



T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

**PERİNATAL DÖNEMDE RUHSAL HASTALIĞI OLAN
KADINLARA YÖNELİK STİGMA (DAMGALAMA) ÖLÇEĞİ
GELİŞTİRİLMESİ, GEÇERLİK VE GÜVENİLİRLİK
ÇALIŞMASI**

ESRA ŞEN

UZMANLIK TEZİ

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Prof. Dr. ESRA YAZICI

2023-SAKARYA

T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

**PERİNATAL DÖNEMDE RUHSAL HASTALIĞI OLAN
KADINLARA YÖNELİK STİGMA (DAMGALAMA) ÖLÇEĞİ
GELİŞTİRİLMESİ, GEÇERLİK VE GÜVENİLİRLİK
ÇALIŞMASI**

ESRA ŞEN
UZMANLIK TEZİ

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Prof. Dr. ESRA YAZICI

2023-SAKARYA

TEZ ONAYI

Kurum : Sakarya Üniversitesi/Tıp Fakültesi

Program türü : Uzmanlık Tezi

Anabilim Dalı : Ruh Sağlığı ve Hastalıkları

Tez Sahibi : Esra Şen

Sınav Tarihi : 22/06/2023 **Saat:** 10.00

Tez Başlığı : Perinatal Dönemde Ruhsal Hastalığı Olan Kadınlara Yönelik Stigma (Damgalama) Ölçeği Geliştirilmesi, Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması

Bu çalışma, içerik ve kalite bakımından Uzmanlık Tezi olarak Oybirliği ile kabul edilmiştir.

	Ünvan, Adı-Soyadı (Kurum adı)	İmza	Kabul/Red*
Danışman (Üye)	Prof. Dr. Esra YAZICI		
Üye	Prof. Dr. Atila EROL		
Üye	Prof. Dr. Ali Savaş ÇİLLİ		

* Red kararının gerekçesi onay sayfasının arkasında belirtilmelidir.

ONAY

“Bu tez 22/06/2023 tarihinde yukarıdaki jüri tarafından Oybirliği ile kabul edilmiştir.”

22/06/2023
Tıp Fakültesi

BEYAN

Bu tezin kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Bu çalışma T.C. Sakarya Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 11.05.2022 tarihinde onay alarak (onay no: 71522473/050.01.04/128269) hazırlanmıştır.

Tarih:
22/06/2023
Esra ŞEN
İmza

TEŞEKKÜR

Sakarya Üniversitesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları uzmanlık eğitim sürem içerisinde bilgi, fikir ve tecrübeleri ile bana yol gösteren, Klinik İdari Sorumlumuz ve tez danışmanım, değerli hocam Prof. Dr. Esra YAZICI başta olmak üzere hem mesleki hayatıma hem de sosyal hayatıma katkıları ve desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen kıymetli hocalarım Prof. Dr. Atila EROL, Prof. Dr. Ali Savaş ÇİLLİ, ve Doç. Dr. Ahmet Bülent YAZICI' ya;

Tez yazım sürecinde bana yol gösteren ve desteğini esirgemeyen Dr. Öğr. Üyesi Elif KÖSE'ye;

Birlikte çalışırken hem keyif aldığım hem de mesleki tecrübe paylaşımı yaptığım sevgili asistan ve uzman hekim arkadaşlarıma;

Ekip olarak çalışmanın yanı sıra aile gibi hissettiren, psikiyatri kadın, erkek ve AMATEM servisleri ile TRSM' de çalışan tüm hemşire, sekreter, psikolog, personel ve güvenliklerimize çok teşekkür ederim.

Tez yazım sürecinde desteğini esirgemeyen arkadaşım Hacer AKBAŞ ile; manevi desteğini esirgemeyen Kübra AKBULUT başta olmak üzere ismini yazamadığım tüm arkadaşlarıma,

Bugünlere gelmem için çok emek harcayan hem sosyal hayatımda hem eğitim hayatımda yaşadığım zorluklarda yanımda olan ve mutluluklarımda benden daha çok sevinen canım ablam Emine Nur ŞEN'e, canım annem Saniye ŞEN'e, canım babam Sezai ŞEN'e en içten teşekkürlerimle...

Dr. Esra ŞEN

İÇİNDEKİLER

BEYAN.....	i
TEŞEKKÜR.....	ii
İÇİNDEKİLER	iii
KISALTMA VE SİMGELER LİSTESİ	vii
ŞEKİLLER LİSTESİ	viii
TABLolar LİSTESİ.....	ix
ÖZET.....	xi
ABSTRACT.....	xii
1.GİRİŞ VE AMAÇ	1
2.GENEL BİLGİLER	3
2.1. Damgalama	3
2.1.1. Damgalamanın tanımı	3
2.1.2. Damgalamanın tarihçesi.....	3
2.1.3. Damgalamada görülen tutumlar	4
2.1.3.1. Stereotip	4
2.1.3.2. Önyargı.....	4
2.1.3.3. Ayrımcılık	4
2.1.4. Damgalama türleri.....	5
2.1.4.1 Yapısal/kamusal damgalama.....	5
2.1.4.2 Sosyal damgalama.....	5
2.1.4.3 İçselleştirilmiş damgalama.....	6
2.1.5. Etki Alanına Göre Damgalama	6
2.1.5.1. Birincil damgalama	6
2.1.5.2. İkincil damgalama.....	6
2.1.6. Goffman’a göre damgalama türlerinin sınıflandırılması.....	7
2.1.6.1. Görünebilirlik.....	7
2.1.6.2. Kontrol edilebilirlik.....	7
2.1.6.3. Kalıtsallık	7

2.1.7. Damgalamayı etkileyen faktörler	8
2.1.7.1. Bireysel Faktörler.....	8
2.1.7.2. Hastalık süreci ile ilişkili faktörler.....	8
2.1.7.3. Sosyal çevre	9
2.1.7.4. Medya.....	9
2.1.8. Damgalamanın ruh sağlığı açısından önemi	9
2.2. Perinatal Dönemde Görülen Psikiyatrik Bozukluklar.....	10
2.2.1. Perinatal Depresyon	10
2.2.1.1. Yaygınlığı ve Seyri	11
2.2.1.2. Risk Faktörleri.....	11
2.2.1.3. Perinatal depresyonda tarama	11
2.2.1.4. Hastalığın tedavisi	12
2.2.2. Perinatal Anksiyete	12
2.2.2.1. Yaygınlığı ve seyri	13
2.2.2.2. Risk faktörleri.....	13
2.2.2.3. Hastalığın tedavisi.....	13
2.3. Damgalamada kullanılan ölçekler.....	13
2.3.1. Sosyal mesafe ölçeği (SMÖ) (Ek 5).....	13
2.3.2. Ruhsal hastalığa yönelik inançlar ölçeği (RHİÖ) (Ek 6)	14
2.3.3. Psikolojik Yardım Aramada Kendini Damgalama Ölçeği (Ek 7).....	15
2.3.4. Damgalama (stigma) ölçeği (Ek 8)	16
2.3.5. The City MISS: development of a scale to measure stigma of perinatal mental illness.....	16
2.3.6. Yenilenmiş Berkeley Ebeveyn Öz Yeterlik Ölçeği (BPSE-R) (Ek 9)	16
3. GEREÇ VE YÖNTEM	18
3.1. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	18
3.2. Araştırmanın Örneklemi.....	18
3.3. Uygulama	18
3.3.1. Ölçek maddelerinin oluşturulması	18
3.3.2. Uzman görüşünün alınması.....	19
3.3.3. Araştırmanın dahil edilme kriterleri.....	20
3.3.4. Araştırmanın dışlama kriterleri	20

3.4. Veri Toplama Araçları	20
3.4.1. Sosyodemografik veri formu (Ek 2)	20
3.4.2. Perinatal Ruhsal Hastalık Damgalama Ölçeği (PRHDÖ) (Ek 4).....	20
3.4.3. Sosyal Mesafe Ölçeği (SMÖ) (Ek 5)	21
3.4.4. Ruhsal hastalığa yönelik inançlar ölçeği (RHİÖ) (Ek 6)	21
3.5. Perinatal Ruhsal Hastalık Damgalama Ölçeğinin Geçerlik Güvenirliği.....	21
3.5.1.Kapsam geçerliği.....	21
3.5.2.Yapı geçerliği	22
3.5.3.İç tutarlılık.....	22
3.5.4.Ölçeğin zamana karşı değişmezliği.....	23
3.6. Verilerin incelenmesi	23
3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları	24
4.BULGULAR.....	25
4.2. Sosyodemografik ve Klinik Özellikler.....	25
4.1. Perinatal Psikiyatrik Bozukluk Damgalama Ölçeğinin Geçerlik Güvenirliğine İlişkin Bulgular	29
4.1.1.Kapsam geçerliği.....	29
4.1.2. İç tutarlılık.....	30
4.1.3.Yapı geçerliliği.....	32
4.1.4.Toplanabilirlik ve doğrulayıcı faktör analizi.....	38
4.1.5. Diğer ölçeklerle korelasyon	41
4.1.6. Ölçeğin zamana karşı değişmezliği.....	42
4.2. Sosyodemografik özelliklerin damgalama ile ilişkisi	42
5.TARTIŞMA VE SONUÇ	46
6.KAYNAKLAR	55
7.EKLER.....	60
Ek-1: Etik kurul kararı	60
Ek 2: Sosyodemografik veri formu	61
Ek 3: Perinatal Ruhsal Hastalık Damgalama Ölçeği (40 Madde).....	64
Ek 4: Perinatal Ruhsal Hastalık Damgalama Ölçeği (20 Madde).....	66
Ek 5: Sosyal Mesafe Ölçeği	67
Ek 6: Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği	68

Ek 7: Psikolojik Yardım Aramada Kendini Damgalama Ölçeği	69
Ek 8: Damgalama (Stigma) Ölçeği	70
Ek 9: Yenilenmiş Berkeley Ebeveyn Öz Yeterlik Ölçeği.....	71
ÖZGEÇMİŞ	73



KISALTMA VE SİMGELER LİSTESİ

ACOG: American College of Obstetricians and Gynaecologists

AD: Anksiyete ve Bunlarla İlişkili Bozukluklar

AFA: Açımlayıcı Faktör Analizi

BDT: Bilişsel Davranışçı Terapi

BPSE-R: Yenilenmiş Berkeley Ebeveyn Öz Yeterlik Ölçeği

DEÜ: Dokuz Eylül Üniversitesi

DFA: Doğrulayıcı Faktör Analizi

EKT: Elektro Konvülsif Tedavi

KGİ: Kapsam Geçerlilik İndeksi

KMO: Kaiser-Meyer Olkin

OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk

PPD: Postpartum Depresyon

PRHDÖ: Perinatal Ruhsal Hastalık Damgalama Ölçeği

RHİÖ: Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği

SMÖ: Sosyal Mesafe Ölçeği

SSRI: Selektif Serotonin Geri Alım İnhibitörleri

YEM: Yapısal Eşitlik Modellemesi

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 4. 1. Scree Plot Grafiği.....	38
Şekil 4. 2. PRHDÖ verilerin normallik dağılım grafiği	39
Şekil 4. 3. Birinci düzey DFA sonuçları	40
Şekil 4. 4. PRHDÖ'nün RHİÖ ile korelasyonu	41
Şekil 4. 5. PRHDÖ'nün SMÖ ile korelasyonu	42

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 3.1. Uygulama aşamalarının özeti	19
Tablo 3.2. KMO güvenirlik değerleri	22
Tablo 3.3. Cronbach Alpha Katsayısı güvenirlik değerleri.....	23
Tablo 3.4. Araştırmada kullanılan istatistiksel yöntemler	23
Tablo 4.1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri	25
Tablo 4.2. Katılımcıların hastalık tanıları ve ek özellikleri	27
Tablo 4.3. PRHDÖ'nün Madde Toplam Ölçek Puanı İstatistikleri Cronbach Alfa Katsayısı.....	30
Tablo 4.4. PRHDÖ'nün Madde-Toplam Puan Korelasyonları.....	31
Tablo 4.5. PRHDÖ'nün İki Yarı Güvenirlik Analizine İlişkin Bulgular.....	32
Tablo 4.6. Ölçek puanının %27'lik alt ve üst dilimlerinin karşılaştırılması.....	32
Tablo 4.7. PRHDÖ KMO ve Bartlett's Test Sonuçları.....	33
Tablo 4.8. Pattern Matrix Tablosu (Oblimin)	34
Tablo 4.9. Faktör Analizi Bulguları	35
Tablo 4.10. İki faktörle sınırlandırılmış PRHDÖ'nün maddelerinin varyansı açıklama oranları	37
Tablo 4.11. PRHDÖ Toplam Puanına ait Kolmogorov-Smirnov Test Sonuçları.....	38
Tablo 4.12. DFA Uyum İndeksi Değerleri ve Kabul Edilebilirlik Durumları.....	40

Tablo 4.13. Ölçek puanlarının korelasyonu	41
Tablo 4.14. Sosyodemografik özelliklerin damgalamayla ilişkisi	43
Tablo 4.15. PRHDÖ toplam puanının yaş ile korelasyonu	44



ÖZET

GİRİŞ VE AMAÇ: Perinatal dönemde psikiyatrik hastalığı olan kadınlara yönelik damgalama ölçeğinin geliştirilmesi, geçerlik ve güvenilirliğinin test edilmesidir.

YÖNTEM: Metodolojik türde olan araştırma, 01.06.2022-01.12.2022 tarihlerinde Sakarya EAH’de farklı kliniklere başvuran hastalar, hasta yakınları ve hastane personeli üzerinde gerçekleştirildi. Çalışmaya 18-65 yaş aralığında 200 kişi (kadın n=134, erkek n=66) katıldı. Verilerin toplamasında “Sosyodemografik veri formu”, “Perinatal Ruhsal Hastalık Damgalama Ölçeği (PRHDÖ)”, “Sosyal mesafe ölçeği (SMÖ)” ve “Ruhsal hastalığa yönelik inançlar ölçeği (RHIÖ)” kullanıldı. Veriler SPSS 22 ve AMOS 26 programı kullanılarak incelendi. PRHDÖ’nün geçerlik ve güvenilirlik analizi; Cronbach alfa kat sayısı, madde toplam puan korelasyonu, faktör analizi, test-tekrar test yöntemi kullanılarak ölçülmüştür.

BULGULAR: Ölçek maddelerinin Kapsam Geçerlik İndeksi 0,80-1 arasında bulunmuştur. Ölçeğin iç tutarlılık analizinde; genel ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,94, “Önyargı ve Ayrımcılık” alt boyutunun 0,93, “Etiketleme” alt boyutunun ise 0,88 olduğu bulunmuştur. Madde-toplam puan korelasyonlarının 0,410 ile 0,799 arasında değişiklik gösterdiği belirlenmiştir. Barlett’s testinde $p<0,05$ ’tir, KMO 0,94 hesaplanmıştır, bu değerler ölçeğe faktör analizi uygulanabileceğini göstermektedir. AFA sonucuna göre ölçek 2 faktörlü bir yapıya sahiptir, toplam varyansın %60’ını açıklamaktadır. Ölçeğin Guttman Split-Half katsayısı 0,882 ve Spearman-Brown katsayısı 0,883 bulunmuştur. Ölçek, 30 katılımcıya üç hafta arayla tekrar uygulanmıştır. Ölçümler arasındaki korelasyon katsayısı 0,91 elde edilmiştir, bu ölçeğin zamana karşı değişmezlik ilkesini sağladığını göstermektedir.

SONUÇ: Perinatal Ruhsal Hastalık Damgalama Ölçeği (PRHDÖ), Türk toplumunda perinatal damgalamayı araştırmak için kullanılabilecek güvenilir bir ölçüm aracıdır.

Anahtar Kelimeler: Geçerlik ve güvenilirlik, ölçek geliştirme, perinatal damgalama, stigma.

ABSTRACT

AIM: Developing and testing the validity and reliability of the stigma scale for women with psychiatric disorders in the perinatal period.

MATERIALS AND METHODS: The research, which is of a methodological type, was carried out on patients, their relatives and hospital staff who applied to different clinics in Sakarya EAH between 01.05.2022 and 01.11.2022. 200 people (female n=134, male n=66) between the ages of 18-65 participated in the study. “Sociodemographic data form”, “Perinatal Mental Illness Stigma Scale (PMISS)”, “Social distance scale” and “Beliefs towards mental illness scale” were used to collect data. Data were analyzed using SPSS 22 and AMOS 26 program. Validity and reliability analysis of PRHRÖ; Cronbach's alpha coefficient was measured using item-total score correlation, factor analysis, and test-retest method.

RESULTS: The Content Validity Index of the scale items was found to be between 0.80-1. In the internal consistency analysis of the scale; Cronbach's alpha coefficient of the general scale was 0.94, “Discrimination and Prejudice” sub-dimension was 0.93, and “Labeling” sub-dimension was 0.88. It was determined that item-total score correlations varied between 0.410 and 0.799. $P<0.05$ in Barlett's test, KMO was calculated as 0.94, these values show that factor analysis can be applied to the scale. According to the EFA result, the scale has a 2-factor structure, explaining 60% of the total variance. The Guttman Split-Half coefficient of the scale was 0.882 and the Spearman-Brown coefficient was 0.883. The scale was reapplied to 30 participants with an interval of three weeks. The correlation coefficient between measurements was 0.91, indicating that the scale satisfies the principle of invariance over time.

CONCLUSION: The Perinatal Mental Illness Stigma Scale (PRHRS) is a reliable measurement tool that can be used to investigate perinatal stigma in the Turkish population.

Keywords: Perinatal stigma, scale development, stigma, validity and reliability.

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Damgalamak ile eşdeğer anlama sahip “Stigma” kavramı, toplumda ruhsal rahatsızlıklara ve bazı hastalıklara karşı geliştirilen ve kişinin dışlanmasına sebep olan olumsuz tutumlardır. Kişi ya da bazı gruplara karşı oluşan olumsuz tutumlar veya görüşler olan önyargılar, bu kişilere karşı sosyal mesafeyi de beraberinde getirir. Ruhsal hastalığı olan bireyler geçmişten günümüze kadar birçok kez damgalamaya maruz kalmıştır. Toplumda kişilerin ruhsal hastalığının olması; sapma, kişisel bir eksiklik, düşük zeka, zayıflık, yetersizlik veya güvenilmezlik belirtisi olarak düşünülmüştür; ruhsal hastalığa sahip kişiler ise şiddete meyilli ve öngörülemeyen davranışlar gösteren kişiler olarak görülmüştür. Bu gibi olumsuz tutumlar ve davranışlar; bireylerin ailelerinde, sosyal çevrelerinde ve sağlık mensubu kişiler arasında olmak üzere toplumun birçok kesiminde görülmektedir. Farklı bölgelerde veya ülkelerde damgalama biçimleri neredeyse aynıdır (MALAS, 2019).

