oluşturan nitel boyutta, araştırılan konuyla ilgili detaylı bilgi elde etmeyi amaçlayan, amaçlı örnekleme yöntemlerinden biri olan benzeşik (homojen) örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Katılımcı sayısı, nitel araştırmalarda kabul edilen “veriye doyma” ilkesine göre belirlenmiştir. Veriye doyma ilkesi, görüşme yapılan katılımcılara yöneltilen sorularda farklı cevapların alınmaması ya da yeni bilgilerin elde edilememesi anlamına gelmektedir. Görüşme yapılan her hemşireye farklı bir kod ismi verilmiş ve analiz sürecinde de hemşirelerin isimleri yerine bu kod isimleri kullanılmıştır (Çetinkaya ve Özsoy, 2021; Polit and Beck, 2004).

3.2.2. Verilerin Toplanması

3.2.2.1. Nicel Verilerin Toplanması

Araştırmanın nicel verileri toplanırken araştırmacı tarafından literatür taraması sonucunda hazırlanan “tanıtıcı bilgi formu” ve “Hemşirelerde Damgalama ve Ayrımcılık Eğilimi Ölçeği” kullanılmıştır. Taslak form 20 kişiden oluşan bir hemşire grubuna uygulanarak pilot çalışma yapılmıştır. Pilot çalışma sonucunda anlaşılmayan maddelerin olmadığı görülerek veri toplama süreci başlatılmıştır. Pilot çalışmaya dahil edilen hemşireler örnekleme dahil edilmemiştir. Araştırmaya katılmayı kabul eden,

çalışmanın yürütüldüğü tarihler arasında izinli ya da raporlu olmayan hemşireler, çalışma hakkında bilgilendirilip onamları alındıktan sonra veri toplama formları uygulanmaya başlanmıştır. Hemşirelere çalışmaya katılma kararının tamamen kendilerine ait olduğu, kimlik bilgilerinin anket üzerinde ya da çalışmanın herhangi bir yerinde geçmeyeceği ve çalışmadan elde edilen verilerin sadece bu araştırma kapsamında kullanılacağı konusunda bilgi verilmiştir. Veriler yüz yüze görüşme yapılarak ortalama 8-10 dakikada toplanmıştır. Veri toplama formlarında eksik işaretleme yapan (n:10) ve araştırmaya katılmayı kabul etmeyen (n:3) toplam 13 hemşire araştırma kapsamı dışında tutularak 400 hemşireyle veri toplama süreci tamamlanmıştır. Anket formunun cevaplanma oranı %97'dir.

3.2.2.2. Nitel Verilerin Toplanması

Nitel verilerin toplanması aşamasında 21 hemşireyle ayrı ayrı fenomenolojik görüşmeler yapılmıştır. Görüşmede araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılmıştır. Anlaşılabilirlik ve amaca uygunluk açısından 2 hemşire ile ön görüşme yapılmıştır. Ön görüşme yapılan hemşireler örnekleme dahil edilmemiştir. Görüşmeye başlamadan önce; araştırmanın amacı, görüşmenin nasıl yürütüleceği, görüşmenin ortalama süresi, ses kayıt cihazının kullanım amacı, görüşmelerden elde edilen verilerin ve katılımcıların kimlik bilgilerinin güvenliği konularında gerekli bilgilendirmeler yapılarak sözel onamları alınmıştır. En kısa görüşme 15 dakika sürerken en uzun görüşme ortalama 35 dakika sürmüştür. Görüşmelerin sağlıklı ve bölünmeden sürdürülebilmesi için sessiz bir ortamda görüşmeler yapılmıştır. Birbirine benzeyen ve tekrar eden cevaplar alınmaya başladıktan sonra görüşmeler sonlandırılmıştır.

3.2.3. Veri Toplama Araçları

3.2.3.1. Nicel Verilerin Toplanmasında Kullanılan Veri Toplama Araçları

Tanıtıcı Bilgi Formu

Tanıtıcı bilgi formu toplam 18 sorudan oluşmaktadır. Bilgi formunda hemşirelerin sosyodemografik özelliklerine (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu vb.), çalışma özelliklerine (çalışma süresi, çalıştığı birim, haftalık çalışma saati, günlük bakım verdiği hasta sayısı, vb.), damgalama ve ayrımcılık ile ilgili düşüncelerine (bakım vermekte zorluk çektiği hasta/hastalık grupları, bakım vermek istemediği hasta/hastalık grupları, sağlık profesyonellerinin bakım sunduğu

hasta/hasta gruplarına damgalama ve ayrımcılık uygulayıp uygulamadığı vb.) ilişkin sorular yer almaktadır (Ek 1).

Hemşirelerde Damgalama ve Ayrımcılık Eğilimi Ölçeği (HDAE)

Bu çalışma kapsamında nitel görüşmeler yapılarak ve literatür taranarak geliştirilen “Hemşirelerde Damgalama ve Ayrımcılık Eğilimi Ölçeği” taslak formu 40 maddeden oluşmaktadır (Ek 2). “Hemşirelerde Damgalama ve Ayrımcılık Eğilimi Ölçeği” taslağı bir üniversitenin Türk Dili ve Edebiyatı Bölümü'nde görev yapan bir öğretim üyesinden destek alınarak anlaşılabilirlik, bütünlük ve yazım kuralları yönünden değerlendirilmiştir. Daha sonra kapsam ve içerik analizlerinin yapılabilmesi için uzman görüşlerine sunulmuştur.

Ölçek maddeleri uzmanlar tarafından anlaşılabilirlik, kültüre ve amaca uygunluk, ayırt edicilik açısından değerlendirilmiştir. Uzmanların geri bildirimleri doğrultusunda maddelerde düzeltmeler yapılmış ve 40 madde için 10 uzmanın verdiği cevaplar doğrultusunda ölçek kapsam geçerlilik analizleri hesaplanmıştır. KGO'larının ortalamasından KGİ (Kapsam Geçerlik İndeksi) hesaplanmış ve 0,97 olarak bulunmuştur. $KGİ \geq KGO$ olduğundan oluşturulan 40 maddeli yapının kapsam geçerliliğinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir.

Bu çalışmada 17 madde ile doğrulanan; Algı ve Farkındalık, Bulaşıcı Hastalık, Obezite, Ruhsal Hastalık olmak üzere 4 alt boyuttan oluşan bir ölçek yapısı elde edilmiştir (Ek 3). “Hemşirelerde Damgalama ve Ayrımcılık Eğilimi Ölçeği” *Algı ve Farkındalık* alt boyutu 6 maddeden oluşmakla birlikte, bu alt boyuttan alınabilecek puan 6-30 arasında değişmektedir. *Bulaşıcı Hastalık* alt boyutu 5 maddeden oluşmakla birlikte, bu alt boyuttan alınabilecek puan 5-25 arasında değişmektedir. *Obezite* alt boyutu 3 maddeden oluşmakla birlikte, bu alt boyuttan alınabilecek puan 3-15 arasında değişmektedir. *Ruhsal Hastalık* alt boyutu 3 maddeden oluşmakla birlikte, bu alt boyuttan alınabilecek puan 3-15 arasında değişmektedir (Ek 3).

Ölçek 1-5 puan aralığında değer alan beşli likert tipte tasarlanmıştır. Puanlama 1= Kesinlikle Katılmıyorum, 2= Katılmıyorum, 3= Biraz Katılıyorum, 4= Katılıyorum, 5= Kesinlikle Katılıyorum olarak yapılmaktadır. Araştırmaya katılan hemşirelerden ölçek maddelerini 1-5 puan arasında cevaplamaları istenmektedir. Ölçek maddeleri arasında ters puanlama yapılacak madde bulunmamaktadır. Ölçek ve alt boyut değerlendirmesi toplam puan üzerinden yapılmaktadır. Ölçekten alınabilecek

puan aralığı 17-85 arasında değişmektedir. Elde edilen puanın yüksekliği hemşirelerin damgalama ve ayrımcılık eğilimlerinin yüksek olduğuna işaret etmektedir.

Hemşirelerde Damgalama ve Ayrımcılık Eğilimi Ölçeği'nin Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı $\alpha = 0,777$ ile oldukça güvenilir, 6 maddeden oluşan *Algı ve Farkındalık* ve *Farkındalık* alt boyutunun Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı $\alpha = 0,851$ ile yüksek derecede güvenilir, 5 maddeden oluşan *Bulaşıcı Hastalık* alt boyutunun Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı $\alpha = 0,862$ ile yüksek derecede güvenilir, 3 maddeden oluşan *Obezite* alt boyutunun Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı $\alpha = 0,717$ ile oldukça güvenilir ve 3 maddeden oluşan *Ruhsal Hastalık* alt boyutunun Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı $\alpha = 0,675$ ile oldukça güvenilir olarak hesaplanmıştır.

3.2.3.2. Nitel Verilerin Toplanmasında Kullanılan Veri Toplama Aracı

Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu

Nitel verilerin toplanması aşamasında kullanılan yarı yapılandırılmış görüşme formu; hemşirelerin damgalama ve ayrımcılık konusundaki bilgi durumları, sağlık profesyonellerinin damgalama ve ayrımcılık uygulayıp uygulamadıkları ile ilgili düşünceleri, damgalama ve ayrımcılığın ortaya çıkmasında etkili olan faktörler, damgalayıcı ve ayrımcı tutumların hemşirelik bakımı üzerine etkisi ve sağlık alanında damgalayıcı ve ayrımcı tutumların önlenmesine yönelik girişimler hakkındaki sorulardan oluşmaktadır. Görüşmede yer alan sorular şunlardır;

1. Sizce damgalama nedir?
2. Sizce ayrımcılık nedir?
3. Sağlık profesyonelleri tarafından sağlık hizmeti sunumunda damgalama ve ayrımcılık yapıldığını düşünüyor musunuz?
4. Sizce hangi hasta/hastalık grupları daha fazla damgalama ve ayrımcılığa maruz kalıyor? -Bu konuda deneyimleriniz oldu mu? Varsa paylaşabilir misiniz?
5. Sizce sağlık bakım sunumunda hemşirelerin damgalayıcı ve ayrımcı tutumlar sergilemesinde etkili olan faktör/faktörler nelerdir?
6. Sizce hemşirelerin bakım sunarken sergilediği damgalayıcı ve ayrımcı davranışlar nelerdir?
7. Damgalayıcı ve ayrımcı tutumların hemşirelik bakımı üzerine etkileri neler olabilir?

8. Sizce sağlık bakım sunum sisteminde damgalama ve ayrımcılığın önlenmesi için neler yapılabilir? Bu konudaki önerileriniz nelerdir?

3.2.4. Verilerin Değerlendirilmesi

3.2.4.1. Nicel Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma verilerinin değerlendirilmesinde kategorik değerşkenler için frekans dağılımları kullanılırken, sayısal değerşkenler için tanımlayıcı istatistikler ($\text{ort} \pm \text{ss}$) kullanılmıştır. Ölçek geliştirme analizlerinin ilk aşamasında, geçerlik analizleri sonrasında ise güvenirlik analizleri test edilmiştir. Geçerlik analizleri kapsamında ölçeğe, Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA) ve Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) uygulanmıştır. “Hemşirelerde Damgalama ve Ayrımcılık Eğilimi Ölçeği” ve alt boyutlarının güvenirliğinin belirlenmesinde Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı kullanılmıştır. Ölçeğin zamana göre değerşmezliğini belirlemek için test-tekrar test yöntemi uygulanmıştır. Araştırmaya katılan hemşirelerin ölçek ve alt boyut puanları, ilgili maddelerin toplam puanından elde edilmiştir. Çalışmanın AFA ve güvenirlik analizlerinin hesaplanması için SPSS 28.0 paket programı kullanılırken, DFA için AMOS 21.0 programından yararlanılmıştır. Çalışmada elde edilen analizlerin p anlamlılık değerı 0,05 olarak belirlenmiştir. Araştırmacı, 10 Ağustos 2020 ve 12 Ağustos 2020 tarihinde “Amos ile Ölçek Geliştirme ve Uyarlama” eğitimine katılmıştır (Ek 4).

Tablo 3.1. Araştırmada kullanılan istatistiksel yöntemler

İncelenen Özellik	İstatistiksel Yöntemler
Hemşirelerin tanımlayıcı özellikleri	Sayı, Yüzde, Ortalama ve Standart sapma
Ölçek ve alt boyut puanlarının tanımlayıcı özellikleri	Sayı, Yüzde, Ortalama ve Standart Sapma, Bağımsız Örneklem T Testi, Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)
Kapsam Geçerliği	Lawshe Tekniği, Kapsam Geçerlik Oranı, Kapsam Geçerlik İndeksi
Yapı Geçerliği	Doğrulayıcı Faktör Analizi • Mutlak uyum indeksleri • Madde faktör yük değerleri
Madde analizleri (güvenirlik analizi) • Madde toplam puan analizi • Madde-alt boyut analizi • Alt boyut-toplam ölçek analizi	Pearson korelasyon analizi
Toplam Ölçek ve Alt Boyutların İç Tutarlılığı (Güvenirlik Analizi)	Cronbach Alfa Analizi
Ölçeğin Zamana Göre Değişmezliği (Güvenirlik Analizi)	Sınıf İçi Korelasyon Katsayısı
Test-Tekrar Test Puanlarının Karşılaştırılması	

3.2.4.2. Nitel Verilerin Değerlendirilmesi

Nitel verilerin içerik analizleri yapılırken tümdengelim yöntemi kullanılmıştır. İçerik analizi için öncelikle yapılan görüşmelerin dokümantasyonu yapılmıştır. Anlamli veriler belirlenerek matriks oluşturulmuş ve analizler tamamlanmıştır. Verilerin dokümantasyonu sırasında çalışmaya katılan hemşirelerin kimlik bilgileri kullanılmayarak her hemşireye kod ismi verilmiştir. Kodlar oluşturulurken hemşirelerin ifadeleri tekrar tekrar okunarak ifadelerin anlamları belirlenmeye çalışılmıştır. Anlamli ifadelere belirleyici kodlar verilmiştir. Veri kodlaması aşamasında MAXQDA 2022 programı kullanılmıştır. Görüşme içeriğinde birbirine benzeyen kodlar ilişkilendirilip kategorize edilmiştir. Nitel verilere ilişkin tüm kodlar belirlendikten sonra tema ve alt temalar oluşturulmuştur. Araştırmacı, 18.04.2017 tarihinde “Nitel Araştırma Yöntemleri Kursu”na katılmıştır (Ek 5).

3.2.5. Araştırmanın Etik Boyutu

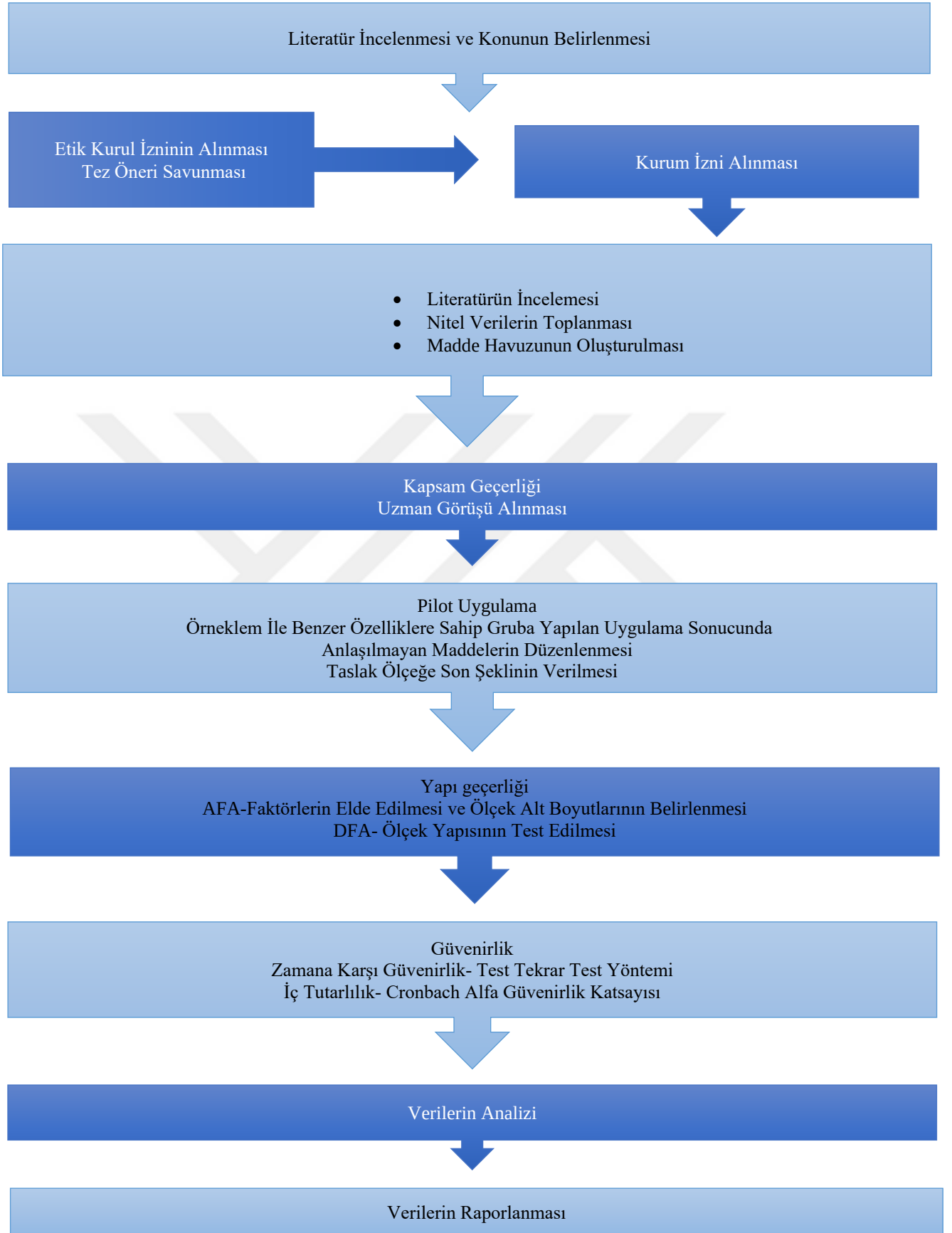
Araştırmaya, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Klinik Araştırmalar Kurulu’ndan (Karar Tarihi:17.02.2020, Sayı No: B.30.2.ODM.0.20.08/799-914) onay alındıktan sonra başlanmıştır (Ek 6). Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezinden yazılı (E-15374210-010.06.99-4181) (Ek 7) ve hemşirelerden sözel

bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

3.2.6. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın yalnızca bir ilin merkezinde bulunan üniversite hastanesinde yürütülmüş olması nedeniyle, bu araştırmadan elde edilen veriler tüm hemşirelere genellenememektedir.





Şekil 3.1. Araştırmanın akış şeması

FAALİYETLER	2020				2021								2022								2023													
	Eylül	Ekim	Kasım	Aralık	Ocak	Şubat	Mart	Nisan	Mayıs	Haziran	Temmuz	Ağustos	Eylül	Ekim	Kasım	Aralık	Ocak	Şubat	Mart	Nisan	Mayıs	Haziran	Temmuz	Ağustos	Eylül	Ekim	Kasım	Aralık	Ocak	Şubat	Mart	Nisan	Mayıs	Haziran
Araştırma Konusunun Belirlenmesi																																		
Araştırmanın Planlanması																																		
Etik Kurul Formunun Oluşturulması																																		
Kurum İzni Alınması																																		
Etik Kurul İzni Yazısının Alınması																																		
Tez Konusu Öneri Sınavının Yapılması																																		
Nitel Görüşme Yapılması																																		
Madde Havuzu Oluşturma																																		
Kapsam Geçerliliğinin Belirlenmesi																																		
Ön Uygulama Yapılması																																		
Ölçeğe Son Şeklinin Verilmesi																																		
Nicel Verilerin Toplanması																																		
Verilerin Analizi																																		
Araştırmanın Rapor Edilmesi																																		

Şekil 3.2.Araştırmanın planı

4. BULGULAR

Araştırmadan elde edilen bulgular üç bölümde sunulmuştur. Birinci bölümde, Hemşirelerde Damgalama ve Ayrımcılık Eğilimi Ölçeği'nin geçerlik ve güvenirlik analizlerine ilişkin bulgulara; ikinci bölümde hemşirelerin damgalama ve ayrımcılığa yönelik eğilimleri ile bu eğilimlerinin değişkenlerle ilişkisini inceleyen nicel bulgulara; üçüncü bölümde ise hemşirelerle gerçekleştirilen fenomenolojik görüşmeler sonucunda elde edilen nitel bulgulara yer verilmiştir.

4.1. Hemşirelerde Damgalama ve Ayrımcılık Eğilimi Ölçeği'nin Geçerlik Analizleri

4.1.1. Kapsam Geçerliği

Hemşirelerde Damgalama ve Ayrımcılık Eğilimi Ölçeği'nin taslak formu, kapsam geçerliğini belirlemek amacıyla Amasya Üniversitesi'nden 1 Öğretim Üyesi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi'nden 4 Öğretim Görevlisi, Yozgat Bozok Üniversitesi'nden 3 Öğretim Görevlisi, Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi'nden 1 Öğretim Görevlisi, Sinop Üniversitesi'nden 1 Öğretim Görevlisi ve Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi'nden 1 Öğretim Görevlisi olmak üzere 10 uzmana gönderilmiştir (Ek 8). Kapsam Geçerlik Ölçütü belirlenirken kabul edilen minimum değer, gönderilen uzman sayısına göre değişmektedir. Kapsam Geçerlik Ölçütü'nde uzman sayısına göre dikkate alınması gereken minimum değer Tablo 4.1.'de sunulmuştur. Hemşirelerde Damgalama ve Ayrımcılık Eğilimi Ölçeği'nin kapsam geçerliği hesaplanırken, 10 uzman görüşüne başvurulması nedeniyle Kapsam Geçerlik Ölçütü (KGÖ) 0,62 olarak alınmıştır.