Ruhsal hastalığı olan bireyler damgalandığını düşündüğünde ya da damgalamaya maruz kaldığında yardım arayışını azaltmaktadır (Bekiroğlu, 2021). Damgalamanın sonucunda ruhsal hastalığı olan birçok kişi, tedaviyi sürdürmemeyi veya hiç tedavi almamayı tercih etmektedir. Bu yönüyle damgalamanın ruhsal hastalığı olan kişilere dolayısıyla topluma zarar verdiği, adaletsizlik ve yıkıcı sonuçlar doğurduğu söylenebilir (MALAS, 2019). MDB konusunda yürütülen bir çalışmada, damgalamanın sadece tedavi uyumuyla ilişkili olmadığı, kişilerin olumsuz duygusal deneyim yaşamasını tetiklediği ve benlik saygısında düşmeye sebep olduğu bulunmuştur (Tong ve ark., 2020). Başka bir çalışmada; kendini damgalamanın düşük öz yeterlilik ve düşük benlik saygısı ile ilişkili olduğu, kendini damgalamanın sosyal damgalama sonucunda ortaya çıktığı ve hastaların yararı için toplum bilincinin artırılması yönünde çalışmaların yapılması gerektiği belirtilmektedir (Pasmatzı ve ark., 2016).

Damgalamaya maruz kalmak perinatal dönemdeki kişilerin de ruh sağlığını etkilemektedir. Perinatal dönemde annenin ruh sağlığı ve bebeğin sağlıklı gelişimi için damgalamayı tespit etmek önemlidir. Şimdiye kadar damgalama ile ilgili birçok

araştırma yapılmıştır fakat perinatal dönemde damgalama ile ilgili araştırmalar sınırlıdır ve literatür taramamızda bu konuda geliştirilmiş, toplumsal damgalamayı ölçen bir ölçeğe rastlanmamıştır. Daha önce perinatal içsel stigmatı ölçen “The City MISS: Development of a Scale to Measure Stigma of Perinatal Mental Illness”  l e i tespit edilmiştir ancak o ölçek soru içeriği itibariyle perinatal dönemdeki kadınların kendi içsel değerlendirmelerini ölçmektedir ve henüz dilimize çevrilmemiştir (Donna Moore ve ark., 2017). Bu çalışmada ise perinatal dönemde ruhsal hastalığı olan kadınların da kullanabileceği ama sağlıklı bireyler ve dolayısı ile geniş toplum  rneklemi tarafından da uygulanabilecek bir ölçeğin geliştirilmesi planlanmıştır. Bu çalışmadaki hedefimiz daha önce yeterince araştırılmayan bu konuda perinatal dönemdeki ruhsal hastalıklara karşı stigma  l e inin geliştirilmesi, geçerlik ve güvenilirliğinin test edilmesidir.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Damgalama

2.1.1. Damgalamanın tanımı

Damgalama kuramının öncüsü Goffman, damgalamayı; “damgalanan kişiye daha az değer verilmesi, damgalanma etiketine sahip kişilerin daha az istenilir olması ve toplumdan diskalifiye edilmesi” olarak tanımlamaktadır (Bekiroğlu, 2021). Damgalamak ile eşdeğer anlama sahip “Stigma” kavramı, toplumda ruhsal rahatsızlıklara ve bazı hastalıklara karşı geliştirilen ve kişinin dışlanmasına sebep olan olumsuz tutumlardır (MALAS, 2019). Damgalama terimi ise toplumda olumsuz özelliklere sahip olduğu düşünülen kişilere karşı geliştirilen reddedici ve ayrımcı davranışların görülmesidir (MALAS, 2019).

2.1.2. Damgalamanın tarihçesi

Damga (stigma) kavramı, geçmişte ilk defa Yunanlılar tarafından ortaya atılmıştır. Yunanlılar, ahlaki olarak kötü özellikleri olan normal olarak görülmeyen kişileri, suçluları ve köleleri vücutlarına kazıdıkları veya demirle dağladıkları işaretlerle cezalandırmıştır. Bu kişiler sahip oldukları işaretlerden dolayı ömür boyu lekelenmiş olarak kabul edilmiş ve diğer kişilerden kolayca ayırt edilmişlerdir (Özmen ve Erdem, 2018). Bu sayede kamusal alanlarda bu kişilerden kaçınılması gerektiği herkese açıkça duyurulmuştur (Özmen ve ark., 2018). Tarih boyunca birçok hastalığın toplumda damgalandığı görülmektedir (Bekiroğlu, 2021). Cüzzam damgalanan ilk hastalıklardan biridir, tanrının insanlara verdiği bir kötülük olarak görülmüştür (Bekiroğlu, 2021). 1300’lü yıllarda vebaya kara ölüm denmektedir. O dönemde veba, tanrının günahkâr davranışları sebebiyle insanlara gönderdiği bir ceza olarak kabul edilmiş ve tanrının öfkesinden kaçınmak için toplumdaki bu kişiler günah keçisi olarak görülmüştür (Bekiroğlu, 2021). Frengiye yakalanan kişiler, 15. yüzyıl boyunca lanetlenmişlerdir (Bekiroğlu, 2021). 19. yüzyılın sonlarında, dağlık yerlerde veremli hastaları izole etmek için sanatoryumlar yapılmıştır (Bekiroğlu, 2021). AIDS ilk olarak 1980’lerde ortaya çıkmıştır ve homoseksüel hastalığı olarak

bilinmektedir; o dönemde “Allah tarafından günahkarlara verilen bir ceza” olarak yorumlanmıştır (Bekiroğlu, 2021). 1900’lü yıllarda kanser tanısı yaygınlaşmaya başlamış ve kanser hastaları o dönemde birçok ayrımcılığa ve önyargıya maruz kalmıştır (Bekiroğlu, 2021).

2.1.3. Damgalamada görülen tutumlar

Damgalamada görülen tutumlar incelendiğinde karşımıza stereotip, önyargı ve ayrımcılık denilen 3 temel faktör çıkmaktadır (Bekiroğlu, 2021).

2.1.3.1. Stereotip

Bireylerin belirli bir kategoriye ayrılmasına ilişkin sergilenen tutumlara stereotipi denmektedir (Bekiroğlu, 2021). Bu yönüyle stereotipler, yanlış ya da yanıltıcı genellemeleri de beraberinde getirir (Bekiroğlu, 2021). Toplumda ruhsal hastalığa sahip kişilere yönelik en yaygın görülen stereotiplerin; “ne yapacağı öngörülemeyen birey” ve “tehlikelilik” olduğu söylenebilir (Bekiroğlu, 2021). Kültür aracılığıyla aktarılabilen olumsuz genellemeler kişilerin onaylanmamasını içerir fakat onaylamamanın haklı olup olmadığı göz ardı edilir (Matthews ve ark., 2017).

2.1.3.2. Önyargı

Belirli gruplara karşı geliştirilen öfke, korku gibi olumsuz duygusal tutumlar ile aşağılayıcı nitelikte stereotipleri ifade eder (Bekiroğlu, 2021). Önyargılar, stereotiplerin oluşmasını destekler ve her ikisi de beraberinde farklı duygusal reaksiyonlar ortaya çıkarabilir (Bekiroğlu, 2021).

2.1.3.3. Ayrımcılık

İnsanlar önyargılı inanç ya da tutumlarına yönelik hareket ettiğinde damgalamanın davranışsal bir bileşeni olan ayrımcılık ortaya çıkar (Corrigan, 2011). Ayrımcılık, damgalamaya maruz kalan kişilerin toplumda bazı menfaat ve haklardan yoksun bırakılmasıdır (Ayşegül Bilge ve Çam, 2010).

Damgalama terimini bir düzlem üzerinde açıklıyor olsak ilk adıma etiketleme; son adıma ise ayrımcılık diyebiliriz (Bekiroğlu, 2021).

2.1.4. Damgalama türleri

Literatürde ruhsal hastalığa sahip bireylerdeki damgalama türlerini tanımlarken birçok terminolojik ayrımın olduğu söylenebilir. Bazı çalışmalarda damgalama türleri; algılanan damgalama, kendini damgalama ve deneyimlenen damgalama şeklinde üçe ayrılmaktadır (Gerlinger ve ark., 2013). Bazı çalışmalarda ise; yapısal/kamusal damgalama, içselleştirilmiş damgalama, sosyal damgalama olmak üzere üçe ayrılmaktadır (Livingston ve Boyd, 2010). Bazı çalışmalarda üç düzeyde ifade edilen damgalama türleri birleştirilerek sosyal (algılanan, deneyimlenen) ve kişisel damgalama (içselleştirilmiş damgalama/kendini damgalama) olarak iki düzeyde ele alınmaktadır (Bekiroğlu, 2021).

Damgalama konusunda önemli çalışmalar yapmış olan Goffman (1963), damgalama türlerini farklı yönüyle ele alarak: “Görünebilirlik”, “Kalıtsallık”, “Kontrol edilebilirlik” olarak sınıflandırmıştır (Özmen ve ark., 2018).

2.1.4.1 Yapısal/kamusal damgalama

Yapısal/kamusal damgalama deneyimlenen damgalama olarak da ifade edilebilir. Yapısal damgalamada, toplumdaki bazı gruplara karşı devlet eliyle imkanların kısıtlanması, hükümet bütçelerinden yeterince pay ayrılmaması sonucunda fırsat eşitsizliği ve adaletsizlik yaratılması yer alır (Corrigan ve ark., 2014). Bu damgalama sonucunda bireylerin eğitim olanaklarına, istihdama, barınmaya ve sağlık hizmetlerine erişimini engelleyen ayrımcılıklar ve önyargılar görülür. Kamu kurumları, hastaneler, işyerleri gibi alanlarda sorun yaşanması örnek olarak verilebilir. Ruhsal hastalığı olan kişiler, çalıştıkları kurumlarda ve başvurdukları sağlık kuruluşlarında kurumsal damgalama ile karşılaşır. Kamusal damgalamanın, sosyal damgalama sonucuyla ortaya çıktığı söylenebilir (Özmen ve ark., 2018).

2.1.4.2 Sosyal damgalama

Toplum, damgalanmış durumdaki ruhsal hastalığı olan bireyler konusundaki stereotipleri onayladığında, bu bireylere yönelik önyargı gösterdiğinde ve ayrımcılık yaptığında sosyal damgalama ortaya çıkmaktadır (Corrigan ve ark., 2006). Kamusal damgalamanın, sosyal damgalama sonucuyla ortaya çıktığı söylenebilir (Özmen ve

ark., 2018). Yapısal ayrımcılığın en acımasız ve ileri biçimi 1933-1945'te Nazi Almanyası'nda ortaya çıkmıştır ve "Kalıtsal hastalıkları önleme yasası" çıkartılarak ruhsal hastalığı olan yaklaşık 200-260 bin kişi psikiyatristlerin gözetimi altında öldürülmüştür (Haefner, 2010).

2.1.4.3 İçselleştirilmiş damgalama

Ruhsal hastalığı olan kişiler toplum tarafından kendilerine yöneltilen olumsuz tutumları, inançları ve davranışları benimsediğinde içselleştirilmiş damgalama ortaya çıkar. Bu durum kişilerin öz yeterliliğinin ve benlik saygısının azalmasına sebep olarak, kişilerin kendilerini toplumdan geri çekmesi ile sonuçlanır (Gerlinger ve ark., 2013). İçselleştirilmiş damgalama; sadece ruhsal hastalıklar kapsamında görülmemekle birlikte, bulaşıcı hastalıklara veya farklı cinsel yönelime sahip bireyler tarafından da deneyimlenebilir (Ferguson ve ark., 2022). Damgalanmış gruba ait olan bireyler, kamusal önyargıyı içselleştirdiğinde ve bu durumu kendilerine yönlendirdiğinde kendini damgalama ortaya çıkar (Ciftci ve ark., 2013).

2.1.5. Etki Alanına Göre Damgalama

2.1.5.1. Birincil damgalama

Birincil damgalama, doğrudan ya da etkin damgalama şeklinde tanımlanır. Damgalama türünün bireyin kendisine yönelik olanına denmektedir. İçselleştirilmiş damgalama ve hissedilen damgalama birincil damgalamanın kapsamında değerlendirilebilir (Özmen ve ark., 2018).

2.1.5.2. İkincil damgalama

İkincil damgalamaya, birliktelik yolu ile damgalama veya dolaylı damgalama denilebilir. İkincil damgalama, damgalanan bireyle ilişki halinde olan diğer kişilerin de etkilendiği psikolojik ve sosyal bir süreçtir. Damgalama kişinin ailesi, arkadaşları ve yakın çevresine de yayılım gösterebilir. Etkilenen kişilerin hissettiği damgalamaya ikincil damgalama denmektedir (Özmen ve ark., 2018).

2.1.6. Goffman’a göre damgalama türlerinin sınıflandırılması

2.1.6.1. Görünebilirlik

Görünebilirlik açısından değerlendirildiğinde damgalama gizlenebilir ve görünebilir olarak ikiye ayrılır. Görünür damgalamada kişiler, ayrımcılıktan ve kalıp yargılardan kaçamayacakları birtakım özelliklere sahiptir. Damgalamaya neden olan bazı işaretlerin görünebilir olanları; cinsiyet, deri rengi, obezite, fiziksel deformasyon gibi özelliklerdir. Gizlenebilir damgalamadaysa kişiler toplumdan saklanabilme imkânı olan birtakım özelliklere sahiptir. Gizlenebilir damgalamaya; ideoloji, eşcinsellik, mezhep, cinsel soğukluk, madde bağımlılığı, şizofreni, infertilite gibi yalnızca yakın çevrenin bilebileceği konular örnek olarak verilebilir. (Goffman, 1963).

2.1.6.2. Kontrol edilebilirlik

Damgalamanın kontrol edilebilirliği denildiğinde, bireylerin kendi seçimleri sonucu oluşanlar ve kontrolleri dışında gerçekleşen durumlar olarak iki sınıftan bahsedilebilmektedir. Kontrol edilebilir damgalara örnek olarak; kilolu olma, sigara kullanımı, parti sempatanlığı, çocuk istismarı gibi mağdurun sorumlu tutulduğu konular verilebilir. Kontrol edilemez damgalar, din ve ırk gibi kişinin elinde olmayan nedenler dolayısıyla maruz kaldığı damgalamadır. Kontrol edilemez özellikleri sebebiyle kişiler daha az eleştiriye maruz kalırken; kontrol edilebilir damganın, kişilerin kendi seçimleri sebebiyle oluştuğu düşünüldüğünden damgalama daha yoğun yaşanabilmektedir (Goffman, 1963).

2.1.6.3. Kalıtsallık

Kalıtsallığına göre damgalama, doğuştan sahip olunan ve sonradan kazanılan durumlar olarak sınıflandırılabilir. Doğuştan gelen damgalara örnek olarak etnik köken, cinsiyet gibi özellikler verilebilirken; sonradan kazanılan damgalara ise meslek, eğitim durumu gibi konular örnek verilebilir (Goffman, 1963).

2.1.7. Damgalamayı etkileyen faktörler

2.1.7.1. Bireysel Faktörler

Damgalanmaya etkisi olan en önemli bireysel faktör, damgalanma algısıdır. Damgalanma algısı, ruhsal hastalığa sahip kişilerin çevreden yöneltile olumsuz tutum ve davranışların sonucunda ya da hiçbir uyarı olmadan kendisini damgalanmış bir gruba ait olarak hissetmesiyle ilişkilidir. Bu yönüyle kişiler, açıkça damgalayıcı bir tutum ve davranışla karşılaşmış olmasalar bile damgalanmışlık duygusu taşıyabilmektedir (Baysal, 2013).

Sosyodemografik özellikler incelendiğinde, damgalama konusunda yapılan çalışmalarda çelişkili bulgular ile karşılaşmıştır. Toplum kaynaklı damgalama araştırmalarında; toplum içindeki statü, eğitim, yaş, yaşanılan çevre, cinsiyet gibi değişkenlerin hastalıklara yönelik tutumları etkileyebildiği anlaşılmıştır. Ruhsal hastalıkların kabulünün geniş ailelere mensup kişilerde, çekirdek ailelere göre daha fazla olduğu; sanayileşmiş toplumlarda şizofreni hastalarının toplumda daha az reddedilmeye maruz kaldığı ve daha az ruh sağlığı hastanelerine yatırıldıkları bildirilmiştir. Kronik seyreden ruh hastalıklarına karşı olumsuz tutum ve önyargıların, ileri yaşın, düşük eğitim seviyelerinin ve düşük sosyoekonomik düzeyin yaygın olduğu alt gruplarda daha fazla rastlandığı bildirilmiştir. Başka bir çalışmada gençler ile yüksek sosyal statü ve eğitim seviyesine sahip kişilerin kendilerini daha çok damgalanmış olarak algıladığı bildirilmiştir (Baysal, 2013).

2.1.7.2. Hastalık süreci ile ilişkili faktörler

Sahip olduğu hastalık tanısına göre ruhsal hastalığı olan kişilerin maruz kaldığı damgalanma düzeyi de farklılık göstermektedir. Çalışmalar, ruhsal hastalığı olan kişiler içerisinde en çok şizofreni tanısına sahip kişilerin damgalandığını göstermektedir (Ayşegül Bilge ve ark., 2010). Klinik olarak hastaların maruz kaldığı ayrımcılığa; psikiyatri kliniğinde yatırılarak tedavi edilmiş olmaları, EKT uygulanmış olması, psikotik özellikler göstermesi, saldırgan olması ve sağlık profesyonellerin tutumlarının etki ettiği söylenebilir (Baysal, 2013). Almanya’da gerçekleştirilen bir alan çalışmasında, MDB konusunda olumsuz bir tutum

saptanmamasına rağmen, şizofreni hastalarının tehlikeli olarak görüldüğü, korkulduğu ve sosyal mesafe koyulduğu gibi olumsuz duygu ve tutumların eşlik ettiği anlaşılmıştır. Hastaların belirtilerinin artış göstermesi veya başkaları tarafından fark edilir olması ailelerin yaşadığı ruhsal sıkıntının artışına sebep olarak ailelerin de depresyon ve damgalanma duygusu yaşamasına neden olmaktadır (M. Yıldız ve ark., 2012).

2.1.7.3. Sosyal çevre

Yapılan çalışmalarda, ruhsal hastalığa sahip kişilerin sosyal destek düzeyi fazla olduğunda daha az damgalama yaşadığı gösterilmiştir (Bekiroğlu, 2021). Tam tersi olarak hastanın yakın çevresi de damgalanma algısının artmasına sebep olabilir. Çünkü hastanın yakın çevresindeki kişiler de ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz stereotiplere sahip olabilir. Bazı çalışmalar kişilerin ailelerinde ruhsal hastalığı olan birinin olmasından utanç duyduklarını ve bunu diğer kişilerden saklama eğiliminde olduklarını göstermiştir. Anne-babaların içgörüsü yüksek olduğunda çocuklarının sahip olduğu hastalıklara karşı daha fazla hastalık yükü hissettiği ve içgörü artışıyla birlikte içselleştirilmiş damgalanmanın da artış gösterdiği söylenebilir (Hasson-Ohayon ve ark., 2011).

2.1.7.4. Medya

Ruhsal hastalıklar konusunda toplumun bilgilendirilmesinde medya büyük bir öneme sahiptir. Fakat medyada ruhsal hastalıklar ve ruhsal hastalığa sahip kişiler hakkında doğru olmayan bilgi ve yorumlar da sıklıkla yapılmaktadır. Medyada en sık şizofreni hastalığına sahip kişilerin damgalamaya maruz kaldığı görülmektedir. Televizyonda gösterilen haberler, olağandışı suçları işleyen kişilerin ruhsal hastalığa sahip olduğunu ve suçu işlemesine de bu hastalıkların sebep olduğunu vurgulamaktadır. Komedyenler de ruhsal hastalığa sahip kişilerin sahip oldukları yetersizlikleri mizah aracı olarak sıklıkla kullanmaktadır (Bekiroğlu, 2021).

2.1.8. Damgalamanın ruh sağlığı açısından önemi

Damgalamaya tıbbi açıdan bakıldığında, kişilerin tedavi arayışına ve tedaviyi sürdürmesine engel olduğu söylenebilir. Kişiler mevcut hastalıkları sebebiyle

toplumsal damgalama yaşıyorsa ya hastalıklarını gizlemeyerek çevresinden gelecek sosyal destekten mahrum kalmakta ya da hastalığını saklı tutmaktadır. Bu durum sahip olduğu hastalıkların getirdiği zorluklardan ziyade, damgalamayla mücadele etmek zorunda kalmalarına ve dış dünyadan kendilerini izole etmelerine sebep olmaktadır (Corrigan ve ark., 2014). MDB konusunda yürütülen bir çalışmada, damgalamanın sadece tedavi uyumuyla ilişkili olmadığı, kişilerin olumsuz duygusal deneyim yaşamasını tetiklediği ve benlik saygısında düşmeye sebep olduğu bulunmuştur (Tong ve ark., 2020). Başka bir çalışmada; kendini damgalamanın düşük öz yeterlilik ve düşük benlik saygısıyla ilişkilendirildiği, kendini damgalamanın sosyal damgalama sonucunda ortaya çıktığı ve hastaların yararı için toplum bilincinin artırılması yönünde çalışmaların yapılması gerektiği belirtilmektedir (Pasmatzi ve ark., 2016).

2.2. Perinatal Dönemde Görülen Psikiyatrik Bozukluklar

Perinatal ruhsal hastalığı, hamilelik dönemi ve doğum sonrası 1 yıl boyunca yaygın olan psikiyatrik bozuklukları ifade eder. Doğum sonrası zaman dilimi tartışmalıdır. Araştırmacıların çoğu, doğum sonrası 4 hafta ile doğum sonrası 3 ay arasında değişkenlik gösteren bir süre kullanır. Hafif anksiyete ve depresyon, psikoz ve maniye kadar uzanan perinatal bozuklukların tümü, perinatal akıl hastalığı başlığı altına girer. Ayrıca, hamilelikten önce var olan veya hamilelikte veya doğum sonrası dönemde başlayan rahatsızlıklarla birlikte tekrarlayan rahatsızlıkların tümü perinatal ruhsal hastalık olarak kabul edilir. Postpartum dönemde ortaya çıkan rahatsızlıkların bir bölümü doğumun hemen sonrasında ortaya çıkarken, bir kısmı daha geç veya daha değişken olarak ortaya çıkar (O'Hara ve Wisner, 2014).

2.2.1. Perinatal Depresyon

Depresyon, kadınlarda hastalık sebebiyle meydana gelen sakatlıkların en önde gelen sebebidir (Ronald C Kessler, 2003). Kadınlarda depresyonun en sık doğurganlık yaşlarında pik yaptığı bilinmektedir (Durukan ve ark., 2011). Doğumdan hemen sonra yeni annelerin kısa süreli bir yorgunluk, endişe veya yeni doğmuş bir bebekle hayata uyum sağlamaya eşlik eden diğer hafif ruh hali değişiklikleri (bebek hüznü) yaşaması normaldir. Bu duygudurum değişiklikleri ve kaygının doğumdan sonra iki

haftadan fazla devam etmesi veya şiddetlenmesi durumunda anneler depresyon açısından değerlendirilmelidir (Lim, 2021). Perinatal depresyon, annenin işlevini bozar ve çocuğun yetersiz gelişimi ile ilişkilidir. Tarama için Edinburgh Postnatal Depresyon Ölçeği gibi bir tarama ölçeği kullanılır. 10 maddelik olan bu ölçekte puanlar 0 ile 30 arasında değişebilir ve puanları belirli bir eşiği aşan (genellikle ≥ 10 ile 13 arasında) kadınlar genellikle ileri değerlendirme veya tedavi için sevk edilir, tanı klinik görüşme sonrasında konulur (O'Hara ve ark., 2014).

2.2.1.1. Yaygınlığı ve Seyri

PPD yaygındır, doğum yapan 7 kadından 1'ini etkiler ve ilk kez anne olanlarda PPD riski 7,3 kat daha fazladır. Geçmişte PPD geçirmiş kadınların gelecekteki gebeliklerinde bunu tekrar yaşama şansı %50'dir (Lim, 2021). Ayrıca, perinatal dönemde kadınlarda depresyon ve anksiyete bozukluğunun birlikteliği de yaygındır (Dennis ve ark., 2017). Ancak yaygınlığı yüksek olmasına rağmen her ikisi de sıklıkla yetersiz teşhis edilmektedir (Misri ve ark., 2015). Dünyada gebelik dönemindeki depresyon prevalansının %7-26 olduğu bildirilirken PPD sıklığı, tanı yöntemine göre farklılık içermekle birlikte %3,5-40 arasında değişmektedir. Türkiye'deki postpartum depresyon sıklığı ise %6,3-50,7'dir (Durukan ve ark., 2011).

2.2.1.2. Risk Faktörleri

Gebelik dönemi depresyonu için risk etmenleri; geçmişte ruhsal hastalığının olması, düşük gelir düzeyi, eşinin işsiz olması, düşük eğitim seviyesi, plansız gebelik yaşama, bekar olma, geçmişte ve şimdi şiddete maruz kalma (sözel, fiziksel, cinsel), yetersiz sosyal destek, daha önce gebelik kayıpları ve gebelik komplikasyonları yaşamak gibi olumsuz yaşam olayları olarak özetlenebilir (Alessandra Biaggi ve ark., 2016). Yapılan çalışmalarda PPD için en büyük risk etmeninin gebelik döneminde tedavisiz kalan depresyon olduğu söylenmektedir (Yazici ve ark., 2015).

2.2.1.3. Perinatal depresyonda tarama

NICE ve ACOG, standartlaştırılmış, geçerliliği kanıtlanmış bir araç kullanarak doğum sonrası depresyonun perinatal dönemde muhakkak en az bir kez taranması

gerektiğini önermektedir (Lim, 2021). Tarama, perinatal depresyonun tespiti için önemli olsa da, pozitif bir taramaya yanıt verecek mekanizmalar mevcut olmadığı, tedavi ve takip gerçekleşmediği sürece taramanın kendisi sonuçları iyileştirmek için yeterli değildir (Van Niel ve Payne, 2020).

2.2.1.4. Hastalığın tedavisi

Bireysel psikoterapi ve doğum sonrası destek grupları, aile terapisi, uzaktan video konferans, telefon görüşmeleri ve eğitilmiş ruh sağlığı uzmanlarıyla ev ziyaretleri gibi diğer yöntemler, bu bozuklukların ilaç kullanılmadan tedavi edilmesinde genellikle etkilidir (Van Niel ve ark., 2020).

Gebe kadınlar, ilaç tedavisi almadan önce tedavinin yol açabileceği olası riskler hakkında detaylı bir şekilde bilgilendirilmelidir. Gebelikte verilen antidepresan ilaçlar spontan abortus riskini %3,9 oranında artırmaktadır (Çalık ve Aktaş, 2011). SSRI'lar hakkında konjenital malformasyonlara sebep oldukları yönünde bazı savlar ortaya konmuş olsa da, yapılan son çalışmalar SSRI'ların majör konjenital malformasyon oluşma riskini belirgin olarak artırmadığını kanıtlamıştır (Çalık ve ark., 2011).

Brexanolone, Federal İlaç İdaresi tarafından Mart 2019'da onaylanan PPD'ye özel ilk tedavidir (Lim, 2021). Allopregnanolon olarak da bilinir, sinaptik ve ekstrasinaptik GABA-A reseptörlerini etkileyen, intravenöz uygulanan, nörosteroid antidepresan olarak sınıflandırılır (Lim, 2021).

2.2.2. Perinatal Anksiyete

Anksiyete ve bunlarla ilişkili bozukluklar (AD), tüm psikiyatrik durumlar içinde en yaygın olanlarıdır (R. C. Kessler ve ark., 2005). Yetişkin nüfusun yaklaşık üçte biri (%28,8) hayatlarının bir döneminde anksiyeteden muzdarip olacaktır (Fairbrother ve ark., 2016). Ayrıca, kadınların AD' den muzdarip olma olasılığı erkeklerden yaklaşık 1,5 kat daha fazladır (Fairbrother ve ark., 2016). Perinatal dönemde AD kapsamının belirlenmesi, bu kadın ve bebek grubu için önleme, tedavi ve kaynak tahsisi açısından iyi bilgilendirilmiş planlama için kritik öneme sahiptir (Fairbrother ve ark., 2016).

2.2.2.1. Yaygınlığı ve seyri

Perinatal anksiyete prevalansı %24,4'tür (Nielsen-Scott ve ark., 2022). Perinatal anksiyete prevalansı, PPD prevalansından daha fazladır, komorbidite sık görülür (Fairbrother ve ark., 2016).

2.2.2.2. Risk faktörleri

Doğum öncesinde görülen anksiyete ve depresyon ile en ilişkili faktörler; istismar, sosyal desteğin az olması, aile içi şiddete maruz kalmış olmak, ruhsal hastalık öyküsü, planlı olmayan veya istenmeyen gebelikler, olumsuz yaşam olayları, yüksek strese maruz kalmak, mevcut/geçmiş gebeliklerde komplikasyon ve düşük yaşamış olmaktır (A. Biaggi ve ark., 2016).

2.2.2.3. Hastalığın tedavisi

Yapılan çalışmalar gebelikte ve doğum sonrasında özgül fobi, OKB ve panik bozukluğu için BDT'nin kullanımını desteklemektedir (Marchesi ve ark., 2016). SSRI'lar, bebekler için herhangi bir yan etki olmaksızın peripartum dönemde OKB'de belirgin iyileşme sağlamıştır (Marchesi ve ark., 2016). Daha hafif semptomları olan kadınlar yaşam tarzı değişikliklerinden veya tek başına psikoterapiden fayda görebilir (Ribeiro ve ark., 2022). Müzik temelli müdahaleler annelerin kaygılarını önemli ölçüde azaltmaktadır (Corbijn van Willenswaard ve ark., 2017). Hamilelik sırasında yapılan düzenli fiziksel egzersiz, gestasyonel diyabet insidansı, hipertansif bozukluklar, operatif doğumlar, doğum sonrasında aşırı kilo alımı, doğum sonrası depresyon ve anksiyete şikayetlerinde azalma ile ilişkilidir (Ribeiro ve ark., 2022).

2.3. Damgalamada kullanılan ölçekler

2.3.1. Sosyal mesafe ölçeği (SMÖ) (Ek 5)

DEÜ Tıp Fakültesi' ne Psikiyatri ve Genel Cerrahi kliniklerinde yatan hastalarını ziyaret etmek için gelen kişiler arasından araştırmacının karşılaştığı ilk 84 kişi rastgele örnekleme yöntemiyle araştırmanın deneklerini oluşturdular. Demografik bilgiler, belirli bir akıl hastalığının tanımlandığı örnek olgu (vignette) ve sosyal

mesafeyi ölçmeye yarayan 14 soru içeren bir anket kullanılmıştır. Araştırmada her deneğin sadece birine cevap verdiği iki örnek olgu kullanılmıştır. Bunlar paranoid şizofreni ve anksiyete nevrozu/depresyonu betimleyen tanınmış Star örnek olgularından ikisidir. Araştırmanın örnekleme uygun olacak şekilde düzeltilmiştir. Örnek olgularda psikiyatrik bir tanı açıkça yer almamıştır. Her bir denek rastgele seçilmiş yalnızca bir örnek olguya cevap vermiştir. Her örnek olguyu araştırmacı tarafından geliştirilen 14 soruluk bir ölçek takip etmiştir. Bu ölçek örnek olgularda betimlenen kişi ile anketi dolduran kişi arasında tercih edilen sosyal mesafeyi ölçmeyi amaçlamıştır. Sorular yedilik ölçek üzerinden derecelendirilmiştir (1 sorunun içeriğine kesinlikle katılma, 7 sorunun içeriğine kesinlikle katılmama). Sosyal mesafe ölçeğinin güvenilirliği Cronbach' s Alpha yöntemi ile sınanmıştır. Ölçek 0,88 güvenilirlik katsayısı vermiştir. Bu sonuçla ölçeğin güvenilir bir sosyal mesafe ölçüm aracı olduğu söylenebilir. Veri analizi olarak sosyal mesafe ölçeğinin her maddesinin ortalamaları alınmıştır. Güvenilirliğin yanı sıra, sosyal mesafenin çeşitli boyutları arasındaki ilişkilerin derecesini görmek için ölçeğin bazı maddeleri arasında "Pearson çarpım moment korelasyon katsayısı " hesaplanmıştır. Bütün istatistiksel analizler SPSS' nin uygun alt programları ile gerçekleştirilmiştir.

Bu araştırma, toplumumuzda akıl hastasının sosyal reddedilişini incelemek amacıyla akıl hastası ile kişi arasındaki istenen sosyal mesafeyi ölçmeyi hedeflemiştir. Bulgular örneklerde betimlenen kişiler ile kişisel olmayan ortamlarda bulunma konusunda kabulün daha fazla olduğunu, sosyal yakınlık içeren ortamlarda ise bu kişilerle daha az etkileşim kurulmak istendiğini göstermiştir. Yani, ruhsal hastalığı olan kişilere karşı genel olan ortamlarda sosyal mesafenin daha az olduğu gözlenmiştir (Arkar, 1991).

2.3.2. Ruhsal hastalığa yönelik inançlar ölçeği (RHİÖ) (Ek 6)

RHİÖ, ilk olarak 2000 yılında Amerika'da geliştirilmiştir. Kültürel özellikleri farklı olan bireylerin ruhsal hastalıklar hakkındaki olumlu ve olumsuz inançlarının tespiti amacıyla oluşturulan bir ölçektir. İlk olarak 24 madde olarak oluşturulan ölçek, faktör analizi sonucunda 16., 17. ve 23. maddelerin ölçekten çıkarılmasıyla 21 maddeye düşürülmüştür. Ölçeğin son hali Tehlikelilik, Çaresizlik, Zayıf Sosyal ve Kişiler arası Beceri olmak üzere üç alt ölçekten oluşmaktadır.

Ölçeğin Amerika’da geliştirilen ilk halinde Asya toplumu için Cronbach Alpha Katsayısı 0,91, Amerikan toplumu için ise 0,89 olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin Cronbach Alpha Katsayıları; Tehlikelilik alt ölçeğinde 0,75, Çaresizlik alt ölçeğinde 0,82, Zayıf Sosyal ve Kişiler arası Beceriler alt ölçeğinde ise 0,84 bulunmuştur.

Tehlikelilik Alt Ölçeği: 1., 2., 3., 6., 13. maddelerden oluşan alt ölçek ruhsal hastalığa sahip kişilerin tehlikeli olduğunu ifade etmektedir.

Çaresizlik Alt Ölçeği: 7., 9., 10., 16., 19., 20. maddelerden oluşan alt ölçek ruhsal hastalıkların tedavisinin ve bakımının güç olduğundan bahseder. Ruhsal rahatsızlığa sahip kişilerin çaresiz bir yaşamları olduklarını ifade eder.

Zayıf Sosyal ve Kişilerarası Beceri Alt Ölçeği: 4., 5., 8., 11., 12., 14., 15., 17., 18., 21. maddelerden oluşan alt ölçek ruhsal hastalıklarda kişilerarası ilişkilerin etkilenme durumundan bahseder. Bireyin duygusal olarak etkilenmesi sebebiyle, ruhsal hastalığa sahip bireylerle kişilerarası ilişki sürecinde kendini engellemesini içermektedir.

RHİÖ; 6’lı Likert tipi bir ölçektir. Ölçek, hem alt ölçek puanları hem de ölçek toplam puanı üzerinden yorumlanmakla birlikte, alınan yüksek puan ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz inancı ifade etmektedir (Aysegül Bilge ve Çam, 2008).

2.3.3. Psikolojik Yardım Aramada Kendini Damgalama Ölçeği (Ek 7)

İlk olarak 2006 yılında geliştirilen ölçeğin Türkçeye uyarlama çalışması, 2013 yılında Eğitim Fakültesinde öğrenim gören 544 öğrencinin katılımıyla gerçekleştirilmiştir. 10 madde içeren ölçek, 5’li likert tipidir, hem AFA hem de DFA faktör analizine göre tek boyutlu olan bir ölçme aracıdır. Ölçeğin sosyal destek, benlik saygısı ve yaşam doyumu ile olumsuz; psikolojik yardım arama ve kısa semptom envanteri ile olumlu ilişkileri olduğu bulunmuştur. Kişi, kendini damgaladığında yardım arayışının daha az olduğu ve benlik saygısının olumsuz etkilendiği bulunmuştur.

Ölçeğin güvenirlik çalışması için Cronbach Alfa ve madde toplam korelasyon katsayısı kullanılmıştır. Ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı 0,71 hesaplanmış olup, yeterli iç tutarlılığın olduğu bulunmuştur (KAPIKIRAN ve KAPIKIRAN, 2013).

2.3.4. Damgalama (stigma) ölçeği (Ek 8)

Psikolojik damgalama eğilimini ölçmeyi amaçlayan ölçeğin geçerlik ve güvenirlik çalışması, yönetici ve öğretmenlerden oluşan 780 katılımcı ile gerçekleştirilmiştir. AFA ve DFA sonucunda dört faktörden (ayrımcılık ve dışlama, önyargı, psikolojik sağlık, etiketleme) oluşan modelin istatistiksel ve kuramsal olarak uygun olduğu bulunmuştur. Ölçek 22 maddeden oluşmaktadır, ters puanlanan madde içermemektedir ve Cronbach Alfa güvenirlik sayısı 0,84 olarak hesaplanmıştır. 5’li Likert tipi şeklinde hazırlanmış olması sebebiyle ölçekten en az 22, en çok 110 puan alınmaktadır. Damgalama Ölçeğinden 55’ten daha düşük puan alan bireylerin damgalama eğiliminin düşük olduğu, 55’ten fazla alan kişilerin ise damgalama eğiliminin daha yüksek olduğu söylenebilir (Yaman ve Güngör, 2013).

2.3.5. The City MISS: development of a scale to measure stigma of perinatal mental illness

Kadınlarda perinatal akıl hastalığı için algılanan damgalamayı ölçmek için Birleşik Krallıkta geliştirilen bir ölçektir. Literatür taramasından hareketle öncelikle 30 maddelik taslak ölçek geliştirilmiştir. Perinatal ruhsal hastalığı olan (n=279) kadınlara “The City Mental İlness Stigma Scale” ölçeği ile birlikte eşzamanlı geçerlilik için “İnternalised Stigma of Mental İlness Scale” ölçeği uygulanmıştır. Ölçeğin nihai hali 15 maddelik üç faktörlü (algılanan dış damga, iç damga, ifşa damgası) bir yapıya sahiptir. Ölçek, varyansın %54’ünü açıklamakla birlikte iyi bir iç güvenirliğe ve eşzamanlı geçerliliğe sahiptir (D. Moore ve ark., 2017).