Tablo 4.1. Kapsam geçerlik ölçütü için minimum değerler (Veneziano and Hooper, 1997)

Uzman Sayısı	Minimum Değer
10	0,62
11	0,59
12	0,56
13	0,54
14	0,51
15	0,49

Uzmanlar Lawshe (1975) tekniğini kullanarak ölçek maddelerini amaca hizmet edebilme, anlaşılabilirlik, ayırt edicilik ve kültüre uygunluk açısından değerlendirmiştir. Bu değerlendirme sonucunda her maddeyi “1” ile “3” arasında

(1= Madde gerekli, 2= Madde yararlı ancak yeterli değil, 3= Madde gereksiz) numaralandırarak görüşlerini bildirmiştir. Uzmanların geri bildirimleri doğrultusunda ölçek maddeleri düzenlenerek daha anlaşılır hale getirilmiş ve taslak ölçek maddelerine son hali verilmiştir. Uzmanların Lawshe tekniği doğrultusunda ölçek maddelerine verdikleri puanlara ait istatistiksel bulgular Tablo 4.2.'de sunulmuştur.

Tablo 4.2. Kırk (40) maddeye ait KGO değerleri

	Gereksiz	Yararlı/Yetersiz	Gerekli	KGO
Madde 1	0	0	10	1,00
Madde 2	0	0	10	1,00
Madde 3	0	1	9	0,80
Madde 4	0	0	10	1,00
Madde 5	0	0	10	1,00
Madde 6	0	0	10	1,00
Madde 7	0	0	10	1,00
Madde 8	0	0	10	1,00
Madde 9	0	1	9	0,80
Madde 10	0	1	9	0,80
Madde 11	0	0	10	1,00
Madde 12	0	0	10	1,00
Madde 13	0	0	10	1,00
Madde 14	0	0	10	1,00
Madde 15	0	0	10	1,00
Madde 16	0	0	10	1,00
Madde 17	0	1	9	0,80
Madde 18	0	0	10	1,00
Madde 19	0	0	10	1,00
Madde 20	0	0	10	1,00
Madde 21	0	0	10	1,00
Madde 22	0	0	10	1,00
Madde 23	0	0	10	1,00
Madde 24	0	0	10	1,00
Madde 25	1	0	9	0,80
Madde 26	0	0	10	1,00
Madde 27	0	0	10	1,00
Madde 28	0	0	10	1,00

Tablo 4.2. (devam)

	Gereksiz	Yararlı/Yetersiz	Gerekli	KGO
Madde 29	0	0	10	1,00
Madde 30	0	0	10	1,00
Madde 31	0	0	10	1,00
Madde 32	0	0	10	1,00
Madde 33	0	0	10	1,00
Madde 34	0	1	9	0,80
Madde 35	0	0	10	1,00
Madde 36	0	0	10	1,00
Madde 37	0	0	10	1,00
Madde 38	0	0	10	1,00
Madde 39	0	0	10	1,00
Madde 40	0	0	10	1,00

KGO: Madde Kapsam Geçerlik Oranı

Tablo 4.2.'de görüldüğü üzere; 10 uzmanın 40 maddelik ölçek maddelerine verdikleri cevaplar doğrultusunda KGO'ları hesaplanmıştır. Kapsam geçerliği, belirlenen taslak maddelerin ölçekte olması veya olmamasını belirleyen bir madde istatistiğidir. Kapsam geçerlik oranı, kapsam geçerlik ölçütünden küçük olduğunda o maddelerin ölçekten atılması zorunludur (Ayre and Scally, 2014). Bu çalışmada kapsam geçerlilik oranı kapsam geçerlilik ölçütünün altında kalan madde bulunmamaktadır. Bununla birlikte KGO'larının ortalamasıyla KGİ (Kapsam Geçerlik İndeksi) hesaplanmış ve 0,97 olarak bulunmuştur. Sonuç olarak $KGİ \geq KGO$ olduğundan, oluşturulan 40 maddeli yapının kapsam geçerliliğinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.2).

Kapsam geçerliliği hesaplandıktan sonra ölçek maddelerinin anlaşılabilirliğinin değerlendirilmesi amacıyla pilot çalışma aşamasına geçilmiştir. Pilot çalışma 20 kişilik hemşire grubuyla gerçekleştirilmiş ve bu hemşireler örnekleme dahil edilmemiştir. Pilot çalışmadan elde edilen geri bildirimler doğrultusunda gerekli düzenlemeler yapılarak ölçeğe son hali verilmiştir.

4.1.2. Yapı Geçerliği

Hemşirelerde Damgalama ve Ayrımcılık Eğilimi Ölçeği'nin yapı geçerliğinde öncelikli olarak faktör yapısının belirlenmesi amacıyla Açıklayıcı Faktör Analizi uygulanmıştır. Açıklayıcı Faktör Analizi sonucu elde edilen yapının test edilmesi aşamasında ise Doğrulayıcı Faktör Analizi'nden yararlanılmıştır.

Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA)

Açıklayıcı Faktör Analizi birbirleriyle ilişkili çok sayıda değişkeni bir araya getirerek kavramsal olarak anlamlı daha az sayıda yeni değişkenler (Faktörler, Boyutlar) bulmayı amaçlayan istatistiksel yöntemdir (Erkuş, 2012). Hemşirelerde Damgalama ve Ayrımcılık Eğilimi Ölçeği'nin faktör yapısını belirlemeden önce, verilerin faktör analizi için uygun olup olmadığını belirlemek amacıyla temel iki testten yararlanılmaktadır. Bunlar Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) testi ve Bartlett Küresellik testleridir. Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) testi; faktör analizi için kullanılacak örneklem büyüklüğünün uygunluğunu değerlendirmede kullanılan testtir. KMO değerinin 0.50'den düşük çıkması halinde faktör analizine devam edilememektedir. Bununla birlikte daha fazla veriyi analize katmak gerekliliği ortaya çıkmaktadır. Bartlett Küresellik testi ise verilerin çok değişkenli normal dağılımdan gelip gelmediğini belirlemede kullanılmaktadır (Tablo 4.3).

Tablo 4.3. Hemşirelerde Damgalama ve Ayrımcılık Eğilimi Ölçeği taslağına ait KMO değeri ve Bartlett Küresellik test sonuçları

Kaiser Meyer Olkin (KMO)		0,805
Bartlett Küresellik Testi	X ²	30
	sd	153
	p; Anlamlılık düzeyi	0,000***

***. $p < 0,001$

Tablo 4.3.'e göre Hemşirelerde Damgalama ve Ayrımcılık Eğilimi Ölçeği'nin KMO değeri 0,805 olarak bulunmuştur. 0 ile 1 arasında bir değer alan KMO değeri 1'e yaklaştıkça faktör yapısının güvenilirliği artmaktadır. KMO değerinin 0,50'den büyük olması istatistiksel olarak kabul edilebilir düzeydeki örneklem büyüklüğünü ifade ederken, 0,50 ile 0,70 arasında olması normal düzeyde örneklem büyüklüğünü; 0,70 ile 0,80 arasında olması iyi düzeyde örneklem büyüklüğünü; 0,80 ile 0,90 arasında olması çok iyi düzeyde ve 0,90'dan büyük olması mükemmel düzeyde bir örneklem büyüklüğünü ifade etmektedir. Kaiser Meyer Olkin (KMO) değeri 0,805 olan ölçeğin örneklem büyüklüğünün yeterli olduğu belirlenirken, Bartlett Küresellik testine göre verilerin faktör analizi için uygun olduğu saptanmıştır ($p < 0,001$).

Bu çalışmada 40 maddelik Hemşirelerde Damgalama ve Ayrımcılık Eğilimi Ölçeğine Temel Bileşenler Analizi yöntemi ile Varimax döndürmesi kullanılarak açıklayıcı faktör analizi uygulanmıştır. 40 maddelik ölçeğin ilk analiz sonucunda 10 alt boyuta ayrıldığı, bazı maddelerin 1'den fazla faktöre birden güçlü yüklendiği, bazı maddelerin tek başına bir faktör oluşturduğu görüldüğü için bu maddeler yapı dışına çıkarılmıştır. Yapı dışına çıkarılan maddeler 2, 5, 12, 13, 14, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 31, 32, 33, 34, 35, 37, 38, 39 ve 40 numaralı maddelerdir. Taslak ölçekten 22 madde çıkarıldıktan sonra yapının 18 madde ve 4 faktör ile uygun hale geldiği belirlenmiştir. Maddelerin çıkarılmasından sonra oluşan yapının açıkladığı varyansa ait istatistiksel veriler Tablo 4.4.'te, ölçeğin faktör yapısı, maddelerin faktörlerdeki dağılımı ve her bir maddenin faktör yükü Tablo 4.5.'te ayrıntılı olarak sunulmuştur.

Ölçekten AFA ile atılan maddeler;

M2: Bireylerin dini inancı bakım sunumumu etkilemez.

M5: Bireylerin kültürel özellikleri ona karşı olan tutum ve yaklaşımımı etkilemez.

M12: Hemşirelerin damgalayıcı ve ayrımcı tutum ve davranışlarının meslek etiğine uygun olmadığını düşünüyorum.

M13: Yaşlı bireylerle iletişim kurmak zor olduğu için genç bireylere bakım sunmayı tercih ederim.

M14: Hemşirelerin damgalayıcı ve ayrımcı tutumlarının bakım ve tedavi sürecini etkileyebileceğini düşünüyorum.

M20: Yaşlı bireylerin sağlık durumuyla ilgili kararlar alınırken, onların görüşünün alınmasına gerek olmadığını düşünüyorum.

M21: Bakım sürecinde genç bireylere yaşlı bireylerden daha öncelikli bakım sunulması gerektiğini düşünüyorum.

M22: Cinsel yolla bulaşan hastalığa sahip bireylerle arkadaş olmak istemem.

M23: Cinsel yolla bulaşan hastalıkların toplumsal normlara aykırı yaşama sonucu ortaya çıktığını düşünüyorum.

M24: Alkol ve madde bağımlılığı olan bireylerin suç eğilimlerinin fazla olduğunu düşünüyorum.

M25: Cinsel yönelimi farklı olan bireylerle aynı ortamda bulunmak istemem.

M26: Mültecilerin/göçmenlerin/sığınmacıların halk sağlığını tehdit ettiğini düşünüyorum.

- M27: Bireyin dış görünüşü ve kıyafetleri ona sunduğum bakımı etkilemez.
- M31: Agresif davranışlar sergileyen bireylere bakım sunmak istemem.
- M32: Cinsel yönelimi farklı olan bireylerin toplumdan dışlanması gerektiğini düşünüyorum.
- M33: Cinsel yönelimi farklı olan bireylere bakım sunmak istemem.
- M34: Sosyal ve ekonomik statüsü yüksek hastaların daha kaliteli bakım alma hakları olduğunu düşünüyorum.
- M35: Sosyal ve ekonomik statüsü yüksek hastaların bakım alırken öncelikli olmaları gerektiğini düşünüyorum.
- M37: Yakın çevrem ve arkadaşlarımla bakımına öncelik vererek daha kaliteli bakım almalarını sağlarım.
- M38: İntihar girişiminde bulunan bireylere bakım sunmak istemem.
- M39: Ölüme yaklaşmakta olan bireye bakım sunmanın iş yükünü arttırabileceğini düşünüyorum.
- M40: Hemşirelerin hastalık hakkındaki bilgi düzeylerinin yetersiz olması, hastalara karşı damgalayıcı ve ayrımcı tutum sergilemelerine neden olabilir.

Tablo 4.4. Hemşirelerde Damgalama ve Ayrımcılık Eğilimi Ölçeği varyans açıklama tablosu

Faktör	Döndürme Kullanılmadan Sonuçlar			Varimax Döndürmeli Sonuçlar		
	Öz Değer	Açıklanan Varyans %	Birikimli %	Öz Değer	Açıklanan Varyans %	Birikimli %
Faktör 1	4,652	25,844	25,844	3,618	20,099	20,099
Faktör 2	2,948	16,376	42,219	3,326	18,479	38,578
Faktör 3	2,116	11,754	53,973	2,402	13,343	51,920
Faktör 4	1,494	8,302	62,275	1,864	10,355	62,275

Faktör yapılarının belirlenmesinde öz değer (eigenvalue) kullanılabilir. Öz değeri 1'den büyük olan sayı kadar da faktör yapısı oluşabilmektedir. Tablo 4.4. incelendiğinde, başlangıç öz değeri 1'den büyük olan 4 faktörün bulunduğu görülmektedir.

Ölçeğin faktör yapısının gücü açıklanan varyans oranıyla ölçülmektedir. 6 maddeden oluşan Faktör 1 toplam yapının %20,099'unu açıklamakta iken 5 maddeden oluşan Faktör 2 toplam yapının %18,479'unu, 4 maddeden oluşan Faktör 3 toplam yapının %13,343'ünü ve 3 maddeden oluşan Faktör 4 ise toplam yapının

%10,355'ini açıklamaktadır. Bu 4 faktör ve 18 madde toplam varyansın % 62,275'ini açıklamaktadır.

Tablo 4.5. Hemşirelerde Damgalama ve Ayrımcılık Eğilimi Ölçeği taslağı maddelerinin faktör yük değerleri

Maddeler	Faktör 1	Faktör 2	Faktör 3	Faktör 4
Madde_3	0,836			
Madde_4	0,805			
Madde_6	0,745			
Madde_8	0,723			
Madde_1	0,718			
Madde_9	0,664			
Madde_16		0,884		
Madde_15		0,837		
Madde_17		0,818		
Madde_18		0,782		
Madde_19		0,652		
Madde_29			0,799	
Madde_36			0,774	
Madde_28			0,726	
Madde_30			0,704	
Madde_11				0,800
Madde_10				0,798
Madde_7				0,693
Madde_11				0,800

Hemşirelerde Damgalama ve Ayrımcılık Eğilimi Ölçeği'nin faktör yapısı ve faktörlerde hangi maddelerin yer aldığı ve her bir maddeye ait faktör yükü Tablo 3'te sunulmuştur. Bütün faktör yüklerinin 0,600'ün üzerinde olduğu görülmüştür.

Doğrulamalı Faktör Analizi (DFA)

Açıklayıcı faktör analizi sonucunda yüksek düzeyde güvenilir çıkan ölçüm aracına DFA uygulanmıştır. DFA, gözlenen değişkenler ile gizli değişkenler arasındaki ilişkiyi kurulan model aracılığıyla test etmektedir. Açıklayıcı faktör analizi sonucunda 18 madde ve 4 faktörden oluşan yapıyı doğrulamak için kurulan ölçüm modeli DFA ile test edilmiştir. Analiz sonucunda modelin yeterli uyum göstermediği belirlenmiştir. Bu doğrultuda öncelikli olarak maddelere ilişkin madde faktör yükleri (standardize regresyon katsayıları) incelenmiştir. 30 numaralı maddenin madde faktör yükü 0,3'ten küçük olması nedeniyle modelden çıkarılmıştır. Modelde modifikasyon indeks katsayıları incelenmiş, ki kare değerinde en çok düşüşe neden olacak uygun olan iki modifikasyon yapılmıştır. Sonuç olarak 17 madde ve 4 faktörlü yapı şeklinde doğrulanan model elde edilmiştir. Doğrulan modelin uyum indeks değerleri Tablo 4.6.'da, maddelere ilişkin DFA sonrası madde faktör yükleri Tablo 4.7.'de sunulmuştur.

DFA sonucu yapı dışına çıkartılan maddeler;

M30: Alkol ve madde bağımlılığı olan bireylerin suç eğilimlerinin fazla olduğunu düşünüyorum.

Tablo 4.6. Hemşirelerde Damgalama ve Ayrımcılık Eğilimi Ölçeği taslağı ölçüm modelinin uyum indeks değerleri ve iyi uyum değerleri

	Modelin Uyum İndeks Değerleri	İyi Uyum Değerleri (Kabul Edilebilir Uyum)
χ^2/sd	2,879	≤ 3 (4-5)
GFI	0,918	$\geq 0,90$ (0,89-0,85)
AGFI	0,887	$\geq 0,90$ (0,89-0,85)
CFI	0,922	$\geq 0,95$ (0,94-0,90)
RMSEA	0,069	$\leq 0,05$ (0,06-0,08)
SRMR	0,061	$\leq 0,05$ (0,06-0,08)

χ^2/sd : Ki-Kare İstatistiği, GFI: İyi Uyum İndeksi, IFI: Fazlalık Uyum İndeksi, CFI: Karşılaştırmalı Uyum İndeksi, RMSEA:

Yaklaşık Hataların Ortalama Karakökü, SRMR: Standartlaştırılmış Hata Kareleri Ortalamasının Karakökü

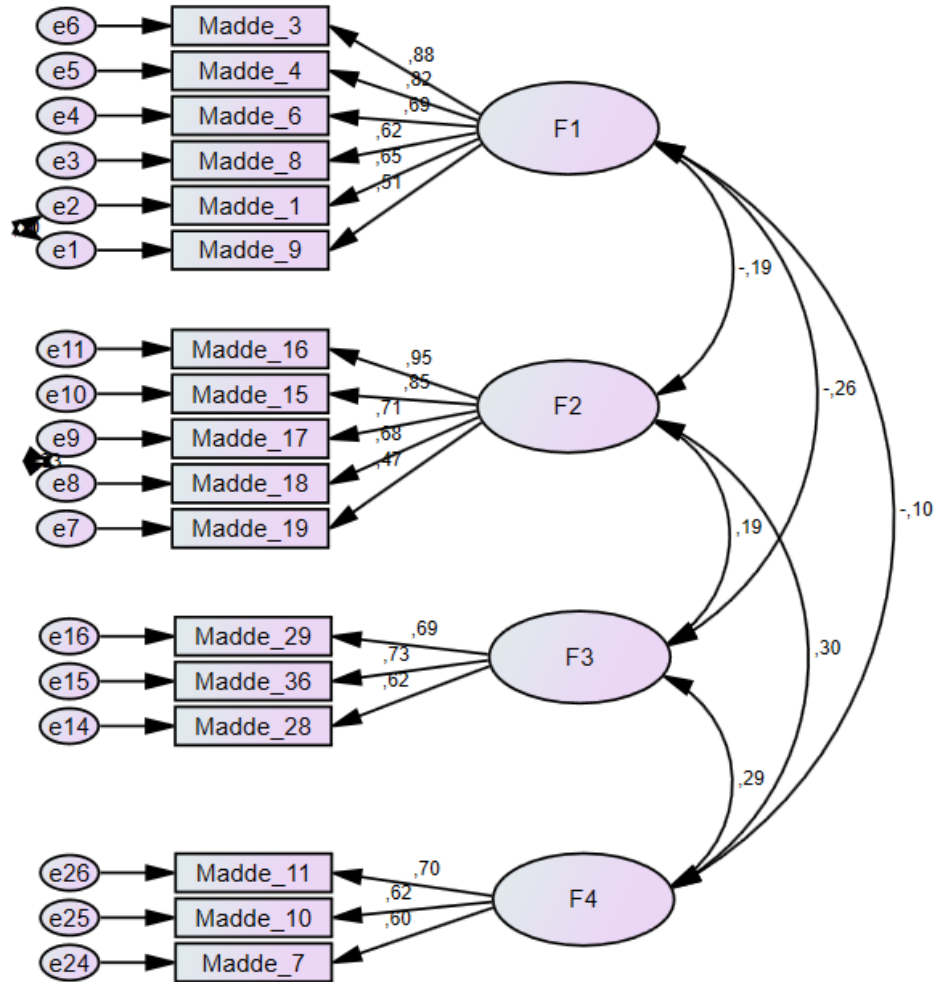
Uyum indeksi hesaplanırken genellikle ki-kare (χ^2) uyum iyiliği testi kullanılmaktadır. Hemşirelerde Damgalama ve Ayrımcılık Eğilimi Ölçeği'nin DFA sonuçları incelendiğinde tüm model uyum indekslerinin iyi veya kabul edilebilir uyum gösterdiği belirlenmiştir. (Tablo 4.6.).

Tablo 4.7. Hemşirelerde Damgalama ve Ayrımcılık Eğilimi Ölçeği taslağı maddelerinin doğrulayıcı faktör analizi sonrası faktör yük değerleri

Maddeler	Faktör 1	Faktör 2	Faktör 3	Faktör 4
Madde_9	0,510			
Madde_1	0,649			
Madde_8	0,621			
Madde_6	0,690			
Madde_4	0,816			
Madde_3	0,879			
Madde_19		0,566		
Madde_18		0,681		
Madde_17		0,712		
Madde_15		0,851		
Madde_16		0,952		
Madde_28			0,617	
Madde_36			0,729	
Madde_29			0,692	
Madde_7				0,604
Madde_10				0,624
Madde_11				0,700

Tablo 4.7. incelendiğinde Hemşirelerde Damgalama ve Ayrımcılık Eğilimi Ölçeği DFA sonuçlarına göre tüm maddelerin faktör yüklerinin 0,500'ün üzerinde olduğu belirlenmiştir.

Doğrulan ölçüm modelinin faktör yük değerlerinin gösterildiği path diagramı Şekil 4.1'de görülmektedir. 17 madde ve 4 alt boyut ile doğrulan ölçüm modeline göre; modeli oluşturan maddeler ve tek yönlü oklar üzerindeki standardize regresyon katsayıları diyagram üzerinde yer almaktadır. Ayrıntılı olarak incelenen faktör yüklerine bakıldığında 0,500'ün altında değer bulunmadığı görülmektedir. Bu doğrultuda; M3 ifadesinin 0,88'lik değeri ile Faktör 1 alt boyutunun; M16 ifadesinin 0,95'lik değeri ile Faktör 2 alt boyutunun; M36 ifadesinin 0,73'lük değeriyle, Faktör 3 alt boyutunun; M11 ifadesinin 0,70'lik değeri ile Faktör 4 alt boyutunun en güçlü göstergesi olduğu söylenebilir (Şekil 4.1).