2.3.6. Yenilenmiş Berkeley Ebeveyn Öz Yeterlik Ölçeği (BPSE-R) (Ek 9)

Toplam 18 maddeden oluşan BPSE-R, Çocuğa Kazandırılabilirler ve Ebeveynliğe Özgü Stratejiler olmak üzere iki alt ölçek içermektedir. Ölçeğin Türkçe ’ye uyarlama, geçerlik ve güvenirlik çalışması, okul öncesi dönemde çocuğu olan 354 annenin katılımıyla gerçekleştirilmiştir. BPSE-R çeviri ve tersine çeviri işlemleri

uygulandıktan sonra alanında uzman kişilerin görüşü alınarak ölçek maddelerinin uygun olduğu belirlenmiştir. DFA sonrasında ölçeğin orijinaline uygun şekilde iki faktörlü yapıya sahip olduğu ve uyum indekslerinin iyi düzeyde olduğu gösterilmiştir. Ölçeğin toplam puanının Cronbach alfa katsayısı 0,91’dir, yeterli güvenilirlikte olduğu anlaşılmaktadır. Elde edilen bulgular BPSE-R’nin Türkçe versiyonunun ülkemizde okul öncesi dönemde çocuğu olan kişilerin ebeveynlik öz yeterliğini tespit etmekte kullanılabilecek güvenilir bir ölçüm aracı olduğunu ifade etmektedir (T. G. YILDIZ ve ark., 2021).



3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Bu çalışma 01.06.2022-01.12.2022 tarihleri arasında Sakarya EAH'de farklı kliniklere başvuran hastalar, hasta yakınları ve hastane personeli üzerinde gerçekleştirildi.

3.2. Araştırmanın Örneklemi

Literatür incelendiğinde ölçek geliştirme çalışmalarında örneklem büyüklüğünün ölçek maddesi ve değişkenler üzerinden hesaplandığı görüldü. Literatürde, özellikle faktörler belirgin ve güçlü, değişkenlerin sayısı büyük değil ise 100-200 kişiden oluşan örneklem yeterli olduğu ifade edilmektedir (Büyüköztürk, 2002). Genel kabul gören görüş, örneklem büyüklüğünün değişken sayısının en az 5 katı hatta 10 katı olması gerektiğidir (Karakoç ve Dönmez, 2014). Ölçeğin son halinin 20 maddeden oluşması sebebiyle, örneklem büyüklüğü 200 ($20 \times 10 = 200$) kişi olarak belirlendi.

Örneklem gelişigüzel şekilde oluşturuldu. Farklı cinsiyet, sosyoekonomik düzey, eğitim düzeyi, çalışma durumu gibi özelliklerden benzer dağılımda katılımcı almaya özen gösterildi. Katılımcıların toplumu yansıtmaları için sağlıklı ya da hasta bireyler çalışmaya dahil edildi (ek tıbbi hastalık ve/veya ruhsal hastalığı olanlar çalışmaya dahil edildi, bilişsel işlevlerini, irade ve muhakemesini etkilediği bilinen hastalığa sahip olan bireyler hariç tutuldu).

3.3. Uygulama

3.3.1. Ölçek maddelerinin oluşturulması

Ruhsal hastalıklarla ilgili damgalama konusunda geliştirilen ölçekler, damgalama ile ilişkili faktörler, perinatal hastalıklar ve annelik becerileri üzerine literatür araştırması yapılarak Perinatal Ruhsal Hastalık Damgalama Ölçeği (PRHDÖ)'nün ilk şekli 40 soru halinde oluşturuldu (Ek-3). Psikiyatri alanında çalışan öğretim üyeleri

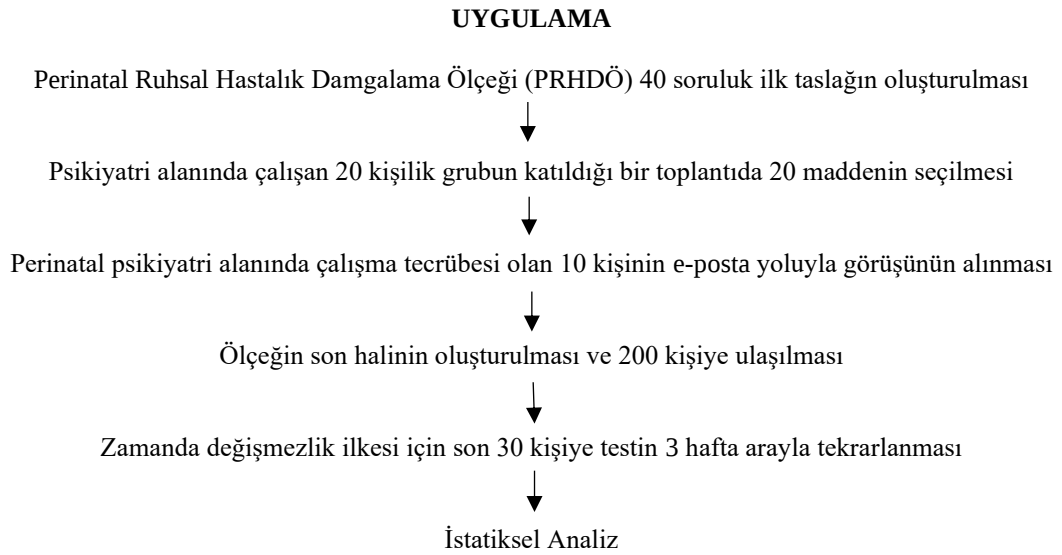
ve psikiyatri asistanlarından oluşan 20 kişilik bir ekibin görüşü alınarak 40 maddelik ölçekte perinatal damgalamayı daha iyi yansıttığı düşünülen 20 madde seçildi.

3.3.2. Uzman görüşünün alınması

Kapsam geçerliliği için 20 maddelik ölçek, perinatal ruh sağlığı alanında çalışma tecrübesi olan 10 kişiden oluşan uzman ekibe mail yoluyla gönderildi. Uzman görüşleri sonrasında 8, 17, 18 ve 20. maddelerin içeriğinde düzenlemeler yapıldı. Uzman görüşü sonrası 20 maddelik ölçeğe son hali verilerek uygulama kısmına geçildi.

Ölçeğin 20 maddelik son hali oluşturulduktan sonra Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesinde farklı kliniklere başvuran hasta ve hasta yakınları, hastane personelinin oluşturduğu bir örnekleme çalışmaya katılmaya gönüllü olan kişilere araştırma kapsamındaki formlar uygulandı. Örneklem gelişigüzel şekilde oluşturuldu. Farklı cinsiyet, sosyoekonomik düzey, eğitim düzeyi, çalışma durumu gibi özelliklerden benzer dağılımda katılımcı almaya özen gösterildi. Katılımcıların toplumu yansıtmaları için sağlıklı ya da hasta bireyler çalışmaya dahil edildi (ek tıbbi hastalık ve/veya ruhsal hastalığı olanlar çalışmaya dahil edildi, bilişsel işlevlerini, irade ve muhakemesini etkilediği bilinen hastalığa sahip olan bireyler hariç tutuldu). Uygulama aşamalarının özeti Tablo 3.1.'de yer almaktadır.

Tablo 3.1. Uygulama aşamalarının özeti



3.3.3. Araştırmanın dahil edilme kriterleri

-18-65 yaş arasında olmak (katılımcılar ek hastalığa sahip olabilir, bilişsel işlevlerini, irade ve muhakemesini etkilediği bilinen hastalığa sahip olanlar hariç tutulmuştur)

-Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak

3.3.4. Araştırmanın dışlama kriterleri

-18 yaşından küçük ya da 65 yaşından büyük olmak

-Çalışmaya katılmaya gönüllü olmamak

-Bilişsel işlevsellerini, irade ve muhakemesini etkilediği bilinen bir hastalığa sahip olanlar klinik değerlendirme ile dışlanmıştır (şizofreni, demans gibi)

3.4. Veri Toplama Araçları

3.4.1. Sosyodemografik veri formu (Ek 2)

Çalışmaya katılan hastaların yaş, eğitim düzeyi, medeni durum, sosyoekonomik düzey gibi sosyodemografik özellikleri ile ruhsal hastalık ve ek tıbbi hastalık öyküsünü içeren katılımcılar tarafından doldurulan formdur.

3.4.2. Perinatal Ruhsal Hastalık Damgalama Ölçeği (PRHDÖ) (Ek 4)

Uzman görüşü sonrası ölçeğin son hali 20 maddelik olarak oluşturuldu. Ölçek, perinatal dönemde psikiyatrik hastalığa sahip kadınlar hakkında diğer kişilerin görüşlerini ölçmeyi amaçlamaktadır. Öçekten alınan yüksek puan, perinatal dönemde ruhsal hastalığı olan kadınlara yönelik damgalamanın yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçek “Hiç katılmıyorum”, “Kısmen katılmıyorum”, “Ne katılıyorum ne katılmıyorum”, “Kısmen katılıyorum”, “Tamamen katılıyorum” şeklinde 5’li likert tipi derecelendirmeye sahiptir. Katılımcılar tarafından dolduruldu.

3.4.3. Sosyal Mesafe Ölçeği (SMÖ) (Ek 5)

Ölçek geliştirilirken paranoid şizofreni ve anksiyete nevrozu/depresyonu betimleyen tanınmış Star örnek olguları katılımcılara sunulmuş, olgulara psikiyatrik bir tanı yazılmamıştır. Her bir denek rastgele seçilmiş yalnızca bir örnek olguya cevap vermiştir. Her örnek olguyu araştırmacı tarafından geliştirilen 14 soruluk bir ölçek takip etmiştir. Sorular yedilik ölçek üzerinde derecelendirilmiştir (1 sorunun içeriğine kesinlikle katılma, 7 sorunun içeriğine kesinlikle katılmama). Bu ölçek, toplumumuzda akıl hastasının sosyal reddedilişini incelemek amacıyla akıl hastası ile kişi arasındaki istenen sosyal mesafeyi ölçmeyi hedeflemektedir. Bulgular örneklerde betimlenen kişiler ile kişisel olmayan ortamlarda bulunma konusunda kabulün daha fazla olduğunu, sosyal yakınlık içeren ortamlarda ise bu kişilerle daha az etkileşim kurulmak istendiğini göstermiştir. Çalışmamızda star olgu örneği yer almayıp, ruhsal hastalığı olan kadınlar düşünülerek formun doldurulması gerektiği belirtilmiştir. Ölçeğin geçerlik ve güvenirlik çalışması 1991 yılında Haluk Arkar tarafından yapılmıştır (Arkar, 1991).

3.4.4. Ruhsal hastalığa yönelik inançlar ölçeği (RHİÖ) (Ek 6)

Kültürel özellikleri farklı olan bireylerin ruhsal hastalıklar hakkındaki olumlu ve olumsuz inançlarını tespit etmek amacıyla oluşturulan, geçerlik ve güvenirlik çalışması 2008’de tamamlanan bir ölçektir. 21 maddeden oluşan ölçeğin son hali “Tehlikelilik”, “Çaresizlik”, “Zayıf Sosyal ve Kişiler arası Beceri” olmak üzere üç alt ölçekten oluşmaktadır ve 6’lı Likert tipidir. Ölçek, hem alt ölçek puanları hem de ölçek toplam puanı üzerinden yorumlanmakla birlikte, alınan yüksek puan ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz inancı göstermektedir (Aysegül Bilge ve ark., 2008).

3.5. Perinatal Ruhsal Hastalık Damgalama Ölçeğinin Geçerlik Güvenirliği

3.5.1.Kapsam geçerliği

Ölçeğin 20 soruluk hali oluşturulduktan sonra perinatal ruh sağlığı alanında çalışma tecrübesi olan 10 kişinin uzman görüşüne sunularak yanıtlar Davis tekniği ile değerlendirildi. Sorulara “A=Madde uygun, B=Madde hafifçe düzenlenmeli, C=Madde ciddi olarak düzenlenmeli, D=Madde uygun değil” şeklinde yanıt

vermeleri istendi. Davis tekniğine göre; A (madde uygun) ve B (madde hafifçe düzenlenmeli) seçeneğini işaretleyenlerin toplam uzman sayısına oranı Kapsam Geçerlik İndeksini oluşturmaktadır ve bu değerin 0,80 ve üzeri olması gerekmektedir (Karakoç ve ark., 2014). Ölçek maddelerinin KGİ değeri 0,80-1 arasındadır. Uzmanların önerilerine göre 8, 17, 18 ve 20. maddelerin içeriğinde düzenlemeler yapılmış, toplam madde sayısı değişmemiştir.

3.5.2.Yapı geçerliği

Ölçeğin yapı geçerliği için faktör analizleri kullanılır. Faktör analizi öncesinde, örneklem büyüklüğü yeterliliğini ve verilerin faktör analizi için uygunluğunu test etmek gerekir. Örneklem büyüklüğünün uygunluğu Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) değeri kullanılarak incelenmiştir. Örneklem büyüklüğünün yeterli olması için KMO'nun 0,50'den büyük olması gerekmektedir (Seçer, 2015). Başka bir çalışmada faktör analizi yapılabilmesi için KMO değerinin 0,60'ın üzerinde olması gerektiği belirtilmiştir (Büyüköztürk ve ark., 2008). KMO güvenirlik değerleri Tablo 3.2'de gösterilmiştir (Seçer, 2015).

Tablo 3.2. KMO güvenirlik değerleri (Seçer, 2015'ten kullanılmıştır).

KMO	0,90-1	Mükemmel
	0,80-0,89	Çok iyi
	0,70-0,79	İyi
	0,60-0,69	Orta
	0,50-0,59	Zayıf
	0,50'nin altı	Kabul edilemez

Faktör analizi yapılmadan önce korelasyon matrisinin uygun olup olmadığına bakılması gerekir. Korelasyon matrisinin uygun olup olmadığı Barlett's Sphericity testi ile değerlendirilir. Barlett's Sphericity testiyle, korelasyon matrisinin birim matris olduğu hipotezi test edilir. Barlett's testinde $p < 0,05$ olması, ölçeğin faktör analizi için uygunluğunu ifade etmektedir.

3.5.3.İç tutarlılık

Ölçekteki maddelerin birbirleri ile ilişkisi ve aynı yapıyı tutarlı bir şekilde ölçmeleri, ölçeğin iç tutarlılığını ifade eder (Çakmur, 2012). Ölçekteki maddelerin iç tutarlılığı;

Cronbach Alpha Katsayısı, testi yarıya bölme tekniği, madde toplam puan korelasyonu, ölçek toplam puanı %27'lik alt ve üst dilimlerin karşılaştırılması analizleri ile değerlendirilmiştir. Madde toplam korelasyonunun her bir madde için 0,20'nin üzerinde olması gerektiği referans alınmıştır (Öner, 2008). Cronbach Alpha Katsayısının güvenilirlik değerleri Tablo 3.3'te gösterilmiştir (Alpar, 2013).

Tablo 3.3. Cronbach Alpha Katsayısı güvenilirlik değerleri (Alpar, 2013'ten kullanılmıştır).

Cronbach Alpha Katsayısı	0,80-1	Yüksek derecede güvenilir
	0,60-0,79	Güvenilir
	0,40-0,59	Düşük derecede güvenilir
	0,00-0,39	Güvenilir değil

3.5.4. Ölçeğin zamana karşı değişmezliği

Zamana karşı değişmezlik, test-tekrar test metodu ile ölçülmüştür. Farklı zamanlarda yapılan iki ölçümün sonuçların benzer çıkması, ölçeğin zamana karşı değişmezliğinin olduğunu ifade etmektedir. Test-tekrar test metodu için ölçeğin, 2-4 hafta arayla en az 30 kişiye tekrar uygulanması gerektiği belirtilmektedir (Saewyc ve ark., 2008). İki ölçüm arasındaki pearson korelasyon katsayısının 0,70'nin üzerinde olması önerilmektedir (Şeker ve Gençdoğan, 2014). Literatüre uygun olarak, 30 gönüllüye 3 hafta arayla test uygulaması tekrarlanmıştır.

3.6. Verilerin incelenmesi

Araştırmanın verileri IBM SPSS 22 ve IBM AMOS 26 programı aracılığı ile analiz edilmiştir. IBM AMOS 26'nın ücretsiz deneme sürümü kullanılmıştır. Çalışmada kullanılan istatistik yöntemler Tablo 3.4'de ayrıntılı olarak gösterilmiştir.

Tablo 3.4. Araştırmada kullanılan istatistiksel yöntemler

İncelenen özellik	İstatistiksel yöntemler
Verilerin normallik dağılımı	Z testi, Kolmogorov Smirnov testi
Geçerlilik	
Taslak ölçeğin kapsam geçerliği	Davis Tekniği, uzman görüşlerinin değerlendirilmesi
Kriter geçerliği	Benzer bir ölçek ile korelasyonu
Yapı geçerliliği	AFA
Faktör analizi için örneklem büyüklüğü ve uygunluğu	KMO örneklem yeterlilik testi
testleri	Barlett's Küresellik Testi
Taslak ölçek alt boyutlarının yapı geçerliği	DFA

Tablo 3.4. Araştırmada kullanılan istatistiksel yöntemler (devam)

İncelenen özellik	İstatistiksel yöntemler
Güvenilirlik İç tutarlılığı	Cronbach Alpha Katsayısı, testi yarıya bölme tekniği, madde toplam puan korelasyonu, maddeler arası korelasyon, ölçek toplam puanı %27'lik alt ve üst dilimlerin karşılaştırılması
Zamansal tutarlılık	Test tekrar test yöntemi, Wilcoxon eşleştirilmiş iki örnek testi
Testin yarıya bölünmesi	Spearman Brown testi
Ölçek puanı ile ilişkili diğer analizler Katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin belirlenmesi	Sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma
Katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin ölçek toplam puanı ile ilişkisi	Bağımsız gruplarda t testi, ANOVA testi, Kruskal Wallis testi
Ölçeğin alt boyutları arasındaki ilişkinin incelenmesi ve anlamlılığın sınanması	Pearson momentler çarpımı korelasyon analizi, Nokta saçılım grafikleri

3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları

Covid-19 pandemisi sebebiyle araştırmanın süresi planlanan tarihten daha uzun sürmüştür, katılımcı sayısı görece az fakat yeterli tutulmuştur. Araştırmanın Sakarya ilinde yaşayan kişiler ve 3. basamak bir sağlık kuruluşunda gerçekleştirilmiş olması seçim yanlılığı oluşmasına neden olabilmektedir. Geliştirilen ölçekte damgalama derecesinin yanıtlara verilen likert yöntemi ile ayırt edilmesi planlanmıştır, hangi hastalığın kastedildiği açıkça belirtilmeyerek ruhsal hastalık gibi genel bir ifade kullanılmıştır. Ruhsal hastalık gibi genel bir ifadenin kullanılması belirsizliğe sebep olarak katılımcıların yanıtlarını etkileyebilmektedir.

4.BULGULAR

4.2. Sosyodemografik ve Klinik Özellikler

Çalışmaya katılan 200 kişinin 66'sı erkek (%33), 134'ü (%67) kadındır. Yaş ortalaması 34,68 (minimum 18, maksimum 65, median 31, mean 34,68) bulunmuştur. 169 kişi (%85,5) kent merkezinde, 31 kişi (%15,5) kırsal kesimde yaşamaktadır. 110 kişi evli (%55), 82 kişi bekar (%41), 4 kişi dul (%2), 4 kişi (%2) boşanmıştır. 92 kişinin (%46) çocuğu vardır, 108 kişi (%54) çocuk sahibi değildir. 28 kişi (%14) yalnız, 158 kişi (%79) eş/aile ile, 8 kişi (%4) arkadaşıyla yaşamaktadır.

35 (%17,5) kişi ilköğretim mezunu, 43 (%21,5) kişi lise mezunu, 102 (%51) kişi üniversite mezunu, 20 (%10) kişi yüksek lisans mezunudur. 21 kişinin (%10,5) gelir düzeyi 5000 TL ve altı, 53 kişinin (%26,5) 5001-10000, 44 kişinin (%22) 10001-15000, 26 kişinin (%13) 15001-20000, 12 kişinin (%6) 20001-25000, 44 kişinin (%22) 25000 ve üstü bulunmuştur. Araştırmanın gerçekleştirildiği dönemde Türkiye'de net asgari ücret 5500 TL idi. 45 kişinin (%22,5) kronik tıbbi hastalığı vardır, 155 kişi (%77,5) kronik bir hastalığa sahip değildir. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri Tablo 4.1.'de yer almaktadır.

Tablo 4.1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

Sosyodemografik Özellikler		Hasta Verileri
Yaş Dağılımı (yıl)	Minimum	18
	Maksimum	65
	Ortalama	34,68±12,24
Cinsiyet	Kadın	%67 (n=134)
	Erkek	%33 (n=66)
Eğitim Düzeyi	İlköğretim Mezunu	%17,5 (n=35)
	Lise Mezunu	%21,5 (n=43)
	Üniversite Mezunu	%51 (n=102)
	Yüksek Lisans Mezunu	%20 (n=10)

Tablo 4.1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri (devam)

Sosyodemografik Özellikler		Hasta Verileri
Medeni Hali	Evli	%55 (n=110)
	Bekar	%41 (n=82)
	Dul	%2 (n=4)
	Boşanmış	%2 (n=4)
Çocuk Sahibi Olma Durumu	Evet	%46 (n=92)
	Hayır	%54 (n=108)
Birlikte Yaşadığı Kişiler	Yalnız	%14 (n=28)
	Eş/aile ile	%79 (n=158)
	Arkadaşıyla	%4 (n=8)
	Diğer (yurt, bakımevi vb.)	%3 (n=6)
Yaşadığı Yer	Kent merkezi	%85,5 (n=169)
	Kırsal	%15,5 (n=31)
Çalışma Durumu	Öğrenci	%15,5 (n=31)
	Çalışmıyor	%20 (n=40)
	Düzensiz bir işte çalışıyor	%4 (n=8)
	Düzenli bir işte çalışıyor	%58 (n=116)
	Emekli	%2,5 (n=5)
Ekonomik Düzey	0-5.000 TL	%10,5 (n=21)
	5.000-10.000 TL	%26,5 (n=53)
	10.000-15.000 TL	%22 (n=44)
	15.000-20.000 TL	%13 (n=26)
	20.000-25.000 TL	%6 (n=12)
	25.000 TL ve üzeri	%22 (n=44)

37 kişi (%18,5) psikiyatrik hastalık tanısı almıştır, 163 kişi (%81,5)'nin psikiyatrik bir hastalığı yoktur. Psikiyatrik hastalık tanısı alanlardan 35 kişi (%94,5) tedavi almıştır, 2 kişi (%5,5) herhangi bir tedavi almamıştır. Tedavi dağılımları incelendiğinde; 30 kişinin (%85,8) ayaktan ilaç tedavisi aldığı, 3 kişinin (%8,5) hem ayaktan ilaç tedavisi hem psikoterapi gördüğü, 2 kişinin (%5,7) sadece psikoterapi tedavisi gördüğü, kimsenin yatarak tedavi ya da EKT tedavisi görmediği anlaşılmıştır.

Aile veya yakın çevresinde psikiyatrik hastalığı olan kişilerin olup olmadığı incelendiğinde; %39'unun (n=78) yakın çevresinde psikiyatrik hastalık tanısı alan biri olduğu, %61'inin (n=122) olmadığı görülmüştür. Kişilerin yakın çevresindeki ruhsal hastalıkların dağılımı incelendiğinde %17,5'inin (n=35) Depresyon, %12,5'inin (n=25) Anksiyete bozukluğu, %9'unun (n=18) Bipolar Bozukluk, %13'ünün (n=26) Şizofreni, %5,5'inin (n=11) Panik bozukluk, %6,5'inin (n=13) OKB tanısı aldığı görülmüştür. Katılımcıların hastalık tanıları ve ek özellikleri Tablo 4.2.'de yer almaktadır.

Tablo 4.2. Katılımcıların hastalık tanıları ve ek özellikleri

Hastalık tanıları ve ek özellikler		Hasta verileri
Kronik Tıbbi Hastalık	Var	%22,5 (n=45)
	Yok	%77,5 (n=155)
	Diyabet	%6 (n=12)
	Hipertansiyon	%7,5 (n=15)
	Kalp yetmezliği	%1,5 (n=3)
	Böbrek yetmezliği	%0,5 (n=1)
	Tiroit rahatsızlığı	%4 (n=8)
	Migren	%3 (n=6)
	Kas, iskelet hastalığı	%0 (n=0)
	Romatizmal hastalık	%1,5 (n=3)
	Epilepsi	%1,5 (n=3)
	Diğer	%1,5 (n=3)
Psikiyatrik hastalık tanısı	Evet	%18,5 (n=37)
	Hayır	%81,5 (n=163)
	Depresyon	%8 (n=16)
	Anksiyete Bozukluğu	%9 (n=18)
	Bipolar Bozukluk	%0 (n=0)
	Şizofreni	%0 (n=0)
	Panik Bozukluk	%1 (n=2)
	OKB	%1 (n=2)
	Diğer	%3 (n=6)

Tablo 4.2. Katılımcıların hastalık tanıları ve ek özellikleri (devam)

Hastalık tanıları ve ek özellikler		Hasta verileri
Tanı alanların psikiyatrik tedavi öyküsü	Evet	%94,5 (n=35)
	Hayır	%5,5 (n=2)
	Ayaktan ilaç tedavisi	%85,8 (n=30)
	Psikoterapi	%5,7 (n=2)
	Ayaktan ilaç tedavisi+ psikoterapi	%8,5 (n=3)
	EKT	%0 (n=0)
	Yatarak ilaç tedavisi	%0 (n=0)
Alkol kullanımı	Evet	%17,5 (n=35)
	Hayır	%82,5 (n=165)
Madde kullanımı	Evet	%0 (n=0)
	Hayır	%100 (n=200)
Ailede/yakın çevrede psikiyatrik hastalık tanısı alan biri	Evet	%39 (n=78)
	Hayır	%61 (n=122)
	Depresyon	%17,5 (n=35)
	Anksiyete bozukluğu	%12,5 (n=25)
	Bipolar bozukluk	%9 (n=18)
	Şizofreni	%13 (n=26)
	Panik bozukluk	%5,5 (n=11)
	OKB	%6,5 (n=13)
	Diğer	%1 (n=2)

4.1. Perinatal Psikiyatrik Bozukluk Damgalama Ölçeğinin Geçerlik Güvenirliğine İlişkin Bulgular

4.1.1.Kapsam geçerliği

Ölçeğin 20 soruluk hali oluşturulduktan sonra perinatal ruh sağlığı alanında çalışma tecrübesi olan 10 kişinin uzman görüşüne sunularak yanıtlar Davis tekniği ile değerlendirildi. Sorulara “A=Madde uygun, B=Madde hafifçe düzenlenmeli, C=Madde ciddi olarak düzenlenmeli, D=Madde uygun değil” şeklinde yanıt vermeleri istendi.

Davis tekniğine göre; A (madde uygun) ve B (madde hafifçe düzenlenmeli) seçeneğini işaretleyenlerin toplam uzman sayısına oranı Kapsam Geçerlik İndeksini oluşturmaktadır ve bu değer 0,80 ve üzeri olması gerekmektedir (Karakoç ve ark., 2014).

Ölçek maddelerinin Kapsam Geçerlik İndeksi 0,80-1 arasında bulunmuştur. Uzmanların önerilerine göre 8, 17, 18 ve 20. maddelerin içeriğinde düzenlemeler yapılmış, toplam madde sayısı değişmemiştir.

Uzmanların önerilerine göre, 8. Maddede yer alan “Psikiyatrik hastalığı olan bir kadının çocuğu da psikiyatrik hasta olur” ifadesi “Psikiyatrik hastalığı olan bir kadının çocuğunda da psikiyatrik bir hastalık olur” olarak; 17. Maddede yer alan “Psikiyatrik tanısı olan bir kadın, çocuğunu iyi terbiye edemez” ifadesi “Psikiyatrik tanısı olan bir kadın, çocuğunu iyi yetiştiremez” olarak; 18. Sorudaki “Psikiyatrik tanısı olan bir kadın, bebeğiyle güzel oyun oynayamaz” ifadesi “Psikiyatrik tanısı olan bir kadın, bebeğiyle yeterince iyi oyun oynayamaz” olarak; 20. Sorudaki “Çocuğuma iyi baksa bile bakıcımın psikiyatrik bir tanısının olduğunu öğrensem, bakıcımı işten çıkarırım” ifadesi damgalamayla ilişkili olmakla birlikte perinatal damgalama kısmında değerlendirilemeyebileceği için “Psikiyatrik tanısı olan bir kadın, bebeği huzursuz olduğunda sakinleşmesini sağlayamaz” olarak değiştirilmiştir.

4.1.2. İç tutarlılık

Maddelerin birbiriyle ve ölçeğin bütünüyle uyumlu olması, aynı yapıyı tutarlı bir şekilde ölçmeleri ölçeğin iç tutarlılığı olarak ifade edilmektedir (Çakmur, 2012). Ölçekteki maddelerin iç tutarlılığı; Cronbach Alpha Katsayısı, testi yarıya bölme tekniği, madde toplam puan korelasyonu, ölçek toplam puanı %27'lik alt ve üst dilimlerin karşılaştırılması analizleri ile değerlendirilmiştir.

Ölçeğin Cronbach Alpha Katsayısı 0,949 olarak bulunmuştur. Maddeler çıkarılarak hesaplama yapıldığında ölçeğin Cronbach Alpha Katsayısının 0,945-0,951 arasında değişiklik gösterdiği bulunmuştur (Tablo 4.3). Önemli bir değişiklik oluşmadığı için ölçekten herhangi bir madde çıkarılmamıştır. PRHDÖ'nün alt boyutlarının Cronbach Alfa katsayıları ayrı ayrı hesaplanmıştır. "Ayrımcılık ve Önyargı (Faktör 1)" alt boyutunun 0,93, "Etiketleme (Faktör 2)" alt boyutunun ise 0,88 olduğu bulunmuştur.

Tablo 4.3. PRHDÖ'nün Madde Toplam Ölçek Puanı İstatistikleri Cronbach Alfa Katsayısı

MADDE NO	Aritmetik ortalama	Standart sapma (SS)	Madde silindiğinde ölçeğin ortalaması	Madde silindiğinde ölçeğin varyansı	Düzeltilmiş Madde-Toplam puan korelasyonu	Madde silindiğinde ölçeğin Cronbach Alfa katsayısı
Madde 1	3,45	1,40	53,63	337,521	0,557	0,948
Madde 2	2,40	1,47	54,67	339,768	0,503	0,950
Madde 3	3,03	1,49	54,04	329,420	0,694	0,946
Madde 4	3,97	1,08	53,11	348,742	0,474	0,949
Madde 5	3,62	1,32	53,45	334,681	0,676	0,947
Madde 6	3,34	1,41	53,73	328,005	0,762	0,945
Madde 7	3,27	1,36	53,81	327,994	0,795	0,945
Madde 8	2,60	1,37	54,47	346,401	0,410	0,951
Madde 9	2,62	1,42	54,46	329,124	0,737	0,946
Madde 10	2,88	1,27	54,19	334,469	0,709	0,946
Madde 11	3,13	1,30	53,95	331,997	0,744	0,946
Madde 12	2,94	1,34	54,13	329,102	0,784	0,945
Madde 13	2,34	1,33	54,73	332,326	0,723	0,946
Madde 14	2,34	1,32	54,74	333,902	0,691	0,946
Madde 15	2,54	1,26	54,54	333,878	0,728	0,946
Madde 16	2,43	1,28	54,65	335,173	0,688	0,947
Madde 17	2,78	1,34	54,29	328,551	0,799	0,945
Madde 18	2,67	1,31	54,40	330,574	0,769	0,945
Madde 19	2,10	1,40	54,98	337,527	0,574	0,948
Madde 20	2,58	1,31	54,50	332,714	0,724	0,946
ÖLÇEĞİN	Aritmetik ortalama	Varyans	Standart sapma (SS)	Madde sayısı	Cronbach's Alfa	Ranj
	57,08	369,200	19,21457	20	0,949	20

Madde-toplam puan korelasyonları, iç tutarlık ölçütlerinden bir diğeridir. Madde-toplam puan korelasyonunda, bir ölçek maddesi ile ölçek maddelerinin toplam puanı ile ilişkisi değerlendirilir ve ölçülmek istenen özelliği maddenin ne kadar doğru ölçtüğünü belirlemede kullanılır. Madde-toplam puan korelasyonu yüksek olduğunda o maddenin ayırt ediciliği yüksek olur, korelasyon katsayısı düşük olduğunda ise maddenin yeterince güvenilir olmadığı ve ayırt ediciliğinin düşük olduğu söylenebilir (Aiken, 2009). Bu değerin her madde için 0,20'den büyük olması gerektiği referans alınmıştır (Öner, 2008). Çalışmamızda madde toplam puan korelasyonlarının 0,410 ile 0,799 arasında değişiklik gösterdiği ve sonuçların $p<0,001$ düzeyinde anlamlı olduğu bulunmuştur, sonuçlar Tablo 4.4.'te yer almaktadır.

Tablo 4.4. PRHDÖ'nün Madde-Toplam Puan Korelasyonları

MADDE NO	r	P
Madde 1	0,557	$p<0.001$
Madde 2	0,503	$p<0.001$
Madde 3	0,694	$p<0.001$
Madde 4	0,474	$p<0.001$
Madde 5	0,676	$p<0.001$
Madde 6	0,762	$p<0.001$
Madde 7	0,795	$p<0.001$
Madde 8	0,410	$p<0.001$
Madde 9	0,737	$p<0.001$
Madde 10	0,709	$p<0.001$
Madde 11	0,744	$p<0.001$
Madde 12	0,784	$p<0.001$
Madde 13	0,723	$p<0.001$
Madde 14	0,691	$p<0.001$
Madde 15	0,728	$p<0.001$
Madde 16	0,688	$p<0.001$
Madde 17	0,799	$p<0.001$
Madde 18	0,769	$p<0.001$
Madde 19	0,574	$p<0.001$
Madde 20	0,724	$p<0.001$

İç tutarlık analizi için uygulanabilecek diğer bir yöntem, testin yarıya bölünerek Cronbach's Alpha Katsayısının hesaplanmasıdır. İlk 10 soru ve ikinci 10 soru olarak iki ayrı grup oluşturulmuştur. Ölçeğin ilk kısmı için bu değer 0,894 ve ikinci kısmı için 0,935'tir, Guttman Split-Half katsayısı 0,882 ve Spearman-Brown katsayısı 0,883 olarak bulunmuştur, sonuçlar Tablo 4.5.'te yer almaktadır. Elde edilen değerlerin $>70\%$ olması güvenilir bir sonuç elde edildiği anlamına gelmektedir (Büyüköztürk, 2002).

Tablo 4.5. PRHDÖ'nün İki Yarı Güvenirlik Analizine İlişkin Bulgular

Cronbach Alpha Katsayısı	İlk kısım	Değer	0,894
		Maddeler	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9,10
	İkinci kısım	Değer	0,935
		Maddeler	11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20
		Toplam madde sayısı	20
İki kısım arasındaki korelasyon			0,790
Spearman-Brown Katsayısı		Eşit uzunluk	0,883
		Eşit olmayan uzunluk	0,883
Guttman Split-Half katsayısı			0,882

İç tutarlılık değerlendirilirken ölçekten alınan toplam puanlar en yüksekten en küçüğe doğru sıralanarak alt ve üst %27'lik dilimler arasındaki ilişki incelenir. Yapılan değerlendirme ile iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı çıkmıştır ($p<0,001$). Bu sonuç, PRHDÖ'nün maddelerinin ve ölçeğin toplam puanının perinatal dönemde ruhsal hastalığı olan kişilere yönelik damgalama tutumu düşük olanlar ve yüksek olanları ayırt edebildiğini göstermektedir (Tablo 4.6.).

Tablo 4.6. Ölçek puanının %27'lik alt ve üst dilimlerinin karşılaştırılması

	Ortalama	SS	Min-maks	P*
%27'lik üst değer	32,87	7,31	20-44	<0.001
%27'lik alt değer	81,16	9,47	69-105	

*Independent Sample T test

4.1.3. Yapı geçerliliği

Ölçeğin yapı geçerliliği için faktör analizleri kullanılır. Faktör analizi öncesinde, örneklem büyüklüğü yeterliliğini ve verilerin faktör analizi için uygunluğunu test etmek gerekir. Ölçeğin yapı geçerliliği için AFA ve DFA kullanılmıştır. Öncesinde verilerin faktör analizi için uygunluğu; Korelasyon Matrisi, KMO testi ve Barlett Küresellik testi ile değerlendirilmiştir.

Değişkenler arası korelasyon ile ortak faktör oluşturma arasında doğru orantı olup, değişkenler arasındaki korelasyonlar arttıkça, ortak faktör oluşturma olasılıkları da

artacaktır. Değişkenler arasındaki korelasyon, korelasyon matrisi ile değerlendirilmiştir. Ölçekte ters madde yoktur, ölçek maddeleri arasındaki korelasyon en düşük 0,211, en yüksek 0,791 bulunmuştur.

Örneklem büyüklüğünün uygunluğu KMO değeri kullanılarak incelenmiştir. Bir çalışmada faktör analizi yapılabilmesi için KMO değerinin 0,60'ın üzerinde olması gerektiği belirtilmiştir (Bütüner, 2008). Çalışmamızda KMO değeri 0,945 bulunmuştur.

Faktör analizi yapılmadan önce korelasyon matrisinin uygun olup olmadığına bakılması gerekir. Korelasyon matrisinin uygun olup olmadığı Barlett's Sphericity testi ile değerlendirilir. Barlett's Sphericity testiyle, korelasyon matrisinin birim matris olduğu hipotezi test edilir. Barlett's testinde $p < 0,05$ olması, ölçeğin faktör analizi için uygunluğunu ifade etmektedir. Mevcut çalışmada Ki Kare=2794,639, $p < 0,001$ bulunmuştur. Elde edilen sonuç, korelasyon matrisinin uygun olduğunu, verilere faktör analizi uygulanabileceğini göstermektedir (Tablo 4.7.)