Şekil 4.1. Hemşirelerde Damgalama ve Ayrımcılık Ölçeği'ne ilişkin ölçüm modeli

4.2. Hemşirelerde Damgalama ve Ayrımcılık Eğilimi Ölçeği'nin Güvenirlik Analizleri

4.2.1.İç Tutarlılık

Cronbach Alfa Katsayısı (Alfa Yöntemi)

Alfa katsayısı ölçekte bulunan k sorunun varyansları toplamının genel varyansa oranlanması ile bulunan bir ağırlıklı standart değişim ortalamasıdır. Cronbach Alfa katsayısı 0 ve 1 arasında değişim göstermektedir. Alfa yöntemi ölçekteki korelasyonlar veya kovaryanslardan yararlanılarak diğer istatistiklerin veya testlerin yapılmasına yardımcı olmaktadır. Bu yöntem ölçekte bulunan k sorunun homojen bir yapı gösteren bir bütünü ifade edip etmediğini araştırır. Ağırlıklı standart değişim ortalaması olup, bir ölçekteki k sorunun varyansları toplamının genel varyansa oranlanması ile elde edilir.

Hemşirelerde Damgalama ve Ayrımcılık Eğilimi Ölçeği ve alt boyutlarının iç tutarlılığı Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı ile değerlendirilmiştir. Tablo 4.8'de ölçek ve alt boyutlarının güvenirlik katsayısı ve güvenirlik seviyeleri sunulmaktadır (Tablo 4.8).

Tablo 4.8. Hemşirelerde Damgalama ve Ayrımcılık Eğilimi Ölçeği taslağının güvenirlik analizi sonuçları

	Madde Sayısı	Cronbach Alfa (α)	Güvenirlik Seviyesi
Hemşirelerde Damgalama ve Ayrımcılık Eğilimi Ölçeği	17	0,777	Oldukça Güvenilir
Faktör 1	6	0,851	Yüksek Derecede Güvenilir
Faktör 2	5	0,862	Yüksek Derecede Güvenilir
Faktör 3	3	0,717	Oldukça Güvenilir
Faktör 4	3	0,675	Oldukça Güvenilir

Tablo 4.8. incelendiğinde, 17 maddeden oluşan Hemşirelerde Damgalama ve Ayrımcılık Eğilimi Ölçeği'nin oldukça güvenilir ($\alpha=0,777$), 6 maddeden oluşan Faktör 1'in yüksek derecede güvenilir ($\alpha=0,851$), 5 maddeden oluşan Faktör 2'nin yüksek derecede güvenilir ($\alpha=0,862$), 3 maddeden oluşan Faktör 3'ün oldukça güvenilir ($\alpha=0,717$), 3 maddeden oluşan Faktör 4'ün oldukça güvenilir ($\alpha=0,675$) olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda Hemşirelerde Damgalama ve Ayrımcılık Eğilimi Ölçeği'nin hemşirelerin damgalama ve ayrımcılık eğilimlerini belirlemede kullanılabilecek geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğu görülmektedir (Ek-2).

4.2.2. Test-Tekrar Test (Test/Retest) Yöntemi/Değişmezlik Güvenirliği

Hemşirelerde Damgalama ve Ayrımcılık Eğilimi Ölçeği Taslağı, araştırmaya dahil edilen 85 hemşireye iki hafta aralıkla tekrar uygulanmıştır. Tablo 4.9’da görüleceği üzere ölçeğin zamana göre değişmezliğini değerlendirmek amacıyla ilk ve ikinci uygulamadan elde edilen puanlar arasındaki ilişki Sınıf içi Korelasyon Katsayısı (ICC) ile incelenmiştir. Katılımcıların güvenilirlik için tekrarlanan sorulara verdikleri cevaplar arasındaki uyumun çok iyi olduğu belirlenmiştir ($p<0,001$). Bu doğrultuda ilk ve ikinci uygulama puanları arasındaki uyumun çok iyi düzeyde olması ölçeğin güvenilir olduğunu göstermektedir.

Tablo 4.9. Hemşirelerde Damgalama ve Ayrımcılık Eğilimi Ölçeği taslağının test tekrar test puanları arasındaki Sınıf İçi Korelasyon Katsayısı ve anlamlılıkları

	ICC	P
Hemşirelerde Damgalama ve Ayrımcılık Eğilimi Ölçeği	0,960	0,000*
Faktör 1	0,975	0,000*
Faktör 2	0,965	0,000*
Faktör 3	0,993	0,000*
Faktör 4	0,931	0,000*

*: $p<0,001$ ICC=İntraclass Correlation Coefficients (Sınıf içi Korelasyon Katsayısı)
p=Anlamlılık Düzeyi

Doğrulayıcı Faktör Analizi sonucunda 17 madde ve 4 boyutla, yüksek derecede güvenilir olduğu görülen ölçeğin alt boyutları (Faktör 1,2,3,4), madde ve anlam içeriği açısından değerlendirilerek adlandırılmıştır (Tablo 4.10).

Tablo 4.10. Hemşirelerde Damgalama ve Ayrımcılık Eğilimi Ölçeği alt boyut isimleri, madde sayısı ve maddeler

Alt Boyutlar	Madde Sayısı	Maddeler
1.Faktör: Algı ve Farkındalık	6	1,3,4,6,8,9
2.Faktör: Bulaşıcı Hastalık	5	15,16,17,18,19
3.Faktör: Obezite	3	28,29,36
4.Faktör: Ruhsal Hastalık	3	7,10,11

Ölçek alt boyut isimleri ve alt boyutu oluşturan madde sayısı ve numaraları Tablo 4.10.’da yer almaktadır. Hemşirelerde Damgalama ve Ayrımcılık Eğilimi Ölçeği Faktör 1 alt boyutu “Algı ve Farkındalık”, Faktör 2 alt boyutu “Bulaşıcı Hastalık”, Faktör 3 alt boyutu “Obezite”, Faktör 4 alt boyutu “Ruhsal Hastalık”

olarak adlandırılmıştır. Bu doğrultuda Algı ve Farkındalık alt boyutunda 6 madde (1,3,4,6,8,9), Bulaşıcı Hastalık alt boyutunda 5 madde (15,16,17,18,19), Obezite alt boyutunda 3 madde (28,29,36), Ruhsal Hastalık alt boyutunda 3 madde (7,10,11) bulunmaktadır (Tablo 4.10).

4.3. Nicel Verilere İlişkin Bulgular

4.3.2. Hemşirelerin Sosyodemografik ve Çalışma Yaşamına İlişkin Bulgular

Çalışmaya dahil edilen hemşirelerin (n=400) sosyodemografik özellikleri Tablo 4.11’de yer almaktadır. Çalışmaya katılan hemşirelerin %67,8’inin kadın, %79,3’ünün lisans mezunu olduğu, %74’ünün çekirdek aile yapısına ve %41,5’inin demokratik aile yapısına sahip olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin yaş ortalaması $31,80 \pm 7,37$ ’dir.

Tablo 4.11. Hemşirelerin sosyodemografik özelliklerinin dağılımı (n=400)

Özellikler	n	%
Yaş (Ort±SS=31,80±7,37)		
21-30 yaş	198	49,5
31-40 yaş	143	35,8
41-60 yaş	59	14,7
Cinsiyet		
Kadın	271	67,8
Erkek	129	32,2
Eğitim durumu		
Lise	19	4,8
Önlisans	15	3,8
Lisans	317	79,3
Yüksek lisans	43	10,6
Doktora	6	1,5
Yetiştği aile tipi		
Geniş aile	104	26,0
Çekirdek aile	296	74,0
Aile yapısı		
Demokratik aile	166	41,5
Baskıcı ve otoriter aile	64	16,0
Aşırı koruyucu aile	88	22,0
Aşırı hoşgörülü aile	20	5,0
Mükemmeliyetçi aile	36	9,0
İlgisiz ve kayıtsız aile	11	2,8
Tutarsız aile	15	3,7

Hemşirelerin çalışma yaşamına ilişkin özellikler Tablo 4.12’de sunulmuştur. Araştırmaya katılan hemşirelerin %34,8’inin 1-5 yıldır çalıştığı, %28’inin dahili kliniklerde ve %27’sinin yoğun bakım ünitesinde görev yaptığı, %53,3’ünün haftalık çalışma saatinin 45 saatten fazla olduğu, %52’sinin günlük bakım ve tedavi verdiği hasta sayısının 1-10 hasta arasında değiştiği, %61,3’ünün hastalara verdikleri bakımı yeterli buldukları görülmüştür (Tablo 4.12).

Tablo 4.12. Hemşirelerin çalışma yaşamına ilişkin özellikler

Özellikler	n	%
Hemşire olarak çalışma süresi		
1 yıldan az	24	6,0
1-5 yıl	139	34,8
6-10 yıl	85	21,2
11-15 yıl	78	19,5
16 yıl ve üzeri	74	18,5
Çalıştığı servis		
Dahili klinikler	112	28,0
Cerrahi klinikler	40	10,0
Yoğun bakım ünitesi	108	27,0
Acil servis	42	10,5
Poliklinik	27	6,8
Çocuk kliniği	57	14,2
Diyaliz ünitesi	2	0,5
Ameliyathane	12	3,0
Haftalık toplam çalışma saati		
45 saat ve daha az	187	46,7
45 saatten fazla	213	53,3
Günlük bakılan ortalama hasta sayısı		
1-10 hasta	208	52,0
11-20 hasta	105	26,2
20’den fazla hasta	87	21,8
Hastalarına verdiği bakımı yeterli bulma durumu		
Evet	245	61,3
Hayır	155	38,7

Hemşirelerin damgalama ve ayrımcılık ile ilgili düşüncelerine ilişkin bulgular Tablo 4.13’te verilmiştir. Çalışmaya katılan hemşirelerin %72,3’ünün hastalarıyla iletişim kurma konusunda problem yaşamadığı, %53,5’inin sağlık bakım profesyonellerinin damgalayıcı ve ayrımcı tutumlar sergilediğini düşünmediği, %76,8’inin meslektaşlarının bakım sunarken damgalayıcı ve ayrımcı tutumlar sergilemediğini gözlemlediği, %89,8’inin damgalayıcı ve ayrımcı tutumların bakımın kalitesini etkilediğini düşündüğü görülmüştür. Bununla birlikte sağlık bakım sunumunda hemşirelerin damgalayıcı ve ayrımcı tutum sergilemesine neden

olabilecek faktörler sırasıyla artan iş yükü (%71,3), yetiştiği aile tipi (%52,8), toplumsal ön yargılar (%50,8) ve kişisel özellikler (%50,5) olarak belirlenmiştir (Tablo 4.13).

Tablo 4.13. Hemşirelerin damgalama ve ayrımcılık ile ilgili düşüncelerine ilişkin bulgular

Özellikler	n	%
Hastalarıyla iletişim kurma konusunda problem yaşama		
Evet	111	27,7
Hayır	289	72,3
Sağlık bakım profesyonellerinin damgalayıcı ve ayrımcı tutumlar sergilediğini düşünme		
Evet	186	46,5
Hayır	214	53,5
Meslektaşlarının bakım sunarken damgalayıcı ve ayrımcı tutumlar sergilediğini gözlemleme		
Evet	93	23,2
Hayır	307	76,8
*Sağlık bakım sunumunda hemşirelerin damgalayıcı ve ayrımcı tutum sergilemesine neden olabilecek faktörler		
Yetiştirdiği aile tipi	211	52,8
Kişisel özellikler	202	50,5
Toplumsal ön yargılar	203	50,8
Dini inanç	148	37,0
Kültürel değerler	136	34,0
Hastalık hakkındaki bilgi düzeyi	114	28,5
Aldığı eğitim	178	44,5
Sosyal medya	101	25,3
Artan iş yükü	285	71,3
Damgalayıcı ve ayrımcı tutumun bakım kalitesini etkilediğini düşünme durumu		
Evet	359	89,8
Hayır	41	10,2

*Birden fazla cevap verilmiştir.

4.4. Hemşirelerde Damgalama ve Ayrımcılık Eğilimi Ölçeği'ne İlişkin

Bulgular

Hemşirelerde Damgalama ve Ayrımcılık Eğilimi Ölçeği ve alt boyutlarının ortalama, standart sapma ve minimum-maksimum değerleri tablo 4.14'te sunulmuştur. Hemşirelerde Damgalama ve Ayrımcılık Eğilimi Ölçeği puan ortalaması $51,33 \pm 7,96$; Algı ve Farkındalık alt boyut puan ortalaması $24,85 \pm 4,71$, Bulaşıcı Hastalık alt boyut puan ortalaması $12,56 \pm 5,04$, Obezite alt boyut puan ortalaması $6,65 \pm 2,77$ ve Ruhsal Hastalık alt boyut puan ortalaması $7,27 \pm 2,90$ olarak belirlenmiştir (Tablo 4.14).

Tablo 4.14. Hemşirelerde Damgalama ve Ayrımcılık Eğilimi Ölçeği ve alt boyutları puanlarının ortalama ve standart sapma değerleri

	Ort	S.S	Min-Mak
Hemşirelerde Damgalama ve Ayrımcılık Eğilimi Ölçeği	51,33	7,96	31-76
Algı ve Farkındalık	24,85	4,71	6-30
Bulaşıcı Hastalık	12,56	5,04	5-25
Obezite	6,65	2,77	3-15
Ruhsal Hastalık	7,27	2,90	3-15

Ort: Ortalama, S.S:Standart sapma, Min: Minimum, Max: Maximum

Hemşirelerin sosyodemografik özellikleri ile Hemşirelerde Damgalama ve Ayrımcılık Eğilimi Ölçeği ve alt boyut puanları Tablo 4.15.'de karşılaştırılmıştır. Hemşirelerde Damgalama ve Ayrımcılık Eğilimi Ölçeği puanının; hemşirelerin yetiştiği aile tipi ve aile yapısına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği görülmüştür ($p<0,05$). Geniş aile yapısına sahip olan hemşirelerin *Hemşirelerde Damgalama ve Ayrımcılık Eğilimi Ölçeği* puanının, çekirdek aile yapısına sahip olan hemşirelerin puanından istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazla olduğu belirlenmiştir. Mükemmeliyetçi aile yapısına sahip hemşirelerin *Hemşirelerde Damgalama ve Ayrımcılık Eğilimi Ölçeği* puanının, demokratik aile yapısına sahip hemşirelerin puanından anlamlı derecede daha fazla olduğu saptanmıştır (Tablo 4.15).

Hemşirelerin çalışma özellikleri ile Hemşirelerde Damgalama ve Ayrımcılık Eğilimi Ölçeği ve alt boyut puanları Tablo 4.15.'de karşılaştırılmıştır. Hemşirelerde Damgalama ve Ayrımcılık Eğilimi Ölçeği puanının çalışılan kliniğe göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği görülmüştür ($p<0,05$). Dahili kliniklerde çalışan hemşirelerin *Hemşirelerde Damgalama ve Ayrımcılık Eğilimi Ölçeği* puanının, acil serviste çalışan hemşirelerin puanından istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazla olduğu saptanmıştır (Tablo 4.15).

Ölçeğin *Algı ve Farkındalık* alt boyut puanının hemşirelerin cinsiyet, haftalık toplam çalışma saati, hastalarıyla iletişim kurma konusunda problem yaşama durumu, damgalayıcı ve ayrımcı tutumların bakımın kalitesini etkilediğini düşünme durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği görülmüştür ($p<0,05$). Kadın hemşirelerin *Algı ve Farkındalık* alt boyut puanının, erkek hemşirelerden istatistiksel olarak daha fazla olduğu belirlenmiştir. Haftalık toplam çalışma saati 45 saatten fazla olan hemşirelerin *Algı ve Farkındalık* alt boyut puanının, 45 saatten az çalışan hemşirelerin puanından istatistiksel olarak daha fazla

olduğu saptanmıştır (Tablo 4.15). Hastalarıyla iletişim kurma konusunda problem yaşamayan hemşirelerin *Algı ve Farkındalık* alt boyut puanından problem yaşayan hemşirelerin puanından istatistiksel olarak daha fazla olduğu görülmüştür. Damgalayıcı ve ayrımcı tutumların bakım kalitesini etkilediğini düşünen hemşirelerin *Algı ve Farkındalık* alt boyut puanının, bu tutumların bakım kalitesini etkilemediğini düşünen hemşirelerin puanından istatistiksel olarak daha fazla olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.15).

Ölçeğin *Bulaşıcı Hastalık* alt boyut puanının hemşirelerin eğitim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği görülmüştür ($p<0,05$). Lise mezunu hemşirelerin *Bulaşıcı Hastalık* alt boyut puanının, lisans ve lisans üstü mezunu hemşirelerin puanından istatistiksel olarak daha fazla olduğu saptanmıştır (Tablo 4.15).

Ölçeğin *Obezite* alt boyut puanının hemşirelerin cinsiyet, günlük bakım ve tedavi verilen hasta sayısına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği görülmüştür ($p<0,05$). Erkek hemşirelerin *Obezite* alt boyut puanlarının, kadın hemşirelerin puanından istatistiksel olarak daha fazla olduğu belirlenmiştir. Günlük 20'den fazla hastaya bakım ve tedavi sunan hemşirelerin *Obezite* alt boyut puanının 1-10 arası hastaya bakım ve tedavi sunan hemşirelerin puanından istatistiksel olarak daha fazla olduğu görülmüştür (Tablo 4.15).

Ölçeğin *Ruhsal Hastalık* alt boyut puanının hemşirelerin aile yapısı, çalışma süresi, günlük bakım ve tedavi verilen hasta sayısı, damgalayıcı ve ayrımcı tutumların bakım kalitesini etkilediğini düşünme durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği görülmüştür ($p<0,05$). Mükemmeliyetçi aile yapısına sahip hemşirelerin *Ruhsal Hastalık* alt boyut puanının, demokratik aile yapısına sahip hemşirelerin puanından istatistiksel olarak daha fazla olduğu saptanmıştır. Çalışma süresi 1-5 yıl arası olan hemşirelerin *Ruhsal Hastalık* alt boyut puanının, çalışma süresi 1 yıldan daha az olan hemşirelerin puanından istatistiksel olarak daha fazla olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.15). Günlük 20'den fazla hastaya bakım ve tedavi sunan hemşirelerin *Ruhsal Hastalık* alt boyut puanının 1-20 arası hastaya bakım ve tedavi sunan hemşirelerin puanından istatistiksel olarak daha fazla olduğu görülmüştür. Damgalayıcı ve ayrımcı tutumların bakım kalitesini etkilemediğini düşünen hemşirelerin *Ruhsal Hastalık* alt boyut puanının bakım kalitesini etkilediğini düşünen hemşirelerin puanından istatistiksel olarak daha fazla olduğu

saptanmıştır (Tablo 4.15).

Tablo 4.15. Hemşirelerde Damgalama ve Ayrımcılık Eğilimi Ölçeği ve alt boyut puanlarının hemşirelerin bazı sosyodemografik ve çalışma özellikleri ile karşılaştırılması

	Ölçek Toplam Puanı	Algı ve Farkındalık	Bulaşıcı Hastalık	Obezite	Ruhsal Hastalık
	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss
Yaş					
1)21-30 yaş	51,32±7,95	24,53±4,78	12,05±4,74	6,81±2,79	7,32±2,78
2)31-40 yaş	52,19±8,23	25,25±5,40	13,04±5,23	6,47±2,68	7,16±2,94
3)41-60 yaş	52,18±7,83	24,95±4,52	13,06±5,00	6,50±2,86	6,65±2,76
F;p	0,056;0,359	0,051;0,192	0,083;0,247	-0,049;0,444	-0,027;0,910
Cinsiyet					
Kadın	51,39±7,83	25,35±4,26	12,38±5,00	6,43±2,69	7,23±2,88
Erkek	51,19±8,23	23,80±5,40	12,93±5,13	7,11±2,88	7,35±2,94
t;p	0,245;0,807	2,861;0,005*	-1,013;0,312	-2,298;0,022*	-0,375;0,708
Eğitim durumu					
1) Lise	53,38±8,18	23,35±6,10	15,38±5,40	7,26±2,70	7,38±2,82
2) Önlisans	51,28±8,04	24,99±4,57	12,50±5,07	6,53±2,70	7,25±2,98
3)Yüksek Lisans/Doktora	50,20±7,08	24,94±4,42	10,96±3,72	7,00±3,18	7,31±2,42
F;p	1,653;0,197	1,883;0,154	8,087;<0,001*	1,653;0,197	1,883;0,154
Fark (Tukey)			1>2,3		
Aile tipi					
Geniş aile	52,92±7,45	25,60±4,14	12,84±4,91	7,02±2,60	7,47±2,86
Çekirdek aile	50,77±8,06	24,58±4,87	12,46±5,09	6,52±2,82	7,20±2,91
t;p	2,392;0,017*	1,891;0,059	0,650;0,516	1,584;0,114	0,823;0,411
Aile yapısı					
1)Demokratik	50,09±7,97	24,89±4,43	12,14±5,05	6,31±2,55	6,75±2,75
2)Baskıcı ve otoriter	51,84±7,69	24,92±4,94	12,05±4,53	7,16±3,15	7,72±2,92
3)Aşırı koruyucu	51,55±6,55	24,85±4,81	12,70±5,21	6,66±2,96	7,33±2,84
4)Mükemmeliyetçi	54,17±9,57	24,44±5,92	14,75±4,78	6,86±2,70	8,11±3,58
5)Diğer	52,43±8,81	24,89±4,29	12,80±5,30	7,00±2,58	7,74±2,67
F;p	2,493;0,043*	0,074;0,990	2,224;0,066	1,414;0,229	2,826;0,025*
Fark (Tukey)	4>1				4>1
Hemşire olarak çalışma süresi					
1) 1 yıldan az	49,13±7,99	23,63±5,57	12,46±5,82	7,13±2,23	5,92±2,28
2) 1-5 yıl	51,63±7,71	24,59±4,72	12,33±4,68	6,97±3,19	7,74±2,84
3) 6-10 yıl	50,19±8,58	24,91±4,25	11,94±5,29	6,21±2,06	7,13±2,74
4) 11-15 yıl	51,21±7,34	25,50±5,13	12,59±4,55	6,40±2,66	6,72±2,98
5) 16 yıl ve üzeri	52,91±8,13	24,97±4,44	13,70±5,59	6,66±2,85	7,57±3,08
F;p	1,691;0,151	0,898;0,465	1,349;0,251	1,345;0,253	3,253;0,012*
Fark (Tukey)					2>1

Tablo 4.15. (devam)

Çalışılan Klinik					
1) Dahili klinikler	53,42±8,37	25,22±4,06	13,91±5,20	6,71±2,70	7,58±2,95
2) Cerrahi klinikler	49,60±6,81	25,80±4,11	11,60±5,00	5,75±2,18	6,45±2,72
3) Yoğun bakım	50,72±7,58	24,31±4,69	11,79±4,55	7,13±3,08	7,49±2,75
4) Acil servis	47,67±6,20	21,71±6,58	12,43±4,28	6,50±1,92	7,02±2,45
5) Çocuk kliniği	51,75±7,64	25,82±2,92	11,14±5,02	7,02±3,32	7,77±2,99
F;p	4,082;0,001*	5,924;0,079	4,089;0,063	2,637;0,105	2,606;0,052
Fark (Tukey)	1>4				
Haftalık toplam çalışma saati					
45 saat ve daha az	50,71±7,82	24,09±5,51	12,92±5,16	6,59±2,71	7,11±2,65
45 saatten fazla	51,87±8,05	25,51±3,76	12,24±4,93	6,70±2,83	7,41±3,10
t;p	-1,454;0,147	-2,971;0,003*	1,338;0,182	-0,382;0,703	-1,066;0,287
Günlük bakım ve tedavi verilen hasta sayısı					
1) 1-10 hasta	51,62±8,28	24,77±4,49	12,38±5,18	6,20±3,12	6,46±2,93
2) 11-20 hasta	51,55±7,38	25,30±4,02	12,39±4,86	6,33±2,53	6,52±2,72
3) 20'den fazla hasta	50,36±7,84	24,47±5,87	13,18±4,94	7,00±1,95	7,52±2,92
F;p	0,830;0,437	0,797;0,451	0,850;0,428	3,569;0,029	3,942;0,020*
Fark				3>1	3>1,2
Hastalarına verdiği bakımı yeterli bulma					
Evet	51,31±8,09	24,79±4,88	12,64±5,09	6,71±2,84	7,16±2,93
Hayır	51,36±7,76	24,94±4,45	12,43±4,99	6,55±2,66	7,45±2,84
t;p	-0,067;0,946	-0,297;0,767	0,423;0,673	0,546;0,585	-0,962;0,337
Hastalarıyla iletişim kurma konusunda problem yaşama					
Evet	50,96±8,00	23,99±5,16	13,08±5,10	6,82±2,92	7,07±2,56
Hayır	51,47±7,95	25,18±4,49	12,36±5,02	6,58±2,71	7,35±3,02
t;p	-0,566;0,572	-2,266;0,024*	1,282;0,201	0,760;0,448	-0,911;0,363
Meslektaşlarının bakım sunarken damgalayıcı ve ayrımcı tutumlar sergilediğini gözlemleme					
Evet	49,56±7,76	22,83±5,71	12,38±5,24	7,22±2,96	7,14±2,51
Hayır	51,86±7,95	25,46±4,18	12,62±4,99	6,48±2,69	7,31±3,01
t;p	-2,462;0,084	-4,121;0,109	-0,400;0,689	2,259;0,054	-0,544;0,587
Sağlık bakım profesyonellerinin damgalayıcı ve ayrımcı tutumlar sergilediğini düşünme					
Evet	49,77±7,18	24,26±4,95	11,88±5,07	6,76±2,76	6,86±2,50
Hayır	52,68±8,35	25,36±4,43	13,15±4,95	6,55±2,78	7,63±3,17
t;p	-3,751;0,105	-2,235;0,081	-2,524;0,072	0,764;0,445	-2,701;0,097
Damgalayıcı ve ayrımcı tutumların bakım kalitesini etkilediğini düşünme durumu					
Evet	51,34±8,09	25,21±4,52	12,42±5,07	6,59±2,75	7,12±2,83
Hayır	51,22±6,78	21,71±5,23	13,78±4,71	7,15±2,91	8,59±3,15
t;p	0,092;0,927	4,111;<0,001*	-1,639;0,102	-1,213;0,226	-3,102;0,002*

r:Pearson Korelasyon Katsayısı, F:Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA), t:Bağımsız Örneklem T Testi Fark:Tukey *:p<0,05

4.4. Hemşirelerden Elde Edilen Nitel Verilere İlişkin Bulgular

Hemşirelerin damgalama ve ayrımcılık eğilimlerini, damgalama ve ayrımcılığın nedenlerini, sonuçlarını ve önlemeye yönelik girişimleri belirlemek amacıyla fenomenolojik türde bir çalışma yürütülmüştür. Bu bölümde hemşirelerle

yapılan nitel görüşmelerden elde edilen veriler doğrultusunda yapılan içerik analizleri sunulmuştur.

4.4.1. Araştırmanın Nitel Bölümüne Katılan Hemşirelerin Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Nitel görüşmeye katılan hemşirelerin sosyodemografik ve çalışma özellikleri Tablo 4.16.'da sunulmuştur. Nitel görüşmeye katılan hemşirelerin %90,4'ünü kadınların oluşturduğu, %42,8'inin dahili birimlerde çalıştığı, %57,1'inin meslekte çalışma yılının 1-5 yıl arasında değiştiği belirlenmiştir. Hemşirelerin yaş ortalaması $30,20 \pm 4,88$ 'tür (Tablo 4.16).

Tablo 4.16. Araştırmanın nitel bölümüne katılan hemşirelerin sosyodemografik özelliklerinin dağılımı (n=24)

Özellikler		n	%
Yaş grupları (Ort±SS) 30,20±4,88	20-25 yaş	1	4,8
	26-30 yaş	11	52,3
	31-35 yaş	6	28,6
	36-40 yaş	2	9,5
	41-45 yaş	1	4,8
Cinsiyet	Kadın	19	90,4
	Erkek	2	9,6
Çalıştığı klinik	Dahili birimler	9	42,8
	Cerrahi birimler	5	23,8
	Yoğun bakım	7	33,4
Hemşire olarak çalışma yılı	1-5 yıl	12	57,1
	6-10 yıl	6	28,6
	11-15 yıl	2	9,5
	16-20 yıl	1	4,8

4.4.2. Hemşirelerin Damgalama ve Ayrımcılık Hakkındaki Düşünceleri ile İlgili İçerik Analizi Sonuçları ile İlgili Bulgular

Hemşirelerin damgalama ve ayrımcılık eğilimine yönelik tutumlarının belirlenmesi amacıyla, nitel görüşmeye katılan 21 hemşirenin sorulara verdikleri yanıtlar kodlanarak içerik analizleri yapılmıştır. Hemşirelerle yapılan nitel görüşmeler sonucunda 4 tema ile 27 alt tema belirlenmiştir. Temalar; damgalama ve ayrımcılığın nedenleri, damgalama ve ayrımcılık uygulanan gruplar, damgalama ve ayrımcılığın sonuçları ile damgalama ve ayrımcılığın önlenmesine yönelik önerilerdir. İçerik analizine ilişkin tema ve alt temalara ilişkin bulgular Tablo

4.17.'de sunulmuştur.

Tablo 4.17. Hemşirelerin damgalama ve ayrımcılık eğilimini etkileyen faktörlerin incelenmesine yönelik temalar ve alt temalar

Tema	Alt Temalar
Damgalama ve Ayrımcılığın Nedenleri	Ön yargılar Bazı hastalara öncelik verilmesi Toplumsal normlara aykırı davranma Dezavantajlı gruplara yönelik bakış açısı Hastalardan zarar görme korkusu Hasta/yakınlarının olumsuz tutumları Eğitim düzeyi ve kalitesi Dünya görüşü ve bakış açısı
Damgalama ve Ayrımcılık Uygulanan Gruplar	Bulaşıcı hastalığı olanlar Ruhsal hastalığı olanlar İntihar girişiminde bulunanlar Cinsel yönelimleri farklı olanlar Göçmenler Sosyoekonomik düzeyi düşük olanlar Terminal dönemdeki hastalar Alkol ve madde bağımlılığı olanlar Fiziksel engeli bulunanlar
Damgalama ve Ayrımcılığın Sonuçları	Bakıma ayrılan sürenin kısalması Bakımın kalitesinde azalma Hasta mağduriyeti Hasta mahremiyetinin ihlali
Damgalama ve Ayrımcılığın Önlenmesine Yönelik Öneriler	Farkındalık eğitimlerinin verilmesi Çalışan sayısının artırılması Klinikler arası rotasyon Empatik iletişimin kurulması Hasta mahremiyetinin korunması Maaşın iyileştirilmesi

Tema 1: Damgalama ve ayrımcılığın nedenleri

Hemşireler ile yapılan görüşmelerde, damgalama ve ayrımcılık eğiliminin nedenleri ile ilgili alt temalar; ön yargılar, bazı hastalara öncelik verilmesi, toplumsal normlara aykırı davranma, dezavantajlı gruplara yönelik bakış açısı, hastalardan zarar görme korkusu, hasta/yakınlarının olumsuz tutumları, eğitim düzeyi ve kalitesi, dünya görüşü ve bakış açısı şeklinde belirlenmiştir. Hemşireler damgalama ve ayrımcılığın en önemli nedenlerini; toplumsal normlara aykırı davranma, bazı hastalara öncelik verilmesi, dezavantajlı gruplara yönelik bakış açısı, eğitim düzeyi ve alınan eğitimin kalitesi olarak sıralamıştır. Katılımcıların bu temaya yönelik ifadeleri şu şekildedir:

“Mesleğe başlamadan önce içinde bulunduğumuz çevreden duyduklarımız ya da gördüklerimiz davranışlarımızı etkiliyor. Psikiyatri hastalarının maruz kaldığı davranışlar gibi.” (K6)

“Sağlık alanında maalesef ayrıcalıklı hastalar oluyor. Bu hastalara VIP diyoruz. Sunulan bakım ve tedavilerde ayrımcılık oluyor. VIP hasta sevklerinde hekim mutlaka orada oluyor. Nöbet devir teslimlerinde bu hastaların ayrıcalıklı olduğu vurgusu özellikle yapılıyor.” (K7)

“Kültürü nedeniyle farklı giyinen ya da farklı sağlık davranışları sergileyen hasta/hasta yakınlarına karşı bir ayrımcılık olduğunu söyleyebilirim. Bazı hemşirelerin hasta/hasta yakınlarına bakışı çok farklı. Onlara bakım vermek istemediklerine ve ayrımcılık yaptıklarına şahit olmuştum mesela.” (K13)

“Hemşireler özellikle hepatit B gibi bulaşıcı hastalıklar söz konusu olduğunda kendini korumak adına ayrımcı ve damgalayıcı davranışlar gösterebilir. Kendi sağlığını öne sürerek o hastanın bakımını başkasına devredebilir.” (K15)

“Genelde eğitim ve sosyoekonomik düzeyi düşük olan hastalara hastalığı hakkında daha az bilgi veriliyor. O hastalar soru sorduğunda önemsenmiyor. Özellikle yaşlı ve eğitim seviyesi düşük olan hastalara karşı daha az açıklayıcı davranış sergileme eğilimi oluyor.” (K17)

“Özellikle çok şikayette bulunan ve memnun olmayan hastalar, yaşlı hastalar, yapılan girişimleri gereksiz bulup sorgulayan hastalar tedavide en sona bırakılıyor. Bu hasta grupları bizi bunalttığı için ister istemez öyle davranıyoruz. En kolay hastadan en zor hastaya doğru gidiyoruz. Burada ister istemez ayrımcılık yapılabilir.” (K17)

“Damgalayıcı ve ayrımcı davranma durumu tamamıyla eğitimle alakalı. Kesinlikle herkes hemşire olamaz. Vicdan olması lazım. Bir de tabi ki eğitim. Üniversitede aldığımız eğitimleri uygulamaya aktarmak önemli. Vicdan ve eğitim bir arada olduğunda hastaya o şekilde bir yaklaşım sergileniyor. Daha kaliteli bakım verebiliyorsun. Daha çok dikkat ediyorsun. Diğer yandan kişinin vicdanı yoksa en ufak şeyde hastayı damgalayabiliyor. Gözlemlediğim kadarıyla aldığı eğitimde iyi değilse damgalama durumu artıyor.” (K19)

Tema 2: Damgalama ve ayrımcılığın uygulandığı gruplar

Hemşireler ile yapılan görüşmelerde, damgalama ve ayrımcılığın uygulandığı gruplar ile ilgili alt temalar; terminal dönemdeki hastalar, alkol ve madde

bağımlılığı olanlar, ruhsal hastalığı olanlar, cinsel yönelimleri farklı olanlar, göçmenler, sosyoekonomik düzeyi düşük olanlar, intihar girişiminde bulunanlar, bulaşıcı hastalığı olanlar, fiziksel engeli bulunanlar olarak belirlenmiştir. Hemşireler en sık damgalama ve ayrımcılığa maruz kalan grupları bulaşıcı hastalığı ve ruhsal hastalığı olan hastalar olarak bildirmiştir. Katılımcıların bu temaya yönelik ifadeleri şu şekildedir:

“Genel olarak sadece çalıştığım ameliyathane biriminde değil tüm birimlerde damgalayıcı tutumların olduğunu düşünüyorum. Örneğin enfeksiyon servisine AIDS’li bir hasta geldiğinde hastanın arkasından “nasıl kapmış bu hastalığı, ne olmuş ne yaşamış, nereden bulaşmış, hem de bu yaşta” gibi ifadelerin kullanıldığına çok fazla şahit oldum.” (K8).

“HIV pozitif olan bir bebeğimiz vardı. Bazı arkadaşlar bebeğin annesi yanında yokken onun hakkında konuşuyorlardı. HIV’in bulaş yollarını kastederek “bir de kapalı olacak, kim bilir ne yaptı, nereden bulaştırdı da çocuğu böyle oldu” gibi sözler söylüyorlardı.” (K13)

“Serviste AIDS’li olan bir hastaya denk gelmiştik. Ona irrite edici gözlerle bakmaya başladılar. “Ne yapmışta bulaşmış acaba” diye yorumlarda bulunanlar oldu. Hastalığın direk cinsel yolla bulaştığı akıllarına gelmişti. Başka yollarla da bulaşabileceğini düşünmeden yargılayıcı ve damgalayıcı tutumlar sergilediklerine şahit olmuştum.” (K17)

“Serviste hepatit B tanısı alan bir hastamız yattığı zaman onun tedavisine kimse yanaşmıyor. O hastayı başkasına vermeye çalışıyorlar. Damar yolu açarken ya da kan alırken kendilerine bulaşmaması için başkası alsın, başkası açsın diyerek ertesi güne hastayı damar yolu olmadan teslim ediyorlar. Hastalığa bağlı ayrımcı ve uzaklaştırıcı bir tutuma şahit oldum.” (K17)

“Sağlık personeli hasta ya da hastalık ayırt etmeden tüm hastalara bakmalı. Ama uzun yıllar aynı yerde çalışınca bazı hasta ya da hastalıklara karşı ön yargılı olabiliyorsun. Farklı birimlerde çalışan hemşirelerin özellikle psikiyatri hastasından çekinme durumları söz konusu oluyor. Uzak durmalarını anlamaya çalışıyorum. Korkuyor olabilirler ve o yüzden bakım vermek istemeyebilirler. Bu hastaları özellikle bizim servisimize göndermeye çalışıyorlar.” (K6)

“Bizim serviste çoğunlukla çoklu kişilik bozuklukları olan hastalar var. Hemşireler özellikle antisosyal kişilik bozuklukları olan hastalara karşı biraz daha damgalayıcı davranabiliyor. Onlara bakım vermeyi çok tercih etmiyor. Sözel ve

fiziksel şiddetine maruz kaldığı bu gruptaki hastalara bakım vermek istemiyor ve ayırım yapıyor.” (K20).

“Hemşire arkadaşlarımdan biri intihar vakasıyla gelen hastaya bakım vermek istememişti. Aslında hemşirenin bu düşüncesini işine yansıtması profesyonelliğe aykırı. Ama bu isteksizliğini hastaya da çevresine de sözel olarak ifade etmişti.” (K2)

“İlaç intoksikasyonu ile gelen bir hastamız vardı. Hemşire arkadaşımızın sözel ifadesi şu şekildeydi: “Zaten kendisi ölmek istemiş ve intihar etmiş ben buna ne yapabilirim?, onu ne kadar yaşatabilirim?. yaşamak istemiyor zaten.” Doğru bir yaklaşım mı diye sorarsanız bana göre doğru değil. Ama bu şekilde ön yargılı yaklaşan meslektaşlarımız olabiliyor.” (K5)

“Cinsel yönelimi farklı olan bir hastayı bizim kliniğimize devretmişlerdi. Hastayı telefonla devir almıştık. Erkek isimli bir hasta olduğu için ona göre odasını hazırlamıştık. Erkek hasta beklerken görüntüsü farklı bir hasta gelince şaşkınlıkla ve çok garip karşıladık. Hastada bu durumdan rahatsız olmuştu.” (K4)

“Özellikle bulaşıcı hastalığı olan, bedensel engeli bulunan ve toplum içinde ekonomik yönden dezavantajlı olan gruplara ön yargılı ve damgalayıcı bir tutumla yaklaşıldığına şahit oldum.” (K1)

Tema 3: Damgalama ve ayrımcılığın sonuçları

Hemşirelerle yapılan görüşmeler sonucunda damgalama ve ayrımcılığın sonuçlarına ilişkin alt temalar; bakıma ayrılan sürenin kısalması, bakımın kalitesinde azalma, hasta mağduriyeti, hasta mahremiyetinin ihlali olarak belirlenmiştir. Hemşireler damgalayıcı ve ayrımcı tutumların en önemli sonuçlarının bakıma ayrılan sürenin kısalması, hastanın mağduriyet yaşaması ve bakım kalitesinde azalma olarak ifade etmiştir. Katılımcıların bu temaya yönelik ifadeleri şu şekildedir:

“Servisimizde temaslı ya da bulaşıcı hastalığı olmayan hasta temiz kabul edilirken; AIDS, hepatit, covid gibi hastalıklara sahip olan kişiler kirli hasta, temaslı hasta, enfekte hasta olarak değerlendirilebiliyor. Enfekte ya da şüpheli hastaların yanında bulunduğumuz süreyi kısa tutuyoruz” (K14)

“Kendimize herhangi bir zarar vermemek adına en kısa sürede işimizi bitiriyoruz, hastayla daha az muhatap oluyoruz. Hasta odasından bir an önce

ayrılmaya çalışıyoruz. Sonuç olarak bu durum verilen bakımın kalitesini doğrudan etkiliyor.” (K14).

“Covid olup izolasyona alınan hastalar hakkında “ben yanına girmek istemiyorum, ben niye giriyorum?, sen bekarsın bizim evde yaşlı annemiz var, çocuğumuz çocuğumuz var hastanın yanına sen gir” şeklinde konuşmalar oluyor. Hasta da bunlarını duyunca tedirginliği artıyor, “ben ölecek miyim?” gibi sorular sormaya başlıyor.” (K10)

“Bu durumun isteyerek olmasa da hasta mağduriyetine neden olduğu çok açık. Tedavi süreçlerinde aksaklıklar olması hastaların yeterli hizmeti almalarını engelliyor.” (K1)

Tema 4: Damgalama ve ayrımcılığın önlenmesine yönelik öneriler

Hemşireler ile yapılan görüşmelerde, sağlık alanında damgalama ve ayrımcılığın önlenmesine yönelik öneriler ile ilgili alt temalar; maaşın iyileştirilmesi, klinikler arası rotasyon, çalışan sayısının artırılması, empatik iletişimin kurulması, hasta mahremiyetinin korunması, farkındalık eğitimlerinin verilmesi olarak belirlendi. Katılımcıların bu temaya yönelik ifadeleri şu şekildedir:

“Aslında ben insanların tam olarak hastalığa bağlı olarak damgalandığını düşünmüyorum. Hemşirelerde bir tükenmişlik var. Artık hemşirelerin tahammül düzeylerinin azaldığını düşünüyorum. Yeterli çalışan sayısı olduğunda hiçbir meslektaşımın bu davranışları sergileyeceğini düşünmüyorum. Sonuçta işinde mutlu ve motive olan bir insan damgalayıcı bir tutumla yaklaşmaz. Tükenmişlik yaşamasalar o ayrımcılığı yapacaklarını düşünmüyorum.” (K11)

“Çok kısıtlı bir zamanda hastaya bakmaya çalışıyoruz. DSÖ’nün belirlediği hasta hemşire sayısının çok çok üzerinde hasta baktığımız için uygun bakımı veremiyoruz. Zaman kısıtlı olduğu için ister istemez ayrımcılığı biz de yapıyoruz. Hastaları hastalıklarına ya da oda numaralarına göre sınıflandırıyoruz. Bedensel engeli olan hastaya ilaç verirken, konuşma problemi olan hastaya ya da işitme engeli olan hastaya anlatamıyoruz, uygun şekilde açıklama yapamıyoruz. Bakımın kalitesinin çok azaldığını düşünüyorum.” (K18)

“Maaşlarının artırılması meslektaşlarımı motive edebilir. Sonuçta herkes buraya para kazanmak için geliyor”. (K11).