Tablo 4.7. PRHDÖ KMO ve Bartlett's Test Sonuçları

KMO		0,945
Bartlett's Test of Sphericity	Ki-Kare	2794,639
	S.d.	190
	P	0,000

Faktör analizinin ilk kısmını AFA oluşturmaktadır. İlgili maddeleri gruplandırarak boyutların sayısını belirlemek ve faktör çıkarma için AFA yapılmıştır (Woo, 2012). Principal Component Analysis sonucunda ölçeğin iki faktörden oluştuğu bulunmuştur. Faktörlerin yapısını basitleştirmek için rotasyon yani döndürme işlemi kullanılmıştır (Woo, 2012). Rotasyon için varimax ve oblimin tekniği uygulanmıştır. Verilere öncelikle en sık kullanılan döndürme tekniği olan Varimax dik döndürme yapılmıştır. Varimax dik döndürme sonrasında 3 faktör, oblimin sonrasında 6 faktör birleştiği için oblimin tekniği ile elde edilen veriler kullanılmıştır. Oblimin döndürme metoduna ait veriler Tablo 4.8'de verilmiştir. AFA sonucunda ölçekten madde çıkarılmamıştır.

Tablo 4.8. Pattern Matrix Tablosu (Oblimin)

Pattern Matrix*	Component	
	1	2
14. Psikiyatrik hastalığı olan bir kadın, tedavi olsa bile bebeği için tehlikelidir.	0,863	
13. Psikiyatrik hastalığı olan bir kadın, tedavi olsa bile yeterince iyi annelik yapamaz.	0,823	
15. Psikiyatrik tanısı olan bir kadın, bebeğinin ihtiyaçlarını anlayamaz.	0,787	
16. Psikiyatrik tanısı olan bir kadın, bebeğine sevgisini gösteremez.	0,775	
20. Psikiyatrik tanısı olan bir kadın, bebeği huzursuz olduğunda sakinleşmesini sağlayamaz.	0,747	
17. Psikiyatrik tanısı olan bir kadın, çocuğunu iyi yetiştiremez.	0,738	
18. Psikiyatrik tanısı olan bir kadın, bebeğiyle yeterince iyi oyun oynayamaz.	0,720	
10. Psikiyatrik hastalığı olan bir kadın, bebeğine zarar verir.	0,667	
8. Psikiyatrik hastalığı olan bir kadının çocuğunda da psikiyatrik bir hastalık olur.	0,642	
19. Bir kadın sağlıklı bir bebeği olduğu halde psikiyatrik sorun yaşıyorsa yeterince şükretmiyordur.	0,617	
9. Psikiyatrik hastalığı olan bir kadın bebeği ile kısa süreli bile baş başa kalmamalıdır.	0,602	
12. Psikiyatrik hastalığı olan bir kadın, annelik yaparken aynı zamanda iyi bir eş olmaya yetemez.	0,598	0,320
11. Psikiyatrik hastalığı olan bir kadın boşandığında, bebeğin velayeti ona verilmemelidir.	0,524	0,364
4. Psikiyatrik hastalığı olan bir kadının gebeliği diğer gebelere göre daha sorunlu olacaktır.		0,845
5. Psikiyatrik hastalığı olan bir kadın, tek başına çocuk büyütmez.		0,813
1. Psikiyatrik hastalığı olan bir kadın, gebe kalmamalıdır.		0,722

Tablo 4.8. Pattern Matrix Tablosu (Oblimin-devam)

Pattern Matrix*		
	Component	
	1	2
6. Psikiyatrik hastalığı olan bir kadın, bebeğine yeterince iyi annelik yapamaz.		0,716
3. Psikiyatrik hastalığı olan bir kadının hem çalışıp hem çocuğuna bakması mümkün değildir.		0,645
7. Psikiyatrik hastalığı olan bir kadının, bebeğinin geleceği ile ilgili verdiği kararlara güvenilmez.	0,365	0,597
2. Psikiyatrik hastalığı olan bir kadın, emzirmemelidir.		0,555

Extraction Method: Principal Component Analysis.
 Rotation Method: Oblimin with Kaiser Normalization.
 *Rotation converged in 6 iterations.

Principal Component Analysis sonucunda ölçeğin iki faktörden oluştuğu bulunmuştur. PRHDÖ'nün 2 faktörlü yapısını oluşturan maddeler incelendiğinde, 1. Faktör: 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20 maddelerinden oluşmuş ve bu alt boyuta "Ayrımcılık ve Önyargı" ismi verilmiştir. 2. Faktör: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 maddelerinden oluşmuş ve bu alt boyuta "Etiketleme" ismi verilmiştir.

Tablo 4.9. Faktör Analizi Bulguları

Faktör 1: Önyargı ve Ayrımcılık	1	2
14. Psikiyatrik hastalığı olan bir kadın, tedavi olsa bile bebeği için tehlikelidir.	0,863	
13. Psikiyatrik hastalığı olan bir kadın, tedavi olsa bile yeterince iyi annelik yapamaz.	0,823	
15. Psikiyatrik tanısı olan bir kadın, bebeğinin ihtiyaçlarını anlayamaz.	0,787	
16. Psikiyatrik tanısı olan bir kadın, bebeğine sevgisini gösteremez.	0,775	
20. Psikiyatrik tanısı olan bir kadın, bebeği huzursuz olduğunda sakinleşmesini sağlayamaz.	0,747	
17. Psikiyatrik tanısı olan bir kadın, çocuğunu iyi yetiştiremez.	0,738	
18. Psikiyatrik tanısı olan bir kadın, bebeğiyle yeterince iyi oyun oynayamaz.	0,720	

Tablo 4.9. Faktör Analizi Bulguları (devam)

Faktör 1: Önyargı ve Ayrımcılık	1	2
10. Psikiyatrik hastalığı olan bir kadın, bebeğine zarar verir.	0,667	
8. Psikiyatrik hastalığı olan bir kadının çocuğunda da psikiyatrik bir hastalık olur.	0,642	
19. Bir kadın sağlıklı bir bebeği olduğu halde psikiyatrik sorun yaşıyorsa yeterince şükretmiyordur.	0,617	
9. Psikiyatrik hastalığı olan bir kadın bebeği ile kısa süreli bile baş başa kalmamalıdır.	0,602	
12. Psikiyatrik hastalığı olan bir kadın, annelik yaparken aynı zamanda iyi bir eş olmaya yetemez.	0,598	0,320
11. Psikiyatrik hastalığı olan bir kadın boşandığında, bebeğin velayeti ona verilmemelidir.	0,524	0,364
Faktör 2: Etiketleme		
4. Psikiyatrik hastalığı olan bir kadının gebeliği diğer gebelere göre daha sorunlu olacaktır.		0,845
5. Psikiyatrik hastalığı olan bir kadın, tek başına çocuk büyütemez.		0,813
1. Psikiyatrik hastalığı olan bir kadın, gebe kalmamalıdır.		0,722
6. Psikiyatrik hastalığı olan bir kadın, bebeğine yeterince iyi annelik yapamaz.	0,397	0,716
3. Psikiyatrik hastalığı olan bir kadının hem çalışıp hem çocuğuna bakması mümkün değildir.		0,645
7. Psikiyatrik hastalığı olan bir kadının, bebeğinin geleceği ile ilgili verdiği kararlara güvenilmez.	0,365	0,597
2. Psikiyatrik hastalığı olan bir kadın, emzirmemelidir.		0,555
Özdeğer	10,42	1,67
Açıklanan varyans (%) (toplam)	34,72	25,75
Cronbach's alfa (genel 0.94)	0,93	0,88

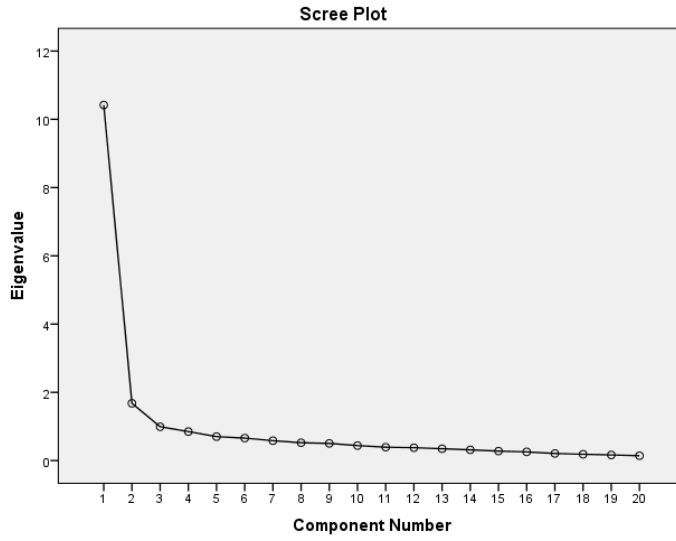
Çalışmamızda oblimin döndürme tekniği uygulanması sonucunda toplam varyansın % 60,48'ini açıklayan, özdeğeri 1,00'in üzerinde olan 2 faktörlü bir yapı elde edilmiştir, sonuçlar Tablo 4.10.'da yer almaktadır.

Tablo 4.10. İki faktörle sınırlandırılmış PRHDÖ'nün maddelerinin varyansı açıklama oranları

Bileşenler	Başlangıç Özdeğerleri			Yüklerin Kareler Toplamı			Döndürme Sonrası Yüklerin Kareler Toplamı		
	Toplam	Varyansın	Yığılmalı	Toplam	Varyansın	Yığılmalı	Toplam	Varyansın	Yığılmalı
	%	%	%	%	%	%	%	%	%
1	10,419	52,093	52,093	10,419	52,093	52,093	6,946	34,729	34,729
2	1,677	8,387	60,480	1,677	8,387	60,480	5,150	25,752	60,480
3	,992	4,958	65,439						
4	,849	4,243	69,682						
5	,702	3,508	73,189						
6	,659	3,295	76,484						
7	,583	2,913	79,398						
8	,522	2,611	82,009						
9	,503	2,514	84,523						
10	,439	2,193	86,716						
11	,391	1,956	88,672						
12	,377	1,883	90,555						
13	,346	1,728	92,282						
14	,314	1,568	93,851						
15	,278	1,388	95,239						
16	,254	1,268	96,507						
17	,207	1,035	97,542						
18	,185	,924	98,466						
19	,164	,822	99,288						
20	,142	,712	100,00						

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Scree Plot testiyle oluşturulan grafikte, ilk keskin değişikliğe kadar kaç faktör olduğuna bakılarak faktör sayısı kararlaştırılır. Grafikteki ilk keskin değişikliğin 2. faktörde olması sebebiyle faktör sayısı daha önce belirlenenle uyumlu olarak, 2 olarak kabul edilmiştir (Şekil 4.1.).



Şekil 4.1. Scree Plot Grafiği

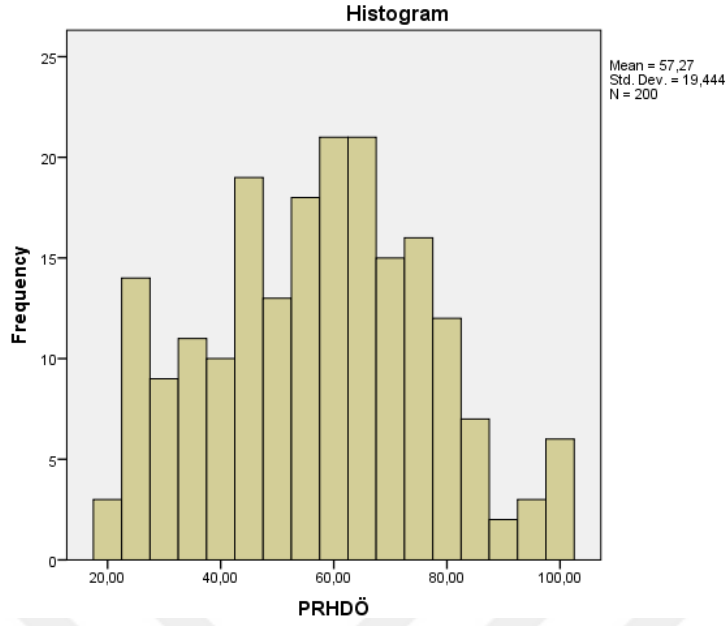
4.1.4. Toplanabilirlik ve doğrulayıcı faktör analizi

Ölçeğin toplanabilir ölçek tipinde olup olmadığı, Tukey toplanabilirlik testi ile değerlendirilmiştir. Yapılan varyans analizi sonucuna göre ölçek toplanabilir özelliktedir (Nonadditivity: $F=1,571$, $P=0,210>0,05$).

DFA, bir ölçümün faktör yapısının geçerliliğini desteklemek için güçlü kanıtlar sağlar (Brown, 2015). Verilerin normal dağılıp dağılmadığı incelendikten sonra DFA uygulaması yapılmalıdır. Çalışmamızda verilerin normallik dağılımı Kolmogorov-Smirnov testiyle incelenmiştir. Tablo 4.11. incelendiğinde Kolmogorov-Smirnov değeri 0,043 ve $p=0,200$ ($p>0,05$) bulunmuştur. Verilerin normal dağılımına ait histogram grafiği Şekil 4.2’ de gösterilmektedir.

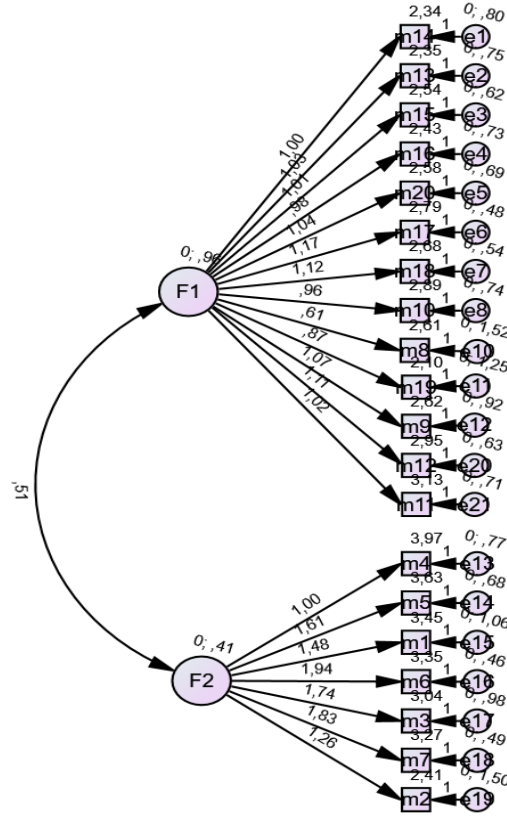
Tablo 4.11. PRHDÖ Toplam Puanına ait Kolmogorov-Smirnov Test Sonuçları

Kolmogorov-Smirnov		
Statistic	S.d.	p
0,043	19,573	0,200



Şekil 4.2. PRHDÖ verilerin normallik dağılım grafiği

Yapısal eşitlik modellemesi (YEM), çok değişkenli regresyon analizi ile faktör analizinin birleşimiyle meydana gelen bir analiz yöntemidir. YEM ile kuramsal olarak varlığı öne sürülen ifadelerin uyumu, dolayısıyla doğrulanması gerçekleştirilir (Malaeb ve ark., 2000). DFA, gözlemlenen ölçümler ile gizli olan değişkenler ya da faktörler arasındaki ilişkilerle ilgilenen bir tür YEM örneğidir. DFA ile gözlemlenen ölçümler birbiriyle ilişkilidir ve değişkenler veya faktörler gözlemler arasındaki korelasyonları etkiler (Brown ve Moore, 2012). DFA sırasında hesaplanan uyum indeksi değerlerinin önerilen aralıkta olması, geliştirilen hipotezin doğru olduğunu ifade etmektedir (Brown, 2015). Çalışmamızda birinci düzey DFA değerleri ve uyum indeksleri Şekil 4.3.'te yer almaktadır.



CMIN/df:2,653; NFI:0,846; CFI:0,896; IFI:0,898; TLI:0,871; RMSEA:0,080

Şekil 4.3. Birinci düzey DFA sonuçları

YEM, uyum indeksi değerlerinde CMIN/df için <3 ideal sonucu, <5 kabul edilebilir uyumu; NFI, CFI, IFI, TLI için >0,90 iyi uyumu; RMSEA için <0,05 ideal sonucu, <0,08 iyi uyumu, <0,10 kabul edilebilir uyumu göstermektedir (Kline, 2023). Çalışmamızda elde edilen uyum indeksleri Tablo 4.12.'de yer almaktadır.

Tablo 4.12. DFA Uyum İndeksi Değerleri ve Kabul Edilebilirlik Durumları

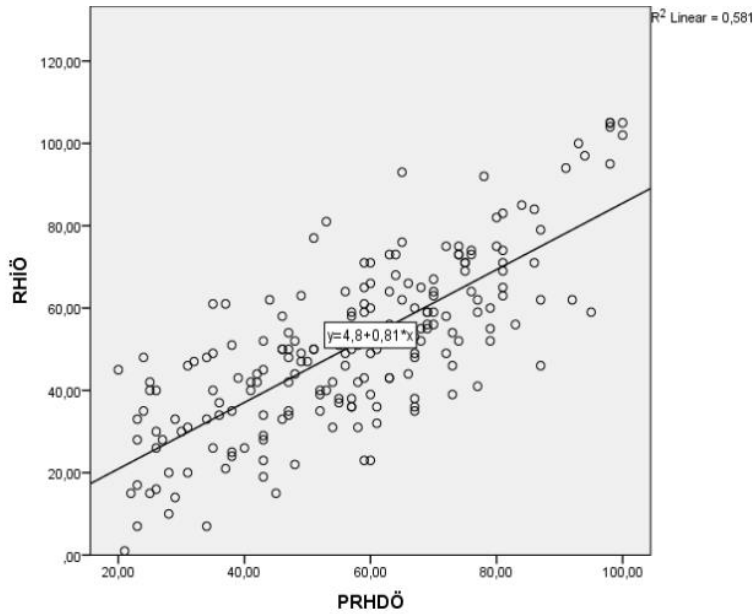
Uyum İndeksleri	Araştırma Bulgusu	Yorum
P	<0.001	
X2/df	2,653	Kabul edilebilir uyum
RMSEA	0,080	Kabul edilebilir uyum
NFI	0,846	Kabul edilebilir uyum
CFI	0,896	Kabul edilebilir uyum
IFI	0,898	Kabul edilebilir uyum
TLI	0,871	Kabul edilebilir uyum
AIC	570,396	Kabul edilebilir uyum

4.1.5. Diğer ölçeklerle korelasyon

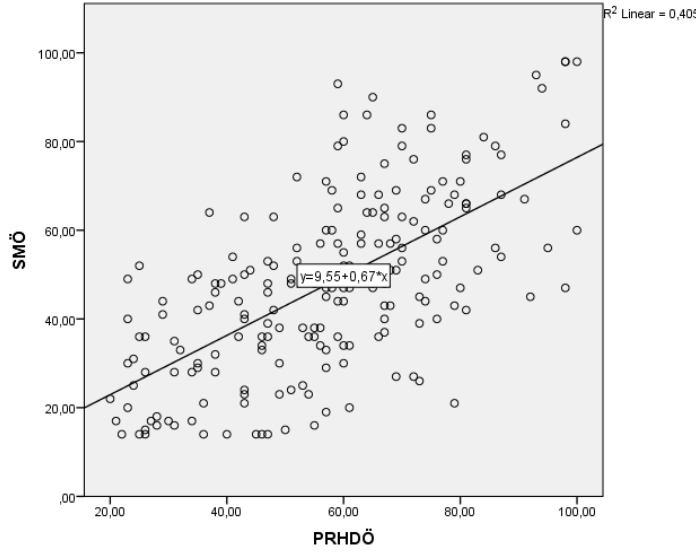
Geliştirilen ölçeğin korelasyonu için damgalama konusunda geçerliği ve güvenirliği kanıtlanmış SMÖ ve RHiÖ'ye verilen yanıtlar Pearson korelasyon katsayısı ile karşılaştırılmıştır. Katılımcıların ölçeklere verdiği yanıtlar arasında pozitif korelasyon bulunmuştur. PRHDÖ'nün RHiÖ ile korelasyonu 0,765, SMÖ ile korelasyonu 0,640 bulunmuştur (Tablo 4.13.). Korelasyona ait grafikler Şekil 4.4. ve Şekil 4.5.'te yer almaktadır.