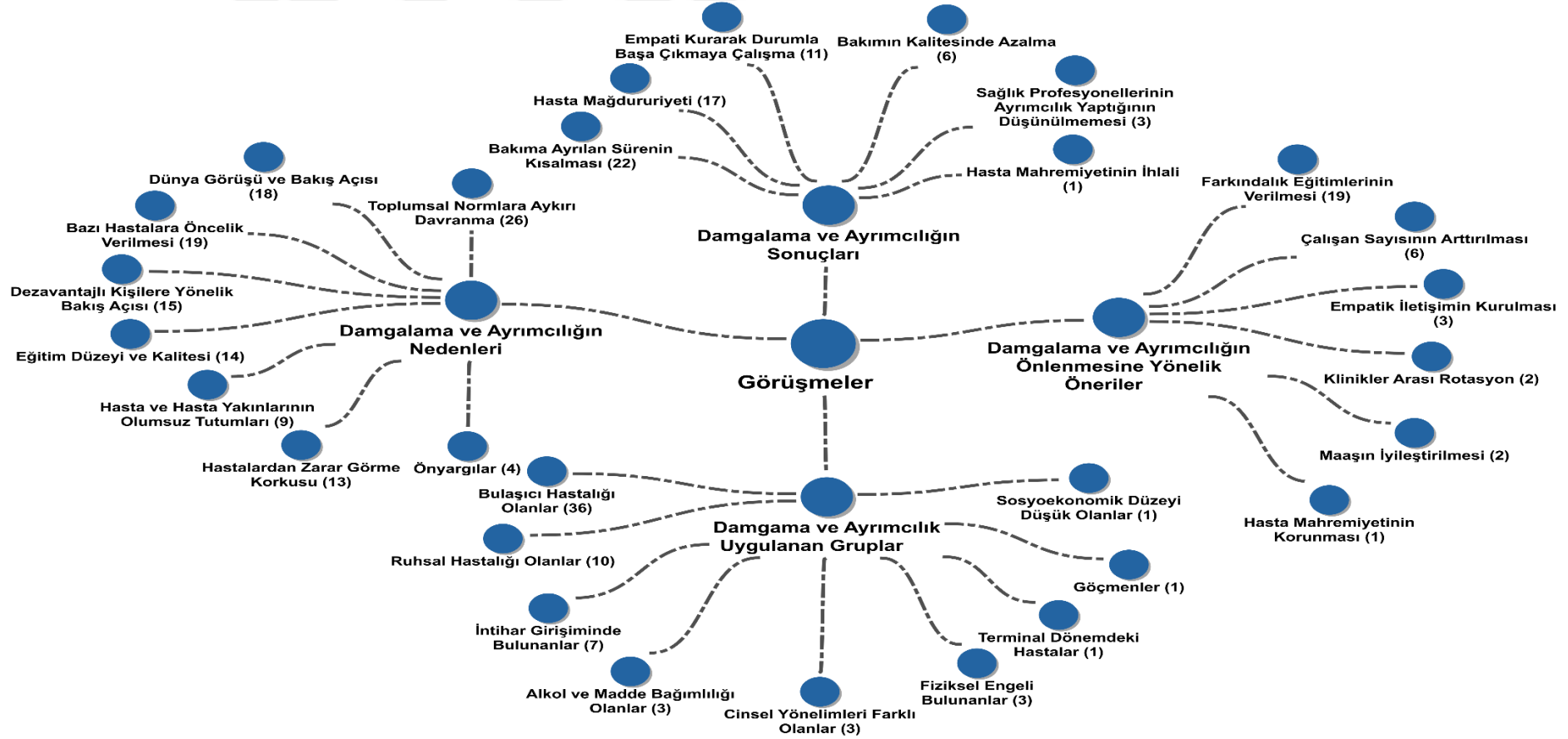
“Damgalamaya maruz kalmış hasta ve yakınlarının duygu ve düşüncelerinin uygun bir ortamda dinlenmesi gerektiğini düşünüyorum. Böylece insanların neler düşündüğü ve ne hissettiği daha kolay anlaşılabilir.” (K3)

“Hemşirelerin her alanda çalışması etkili olabilir. Mesela servisler arasında rotasyon olsa, bulaşıcı hastalığı olan bir hastayı gördüğümde hastalık ve bulaşma durumuyla ilgili bilgim olabilir.” (K6)

“Bence adli vakalarda ve özellikli durumlarda hastanın bilgilerinin paylaşılması lazım. Genelde sağlıkçılar arasında paylaşıldığını gözlemliyorum. Neden damgaladığımızı anlayabilmek için daha çok eğitim yapılması lazım....” (K2)

“Benim üniversitede okuduğum dönemde damgalama ve ayrımcılıkla ilgili çok fazla içerik ve ders yoktu. Sağlık bakım hizmetlerinde yer alacak kişilere bu konularda daha fazla eğitim verilmeli diye düşünüyorum. Lisans eğitiminde farkındalık artırılmalı. Hastanelerde senede bir ya da iki defa hizmet içi eğitimler verilebilir. Personele bu konunun hatırlatılması gerekiyor. Hastalarımızı damgalamaya neden olabilecek uygulamaları önlemeye yönelik iyileştirmeler yapılması gerekiyor. Bu konudaki bilimsel çalışmalar artırılabilir.” (K18)

“Bence her eğitim düzeyinde insana olan yaklaşımın önemi vurgulanmalı. Karşımızdaki kişinin insan olduğu için bakıma ihtiyacı olduğu bir şekilde zihnimize işlenmeli. Lisans, yüksek lisans, hizmet içi şeklinde ayırt etmeksizin her alanda olmalı.” (K3)



Şekil 4.2. Hemşirelerde damgalama ve ayrımcılık eğilimine yönelik oluşturulan tema ve alt temaların kavram haritası



Şekil 4.3. Hemşirelerde damgalama ve ayrımcılık eğilimine yönelik oluşturulan kod bulutu

5. TARTIŞMA

Tartışma bölümü, Hemşirelerde Damgalama ve Ayrımcılık Eğilimi Ölçeği'nin geçerlik ve güvenirlik analizlerine ilişkin bulguların tartışılması; hemşirelerin damgalama ve ayrımcılığa yönelik eğilimleri ile bu eğilimlerinin değişkenlerle ilişkisini inceleyen nicel bulguların tartışılması; hemşirelerle gerçekleştirilen fenomenolojik görüşmeler sonucunda elde edilen nitel bulguların tartışılması olmak üzere üç bölümden oluşmaktadır.

5.1.Hemşirelerde Damgalama ve Ayrımcılık Eğilimi Ölçeği Geçerlik ve Güvenirlik Bulgularının Tartışılması

Bu araştırmada, hemşirelerin damgalama ve ayrımcılık eğilimlerini belirlemek amacıyla, “Hemşirelerde Damgalama ve Ayrımcılık Eğilimi Ölçeği” geliştirilmiştir. Ölçek geliştirme çalışmasının ilk adımı olan madde havuzunu oluşturma aşamasında öncelikle ulusal ve uluslararası literatür taranmıştır. Sonrasında hedef kitle olan hemşirelerle fenomenolojik görüşmeler yapılarak 40 maddelik taslak ölçek madde havuzu belirlenmiştir.

“Hemşirelerde Damgalama ve Ayrımcılık Eğilimi Ölçeği”nin 40 maddelik taslak formu, bir üniversitenin Türk Dili ve Edebiyatı Bölümü'nde görev yapan bir öğretim üyesinden destek alınarak anlaşılabilirlik, bütünlük ve yazım kuralları yönünden değerlendirilerek son hali verilmiştir. Taslak ölçek formu, kapsam ve içerik uygunluğunun belirlenebilmesi amacıyla farklı üniversitelerde sağlık bilimleri alanında görev alan 10 öğretim elemanın görüşüne sunulmuştur.

Uzmanlar ölçek maddelerini anlaşılabilirlik, amaca uygunluk, ayırt etme gücü ve kültüre uygunluk kriterleri açısından değerlendirerek geri bildirim vermişlerdir. Uzmanların geri bildirimleri doğrultusunda taslak maddelerde gerekli düzenlemeler yapılarak kapsam geçerlilik analizleri yapılmıştır. Uzmanların vermiş oldukları puanlar Lawshe tekniği kullanılarak değerlendirilmiştir. Analiz sonucunda tüm maddelerin KGİ (Kapsam Geçerlik İndeksi) hesaplanmış ve 0,97 olarak bulunmuştur. Sonuç olarak $KGİ \geq KGO$ olduğu için taslak ölçekten çıkarılan madde olmamıştır. Oluşturulan 40 maddeli yapının kapsam geçerliliğinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir.

Ölçeğin kapsam geçerliliği sonrasında, 20 kişilik hemşire grubuyla pilot çalışma yapılmıştır. Pilot çalışmaya dahil edilen hemşireler örneklem grubunun dışında

bırakılmıştır. Pilot çalışma sonucunda hemşirelerin geri bildirimleri doğrultusunda gerekli düzenlemeler yapılarak ölçeğe son şekli verilmiştir.

Ölçek geliştirme çalışmalarında örneklem büyüklüğü hesaplanırken genellikle taslak ölçeğin madde sayısı dikkate alınmakta ve madde sayısının en az 5 en fazla 10 katı sayıda bireyin örnekleme dahil edilmesi önerilmektedir (O'Rourke and Hatcher, 2013). Bu araştırma kapsamında geliştirilen “Hemşirelerde Damgalama ve Ayrımcılık Eğilimi Ölçeği”nin taslak madde sayısı 40 olduğu için, madde sayısının on katı olan 400 hemşireye ulaşılması hedeflenmiştir. Bu doğrultuda araştırmanın veri toplama süreci 400 hemşirenin gönüllü katılımıyla gerçekleştirilmiştir.

“Hemşirelerde Damgalama ve Ayrımcılık Eğilimi Ölçeği”nin geçerlik çalışması iki aşamada yapılmıştır. İlk olarak Açıklayıcı Faktör analizleri (AFA) tamamlanan çalışmanın ikinci aşamasında Doğrulamalı Faktör analizleri (DFA) yapılmıştır. AFA sonucunda elde edilen verilerin faktör analizinde uygulanabilirlik düzeylerini belirlemek amacıyla Kaiser Meyer Olkin (KMO) testi, değişkenler arasındaki ilişkilerin anlamlılık düzeylerini belirlemek amacıyla da Barlett testi analizleri kullanılmıştır.

KMO testi 0-1 arasında değer almaktadır. Bu değer 1'e yakın olması oluşturulan faktör yapısının güvenilirliğini kanıtlamaktadır. Bu doğrultuda bu çalışmada AFA sonucunda KMO test sonucunun 0,805 olduğu belirlenmiştir. Bartlett Küresellik testi sonucunda değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı yüksek düzeyde bir ilişki bulunduğu ve verilerin faktör analizini uygulamak için uygun olduğu görülmüştür ($p<0,001$).

Hemşirelerde Damgalama ve Ayrımcılık Eğilimi Ölçeği'nde AFA'nın yapılma aşamasında Temel Bileşenler Analizi yöntemi ile varimax rotasyonu kullanılmıştır. 40 maddeden oluşan taslak ölçek, ilk analiz sonucunda 10 alt boyuta ayrılmış ancak bazı maddelerin 1'den fazla faktöre birden güçlü yüklendiği, bazı maddelerin tek başına bir faktör oluşturduğu görüldüğünden bu maddeler yapı dışına çıkarılmıştır. Yapı dışına çıkarılan maddeler 2, 5, 12, 13, 14, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 31, 32, 33, 34, 35, 37, 38, 39 ve 40 numaralı maddelerdir. Ölçekteki bu 22 madde çıkarıldıktan sonra yapı 18 madde ve 4 faktör ile uygun hale gelmiştir.

AFA sonucunda 18 madde ve 4 faktörden oluşan yapı DFA ile test edilmiştir. DFA, açıklayıcı faktör analizinin ortaya çıkardığı yapıları test eden analiz yöntemidir. Analiz sonucunda modelin yeterli uyum göstermediği görülmüştür. Bu nedenle öncelikle maddelere ilişkin madde faktör yükleri (standardize regresyon katsayıları)

incelenmiştir. 30 numaralı maddenin madde faktör yükü 0,3'ten küçük olduğu için modelden çıkarılmıştır. Sonuç olarak 17 madde ve 4 faktörlü bir model elde edilmiştir. Yapılan DFA sonuçlarına göre tüm model uyum indeksleri iyi veya kabul edilebilir uyum göstermiştir (χ^2/sd : 2,879; GFI: 0,918; AGFI: 0,887; CFI: 0,922; RMSEA: 0,069; SRMR: 0,061). Bununla birlikte DFA sonuçları incelendiğinde tüm maddelerin faktör yüklerinin 0,500'ün üzerinde olduğu görülmüştür.

Toplam puan üzerinden hesaplanan likert tipi ölçeklerde güvenilirliği belirleyen katsayılar güvenirlik analizleri ile hesaplanmaktadır. Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayısı ölçeğin varyansları toplamının genel varyansa oranlanması ile bulunan ağırlıklı standart bir değişim ortalamasıdır. Bu çalışmada “Hemşirelerde Damgalama ve Ayrımcılık Eğilimi Ölçeği”nin oldukça güvenilir ($\alpha=0,777$), *Algı ve Farkındalık* alt boyutunun yüksek derecede güvenilir ($\alpha=0,851$), *Bulaşıcı Hastalık* alt boyutunun yüksek derecede güvenilir ($\alpha=0,862$), *Obezite* alt boyutunun oldukça güvenilir ($\alpha=0,717$) ve *Ruhsal Hastalık* alt boyutunun oldukça güvenilir ($\alpha=0,675$) olduğu belirlenmiştir.

Ölçüm aracının her uygulamada tutarlı sonuçlar verebilme ve değişmezlik gösterebilme gücü güvenirlik analizlerinden biri olan Test-tekrar test yöntemi kullanılarak belirlenmiştir. 400 hemşireye uygulanan “Hemşirelerde Damgalama ve Ayrımcılık Eğilimi Ölçeği” araştırmaya katılan 85 hemşireye 15 gün aralıkla iki defa uygulanmıştır. Birinci ve ikinci uygulama puanları arasındaki uyumun çok iyi düzeyde olması ölçeğin güvenirliğinin göstergesidir. İki uygulamadan elde edilen puanlar arasındaki ilişki Sınıf içi Korelasyon Katsayısı (ICC) ile incelenmiş (ICC: 0,960) ve cevaplar arasındaki uyumun çok iyi olduğu belirlenmiştir ($p<0,001$).

5.2. Hemşirelerin Damgalama ve Ayrımcılık Eğilimine Yönelik Tutumlarını Etkileyen Nicel Verilerin Tartışılması

Bu çalışmada Hemşirelerde Damgalama ve Ayrımcılık Eğilimi Ölçeği toplam puanı $51,33\pm7,96$; *Algı ve Farkındalık* alt boyut puan ortalaması $24,85\pm4,71$, *Bulaşıcı Hastalık* alt boyut puan ortalaması $12,56\pm5,04$, *Obezite* alt boyut puan ortalaması $6,65\pm2,77$ ve *Ruhsal Hastalık* alt boyut puan ortalaması $7,27\pm2,90$ olarak belirlenmiştir. Bu doğrultuda çalışmaya katılan hemşirelerin damgalama ve ayrımcılık eğiliminin orta düzeyde olduğu söylenebilir. Bununla birlikte çalışmaya katılan hemşirelerin damgalayıcı ve ayrımcı tutumlara yönelik farkındalık algılarının yüksek

olduğu; bulaşıcı hastalık, obezite ve ruhsal hastalık gruplarına yönelik damgalama ve ayrımcılık eğilimlerinin orta düzey olduğu görülmüştür.

Damga, fiziksel bir işaretin ötesinde bireyi sosyal hayatın her alanında etkileyen ve ayrımcılığa uğramasına neden olan bir durumdur. Küresel anlamda toplumları etkisi altına alan bulaşıcı hastalıklar, ruhsal hastalıklar ve obezite bireylerin damgalayıcı ve ayrımcı tutumlara maruz kalmalarına neden olabilmektedir (Arrey et al., 2016; Yılmaz vd., 2021). Bakım ve tedavi almak amacıyla sağlık kurumlarına başvuran hastalar, sağlık profesyonellerinin damgalayıcı ve ayrımcı tutumlarına maruz kalabilmektedir (Asan, 2019).

Eski çağlardan bu yana en önemli damgalama araçlarından biri olarak kullanılan bulaşıcı hastalıklar; hastalık hakkındaki yetersiz/yanlış bilgi ve toplumsal ön yargılar nedeniyle bireylerin olumsuz tutum ve davranışlarla karşı karşıya kalmalarına neden olabilmektedir (Atila Demir, 2021). Özellikle HIV/AIDS, hepatit, tüberküloz gibi bulaşıcı hastalıklar bireyleri sadece sosyal yaşamda değil sağlık alanında da etiketleyebilmektedir. Çin’de dokuz farklı hastanede yürütülen bir çalışmada, sağlık çalışanlarının %77,7’sinin HIV/AIDS tanısı alan bireylere karşı damgalayıcı ve ayrımcı tutumlar sergiledikleri belirlenmiştir. En sık gözlenen uygulamalar ise bireyin zorla izole edilmesi, kişisel bilgilerin başkalarıyla paylaşılması, tedavi uygulamayı reddetme, diğer hastalardan farklı davranma olarak saptanmıştır (Dong et al., 2018). Hassen Salih vd. yaptıkları diğer bir çalışmada hemşirelerin %64,5’inin HIV/AIDS tanısı alan hastalara damgalayıcı ve ayrımcı tutumlar sergiledikleri belirlenmiştir (Hassen Salih et al., 2017).

Afrika ülkelerinde yapılan bir araştırmada damgalama ve ayrımcılık oranı %80,3 (Holzemer et al., 2009), Hindistan’da %55 (Mahendra et al., 2007) olarak belirlenmiştir. Amerika’da ise damgalama ve ayrımcılık oranının %29-41 arasında değiştiği bildirilmiştir (William and Searay, 2012). Çalışmalar arasındaki bu farklılıkların ülkelerin yürüttüğü enfeksiyon önleme protokolleri ve sistemleri ile sağlık kurumlarının işleyişi, toplumsal bakış açısı ve eğitimsel süreçler gibi faktörlerden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Literatürde hemşirelerin ruhsal hastalığı olan bireylere damgalayıcı ve ayrımcı tutum sergiledikleri bildirilmiştir (Arrey et al., 2016; Hamilton et al., 2016; Knaak et al., 2017). Ruhsal hastalıklara yönelik tutum ve davranışlar, toplumun benimsediği düşünce ve davranışlardan kaynaklanabilir. Arrey vd. (2016) çalışmasında, hemşirelerin ruhsal hastalıklara yönelik bakış açılarının toplumun bakış açısıyla

benzer olduğu belirlenmiştir. Buna karşın Fontenisse vd. (2021)'nin çalışmasında, hemşirelerin ruhsal hastalığı olan bireyleri toplumdaki diğer bireylerden daha çok damgaladıkları bildirilmiştir.

Ruhsal hastalığı olan bireylerin yanısıra obez bireylere yönelik damgalayıcı ve ayrımcı tutumların da oldukça yüksek oranda olduğu bildirilmektedir (Alberga et al., 2016; Flint, 2015; Fruh et al., 2016; Newell, 2014; Puhl and King, 2013; Sobczak and Leoniuk, 2021). Ward-Smith ve Peterson'un (2016) obez bireylerin yaşadıkları damgalamayı belirlemek amacıyla yapmış oldukları çalışmada, hemşirelerin obez bireylere yönelik damgalayıcı ve ayrımcı tutumlara sahip oldukları belirlenmiştir. Aynı çalışmada hemşirelerin obez bireyleri; "dağınık, sağlıksız, başarısız ve evliliğe uygun olmayan kişiler" olarak tanımladıkları grlmştir. Polonya'da ulusal düzeyde yapılan diğer bir çalışmada hastaların %82,6'sının sağlık profesyonelleri tarafından damgalayıcı tutum ve davranışlara maruz kaldıkları belirlenmiştir (Sobczak et al., 2020).

Bu araştırmada geniş aile ve mükemmeliyetçi ailede yetişen hemşirelerin damgalama ve ayrımcılık eğilimlerinin çekirdek aile ve demokratik aile içerisinde yetişen hemşirelerden anlamlı derecede daha fazla olduğu grlmştir. şahin Tarım ve Yılmaz'ın (2018) hemşirelik ğrencilerinin ruhsal hastalıklara ilişkin görüşlerini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada, geniş ailede yetişen öğrencilerin ruhsal hastalığa sahip bireylere karşı daha fazla olumsuz inanç ve n yargılara sahip oldukları, bu bireyleri tehlikeli olarak damgaladıkları bildirilmiştir.

Topluma ait kültür, inanç ve değerlerin aktarılma süreci ailede başlamaktadır. Bir insanın benliğindeki gelişim, sahip olduğu değerler, normlar ve n yargılar aile içindeki sosyalizasyon sürecinde şekillenmektedir. Bu süreç damgalayıcı ve ayrımcı tutumların ortaya çıkmasını da etkileyebilmektedir. Günümüzde geleneksel aile yapısı yerini çekirdek aile yapısına bırakmıştır. Ancak geleneksel ve geniş aile yapısındaki aile içi bağlılık ve öğrenilen değerler, çekirdek aile yapısında da devam ettirilmektedir. Bu durum aile içerisinde kabul görmüş n yargıların benimsenmesine ve sosyal hayatta davranışlara aktarılmasına neden olabilmektedir. Bu doğrultuda geleneksel aile yapısı içerisinde yetişen hemşirelerin kazandığı n yargıların ve tutumların damgalama eğilimlerini etkileyebileceği söylenebilir. Araştırma bulgularımıza paralel olarak literatürde de geleneksel aile yapısının damgalayıcı tutum ve davranışları artırdığı bildirilmektedir (Balkanlıoğlu, 2012; zmen ve Erdem, 2021).

Mükemmeliyetçi aile yapısında bireyden kapasitesinin üstünde başarılar beklenebilmektedir. Kişi hedefine ulaşamadığında bu durum güvensizlik ve başarısızlık duygusu ile sonuçlanabilmektedir. Birey bu yetersizlik duygusunu gizlemek için başkalarını damgalama davranışı sergileyebilmektedir. Buna karşın demokratik aile içinde yetişen bireyler hoşgörülü, empati kurabilen, farklılıklara açık ve başkalarının fikirlerine saygılı bireyler olabilmektedir (Aydoğdu ve Dilekmen, 2016; Pekşen Akça, 2012). Bu doğrultuda kişinin yetiştiği ailenin, tutum ve davranışları ile sosyal ve zihinsel süreçlerini şekillendirmede oldukça etkili olduğu söylenebilir.

Bu araştırmada dahili kliniklerde çalışan hemşirelerin damgalama ve ayrımcılık eğilimlerinin acil serviste çalışan hemşirelerden anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlendi. Literatürde çalışma ortamındaki işleyiş ve şartların çalışanların damgalama eğilimleri üzerinde etkisi olabileceği bildirilmektedir (Bayramlık ve Uluğ, 2019). Bayrak vd. (2014)'nin çalışmasında, enfeksiyon hastalıkları kliniğinde çalışan hemşirelerin tamamı ile dahili kliniklerde çalışan hemşirelerin %93'ünün HIV/AIDS tanısı alan hastalara karşı ön yargılı oldukları saptanmıştır. Araştırma bulgularına karşın sağlık çalışanlarının HIV/AIDS hastalarına yönelik damgalama ve ayrımcılık eğilimlerinin belirlendiği diğer bir çalışmada, cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin damgalayıcı ve ayrımcı tutumlarının dahili kliniklerde çalışan hemşirelerden daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Dong et al., 2018). Çalışmalar arasındaki bu farklılığın veri toplanan kurumlardaki işleyiş farklılıklarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

5.3. Hemşirelerde Damgalama ve Ayrımcılık Eğilimini Etkileyen Nitel Verilerin Tartışılması

İnsanlar genelde bilmedikleri ve kendileri için tehdit oluşturan durumları damgalama ve dışlama eğiliminde olabilmektedir. Damgalayıcı ve ayrımcı tutumlar sosyal yaşamın her alanında karşımıza çıkabilmektedir (Yaman ve Güngör, 2014). İnsanlar damgalayıcı ve ayrımcı tutumlara sadece sosyal alanlarda değil sağlık hizmetine başvurma süreçlerinde de maruz kalabilmektedir. Sağlıkta damgalama; sahip olduğu hastalık nedeniyle birey veya grubu ötekileştiren, itibarını zedeleyen, değersizleştiren ön yargı, tutum ve davranışlar olarak tanımlanabilmektedir (Ertem, 2020). Tartışmanın bu bölümünde hemşirelerin damgalama ve ayrımcılık konusundaki bilgi durumları, damgalama ve ayrımcılığın ortaya çıkmasında etkili olan faktörler, damgalayıcı ve ayrımcı tutumların hemşirelik bakımı üzerine etkisi ve sağlık alanında

bu tutumların önlenmesine yönelik girişimleri belirlemek amacıyla yapılan fenomenolojik görüşmeler doğrultusunda elde edilen bulgular tartışılmıştır.

Bu çalışmada hemşireler damgalama ve ayrımcılığın en çok toplumsal normlara aykırı davranma, bazı hastalara öncelik verme, hemşirenin sahip olduğu dünya görüşü ve bakış açısı, alınan eğitimin düzeyi ve kalitesi gibi nedenlere bağlı olarak ortaya çıktığını ifade etmiştir. Araştırma bulgularıyla uyumlu olarak bu konuda yapılan bazı çalışmalarda da damgalayıcı ve ayrımcı tutumların nedenleri; ön yargılar (Abdoli et al., 2018; Bekhet et al., 2017; Chang and Cataldo, 2014; Flint, 2015; Jaquays et al., 2022; Stangl et al., 2013), bilgi eksikliği (Bekhet et al., 2017; Kabbash et al., 2018; Knaak et al., 2017; Stangl et al., 2013; Sukhera and Chahine, 2016), eğitim düzeyi (Gagnon, 2015), mesleki deneyim yılı (Gagnon, 2015; Nyblade et al., 2019), bulaşma ve zarar görme korkusu (Abdoli et al., 2018; Chang and Cataldo, 2014; Nyblade et al., 2019; Stangl et al., 2013; Straetmans et al., 2017), toplumsal normların dışında hareket etme (Bekhet et al., 2017) olarak bildirilmiştir.

Bu araştırmada hemşireler, sağlık alanında en çok bulaşıcı hastalığı olan, ruhsal hastalık tanısı alan ve intihar girişiminde bulunan hastalara damgalama ve ayrımcılık uygulandığını bildirmiştir. Literatürde tarih boyunca birçok insanın sahip olduğu hastalıklar nedeniyle damgalandığı, özellikle bulaşıcı hastalıkların damgalama aracı olarak kullanıldığı, bulaşıcı hastalığı olan bireylerin toplumdan izole edildiği bildirilmiştir (Avcil ve ark. 2016; Bekiroğlu, 2020; Doğanavşargil ve Baysal, 2013). Eski çağlarda bulaşıcı hastalıklar “toplumun koyduğu kurallara uymayan insanlara Tanrı’nın verdiği bir ceza olarak görülmüş”, bu nedenle HIV/AIDS, cüzzam, tüberküloz gibi bulaşıcı hastalıklara sahip bireyler damgalayıcı ve ayrımcı tutumlara maruz kalmıştır (Bilge ve Çam, 2010; Oran ve Şenuzun, 2008). Kabbash vd. (2017)’nin sağlık çalışanlarının damgalayıcı ve ayrımcı tutumlarını belirlemek amacıyla yürüttükleri bir çalışmada, hemşirelerin %40’ının HIV/AIDS tanılı hastalara bakım vermek istemediklerini belirlenmiştir.

Bununla birlikte Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)’nün yayınladığı bir raporda damgalayıcı ve ayrımcı tutumlara maruz kalan hastalık gruplarının başında küresel hastalık yükünün %14’ünü oluşturan ruhsal hastalıkların geldiği (Arslantaş vd., 2019; DSÖ, 2011), aynı zamanda sağlık kurumlarına başvuran obez bireylerin %69’unun sağlık çalışanları tarafından damgalayıcı ve ayrımcı tutumlara maruz kaldıkları bildirilmiştir (WHO, 2017). Bu konuda yapılan diğer çalışmalarda da, tüm dünyada ruhsal hastalığa sahip bireyler ile obez bireylerin damgalamaya ve ayrımcılığa maruz

kaldıkları, sağlık alanındaki damgalama oranlarının sosyal damgalama ve ayrımcılık oranlarıyla benzer olduğu bildirilmektedir (Çam vd., 2014; Lawrence et al., 2021; Wang et al., 2017; Winkler et al., 2016).

Bu çalışmada hemşireler klinikte bulaşıcı hastalığı olan bireylerin odasına daha az gitme, işi olmadıkça hasta odasına girmeme, tedavi ve bakım süresini mümkün olduğunca kısa tutma şeklinde damgalayıcı ve ayrımcı tutumlar sergilendiğini ifade etmişlerdir. Bulaş ve zarar görme korkusu toplumda olduğu gibi sağlık alanında damgalayıcı ve ayrımcı tutumlara neden olabilmektedir. Araştırma bulgularıyla uyumlu olarak literatürde de, sağlık profesyonellerinin hasta odasına daha az girme, bakım ve tedavi süresini kısa tutma, gerekli olmadıkça hasta odasına girmeme gibi davranışlar sergiledikleri bildirilmektedir (Ataç ve Buzlu, 2014). Tüm bu damgalayıcı tutum ve davranışlar verilen bakımın kalitesini etkileyebilmektedir. Hasta herhangi bir sağlık problemi olduğunda sağlık arama davranışından vazgeçebilmektedir. Bu durum halk sağlığı problemlerini de beraberinde getirebilmektedir (Alkan vd., 2016; Reyes-Estrada et al., 2015). Nitekim Gagnon'un (2015) yapmış olduğu bir çalışmada HIV/AIDS'li hastaların maruz kaldıkları damgalayıcı ve ayrımcı davranışların hasta-hemşire ilişkilerini ve sunulan bakımın kalitesini etkilediği, bireylerin sağlık arama davranışlarını engellediği bildirilmiştir.

Bu çalışmada hemşireler damgalama ve ayrımcılığın hasta bakımına ayrılan süreyi kısaltarak, sunulan bakımın kalitesini azalttığını bildirmiştir. Hemşirelik bakımı kişiler arası ilişkiye odaklı bir süreçtir. Hemşirenin damgalayıcı ve ayrımcı tutumlar sergilemesi terapötik hasta-hemşire ilişkisini olumsuz yönde etkileyebilir. Aynı zamanda bakım ve tedavinin optimal düzeyde sunumunu engelleyebilir (Alkan vd., 2016; Deng et al., 2022; Fontenisse et al., 2021; Henderson et al., 2014; Mestdagh and Hansen, 2014; Wang et al., 2017).

Bu araştırmada hemşireler damgalayıcı ve ayrımcı tutumların hasta mahremiyetini ihlal ettiğini ve hastaların mağduriyet yaşamalarına neden olduğunu belirtmişlerdir. Mahremiyetin korunması ve özel hayata saygı ilkesi en önemli hasta haklarından biridir (Yıldız ve Karaca Dedeoğlu, 2023). Sağlık bakım sunumunda hastanın isteklerini görmezden gelmek, hastanın bilgilerini üçüncü kişilerle paylaşmak ve bilgisi olmadan çeşitli testler yapmak mahremiyetin korunması ve özel hayata saygı ilkesini ihlal edebilmektedir (Ataç ve Buzlu, 2014). Bu tutum ve davranışlar meslek etiği açısından da uygun olmamakla birlikte, hastanın tedavi ve sosyal süreçlerde mağduriyet yaşamasına neden olabilmektedir (Kaya vd., 2020). Huq ve arkadaşlarının

(2019) yaptıkları bir çalışmada, hemşirelerin %76,5'inin HIV/AIDS tanılı hastaların mahremiyete saygılı bir bakım almaları gerektiğini ifade ettikleri belirlenmiştir. Attal vd. (2021)'nin çalışmasında, sağlık hizmetlerine başvuran hastaların en çok sağlık profesyonellerinin hasta mahremiyetine karşı duyarsız olmalarından, hastalıklarını açıkladıktan sonra olumsuz ve yargılayıcı tepkiler görmekten endişe duydukları saptanmıştır.

Bu araştırmada hemşireler farkındalık eğitimleri verilmesinin, hastalarla empatik iletişim kurulmasının, klinikler arası rotasyon yapılmasının, çalışan sayısının artırılmasının, hasta mahremiyetinin korunmasının sağlık alanındaki damgalama ve ayrımcılığın önlenmesine katkı sağlayacağını ifade etmişlerdir. Araştırma bulgularıyla uyumlu olarak literatürde de damgalama ve ayrımcılığın önlenmesinde eğitim ve terapötik iletişimin önemi vurgulanmaktadır. İnsanın sahip olduğu damgalayıcı ve ayrımcı tutumlar yaşadığı aile ve toplum içinde şekillenebilmektedir. Bu nedenle damgalayıcı ve ayrımcı tutumların önlenmesinde eğitim önemli rol oynamaktadır. Oban ve Küçük'ün (2011) çalışmasında, gençlere ruhsal hastalıklarla ilgili verilen eğitimlerin damgalayıcı ve ayrımcı tutumları azalttığı bildirilmiştir. Aynı zamanda hastayla birebir iletişim içinde olan hemşirelerin alacakları eğitimlerin olumsuz tutum ve davranışların azaltılmasında etkili olduğu vurgulanmıştır (Asan, 2019; Nyblade et al., 2019).

Sağlık bakım sisteminde multidisipliner ekibin vazgeçilmez bir üyesi olan hemşirelerin, profesyonel hemşirelik değerleri çerçevesinde tüm hastalara bireyselleştirilmiş ve holistik bir bakım sunması oldukça önemlidir. Hemşirelerin mesleğin etik ilke ve değerleri doğrultusunda bakım sunabilmesi, öncelikle kendi değer, inanç ve tutumlarının farkında olmasıyla mümkündür. Hemşirelerin damgalama ve ayrımcılık eğilimleri belirlenerek, hemşireler bilinçli ve bilinçsiz ön yargıları ve stigmatizasyon algıları hakkında düşünmeye teşvik edilebilir. Hemşirelerin damgalama ve ayrımcılık eğilimlerinin belirlenmesi, bakımı iyileştirmek için kendi uygulamalarını nasıl değiştireceklerini gözden geçirmelerinde onlara yardımcı olabilir. Hemşirelik eğitiminde bütüncül bakıma önem verilmesi; hemşirelere profesyonel bilgi ve becerinin yanı sıra mesleki tutum kazandırılması oldukça önemlidir. Bu doğrultuda primer bakım verici olan hemşirenin sahip olduğu damgalayıcı ve ayrımcı tutumların belirlenmesinin sunulacak bakım kalitesini etkileyebileceği düşünülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda;

- Hemşirelerde Damgalama ve Ayrımcılık Eğilimi Ölçeği'nin hemşirelere uygulanabilecek geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğu, 4 alt boyut ve 17 maddeden oluştuğu belirlendi. Bu doğrultuda H_{1a} hipotezimiz kabul edilmiştir.
- Hemşirelerde Damgalama ve Ayrımcılık Eğilimi Ölçeği puan ortalaması $51,33 \pm 7,96$; Algı ve Farkındalık alt boyut puan ortalaması $24,85 \pm 4,71$, Bulaşıcı Hastalık alt boyut puan ortalaması $12,56 \pm 5,04$, Obezite alt boyut puan ortalaması $6,65 \pm 2,77$ ve Ruhsal Hastalık alt boyut puan ortalaması $7,27 \pm 2,90$ olarak saptandı.
- Hemşirelerde Damgalama ve Ayrımcılık Eğilimi Ölçeği puanının hemşirelerin bazı sosyodemografik ve çalışma özelliklerine göre farklılık gösterdiği belirlendi. Bu doğrultuda H_{1b} hipotezimiz kabul edilmiştir.
- Hemşirelerle yapılan nitel görüşmeler sonrasında 4 ana tema ve 27 alt tema saptandı.

6.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda:

- Hemşirelerin damgalama ve ayrımcılık konusunda farkındalık ve duyarlılıklarını artırmak üzere eğitimler düzenlenmesi,
- Hemşirelik eğitimi müfredatında damgalama ve ayrımcılığın önlenmesi konularına daha çok yer verilmesi,
- Kliniklerde yargılayıcı olmayan empatik iletişim becerilerinin geliştirilebilmesi için “beceri geliştirme uygulamaları”nın planlanması,
- Hemşirelerin aile ve toplum içinde kazandığı kişisel ön yargı ve tutumlarının farkında olmalarının sağlanması,
- Hemşirelerde damgalama ve ayrımcılık eğilimini etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla, farklı bölgelerde daha geniş örneklem gruplarında araştırmalar yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Abdoli, S., Doosti Irani, M., Hardy, L.R., and Funnell, M. (2018). A discussion paper on stigmatizing features of diabetes. *Nurs Open*. 5(2).113–9.
- Açıkgöz, F. ve Akkuş, D. (2018). Ruhsal hastalıklarda damgalama ile mücadele: anahtar rol üstlenen meslekler. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 8(3).142-146.
- Adak, N. (2010). Çağın Vebası AIDS: HIV/AIDS’e İlişkin Damgalama ve Ayrımcılık. *ETHOS: Felsefe ve Toplumsal Bilimlerde Diyaloglar*. 3(2).1-15.
- Akbolat, M. ve Ünal, Ö. (2017). “Sağlık kurumlarında mobbing”. M. Çimen, S. Deniz. (eds.). in: *Sağlık Kurumları Yönetiminde Örgütsel Davranış Konuları*. 1. Basım, Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Al Saif, F., Al Shakhouri, H., Nooh, S. and Jahrami, H. (2019). Association between attitudes of stigma toward mental illness and attitudes toward adoption of evidence-based practice within health care providers in Bahrain. *PLoS ONE* 14(12). 225-738. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0225738>
- Alberga A.S., Pickering, B.J., Hayden, K.A., Ball, G.D.C., Edwards, A., Jelinski, S., Nutter, S., Oddie, S., Sharma, A.M. and Russell-Mayhew S. (2016). Weight bias reduction in health professionals: a systematic review. *Clinical Obesity*. 6(3).175–188. <http://doi.org/10.1111/cob.12147>
- Alkan, A., Erdem, R. ve Çelik, R. (2016). Sağlık alanındaki ayrımcı tutum ve davranışlar: Kavramsal bir inceleme. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*. 19(3).365-390.
- Alpar, R. (2018). *Uygulamalı İstatistik ve Geçerlilik-Güvenirlik*. 5. Baskı, Ankara: Detay Yayıncılık.
- Arkan, B., Bademli, K. ve Duman, Z.Ç. (2011). Attitudes of health professionals towards mental disorders: studies in Turkey during the last decade. *Psikiyatride Guncel Yaklasimlar*. 3(2).214.
- Arrey, A. E., Bilsen, J., Lacor, P. and Deschepper, R. (2017). Perceptions of stigma and discrimination in health care settings towards sub-Saharan African migrant women living with HIV/AIDS in Belgium: a qualitative study. *Journal Of Biosocial Science*, 49(5).578-596.
- Arslantaş, H., Abacıgil, F., Adana, F., Karadağ, Ş. ve Koyak, H. Ç. (2019). Beliefs of nursing students about mental illnesses and social distance: the effects of theoretical and practical psychiatric nursing education. *In Yeni Symposi*. 57(1).1-9.

- Asadi-Aliabadi, M., Tehrani-Banihashemi, A. and Moradi-Lakeh, M. (2020). Stigma in COVID-19: A barrier to seek medical care and family support. *Med J Islam Repub Iran.* 34:98. <https://doi.org/10.34171/mjiri.34.98>
- Asan, Ö. (2019). Ruhsal hastalıklar ve damgalama; toplumda, medyada, sağlık çalışanlarda ve her yerde. *Sakarya Tıp Dergisi.* 9(2).199-205.
- Ataç, M. ve Buzlu, S. (2016). Hemşirelerde HIV/AIDS tanılı hastalara yönelik damgalama. *F.N. Hem. Derg.* 2016; 24(3): 155-164.
- Atila Demir, S. (2021). Etiketleme teorisi çerçevesinde sosyal dışlanma ve salgın hastalıklar: Kovid-19 süreci ve damgalama. *Yalova Sosyal Bilimler Dergisi.* 11(2).13-25
- Attal, B.A., Al-Rowaishan, K.M., Akeel, A.A. and Al Ammar F.K. (2021). HIV stigma in the teaching hospitals in Sana'a, Yemen: A conflict and low-resource setting. *BMC Public Health.* 21.1973. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11845-y>
- Avcil, C., Bulut, H. ve Sayar, G. H. (2016). Psikiyatrik hastalıklar ve damgalama. *Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi.* (2).175-202.
- Aydoğdu, F. ve Dilekmen, M. (2016). Ebeveyn tutumlarının çeşitli değişkenler açısından değerlendirilmesi. *Bayburt Eğitim Fakültesi Dergisi.* 11(2).570-585.
- Bagcchi, S. (2020). Stigma during the COVID-19 pandemic. *Lancet Infect Dis.* 7: 782.
- Baldassarre, A., Giorgi, G., Alessio, F., Lulli, L. G., Arcangeli, G. and Mucci, N. (2020). Stigma and discrimination (SAD) at the time of the SARS-CoV-2 pandemic. *International Journal Of Environmental Research and Public Health.* 17(17).6341.
- Balkanlıoğlu, M. A. (2012). Alevi-Sünni evliliklerinin aile ilişkileri ile çocuk yetiştirme üzerine etkileri ve sosyal damgalama. *Türk Kültürü ve Hacı Bektaş Veli Araştırma Dergisi.* 62.163-182.
- Bayad, A., Sakin, E. ve Cesur, S. (2020). Orta öğretim öğrencilerinde barışın sosyal temsilleri. *Türk Psikoloji Dergisi.* 35 (Özel sayı).13-33. doi:10.31828/tpd1300443320200705x000037
- Bayrak, B., Keten, S. ve Fincancı, M. (2014). Sağlık Çalışanlarının HIV/AIDS Olgularına Yaklaşımları. *Klimik Journal/Klimik Dergisi.* 27(3).103-107.
- Bayramlık, H.A.A. ve Uluğ, F. (2019). Öğretmenlerin kişilik özellikleri ile damgalama davranışları arasındaki ilişkinin İncelenmesi. *Çağdaş Yönetim Bilimleri Dergisi.* 6(1).4-17
- Bekhet, A. K., Murrock, C. J., Mu, Q. and Singh-Gill, H. (2017). Nursing students' perception of the stigma of mental illness. *SM J Nurs.* 3(2).1013.

- Bekiroğlu, S. (2021). Ruhsal hastalığa sahip bireylere yönelik damgalama: Etkileyen faktörlere ve bireyler üzerindeki etkilerine dair kavramsal bir çalışma. *OPUS International Journal of Society Researches*, 17(33).595-618.
- Bilge, A. ve Çam, O. (2010). Ruhsal hastalığa yönelik damgalama ile mücadele. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 9(1).71-78.
- Bilton, T., Bonnett, K., Jones, P., Lawson, T., Skinner, D., Stanworth et al. (2009). Sociology (Sosyoloji). B. Özçelik (Çev. ed.). 2. Baskı, Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Bos, A. E. R., Pryor, J. B., Reeder, G. D. and Stutterheim, S. E. (2013). Stigma: Advances in theory and research, *Basic and Applied Social Psychology*. 35(1).1-9.
- Boyd, J.E., Otilingham, P.G. and DeForge, B.R. (2014) Brief version of the internalized stigma of mental illness (ISMI) scale: Psychometric properties and relationship to depression, self-esteem, recovery orientation, empowerment, and perceived devaluation and discrimination. *Psychiatr Rehabil J*. 37:17–23.
- Bozkurt, O. ve Turan, D. B. (2020). HIV/AIDS ile ilgili bilgi ve damgalanma düzeyinin ve ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 11(1).41-48. doi: 10.14744/phd.2020.88156
- Bracke, P., Delaruelle, K., and Verhaeghe, M. (2019). Dominant cultural and personal stigma beliefs and the utilization of mental health services: A cross-national comparison. *Frontiers in Sociology*. 4.40.
- Brohan, E., Slade M., Clement, S., Thornicroft, G. (2010). Experiences of mental illness stigma, prejudice and discrimination: a review of measures. *BMC Health Serv Res*. 10.80.
- Brooks, S.K., Webster, R.K., Smith, L.E., Woodland, L., Wessley S. And Greenberg, N.(2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet*. 395(10227).912-920. doi:10.1016/S0140-6736(20)30460-8).
- Bruns, D.P., Kraguljac, N.V. and Bruns, T.R.(2020). COVID-19: facts, cultural considerations, and risk of stigmatization. *J Transcult Nurs*. 4.326-332.
- Bulechek, G.M., Butcher, H.K., Dochterman, J.M. and Wagner C. (2017). *Nursing Interventions Classification (NIC)*. Çeviri: Erdemir F, Kav S, Yılmaz A. Hemşirelik Girişimleri Sınıflaması (NIC). 6. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitap Evleri.
- Canada Center For Occupational Health And Safety. (2020). Coronavirus (COVID-19) Tips. Preventing Stigma. <https://www.ccohs.ca/newsletters/hsreport/issues/current.html#hsreport-ontopic>. (erişim tarihi: 10.03.2023).