Tablo 4.13. Ölçek puanlarının korelasyonu

ÖLÇEK MADDELERİ TOPLAMI KORELASYONU		PRHDÖ	RHiÖ	SMÖ
PRHDÖ	r	1	0,765	0,640
	p		<0.001	<0.001
RHiÖ	r	0,765	1	0,650
	p	<0.001		<0.001
SMÖ	r	0,640	0,650	1
	p	<0.001	<0.001	



Şekil 4.4. PRHDÖ'nün RHiÖ ile korelasyonu



Şekil 4.5. PRHDÖ'nün SMÖ ile korelasyonu

4.1.6. Ölçeğin zamana karşı değişmezliği

Zamana karşı değişmezlik test-tekrar test metodu ile ölçülmüştür. Farklı zamanlarda yapılan iki ölçümün sonuçların benzer çıkması, ölçeğin zamana karşı değişmezliğinin olduğunu ifade etmektedir. Test-tekrar test metodu için ölçeğin, 2-4 hafta arayla en az 30 kişiye tekrar uygulanması gerektiği belirtilmektedir (Saewyc ve ark., 2008). İki ölçüm arasındaki Pearson korelasyon kat sayısının 0,70'nin üzerinde olması önerilmektedir (Şeker ve ark., 2014). Ölçek, 30 katılımcıya üç hafta arayla tekrar uygulanmıştır. Ölçümler arasındaki korelasyon katsayısı 0,91 elde edilmiştir, bu ölçeğin zamana karşı değişmezlik ilkesini sağladığını göstermektedir.

4.2. Sosyodemografik özelliklerin damgalama ile ilişkisi

PRHDÖ toplam puanına ait Kolmogorov-Smirnov değeri 0,043 ($p > 0.05$) olması verilerin normal dağıldığını göstermektedir, bu sebeple karşılaştırma için parametrik testler kullanılmıştır. İkili gruplar bağımsız gruplarda t testi ile, ikiden fazla gruplar ANOVA testinin uygun alt grupları ile karşılaştırılmıştır.

Ölçeğin toplam puan ortalaması ($57,27 \pm 19,44$); kadınlar ($55,88 \pm 18,33$) ve erkekler ($60,10 \pm 21,39$) arasında birbirine yakın bulunmuş olup cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p > 0,05$). Çalışmamızda, kırsal kesimde yaşayanların puan ortalaması ($63,41 \pm 18,95$) daha yüksek bulunsada kent merkezinde yaşayanlar ($56,14 \pm 19,37$) ile arasında damgalama açısından anlamlı bir fark görülmemiştir ($p > 0,05$). Ek kronik tıbbi hastalığa sahip kişilerin ölçekten aldığı puanın daha fazla olduğu ($66,44 \pm 19,22$), kronik hastalığı olmayan kişilerin daha düşük puan aldığı ($56,61 \pm 18,74$) saptanmış olup, iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($p < 0,05$).

Kronik hastalık tanısı alan kişilerin aksine; ruhsal hastalık tanısı almış olan kişilerin puan ortalaması ($49,67 \pm 18,62$), şimdiye kadar ruhsal hastalık tanısı almayan kişilerden ($59,00 \pm 19,26$) daha düşük bulunmuş olup, anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p < 0,05$). Ailede ya da yakın çevrede psikiyatrik hastalık tanısı alan kişilerin olması ya da tedavi alıp almamalarının ölçek toplam puanını dolayısıyla damgalamayı etkilemediği bulunmuştur ($p > 0,05$). Sigara ve alkol kullanımının ölçek puanına etkisi incelendiğinde; sigara kullananlar arasında damgalama açısından farklılık saptanmadığı ($p > 0,05$), alkol kullanmayanlarda damgalama oranının daha fazla olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$). Veriler bağımsız gruplarda t testi ile elde edilmiş olup, Tablo 4.14.'te yer almaktadır.

Tablo 4.14. Sosyodemografik özelliklerin damgalamayla ilişkisi

Sosyodemografik özellikler		Ölçek Toplam Puanı	P
Cinsiyet	Kadın	$55,88 \pm 18,33$	$P > 0,05$
	Erkek	$60,10 \pm 21,39$	
Çocuk sahibi olma	Var	$62,82 \pm 17,82$	$P < 0,05$
	Yok	$52,54 \pm 19,59$	
Yaşadığı Yer	Kent merkezi	$56,14 \pm 19,37$	$P > 0,05$
	Kırsal	$63,41 \pm 18,95$	
Kronik Tıbbi Hastalık	Var	$66,44 \pm 19,22$	$P < 0,05$
	Yok	$56,61 \pm 18,74$	

Tablo 4.14. Sosyodemografik özelliklerin damgalamayla ilişkisi

Sosyodemografik özellikler		Ölçek Toplam Puanı	P
Ruhsal Hastalık	Var	49,67±18,62	P<0,05
	Yok	59,00±19,26	
Ailede/yakın çevrede psikiyatrik hastalık tanısı alan birinin bulunması	Evet	57,08±19,00	P>0,05
	Hayır	57,39±19,79	
Ailede/yakın çevrede psikiyatrik hastalık tanısı alan kişinin tedavi alıp almaması	Evet	56,01±19,52	P>0,05
	Hayır	58,03±19,43	
Sigara kullanımı	Evet	58,59±19,18	P>0,05
	Hayır	56,81±19,57	
Alkol kullanımı	Evet	47,88±18,42	P<0,05
	Hayır	59,26±19,12	

*Analizler Independent-Samples T Testi ile yapılmıştır

Yaş ile ölçek toplam puanı arasında pozitif korelasyon saptanmıştır ($p<0,001$), yapılan analize ilişkin değerler Tablo 4.15'te yer almaktadır.

Tablo 4.15. PRHDÖ toplam puanının yaş ile korelasyonu

			PRHDÖ Toplam Puanı	Yaş
Spearman's rho	PRHDÖ Toplam Puanı	Correlation Coefficient	1,000	0,273**
		Sig. (2-tailed)	0,000	0,000
	Yaş	N	200	200
		Correlation Coefficient	0,273**	1,000
		Sig. (2-tailed)	0,000	0,000
		N	200	200

** $p<0,001$

Kişilerin medeni durumları incelendiğinde; evli ve bekar kişilerin damgalama düzeyi arasında istatistiksel açıdan fark bulunduğu ($p<0,05$), diğer gruplar arasında belirgin farklılık olmadığı, evli kişilerin damgalama düzeyinin bekar kişilerden daha fazla olduğu saptanmıştır. Ölçekten alınan puanların en yüksekten en düşüğe doğru sıralaması; boşanmış, evli, dul, bekar olarak tespit edilmiştir.

Kişilerin eğitim durumları incelendiğinde; ilköğretim mezunu olanlarla lise mezunu olanlar arasında fark olmadığı, benzer şekilde lise mezunu olanlarla üniversite mezunu kişiler arasında ölçek toplam puanının belirgin farklılık göstermediği bulunmuştur ($p>0,05$). İlköğretim mezunlarının damgalama düzeyi üniversite mezunlarından daha fazla bulunmuştur ($p<0,05$). Yüksek lisans/doktora mezunlarına ait ölçek toplam puanı diğer gruplardan belirgin olarak düşük bulunmuştur ($p<0,05$). Ölçekten alınan puanların en yüksekten en düşüğe doğru sıralaması; ilköğretim mezunu, lise mezunu, üniversite mezunu, yüksek lisans/doktora mezunu olarak tespit edilmiştir.

Kişilerin çalışma durumları incelendiğinde; ölçek toplam puanı açısından öğrencilerle çalışmayan kişiler ve emekliler arasında istatistiksel olarak fark bulunduğu ($p<0,05$), diğer gruplar arasında ölçek toplam puanı açısından anlamlı bir farklılık bulunmadığı ($p>0,05$), öğrencilerin çalışmayan kişilere ve emeklilere göre damgalama düzeyinin daha az olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Ölçekten alınan puanların en yüksekten en düşüğe doğru sıralaması; emekli, çalışmıyor, düzensiz olarak çalışıyor, düzenli olarak çalışıyor, öğrenci olarak tespit edilmiştir.

Kişilerin gelir dağılımı incelendiğinde; aylık 5000-10000 TL kazancı olanlar ile 25000 TL ve üstü kazancı olanlar arasında istatistiksel anlamda fark olduğu, 25000 TL ve üzerinde geliri olanların damgalama düzeyinin daha düşük olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

5.TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu bölümde PRHDÖ'nün geliştirilmesi, geçerlik ve güvenirlik analizlerine ilişkin bulgular tartışılmıştır.

Ölçek maddeleri oluşturulmadan önce literatür araştırması yapılmış, damgalama konusunda geliştirilen ölçekler gözden geçirilmiştir. Damgalamanın farklı yönlerini ölçen birçok ölçek olmasına rağmen perinatal dönemde ruhsal hastalığı olan kişilere yönelik damgalama konusunda geliştirilen bir ölçek olmadığı, mevcut ölçeklerin bu konuyu tam olarak kapsamadığı görülmüştür. Perinatal damgalama konusunda geliştirilen ve henüz Türkçe'ye çevrilmeyen bir ölçeğe rastlanmıştır fakat bu ölçek perinatal dönemde ruhsal hastalığı olan kişilerin içselleştirilmiş damgalamasını ölçmektedir (Donna Moore ve ark., 2017). Geliştirdiğimiz ölçek, sosyal damgalamayı ölçmeyi amaçlamaktadır; literatürde bu alanda geliştirilen ve sosyal damgalamayı ölçen bir ölçeğe henüz rastlanmamıştır.

Yapılan birçok araştırmada damgalamaya maruz kalmanın benlik saygısında düşüklüğe, sosyal mesafeye maruz kalmaya, belirtilerini gizlemeye, tedavi reddine sebep olabileceği gösterilmiştir (MALAS, 2019). Perinatal dönemde ruhsal hastalığı olan kadınlar damgalamaya maruz kaldığında hem kendi ruh sağlığı hem de bebeğin sağlığı etkilenebileceği için bu durumun tespiti önemlidir (O'Hara ve ark., 2014). Klinik gözlemimiz sonucunda; annelerin tedavi alma konusunda daha çekingen davrandığı, belirtileri şiddetlenene kadar gizleme eğiliminde olduğu, ilaç kullanımının bebeğine mutlak zarar vereceğini düşündüğü, gebeyken ilaç kullanırsa toplum tarafından dışlanacağına inandığı, mevcut hastalıkları devam ederken gebe kaldıklarını öğrendiklerinde tedaviyi kontrolsüz bıraktığı, hastalığından utandığı ve yardım arayışında bulunmadığı, ruhsal hastalık yaşadığı için kendini suçladığı durumlara sık rastlamaktayız. Bahsedilen durumlara toplumda yaygın olarak kabul gören stereotipler, önyargılar ve ayrımcılık sonucunda kişilerin içselleştirilmiş damgalama yaşaması katkı sağlamakta ve bunun sonucunda hastalık yüküne damgalanma ile mücadelenin eklenmesiyle, durum içinden çıkılmaz bir hale gelmektedir. Geliştirdiğimiz ölçek ile, perinatal dönemde ruhsal hastalığı olan

kişilere yönelik damgalamayı tespit etmeyi ve bizden sonra yapılacak araştırmalarla damgalamayı önlemeye yönelik adımların atılmasını amaçladık.

Doğrudan bu çalışmanın konusu olmamakla birlikte; ölçekten alınan yüksek puanların kişilerin sosyodemografik özellikleriyle ilişkisi, damgalamayı etkileyen ve etkilemeyen durumları analiz ettik. Literatüre bakıldığında sosyodemografik özelliklerin damgalama ile ilişkisi konusunda çalışmalarda çok farklı ve çelişkili bulgular elde edildiğini gördük. Örneğin, yaşanılan yerin kentsel bölge ya da kırsal özellikte olmasının bazı çalışmalarda etkisiz olduğu gösterilirken; bazı çalışmalarda kırsal kesimde yaşayanların damgalama düzeyinin daha fazla olduğu ifade edilmektedir (TAŞKIN ve ark., 2002).

Bizim çalışmamızda; cinsiyetin ve yaşanılan yerin kentsel ya da kırsal olmasının damgalama üzerine etkisinin olmadığı saptanmıştır. Önceki bazı çalışmalarda tespit edilen kırsal kesimde daha fazla görülen damgalama düzeyinin bizim çalışmamızda görülmemesi; olanakların artması, kırsal kesimde yaşayanların kente ulaşımının artık daha kolay olması, yaygın internet kullanımı ve televizyonun hemen hemen her evde olmasıyla birlikte bilgi düzeyinin artışı ile ilişkili olabilir. Ruhsal hastalık tanısı alan kişilerin damgalama düzeyinin daha az olduğu, fakat aile/yakın çevrede psikiyatrik hastalık tanısı alan birinin olmasının damgalama düzeyini etkilemediği bulunmuştur. Bu durum bize; damgalama konusunda bireysel deneyimin daha etkili olduğunu ve benzer şeyleri yaşayan kişilerin damgalama düzeyinin daha az olduğunu düşündürmektedir. Kronik hastalık tanısı olan kişilerin damgalama düzeyi, kronik hastalığa sahip olmayanlardan daha yüksek bulunmuştur. Kronik hastalığı olan kişilerin yaşının daha büyük olması ve eğitim düzeyinin daha düşük olması damgalama düzeylerinin daha fazla olmasına yol açmış olabilir. Medeni durumun ölçek toplam puanı ile ilişkisi incelendiğinde, bekarların damgalama düzeyinin evli kişilerden daha az olduğu saptanmıştır.

Eğitim düzeyine bakıldığında; ilköğretim ve lise mezunu olanlar arasında fark saptanmazken; ilköğretim mezunlarının damgalama düzeyi üniversite mezunlarından daha fazla bulunmuştur. Yüksek lisans/doktora mezunlarının damgalama düzeyinin diğer gruplardan açıkça daha düşük olduğu görülmüştür. Mevcut veriler bize eğitim düzeyi arttıkça damgalamanın azaldığını fakat bu azalmanın eğitimin süresiyle

ilişkili olduğunu, eğitimin erken dönemde hemen değişiklik oluşturmadığını düşündürmektedir. Çalışma durumuna göre damgalama düzeyine bakıldığında; düzensiz ya da düzenli bir işte çalışma ile emeklilik arasında fark olmadığı, buna rağmen öğrencilerin damgalama düzeyinin emeklilerden ve çalışmayanlardan daha düşük bulunduğu tespit edilmiştir. Ruhsal hastalıklar hakkında bilgi düzeyi az olduğunda, önyargının ve damgalamanın daha fazla olduğu gösterilmiştir (TAŞKIN ve ark., 2002). Çalışmamızda ruhsal hastalıklar hakkında bilgi sahibi olduğunu düşünenler ile bilgi sahibi olmadığını söyleyenler arasında damgalama açısından istatistiksel anlamda fark olduğu saptanmıştır. Bilgi sahibi olduğunu düşünenlerin damgalama düzeyi daha düşük saptanmıştır, bu da ruhsal hastalığa yönelik yanlış inançların daha az görülmesi, çözüm yolları hakkında haberdar olma ve daha az çaresizlik yaşama ile ilişkili olabilir.

Ölçek geliştirilirken ilk olarak; damgalama, damgalamayı etkileyen faktörler, ruhsal hastalıklar hakkındaki inançlar ve annelik becerileri konusunda literatür araştırması yapılarak ölçek 40 maddelik taslak halinde oluşturulmuştur. Psikiyatri alanında çalışan öğretim üyeleri ve psikiyatri asistanlarından oluşan 20 kişilik bir ekibin görüşü alınarak 40 maddelik ölçekte perinatal damgalamayı daha iyi yansıttığı düşünülen 20 madde seçilmiştir. Literatürde kapsam geçerliliği için en az 3, en fazla 20 uzmanın görüşünün alınması gerektiği belirtilmektedir (Tavsancil, 2002). Mevcut çalışmada geliştirilen taslak ölçek, kapsam geçerliliği için literatüre uygun olarak perinatal ruh sağlığı alanında çalışma tecrübesi olan 10 kişilik uzman ekibin görüşüne sunulmuştur. Uzmanlardan gelen sonuçlar Davis tekniği ile değerlendirilerek kapsam geçerliliğine bakılmıştır. Literatürde Davis tekniğinde, KGİ'nin $>0,80$ olması gerektiği belirtilmiştir (Karakoç ve ark., 2014). Mevcut ölçekteki 19 maddenin KGİ değerinin 1 olduğu, 1 maddenin KGİ değerinin 0,80 olduğu bulunmuştur. Mevcut sonuçlar taslak ölçeğin kapsam geçerliğini sağladığını ifade etmektedir.

Uzmanların önerilerine göre 8. Maddede yer alan “Psikiyatrik hastalığı olan bir kadının çocuğu da psikiyatrik hasta olur” ifadesi “Psikiyatrik hastalığı olan bir kadının çocuğunda da psikiyatrik bir hastalık olur” olarak; 17. Maddede yer alan “Psikiyatrik tanısı olan bir kadın, çocuğunu iyi terbiye edemez” ifadesi “Psikiyatrik

tanısı olan bir kadın, çocuğunu iyi yetiştiremez” olarak; 18. Sorudaki “Psikiyatrik tanısı olan bir kadın, bebeğiyle güzel oyun oynayamaz” ifadesi “Psikiyatrik tanısı olan bir kadın, bebeğiyle yeterince iyi oyun oynayamaz” olarak; 20. Sorudaki “Çocuğuma iyi baksa bile bakıcımın psikiyatrik bir tanısının olduğunu öğrensem, bakıcımı işten çıkarırım” ifadesi damgalamayla ilişkili olmakla birlikte perinatal damgalama kısmında değerlendirilemeyebileceği için “Psikiyatrik tanısı olan bir kadın, bebeği huzursuz olduğunda sakinleşmesini sağlayamaz” olarak değiştirilmiştir.