- Centers for Disease Control and Prevention (CDC)- COVID-19. (2019). Reducing Stigma, [https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/symptoms-testing/](https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/symptoms-testing/reducing-stigma.html) reducing-stigma.html (Erişim Tarihi: 10.03.2023).
- Ceylan, B. ve Koçak Uyaroglu, A. (2018). Psikiyatri kliniğinde alışan hemşirelerin şizofreni hastalarına yönelik damgalamaya ilişkin grşleri ve nerileri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 21(2).97-103.
- Chang C.C., Lin C.Y., Gronholm, P.C. and Wu T.H. (2018). Cross-validation of two commonly used self-stigma measures, Taiwan versions of the internalized stigma mental illness scale and self-stigma scaleeshort, for people with mental illness. *Assessment*. 25.777-792
- Chang, S. and Cataldo, J. (2014). A systematic review of global cultural variations in knowledge, attitudes and health responses to tuberculosis stigma. *Int J Tuberc Lung Dis*. 18(2).168–73.
- ifti, A., Jones, N. and Corrigan, P. W. (2013). Mental health stigma in the Muslim community. *Journal of Muslim Mental Health*. 7(1).17-32.
- Corrigan, P. W., River, L. P., Lundin, R. K., Uphoff-Wasowski, K., Champion, J., Mathisen, J. and Kubiak, M. A. (2000). Stigmatizing attributions about mental illness. *Journal of Community Psychology*. 28.91–102.
- Corrigan, P. W., Watson, A. C., Gracia, G., Slopen, N., Rasinski, K. and Hall, L. L. (2005). Newspaper stories as measures of structural stigma, *Psychiatric Services*. 56(5).551-556.
- 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 clinical psychology*, 25(8), 875-884.
- Corrigan, P.W. (2006). Mental health stigma as social attribution: implications for research methods and attitude change. *Clin Psychol Sci Pract*. 7.48–67/doi.wiley.com/10.1093/clipsy.7.1.48.
- Corrigan, P.W. and Rao, D. (2012). On the self-stigma of mental illness: stages, disclosure, and strategies for change. *Can J Psychiatr*. 57.464-469.
- Corrigan, P.W. and Watson, A.C. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*. (1)1.16-20.
- am, O. ve Bilge, A.(2013). Türkiye’de ruhsal hastalığa / hastaya yönelik inan, tutum ve damgalama süreci: Sistemantik derleme. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 4(2).91-101.

- Çam, O. ve Çuhadar, D. (2011). Ruhsal hastalığa sahip bireylerde damgalama süreci ve içselleştirilmiş damgalama. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2(3).136-40.
- Çam, O., Bilge, A., Engin, E., Akmeşe Baykal, Z., Turgut Öztürk, E. ve Çakır, N. (2014). Muhtarlara verilen ruhsal hastalığa yönelik damgalama ile mücadele eğitiminin etkililiğinin araştırılması. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 5(3).129-36.
- Çetinkaya, A. ve Özsoy, S. (2021). Nitel Araştırma Hemşirelik Alanından Örnekler. Adana: Çukurova Nobel Tıp Kitabevi.
- Demirtaş, H.A. (2003). Sosyal kimlik kuramı, temel kavram ve varsayımlar. *İletişim araştırmaları*. 1(1).123-14
- Deng, Y., Wang, A. L., Frasso, R., Ran, M. S., Zhang, T. M., Kong, D. and Wong, Y. L. I. (2022). Mental health-related stigma and attitudes toward patient care among providers of mental health services in a rural Chinese county. *International Journal of Social Psychiatry*. 68(3).610-618.
- Doğanavşargil Baysal, G.Ö. (2013). Damgalanma ve ruh sağlığı. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*. 22(2):239-251.
- Dong, X., Yang, J., Peng, L., Pang, M., Zhang, J., Zhang, Z., and Chen, X. (2018). HIV-related stigma and discrimination amongst healthcare providers in Guangzhou, China. *BMC Public Health*. 18(1).1-10.
- Drapalski, A.L., Lucksted, A., Perrin, P.B., Aakre, J.M., Brown, C.H., DeForge, B.R. and Boyd, J.E. (2013). A model of internalized stigma and its effects on people with mental illness. *Psychiatr Serv*. 64.264–269. doi:10.1176/appi.ps.001322012
- Emlet, C.A. (2017). Stigma in an Aging Context. *Karger Publishers*. 144–158
- Eniç, D. ve Yanbolluoğlu, Ö. (2018). Sosyal kimlik karmaşıklığı kuramı: sosyal kimliklerimiz ne denli karmaşık?. *Artibilim: Adana Bilim ve Teknoloji Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*. 1(1). 62-79.
- Erdoğan, S., Nahcivan, N. ve Esin, M. N. (2014). *Hemşirelikte Araştırma: Süreç, Uygulama, Kritik*. 3.Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Erkin, Ö.(2021). *Bulaşıcı Hastalıklar ve Sağlık Çalışanlarında Sosyal Damgalama*. Erkin, Ö. (ed.) Değişen Dünyada Hemşirelik Bilimine Çok Yönlü Yaklaşımlar. (s.1-8). Ankara: Astana Yayınları
- Ertem, M. (2020). COVID-19 pandemisi ve sosyal damgalama. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 5(2).135-138.
- Esin, İ. (2021). Stigma: A review of weight stigma. *International Journal of Turkish Sport and*

- Esin, N.M. (2014). *Veri Toplama Yöntem ve Araçları-Veri Toplama Araçlarının Güvenirlik Ve Geçerliği*. Erdoğan, S., Nahcivan, N., Esin, N.M.(eds.). Hemşirelikte araştırma: süreç, uygulama, kritik (s.193-232). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.
- Fibbi, R. Midtboen, A.H. and Simon, P. (2021). *Migration and Discrimination*. 1 st Ed. Springer. (p. 13-30).
- Flint, S. (2015). Obesity stigma: Prevalence and impact in healthcare. *British Journal of Obesity*, 1(1).14-18.
- Fruh, S. M., Nadglowski, J., Hall, H. R., Davis, S. L., Crook, E. D. and Zlomke, K. (2016). Obesity stigma and bias. *The Journal for Nurse Practitioners*. 12(7).425-432.
- Gaebel, W. Rössler, W. and Sartorius, N. (eds.). (2017). *The Stigma of Mental Illness End of the Story?*. Springer.
- Gagnon, M. (2015). Re-thinking HIV-related stigma in health care settings: A qualitative study. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*. 26(6).703-719.
- Gerlinger, G., Hauser, M., De Hert, M., Lacluyse, K., Wampers, M. and Correll, C.U. (2013). Personal stigma in schizophrenia spectrum disorders: a systematic re-view of prevalence rates, correlates, impact and interventions. *World Psychiatry*. 12(2).155-164.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes On The Management Of A Spoiled Identity*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Goldberg, D.S. (2017). On stigma & health. *Journal of Law, Medicine & Ethics*. 45(4). 475-483
- Goodman, D.J. (2000). Motivating people from privileged groups to support social justice. *Teachers College Record* 102(6).1061-1085.
- Gürses, İ. (2008). Yükleme teorisi ve din ilişkisi üzerine bir değerlendirme. *Uludağ Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*. 17(2). 359-374.
- Hamilton, S., Pinfold, V., Cotney J., Couperthwaite, L., Matthews, J., Barret, K., Warren, S., Corker, E., Rose, D., Thornicroft, G. and Henderson, C. (2016). Qualitative analysis of mental health service users' reported experiences of discrimination. *Acta Psychiatrica Scand*. 134(suppl 446).14-22. doi:10.1111/acps.12611.
- Haraguchi, K., Maeda, M., Mei, Y.X. and Uchimura, N. (2009). Stigma associated with schizophrenia: cultural comparison of social distance in Japan and China. *Psychiatry Clin. Neurosci*. 63.153–160. doi: 10.1111/j.1440-1819.2009. 01922.x

- Hassen Salih, M., Tessema, G. A., Cherkos, E. A., Ferede, A. J. and Zelalem Anlay, D. (2017). Stigma towards people living on HIV/AIDS and associated factors among nurses' working in Amhara region referral hospitals, Northwest Ethiopia: a cross-sectional study. *Advances in Nursing*, 1-7.
- Hasta Hakları Yönetmeliği. (1998). Resmi Gazete. Tarih: 01.08.1998; Sayı: 23420.
- Henderson, C., Noblett, J., Parke, H., Clement, S., Caffrey, A., Gale-Grant, O., Schulze, B., Druss, B. and Thornicroft, G. (2014). Mental health-related stigma in healthcare and mental health-care settings. *Lancet Psychiatry*. 1(6).467-482.
- Ho, C. S., Chee, C. Y., & Ho, R. C. (2020). Mental health strategies to combat the psychological impact of COVID-19 beyond paranoia and panic. *Ann Acad Med Singapore*, 49(1), 1-3.
- Hogg, M.A. and Vaughan, G.M. (2014). *Sosyal Psikoloji*. (Çev. Gelmez, Y.A.) Ankara: Ütopya Yayıncılık.
- Holzemer, W. L., Makoe, L. N., Greeff M., Dlamini, P.S., Kohi, T.W., Chirwa, M.L., Naidoo, J.R., Durrheim, K., Cuca, Y. and Uys L.R. (2009). Measuring HIV stigma for PLHAs and nurses over time in five African countries. *SAHARA-J: Journal of Social Aspects of HIV/AIDS*. 6(2).76-82.
- Höijer, B. (2011). Social representation theory. *Nordicom Review*. 32.3-16
- Huq, K.E., Moriyama, M., Harris, E.E., Shirin, H. and Rahman, M.M. (2019). Evaluation of nurses' knowledge and attitude toward HIV-infected patients in Barbados. *Journal of the International Association of Providers of AIDS Care (JIAPAC)*, 18.1-9
- Jaquays, J.L., Polsinelli, C.A., Singer, L.R. and Abraham, S.P. (2022). Social stigma against mental health: educate, protest, and contact. *IJSRM.Human*. 20(3).162-182.
- Jones, E., Farina, A., Hastorf, A., Markus, H., Miller, D.T. and Scott R. (1984). *Social Stigma: The Psychology Of Marked Relationships*. New York: Freeman
- Kabbash, I.A., Abo Ali, E.A., Elgendy, M.M., Abdrabo, M.M., Salem, H.M., Gouda, M. R. and Hamed, M. (2018). HIV/AIDS-related stigma and discrimination among health care workers at Tanta University Hospitals, Egypt. *Environmental Science and Pollution Research*. 25.30755-30762.
- Kadioğlu, M. ve Hotun Şahin, N. (2015). Stigmatizasyon (Damgalama) ve Kadın. *Sağlık ve Toplum*. 25(3).3-9.
- Karagöl, A., Çalışkan, D. ve Beyazyüz, M. (2013). Halk sağlığı açısından ruhsal bozukluklarda üç boyutuyla damgalama. *Merhaba*. 22(3).96-101.

- Karakoç, F.Y. ve Dönmez, L. (2014). Ölçek geliştirme çalışmalarında temel ilkeler. *Tıp Eğitimi Dünyası*. 13(40).39-49.
- Kavuncubaşı, Ş. (2013). *Hastane Organizasyonu*. Sur H. ve Palteki T. (eds.). Hastane Yönetimi içinde. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Kaya, E., Şimşek, F. ve Yıldırım, T. (2020). Erkek HIV/AIDS hastalarında damgalanmanın yaşam kalitesi üzerine etkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 21(5). 499-506.
- Kıranşal, N. ve Kaya, F. (2020). Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğuna yönelik stigma algısı ve ilişkili faktörler: hemşirelik öğrencileri perspektifi. *Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health*. 27(3).180-6.
- Kite, M.E. and Bernard, E.W. (2016). *Psychology of Prejudice and Discrimination*. (3 rd Ed.). New York, NY : Routledge.
- Knaak, S., Mantler, E. and Szeto, A. (2017). Mental illness-related stigma in healthcare: barriers to access and care and evidence-based solutions. *In Healthcare Management Forum*. 30(2).111-116
- Kruis, N.E. and Choi, J. (2020). Exploring social stigma toward opioid and heroin courses. *Journal of Criminal Justice Education*. 31(3).319-340.
- Kumari, S. (2023). Understanding of stigmatization and death amid COVID-19 in India: A sociological exploration. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 86(4).1432-1448.
- Lawrence, B. J., Kerr, D., Pollard, C. M., Theophilus, M., Alexander, E., Haywood, D. and O'Connor, M. (2021). Weight bias among health care professionals: a systematic review and meta-analysis. *Obesity*. 29(11).1802-1812.
- Lazuardi, E., Newman, C. E., Tasya, I. A., Rowe, E., Wirawan, D. N., Wisaksana, R., and Bell, S. (2019). Understanding the social influences on engaging key populations with HIV prevention: A qualitative study with men who have sex with men in three Indonesian cities. *AIDS Education and Prevention*. 31(3).206-223.
- Lemert, E.M.(1972). Conceptualizing Stigma. *Annu. Rev. Sociol.* 27.363-385.
- Link, B.G. and Phelan J.C. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annu. Rev. Sociol.* 27.363-385
- Livingston, J.D. and Boyd, J.E. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Soc Sci Med*. 71.2150.
- Lysaker, P. H., Tsai, J., Yanos, P., ve Roe, D. (2008). Associations of multiple domains of self-esteem with four dimensions of stigma in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 98(1-3).194-200.

- Lysaker, P.H., Campbell K. and Johannesen, J.K. (2005). Hope, awareness of illness, and coping in schizophrenia spectrum disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 193.287-292.
- Mahendra,V.S., Gilborn, L., Bharat, S., Mudoi, R., Gupta, I., George, B., Daly, C. And Pulerwitz, J. (2007). Understanding and measuring AIDS-related stigma in health care settings: a developing country perspective. *SAHARA-J: Journal of Social Aspects of HIV/AIDS*. 4(2).616-625.
- Mbanya, D., Zebaze, R., Kengne, A., Minkoulou, E., Awah, P. (2001). Knowledge, attitudes and practices of nursing staff in a rural hospital of Cameroon: how much does the health care provider know about the human immunodeficiency virus/acquired immune deficiency syndrome? *Int Nurs Rev*. 48(4).241-249.
- Mestdagh, A. and Hansen, B. (2014). Stigma in patients with schizophrenia receiving community mental health care: A review of qualitative studies. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 49(1):79–87.
- Mojtabai, R. (2010). Mental illness stigma and willingness to seek mental health care in the European Union. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol*. 45.705-712.
- Moscovici, S. (1984). *The Phenomenon Of Social Representations*. İçinde R. M. Farr, R.M., Moscovici, S. (Eds.). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Newell, N. (2014). Attitudes towards obesity in health care (Unpublished master's thesis). Chester, United Kingdom: University of Chester.
- Nyblade, L., Stockton, M.A., Giger, K., Bond, V., Ekstrand, M.L., Lean, R.M. and Wouters, E. (2019). Stigma in health facilities: why it matters and how we can change it. *BMC Medicine*. 17.1-15.
- O'Rourke, N. and Hatcher, L. (2013). *Step-by-Step Approach to Using the SAS System for Factor Analysis and Structural Equation Modeling*. Second Edition. Cary, NC: SAS Institute Inc.
- Oban, G. ve Küçük, L. (2011). Damgalama erken yaşlarda başlar... gençlerde ruhsal hastalıklara yönelik damgalamayla mücadelede eğitimin rolü. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2(3).141-148.
- Olçun, Z. ve Şahin Altun, Ö. (2017). The correlation between schizophrenic patients' level of internalized stigma and their level of hope. *Archives of Psychiatric Nursing*, 31.332-337.
- Oran, N. T. ve Şenuzun, F. (2008). Toplumda kırılması gereken bir zincir: HIV/AIDS stigmatı ve baş etme stratejileri. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*. 5(1).1-16.

- Ölçeği Türkçe formu geçerlik ve güvenirlik çalışması. Basılmamış Yüksek Lisans Tezi. Gaziantep Üniversitesi, Gaziantep.*
- Özdamar, K. (2017). *Ölçek ve test geliştirme yapısal eşitlik modellemesi*. Eskişehir: Nisan Kitabevi Yayınları.
- Özer, G. (2019). *Cinsel ön yargı ve damga: lgbt bireylerde sosyal dışlanma*. Basılmamış Yüksek Lisans Tezi. Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyoloji Ana Bilim Dalı, İzmir.
- Özmen S. ve Erdem R. (2018). Damgalamanın kavramsal çerçevesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. 23(1).185-208.
- Özmen, S. ve Erdem, R. (2021). Hemşireler arasında damgalama olgusu üzerine keşifsel bir çalışma. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. 8(3).1407-1435.
- Öztürk, F.Ö. (2018). Stigmatization concept and tuberculosis. *International Refereed Journal Of Nursing Researches*, 13.136-148.
- Pager, D. and Shepherd, H. (2008). The sociology of discrimination: Racial discrimination in employment, housing, credit, and consumer markets. *Annual Review of Sociology*, 34.181-209.
- Palmore, E.B. (1999). *Ageism: negative and positive*. Joachim, J., Gold, H., Borger S. (Eds.). In: Springer Publishing Company. 2nd edition. New York; 1999. p.3-46.
- Palmore, E.B. (2004). Research note: Ageism in Canada and the United States. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*. 19(1).41-46.
- Park, S. and Park, K.S. (2014). Family stigma: A concept analysis. *Asian Nursing Research*. 8(3).165-171.
- Pekşen Akça, R. (2012). Ana-babaların çocuk yetiştirmede aşırı koruyucu olmaları. *Uluslararası Hakemli Sosyal Bilimler E-Dergisi*. 29.1-13.
- Pescosolido, B.A. (2013). The public stigma of mental illness: what do we think; what do we know; what can we prove? *J. Health Soc. Behav*. 54.1-21.
- Pescosolido, B.A. and Martin, J.K. (2015). The stigma complex. *Annu Rev Sociol*. 41. 87-116.
- Pescosolido, B.A., Medina, T.R., Martin, J.K., Scott Long, J. (2013). The “backbone” of stigma: identifying the global core of public prejudice associated with mental illness. *Am J Public Health*. 103(5).853–860.
- Polit, D.F. and Beck, C.T. (2004). *Nursing Research Principles and Methods*. (7 th Ed.) (p.245-268). Lippincott Williams&Wilkins.

- Pryor, J.B., Reeder, G.D. and Monroe, A.E. (2012) The infection of bad company: stigma by association. *J Pers Soc Psychol.* 102:224–241.
- Puhl, R.M. and King, K.M. (2013). Weight discrimination and bullying. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab.* 27(2):117-127.
- Reskin, B.F. (2012). The race discrimination system. *Annual Review of Sociology*, 38. 17-35. <https://doi.org/10.1146/annurev-soc-071811-145508>.
- Reyes-Estrada, M., Varas-Díaz, N., Parker, R., Padilla, M. and Rodríguez-Madera, S. (2018). Religion and HIV-related stigma among nurses who work with people living with HIV/AIDS in Puerto Rico. *Journal of the International Association of Providers of AIDS Care (JIAPAC)*. 17.1-9.
- Ridgeway, C.L. (2014). Why status matters for inequality. *American Sociological Review*. 79(1),1–16.
- Rubino, F., Puhl, R.M., Cummings, D.E., Eckel, R.H., Ryan, D.H., Mechanick J.I., Nadglowski, J., Salas, X.R., Schauer, P.R., Twenefour, D., Apovian, C.M., Aronne, L.J., Batterham, R.L., Berthoud, H., Boza, C. Et al. (2020). Joint international consensus statement for ending stigma of obesity. *Nat Med.* 26(4).485-497.
- Rüsch, N., Muller, M., Lay, B., Corrigan, P.W., Zahn, R., Schonenberger, T., Bleiker, M., Lengler, S , Blank, C. and Rössler, W. (2014) Emotional reactions to involuntary psychiatric hospitalization and stigma-related stress among people with mental illness. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 264.35–43.
- Salerno, E.M. (2002). Hope, power and perception of self in individuals recovering from schizophrenia: A Rogerian perspective. *Visions: The Journal of Rogerian Nursing Science.* 10.23-36.
- Salve, H.R., Babu, S., Rai, S.K., Sagara, R. and Kant, S. (2014). Attitude about mental illness of health care providers and community leaders in rural Haryana, North India. *Indian Journal of Community Health.* 26(4).374-8.
- Schwartz, C.G. (1956). The stigma of mental illness. *Journal of Rehabilitation.* 22.7-29
- Sert, H., Seven, A., Çetinkaya, S., Pelin, M. ve Aygin, D. (2016). Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin obezite ön yargı düzeylerinin değerlendirilmesi. *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi.* 1(4). 9-17.
- Sevim, K. (2020). Sosyal çalışma ve damga. *Sosyal Çalışma Dergisi.* 4 (1). 44-54
- Sevinik, H. ve Taş Arslan, F. (2020). Şizofreni hastalarında içselleştirilmiş damgalanma ve sosyal işlevsellik düzeyinin belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi.* 11(3). 177-

- Shigemura, J., Ursano, R.J., Kurosawa, M., Morganstein, J.C. and Benedek, D.M. (2021). Understanding the traumatic experiences of healthcare workers responding to the COVID-19 pandemic. *Nursing & Health Sciences*. 23(1). 7-8.
- Sibitz, I., Amering, M., Unger, A., Seyringer, M., Bachmann, A., Schrank, B., and Woppmann, A. (2011). The impact of the social network, stigma and empowerment on the quality of life in patients with schizophrenia. *European Psychiatry*. 26(1). 28-33.
- Sobczak, K., Leoniuk, K. and Rudnik, A. (2020). Experience of polish patients with obesity in contacts with medical professionals. *Patient Prefer Adherence*. 14. 1683-1688.
- Solanke, I. (2017). *Discrimination as Stigma A Theory of Anti-discrimination Law*. (3rd Ed.). (p.18-30). Oxford Hart Publishing.
- Soner, G. ve Altay, B. (2019). Eşcinsel ve biseksüel bireylerin sağlığı ve hemşirelik bakımı. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 10(4). 454-459.
- Sönmez, V. ve Alacapınar, F.G. (2016). *Örneklendirilmiş bilimsel araştırma yöntemleri*. Ankara: Anı Yayıncılık
- St.Clements University, (2014). *Sosyal Psikoloji ve Modeller*. Ankara: St.Clements University Türkiye Yayınları.
- Stafford, M.C. and Scott, R.R. (1986). *Stigma deviance and social control: some conceptual issues*. Ainlay, S.C., Becker, G., Coleman, L.M. (Eds.). In *The Dilemma of Difference*. New York: Plenum
- Stangl, A.L., Lloyd, J.K., Brady, L.M., Holland, C.E. and Baral S. (2013). A systematic review of interventions to reduce HIV-related stigma and discrimination from 2002 to 2013: how far have we come? *J Int AIDS Soc*. 16(3 Suppl 2).18734.
- Straetemans, M., Bakker, M. and Mitchell, E. (2017). Correlates of observing and willingness to report stigma towards HIV clients by (TB) health workers in Africa. *Int J Tuberc Lung Dis*. 21(11). 6–18.
- Sukhera, J., and Chahine, S. (2016). Reducing mental illness stigma through unconscious bias-informed education. *MedEdPublish*. 5(2). 16.
- Świtaj, P., Chrostek, A., Grygiel, P., Wciórka, J. and Anczewska, M. (2016). Exploring factors associated with the psychosocial impact of stigma among people with schizophrenia or affective disorders. *Community Mental Health Journal* 52(3). 370-378.
- Şahin Tarım, H. ve Yılmaz, M. (2018). Sağlık alanında öğrenim gören üniversite öğrencilerinin ruhsal bozukluklara yönelik inançlarının sosyodemografik değişkenler

- açısından incelenmesi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 11(2). 134-146.
- Tajfel, H. and Turner, J.C. (1979). *An integrative theory of intergroup conflict*. In W. Austin, G., Worchel, S. (Eds.). *The social psychology of intergroup relations* (pp. 33–47). Belmont: Nelson-Hall.
- Tanaka, C., Tuliao, M. T. R., Tanaka, E., Yamashita, T. and Matsuo, H. (2018). A qualitative study on the stigma experienced by people with mental health problems and epilepsy in the Philippines. *BMC Psychiatry*. 18. 1-13.
- Tavakoli, F., Karamouzian, M., Rafiei-Rad, A.A., Iranpour, A., Farrokhnia, M., Noroozi, M., Sharifi, A., Marshall, B., Shokoohl, M. and Sharifi, H. (2020). HIV-Related stigma among healthcare providers in different healthcare settings: a cross-sectional study in Kerman, Iran. *Int J Health Policy Manag*. 9(4). 163-169.
- Tel, H., ve Ertekin Pınar, Ş. (2012). Ayaktan izlenen psikiyatri hastalarında içselleştirilmiş damgalama ve benlik saygısı. *Journal of Psychiatric Nursing*. 3(2). 61-66.
- Thornicroft, G. (2014). *Toplumun Reddettiği Ruhsal Hastalığı Olan İnsanlara Karşı Ayrımcılık*. Uluhan, N., Doğan, T., Soygür, H. (Çev.ed.), Ankara: Şizofreni Dernekleri Federasyonu.
- Ubaka, C.M., Chikezie, C.M., Amorha, K.C. and Ukwe, C.V. (2018). Health professionals' stigma towards the psychiatric ill in Nigeria. *Ethiopian Journal Of Health Sciences*, 28(4). 483-495.
- Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO). (1958). 111 Sayılı Sözleşme, Ayrımcılık (İş ve Meslek) Sözleşmesi (Karar Sayısı: 811, Kabul Tarihi: 04. 06. 1958, Resmi Gazete: 22. 12. 1966).
- Üstündağ, M.F. ve Kesebir, S. (2013). İki uçlu bozuklukta içselleştirilmiş damgalanma: Klinik özellikler, yaşam kalitesi ve tedaviye uyum ile ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 24. 1-9.
- Van der Sanden, R.L.M, Bos A.E.R., Stutterheim, S.E., Pryor J.B. and Kök, G. (2013). Experiences of stigma by association among family members of people with mental illness. *Rehabil Psychol*. 58. 73-80.
- Waluyo, A., Culbert, G. J., Levy, J., and Norr, K. F. (2015). Understanding HIV-related stigma among Indonesian nurses. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*. 26(1). 69-80.
- Wang, Y., Wang, X., Zhang, W., Liang, X., Tian, D. and Qu, Z. (2017). Risk factors of the stigma towards psychiatric patients among primary healthcare workers in China: a county study. *BMC psychiatry*. 17(1). 1-9.
- Ward-Smith, P. and Peterson, J.A. (2016). Development of an instrument to assess nurse

practitioner attitudes and beliefs about obesity. *J Am Assoc Nurse Pract.* 28(3). 125-129.

WHO. (2017). Stigma and discrimination. Erişim Linki: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/priority-areas/stigma-and-discrimination> . (Erişim Tarihi: 01.10.2022).

Winkler, P., Mlada, K., Janouskova, M., Weisssova, A., Tuskova, E. and Csemy, L. (2016). Attitudes towards the people with mental illness: comparison between Czech medical doctors and general population. *Soc Psychiatry psychiatr Epidemiol.* 51(9). 1265-1273.

World Health Organization (2017). Weight bias and obesity stigma: considerations for the WHO European Region 2017. Accessed May 20, 2023 https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0017/351026/WeightBias.pdf.

World Health Organization. (2011). World report on disability. Erişim tarihi:

Yaman, E. ve Güngör, H. (2014). Damgalama (Stigma) Ölçeği'nin Geliştirilmesi, Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması. *Değerler Eğitimi Dergisi.* 11(25). 251-270.

Yıldırım, S. (2012). Hemşirelik hizmetlerinde nedensel yükleme teorisi: bir alan araştırması. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi.* 15(2). 28-34.

Yıldız, B., ve Karaca Dedeoğlu, A. (2023). HIV ile yaşayan bireylerin sağlık hizmetlerinden yararlanırken ayrımcılık ve damgalanma bağlamında karşılaştıkları hukuksal sorunlar. *Türkiye Biyoetik Dergisi.* 10(1). 18-27.

Yılmaz, F.T., Yıldız, E. ve Çevik, B. E. (2021). Hemşirelerin iş stresi ile damgalama eğilimleri arasındaki ilişki. *Pearson Journal.* 6(12). 190-203.

Yuvaraj, A., Mahendra, V. S., Chakrapani, V., Yuniastuti, E., Santella, A. J., Ranauta, A. and Doughty, J. (2020). HIV and stigma in the healthcare setting. *Oral Diseases.* 26. 103-111.

EKLER

Ek 1: Tanıtıcı Bilgi Formu

- 1) Yaşınız:
- 2) Cinsiyetiniz: () Kadın () Erkek
- 3) Eğitim durumunuz:
() Lise () Ön Lisans () Lisans () Yüksek Lisans
() Doktora
- 4) Yetiştirdiğiniz aile tipi: () Geniş aile () Çekirdek aile
- 5) Aile yapınız: () Demokratik aile () Baskıcı ve otoriter aile () Aşırı koruyucu aile
() Aşırı hoşgörülü aile () Mükemmeliyetçi aile () İlgisiz ve kayıtsız aile () Tutarsız aile () Diğer (belirtiniz):.....
- 6) Kaç yıldır hemşire olarak çalışıyorsunuz?
() 1 yıldan az () 1-5 yıldır () 6-10 yıldır () 11-15 yıldır
() 15 yıl ve üstü
- 7) Hangi klinikte çalışıyorsunuz?.....
- 8) Haftalık toplam çalışma saatiniz:.....
- 9) Günlük bakım ve tedavi sunduğunuz hasta sayısı:.....
- 10) Hastalarınıza verdiğiniz bakımı yeterli buluyor musunuz? () Evet () Hayır
- 11) Hastalarınızla iletişim kurma konusunda problem yaşıyor musunuz?
() Evet () Hayır
- 12) Hangi hasta/hastalık gruplarına bakım verirken zorluk yaşıyorsunuz?.....
- 13) Tercih etme imkanınız olsa hangi hasta/hastalık gruplarına bakım sunmak istemezsiniz?.....
- 14) Sağlık bakım profesyonellerinin damgalayıcı ve ayrımcı tutumlar sergilediğini düşünüyor musunuz? () Evet () Hayır
- 15) Meslektaşlarınızın bakım sunarken damgalayıcı ve ayrımcı tutum sergilediklerini gözlemlediniz mi? () Evet () Hayır
- 16) Cevabınız evet ise hangi hasta/hastalık gruplarına karşı damgalayıcı ve ayrımcı tutum sergilediklerini gözlemlediniz?
- 17) Sizce sağlık bakım sunumunda hemşirelerin damgalayıcı ve ayrımcı tutumlar sergilemesine neden olabilecek faktör/faktörler nelerdir?
() Yetiştirdiği aile tipi () Kişisel özellikler () Toplumsal ön yargılar () Dini inanç
() Kültürel değerler
() Hastalık hakkındaki bilgi düzeyi () Aldığı eğitim () Sosyal medya ve basın
() Artan iş yükü () Diğer:.....
- 18) Sizce damgalayıcı ve ayrımcı tutumlar bakım kalitesini etkiler mi?
() Evet () Hayır

Ek 2: Hemşirelerde Damgalama ve Ayrımcılık Eğilimi Ölçeği Taslak Formu

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Biraz Katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1. Damgalamanın toplumsal ön yargı sonucu ortaya çıkabileceğini düşünüyorum.					
2. Bireylerin dini inancı bakım sunumumu etkilemez.					
3. Damgalayıcı ve ayrımcı davranışların bireylere kendilerini değersiz hissettirebileceğini düşünüyorum.					
4. Hemşirelerin damgalayıcı ve ayrımcı tutumları hasta-hemşire iletişimine zarar verebilir.					
5. Bireylerin kültürel özellikleri ona karşı olan tutum ve yaklaşımımı etkilemez.					
6. Tüm bireylerin eşit düzeyde sağlık bakım hizmeti alma hakkı olduğunu düşünüyorum.					
7. Ruhsal hastalığı olan bireylere bakım sunmak istemem.					
8. Damgalama ve ayrımcı tutumların bireyi itibarsızlaştırabileceğini düşünüyorum.					
9. Bakım verilen bireyin tanısını başkalarıyla paylaşmanın mahremiyet ilkesini ihlal edebileceğini düşünüyorum.					
10. Ruhsal hastalık tanısı alan bireylerle özel yaşantımda arkadaşlık etmek istemem.					
11. Ruhsal hastalığı olan bireylerin toplumdan izole edilmesi gerektiğini düşünüyorum.					
12. Hemşirelerin damgalayıcı ve ayrımcı tutum ve davranışlarının meslek etiğine uygun olmadığını düşünüyorum.					
13. Yaşlı bireylerle iletişim kurmak zor olduğu için genç bireylere bakım sunmayı tercih ederim.					
14. Hemşirelerin damgalayıcı ve ayrımcı tutumlarının bakım ve tedavi sürecini etkileyebileceğini düşünüyorum.					
15. Bulaşıcı hastalığı olan bireylere bakım sunmak istemem.					
16. Bulaşıcı hastalığı olan bireylerle (AIDS, Hepatit, Tbc vb.) aynı ortamda bulunmak istemem.					
17. Sosyal çevrem bulaşıcı hastalığı olan bireylere bakım sunduğumu bilmeleri beni rahatsız eder.					
18. Bulaşıcı hastalığı olan bireylerin (AIDS, Hepatit, Tbc vb.) toplumdan izole edilmesi gerektiğini düşünüyorum.					
19. Ailemde bulaşıcı hastalık tanısı (AIDS, Hepatit, Tbc vb.) alan biri olsa toplum tarafından bilinmesini istemem.					
20. Yaşlı bireylerin sağlık durumuyla ilgili kararlar alınırken, onların görüşünün alınmasına gerek olmadığını düşünüyorum.					
21. Bakım sürecinde genç bireylere yaşlı bireylerden daha öncelikli bakım sunulması gerektiğini düşünüyorum.					

22. Cinsel yolla bulaşan hastalığa sahip bireylerle arkadaş olmak istemem.					
23. Cinsel yolla bulaşan hastalıkların toplumsal normlara aykırı yaşama sonucu ortaya çıktığını düşünüyorum.					
24. Alkol ve madde bağımlılığı olan bireylerin suç eğilimlerinin fazla olduğunu düşünüyorum.					
25. Cinsel yönelimi farklı olan bireylerle aynı ortamda bulunmak istemem.					
26. Mültecilerin/göçmenlerin/sığınmacıların halk sağlığını tehdit ettiğini düşünüyorum.					
27. Bireyin dış görünüşü ve kıyafetleri ona sunduğum bakımı etkilemez.					
28. Kişisel hijyeni yetersiz olan bireylere bakım sunmak istemem.					
29. Obez bireylerin tembel ve zayıf iradeli kişiler olduklarını düşünüyorum.					
30. Alkol ve madde bağımlılığı olan bireylerin tedavi olmayı hak etmediğini düşünüyorum.					
31. Agresif davranışlar sergileyen bireylere bakım sunmak istemem.					
32. Cinsel yönelimi farklı olan bireylerin toplumdan dışlanması gerektiğini düşünüyorum.					
33. Cinsel yönelimi farklı olan bireylere bakım sunmak istemem.					
34. Sosyal ve ekonomik statüsü yüksek hastaların daha kaliteli bakım alma hakları olduğunu düşünüyorum.					
35. Sosyal ve ekonomik statüsü yüksek hastaların bakım alırken öncelikli olmaları gerektiğini düşünüyorum.					
36. Obez bireylere bakım sunmak fiziksel olarak yorucu ve stresli olduğu için onlara bakım sunmak istemem.					
37. Yakın çevrem ve arkadaşlarımla bakımına öncelik vererek daha kaliteli bakım almalarını sağlarım.					
38. İntihar girişiminde bulunan bireylere bakım sunmak istemem.					
39. Ölüme yaklaşmakta olan bireye bakım sunmanın iş yükünü arttırabileceğini düşünüyorum.					
40. Hemşirelerin hastalık hakkındaki bilgi düzeylerinin yetersiz olması, hastalara karşı damgalayıcı ve ayrımcı tutum sergilemelerine neden olabilir.					

Ek 3. Hemşirelerde Damgalama ve Ayrımcılık Eğilimi Ölçeği

Algı ve Farkındalık	
1	Damgalamanın toplumsal ön yargı sonucu ortaya çıkabileceğini düşünüyorum.
2	Damgalayıcı ve ayrımcı davranışların bireylere kendilerini değersiz hissettirebileceğini düşünüyorum.
3	Hemşirelerin damgalayıcı ve ayrımcı tutumları hasta-hemşire iletişimine zarar verebilir.
4	Tüm bireylerin eşit düzeyde sağlık bakım hizmeti alma hakkı olduğunu düşünüyorum.
5	Damgalama ve ayrımcı tutumların bireyi itibarsızlaştırabileceğini düşünüyorum.
6	Bakım verilen bireyin tanısını başkalarıyla paylaşmanın mahremiyet ilkesini ihlal edebileceğini düşünüyorum.
Bulaşıcı Hastalık	
7	Bulaşıcı hastalığı olan bireylere bakım sunmak istemem.
8	Bulaşıcı hastalığı olan bireylerle (AIDS, Hepatit, Tbc vb.) aynı ortamda bulunmak istemem.
9	Sosyal çevrem bulaşıcı hastalığı olan bireylere bakım sunduğumu bilmeleri beni rahatsız eder.
10	Bulaşıcı hastalığı olan bireylerin (AIDS, Hepatit, Tbc vb.) toplumdan izole edilmesi gerektiğini düşünüyorum.
11	Ailemde bulaşıcı hastalık tanısı (AIDS, Hepatit, Tbc vb.) alan biri olsa toplum tarafından bilinmesini istemem.
Obezite	
12	Kişisel hijyeni yetersiz olan obez bireylere bakım sunmak istemem.
13	Obez bireylerin tembel ve zayıf iradeli kişiler olduklarını düşünüyorum.
14	Obez bireylere bakım sunmak fiziksel olarak yorucu ve stresli olduğu için onlara bakım sunmak istemem.
Ruhsal Hastalık	
15	Ruhsal hastalığı olan bireylere bakım sunmak istemem.
16	Ruhsal hastalık tanısı alan bireylerle özel yaşantımda arkadaşlık etmek istemem.
17	Ruhsal hastalığı olan bireylerin toplumdan izole edilmesi gerektiğini düşünüyorum.

Ek 4. Ölçek Geliştirme ve Uyarlama Kursu Katılım Belgesi



Ek 5. Nitel Araştırma Kursu Katılım Belgesi



Ek 6. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurul İzni



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı: B.30.2.ODM.0.20.08/799-914

17.02.2020

Sayın Prof. Dr. Zeliha KOÇ

Etik Kurulumuza sunmuş olduğunuz **Hemşirelerde Damgalama ve Ayrımcılık Eğilimi Ölçeğinin Geliştirilmesi** başlıklı OMÜ KAEK 2020/701 Karar nolu Anket çalışması /nitelikli araştırma projeniz amaç, gerekçe, yaklaşım ve yöntemle ilgili açıklamaları açısından Klinik Araştırmalar Etik Kurulu yönergesine göre incelenmiş ve etik açıdan bir sakınca olmadığına, çalışmanın süresi 6 ayı geçerse 6 aylık bildirimlerinin yapılmasına, çalışma tamamlandıktan sonra sonucunun tarafımıza en geç üç(3) ay içerisinde bildirilmesine 17.12.2020 tarihli Etik kurulumuzda oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize arz/rica ederim.

Prof. Dr. Ramis ÇOLAK
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

Ek 7. Kurum Araştırma İzni



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi

Sayı : E-15374210-010.06.99-4181
Konu : Tez Çalışmanız Hk.

SN. SEVİL MASAT HARBALİ

İlgi : 11.01.2021 tarihli yazınız.

"Hemşirelerde Damgalama ve Ayrımcılık Eğilimi Ölçeğinin Geliştirilmesi" başlıklı doktora tez çalışmanızı Etik Kurul Onayı alındıktan sonra çalışmaya başlamanız uygun görülmüştür.
Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Türker YARDAN
Merkez Müdürü

Ek 8. Görüşlerine Başvurulan Uzman Listesi

Dr. Öğr. Üyesi Aslı KURTGÖZ	Amasya Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu
Öğr. Gör. Dr. Asuman ŞENER	Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu
Öğr. Gör. Dr. Tuğba ÇINARLI	Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu
Öğr. Gör. Dr.Cansev BAL	Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Öğr. Gör. Cansu ATMACA PALAZOĞLU	Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Erbaa Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu
Öğr. Gör. Esra DANACI	Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Ahmet Erdoğan Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu
Öğr. Gör. Dr. Gülşah KAYA	Yozgat Bozok Üniversitesi Sağlık Meslek Yüksekokulu
Öğr. Gör. Dr.Nida KIYICI	Yozgat Bozok Üniversitesi Sağlık Meslek Yüksekokulu
Öğr. Gör. Dr. Zeynep SAĞLAM	Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Dr. Öğr. Üyesi Yasemin ÖZYER GÜVENER	Sinop Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

ÖZ GEÇMİŞ

Sevil Masat Harbali, İstanbul Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik bölümünden 2012 yılında mezun oldu. Lisans mezuniyetinin ardından İstanbul Göztepe Medical Park hastanesinde Yenidoğan Yoğun Bakım hemşiresi, Balıkesir Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nde Dahiliye servis hemşiresi olarak görev yaptı (2012-2016). 2016 yılı itibari ile Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümünde Hemşirelik Esasları Anabilim Dalında araştırma görevlisi olarak göreve başladı. 2018 yılında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Hemşirelik Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans programından mezun oldu. 2018 yılında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Hemşirelik Ana Bilim Dalı Doktora programına başladı. 2021 yılında İskenderun Devlet Hastanesi'nde hemşire olarak göreve başladı ve halen hemşire olarak çalışmaktadır. İyi derecede İngilizce bilmekte olup (YDS:80) temel ilgi alanları onkoloji hemşireliği, spiritüel bakım, kronik hastalıklarda hemşirelik bakımıdır (15.06.2023).

İletişim Bilgileri

ORCID ID : 0000-0002-5880-1981

Yayınlar:

- 1.Masat Harbali S and Koc Z. (2021). The Effects Of Nursing Students' Beliefs Towards Obese Individuals On Their Stigmatization Tendencies. New Trends and Issues Proceedings on Advances in Pure and Applied Sciences. [Online]. 0(13), 071–084. Available from: www.propass.eu
2. Masat Harbali S and Koc Z. (2021). The effects of nursing students' beliefs towards mental illnesses on their stigmatisation tendencies. New Trends and Issues Proceedings on Advances in Pure and Applied Sciences. [Online]. 0(13), 097–112. Available from: www.propass.eu