Uzman görüşleri sonrasında ölçeğin 20 madde içeren nihai hali oluşturularak katılımcılara ulaşılması aşamasına geçilmiştir. Literatür incelendiğinde ölçek geliştirme çalışmalarında örneklem büyüklüğünün ölçek maddesi ve değişkenler üzerinden hesaplandığı görülmüştür. Literatürde, özellikle faktörler belirgin ve güçlü, değişkenlerin sayısı büyük değil ise 100-200 kişiden oluşan örneklem yeterli olduğu ifade edilmektedir (Büyüköztürk, 2002). Genel kabul gören görüş, örneklem büyüklüğünün değişken sayısının en az 5 katı hatta 10 katı olması gerektiğidir (Karakoç ve ark., 2014). Ölçeğin son halinin 20 maddeden oluşması sebebiyle, örneklem büyüklüğü 200 ($20 \times 10 = 200$) kişi olarak belirlenmiştir. Çalışmaya 01.06.2022-01.12.2022 tarihleri arasında Sakarya EAH’de farklı kliniklere başvuran hastalar, hasta yakınları ve hastane personelinden oluşan 200 kişi katılmıştır. Katılımcıların toplumu yansıtmaması için hasta ve sağlıklı bireyler çalışmaya dahil edilmiş fakat muhakeme ve iradeyi etkilediği bilinen hastalığa sahip olanlar çalışmaya dahil edilmemiştir.

Yeterli katılımcıya ulaşıldıktan sonra verilerin IBM SPSS 22 ve IBM AMOS 26 programı aracılığı ile analizine geçilmiştir. Ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik analizine ilk olarak iç tutarlılık analizleri ile başlanmıştır. Maddelerin birbiriyle ve ölçeğin bütünüyle uyumlu olması, aynı yapıyı tutarlı bir şekilde ölçmeleri ölçeğin iç tutarlılığı olarak ifade edilmektedir (Çakmur, 2012). Ölçekteki maddelerin iç tutarlılığı; Cronbach Alpha Katsayısı, maddeler arası korelasyon, testi yarıya bölme tekniği, madde toplam puan korelasyonu, ölçek toplam puanı %27’lik alt ve üst dilimlerin karşılaştırılması analizleri ile değerlendirilmiştir. Mevcut çalışmada genel ölçeğin Cronbach Alfa katsayısı 0,94, faktör 1 alt boyutunun 0,93, faktör 2 alt

boyutunun ise 0,88 bulunmuştur. Ölçeğin ve alt boyutlarının Cronbach alfa katsayısı $>0,80$ olması sebebiyle yüksek derecede güvenilirlik gösterdiği belirlenmiştir (Alpar, 2013).

Madde-toplam puan korelasyonları, iç tutarlık ölçütlerinden bir diğeridir. Madde-toplam puan korelasyonunda, bir ölçek maddesi ile ölçek maddelerinin toplam puanı ile ilişkisi değerlendirilir. Madde-toplam puan korelasyonu, ölçülmek istenen özelliği maddenin ne kadar doğru ölçtüğünü belirlemede kullanılır. Madde-toplam puan korelasyonu yüksek olduğunda o maddenin ayırt ediciliği yüksek olur, korelasyon katsayısı düşük olduğunda ise maddenin yeterince güvenilir olmadığı ve ayırt ediciliğinin düşük olduğu söylenebilir (Aiken, 2009). Geliştirilen ölçeklerde madde toplam puan korelasyonunun 0,20'nin üzerinde olması ve maddeler arasında negatif korelasyon olmaması gerektiği belirtilmiştir (Aiken, 2009). Ölçekte ters madde yoktur, madde-toplam puan korelasyonu en düşük 0,410, en yüksek 0,799 bulunmuştur. Ölçek maddeleri arasındaki korelasyon ise en düşük 0,211, en yüksek 0,791 bulunmuştur. Ölçek maddeleri ile toplam puan arasındaki korelasyonun 0,20'nin üzerinde olması, ölçeğin ters madde içermemesi, maddeler arasında negatif korelasyon saptanmaması PRHDÖ'nün içeriğinde sorunlu bir maddenin yer almadığını ve yeterli iç tutarlılık ölçütünü sağladığını göstermektedir.

İç tutarlılık değerlendirilirken ölçekten alınan toplam puanlar en yüksekten en küçüğe doğru sıralanarak alt ve üst %27'lik dilimler arasındaki ilişki t testi ile incelenir. Bu yöntem ile ölçeğin iki uç değer arasındaki farkı ortaya çıkarıp çıkaramadığı yani damgalama düzeyi yüksek olanlar ile düşük olanları ayırt edip edemediği araştırılır. Yapılan değerlendirme ile gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$). Elde edilen sonuç, PRHDÖ'nün maddelerinin ve ölçeğin toplam puanının perinatal dönemde ruhsal hastalığı olan kişilere yönelik damgalama tutumu düşük olanlar ve yüksek olanları ayırt edebildiğini göstermektedir.

İç tutarlık analizi için kullanılan bir diğer yöntem, testi yarıya bölme tekniği sonrası Cronbach's Alfa güvenilirlik katsayısının hesaplanmasıdır. İlk 10 soru ve ikinci 10 sorudan oluşan iki ayrı grup oluşturulmuştur. Bu değer ölçeğin ilk kısmı için 0,894, ikinci kısmı için 0,935 bulunmuştur. Ölçeğe ait Guttman Split-Half katsayısı 0,882 ve Spearman-Brown katsayısı 0,883, iki kısım arasındaki korelasyon 0,790 olarak

bulunmuştur. Literatürde 0,70'nin üzerinde olan değerlerin güvenilir kabul edilmesi sebebiyle, bu bulgular PRHDÖ'nün iç tutarlık güvenilirliğinin yüksek olduğunu göstermektedir (Büyüköztürk, 2002).

Ölçek geliştirme çalışmalarında iç tutarlılık analizleri tamamlandıktan sonra yapı geçerliği analizlerinin de yapılması gerekir. Yapı geçerliği, ölçekten alınan puanların neyi ifade ettiğini ve istenilen konuyu ne oranda ölçtüğünün araştırıldığı bir analizdir. Literatürde yapı geçerliğini değerlendirmek için en sık faktör analizi yöntemi kullanılır. Faktör analizleri AFA ve DFA'yı içerir. Ölçeğin alt boyutlarını değerlendirmek için AFA yapılır. Yapı geçerliğinin tespiti için mevcut çalışmamızda literatür ile uyumlu olarak AFA ve DFA analizleri yapılmıştır.

Literatürde faktör analizi öncesinde, örneklem grubunun büyüklüğünün faktör analizi için yeterliliğinin test edilmesi gerektiği bildirilmiştir. Faktör analizinde örneklem grubunun büyüklüğünün yeterli olup olmadığı KMO testi kullanılarak tespit edilir (Seçer, 2015). Faktör analizi uygulanabilmesi için KMO değerinin 0,60'ın üzerinde olması önerilmektedir (Büyüköztürk, 2018). Literatürde KMO 0,90-1 olması mükemmel güvenilirlik değeri olarak kabul edilmekte olup, çalışmamızda KMO değeri 0,945 yani mükemmel aralıkta bulunmuştur. KMO değerinin 0,945 tespit edilmesi, faktör analizi için yeterli örneklem grubu büyüklüğünün sağlandığını göstermektedir.

Faktör analizi öncesinde korelasyon matrisinin uygun olup olmadığına bakılması gerekir. Korelasyon matrisinin uygun olup olmadığı Barlett's Sphericity testi ile değerlendirilir. Barlett's Sphericity testiyle, korelasyon matrisinin birim matris olduğu hipotezi test edilir. Mevcut çalışmada $Ki \text{ Kare}=2794,639$, $p<0,001$ bulunmuştur. Elde edilen sonuç, korelasyon matrisinin uygun olduğunu, verilere faktör analizi uygulanabileceğini göstermektedir.

AFA uygulamasının ikinci aşaması, ölçeğin faktör yapısının incelenmesini içerir. Ölçeğin faktör yapısının tespit edilebilmesi için Principal Component analizi ve döndürme tekniğinin kullanılması önerilmektedir. Döndürme olarak varimax ve oblimin tekniği uygulanmıştır. Varimax dik döndürme sonrasında 3 faktörün, oblimin eğik döndürme sonrasında 6 faktörün birleştiği görülmüştür ve analizde

oblimin tekniğinden elde edilen veriler kullanılmıştır. Çalışmamızda bu analizlerin uygulanması sonucunda toplam varyansın % 60,48'ini açıklayan, özdeğeri 1,00'in üzerinde olan 2 faktörlü bir yapı elde edilmiştir. Scree plot testiyle faktör yapısının azaltılıp azaltılamayacağını değerlendirilmesi gerekmektedir. Scree Plot testiyle oluşturulan grafikte, ilk keskin değişimliğe kadar kaç faktör olduğuna bakılarak faktör sayısına karar verilir. Grafikteki ilk keskin değişimliğin 2. faktörde olması sebebiyle faktör sayısı 2 olarak kabul edilmiştir. Oblimin döndürme uygulaması sonrasında faktör analizi tekrarlanmıştır. PRHDÖ'de toplam varyansın %60,48'ini açıklayan, özdeğeri 1.00'in üzerinde olan 2 alt boyutlu bir ölçek elde edilmiştir. Çalışmadaki %60,48'lik toplam varyansın %34,729'unu "Ayrımcılık ve Önyargı" faktörünün, %25,752'ini "Etiketleme" faktörünün açıkladığı bulunmuştur. Literatürde ölçeğin varyansının %40-60 arasında olması gerektiği belirtilmektedir (Kartal ve BARDAKÇI, 2018). Mevcut çalışmada %60,48'lik toplam varyans elde edilmiş olup, yeterli düzeyde olduğu bulunmuştur.

PRHDÖ'nün ölçekteki maddelerin faktörlere dağılımı incelendiğinde; 1. Faktör: 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20 maddelerini içermekle birlikte toplam 13 maddeden, 2. Faktör: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 maddelerini içermekle birlikte toplam 7 maddeden oluşmaktadır.

AFA'nın son aşamasında maddelerin içeriğine bakılarak faktörlerin isimlendirilmesi yapılmaktadır. Bu isimlendirme işlemine "etiketleme" adı verilmektedir. Çalışmamızda da faktörlerde yer alan maddelere bakılarak 1. faktöre "Önyargı ve Ayrımcılık", 2. faktöre "Etiketleme" isimleri verilmiştir. 1. Faktörün damgalama yükünün daha fazla oluşu ve davranışsal bileşenler göstermesi "Önyargı ve Ayrımcılık" olarak isimlendirilmesine sebep olmuştur. Buna rağmen 2. Faktör damgalamayla ilişkili olumsuz ifadeler barındırmakla birlikte kesinlikten uzak, daha kabullenici yaklaşımlar barındırdığından damgalamanın ilk bileşeni olarak ortaya çıkan "Etiketleme" terimi uygun görülmüştür. Bir makalede geçen, damgalama terimini bir düzlem üzerinde açıklıyor olsak ilk adıma etiketleme; son adıma ise ayrımcılık denilebileceği ifadesi isimlendirme konusunda bize yol göstermiştir (Bekiroğlu, 2021).

Ölçek geliştirme çalışmalarında AFA sonrasında DFA'nın yapılması önerilmektedir. DFA ile; elde edilen hipotezlerin doğruluğu sınanır (Simsek, 2007). Verilerin normal dağılıp dağılmadığı incelendikten sonra DFA uygulaması yapılmalıdır. Çalışmamızda verilerin normallik dağılımı Kolmogorov-Smirnov testiyle incelenmiştir. Kolmogorov-Smirnov değeri 0,043, $p>0,05$ bulunmuştur, veriler normal dağılım göstermektedir.

Yapısal eşitlik modellemesi (YEM), çok değişkenli regresyon analizi ile faktör analizinin birleşimiyle meydana gelen bir analiz yöntemidir. YEM ile kuramsal olarak varlığı öne sürülen ifadelerin uyumu, dolayısıyla doğrulanması gerçekleştirilir (Malaeb ve ark., 2000). DFA, gözlemlenen ölçümler ile gizli olan değişkenler ya da faktörler arasındaki ilişkilerle ilgilenen bir tür YEM örneğidir. DFA sırasında hesaplanan uyum indeksi değerlerinin önerilen aralıkta olması, geliştirilen hipotezin doğru olduğunu ifade etmektedir (Brown, 2015). YEM, uyum indeksi değerlerinde CMIN/df için <3 ideal sonucu, <5 kabul edilebilir uyumu; NFI, CFI, IFI, TLI için $>0,90$ iyi uyumu; RMSEA için $<0,05$ ideal sonucu, $<0,08$ iyi uyumu, $<0,10$ kabul edilebilir uyumu göstermektedir (Kline, 2023). Çalışmamızda CMIN/df 2,653, NFI 0,846, CFI 0,896, IFI 0,898, TLI 0,871, AIC 570,396, RMSEA 0,080 olarak hesaplanmış olup bu değerler istenilen aralıkta olduğu için kabul edilir uyumu ifade etmektedir. Birinci düzey DFA sonuçları ve uyum indeksleri sonucunda ölçekten madde çıkarılmamıştır.

Geliştirilen ölçeğin korelasyonu için damgalama konusunda geçerliği ve güvenilirliği kanıtlanmış SMÖ ve RHİÖ'ye verilen yanıtlar Pearson korelasyon katsayısı ile karşılaştırılmıştır. Katılımcıların ölçeklere verdiği yanıtlar arasında pozitif korelasyon bulunmuştur. PRHDÖ'nün RHİÖ ile korelasyonu 0,765, SMÖ ile korelasyonu 0,640 bulunmuştur. Üç ölçek arasında pozitif korelasyon olması, ölçeklerden alınan puanlar arttıkça damgalama düzeyinin arttığını ve benzer sonuçların ortaya çıktığını ifade etmektedir.

Zamana karşı değişmezlik test-tekrar test metodu ile ölçülmüştür. Farklı zamanlarda yapılan iki ölçümün sonuçların benzer çıkması, ölçeğin zamana karşı değişmezliğinin olduğunu ifade etmektedir. Test-tekrar test metodu için ölçeğin, 2-4 hafta arayla en az 30 kişiye tekrar uygulanması gerektiği belirtilmektedir (Saewyc ve

ark., 2008). İki ölçüm arasındaki Pearson korelasyon kat sayısının 0,70'nin üzerinde olması önerilmektedir (Şeker ve ark., 2014). Literatüre uygun olarak, 30 gönüllüye 3 hafta arayla test uygulaması tekrarlanmıştır. Ölçümler arasındaki korelasyon katsayısı 0,916 bulunmuştur; bu değer, zamana karşı değişmezlik ilkesinin sağlandığını göstermektedir.

Geçerlik ve güvenirliği tamamlanan PRHDÖ'den alınabilecek en düşük puan 20, en yüksek puan 100'dür. Çalışmamızda PRHDÖ'den alınan en düşük puan 20, en yüksek puan 100, ölçeğin toplam puan ortalaması $57,27 \pm 19,44$ olarak bulunmuştur.

Ölçeğin adı ilk olarak "Perinatal Dönemde Ruhsal Hastalığı Olan Kadınlara Yönelik Stigma (Damgalama) Ölçeği" olarak düşünülmüş fakat uzun olması ve kadınlara yönelik ifadesinin karışıklık yarattığı ve uygulama kısmında erkeklerin doldurmadığı tespit edilmiş olup "Perinatal Ruhsal Hastalık Damgalama Ölçeği" olarak değiştirilmiştir.

Sonuç olarak; PRHDÖ'nün Türk toplumunun perinatal dönemde ruhsal hastalığı olan kadınlara yönelik damgalama tutumlarını belirlemede geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğu tespit edilmiştir.

Öneriler; geliştirdiğimiz ölçekte farklı hastalıklara yönelik damgalama düzeyinin likert tipi derecelendirme yöntemine verilen yanıtlar ile tespit edileceğini bu yüzden hastalıkları ayrı ayrı ele almaya gerek olmadığını düşündük fakat sonraki araştırmalarda hastalık alt gruplarına ait damgalama ölçekleri de geliştirilebilir. Stigma kültür, sosyoekonomik durum, eğitim gibi faktörlerden etkilenebilen bir kavramdır. Çalışmamız heterojen grupta gerçekleştirilmiş olup, homojen alt gruplara ait stigma düzeyi de araştırma konusu olabilir. Geliştirdiğimiz ölçek ile başkasına yönelik damgalama yani sosyal damgalama ölçülmüştür. Sosyal damgalama, içselleştirilmiş damgalamanın önemli bir göstergesidir ve içsel damgalamayı inceleyen farklı ölçeklerin geliştirilmesi de gerekebilir. Sorunun ortadan kaldırılmasına yönelik adımlar atılmadıkça damgalamayı tespit etmenin tesiri istenilen düzeyde olmayacaktır. Bu sebeple önce damgalamanın tespit edilmesini, daha sonraki araştırmalarda da damgalamanın gelişmesine yönelik önlemlerin alınmasını ve çözüm yollarının bulunmasını umuyoruz.

6.KAYNAKLAR

- Aiken, L. R. (2009). *Psychological testing and assessment*: Pearson Education India.
- Alpar, R. (2013). Uygulamalı çok degiskenli istatistiksel yöntemler. *Detay Yayıncılık, Ankara, Turkey*.
- Arkar, H. (1991). Akıl hastasının sosyal reddedilimi. *Düşünen Adam*, 4(3), 6-9.
- Baysal, G. Ö. D. (2013). Damgalanma ve ruh sağlığı. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 22(2), 239-251.
- 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.
- Biaggi, A., Conroy, S., Pawlby, S., & Pariante, C. M. (2016). Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review. *J Affect Disord*, 191, 62-77. doi:10.1016/j.jad.2015.11.014
- Biaggi, A., Conroy, S., Pawlby, S., & Pariante, C. M. (2016). Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: a systematic review. *Journal of affective disorders*, 191, 62-77.
- Bilge, A., & Çam, O. (2008). Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'nin geçerliliği ve güvenilirliği/validity and reliability of beliefs towards mental illness scale. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 9(2), 91.
- Bilge, A., & Çam, O. (2010). Ruhsal Hastalığa Yönelik Damgalama ile Mücadele. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 9(1).
- Brown, T. A. (2015). *Confirmatory factor analysis for applied research*: Guilford publications.
- Brown, T. A., & Moore, M. T. (2012). Confirmatory factor analysis. Handbook of structural equation modeling. Retrieved September, 18, 2018.
- Bütünler, S. Ö. (2008). Büyüköztürk, Ş.(2007), Sosyal Bilimler için Veri Analizi El Kitabı, Ankara: Pegem A Yayıncılık. *İlköğretim Online*, 7(1), 6-8.
- Büyüköztürk, Ş. (2002). Faktör analizi: Temel kavramlar ve ölçek geliştirmede kullanımı. *Kuram ve uygulamada eğitim yönetimi*, 32(32), 470-483.
- Büyüköztürk, Ş. (2018). Sosyal bilimler için veri analizi el kitabı. *Pegem Atıf İndeksi*, 001-214.
- Büyüköztürk, Ş., Kılıç-Çakmak, E., Akgün, Ö., Karadeniz, Ş., & Demirel, F. (2008). Bilimsel araştırma yöntemleri.

Ciftci, A., Jones, N., & Corrigan, P. W. (2013). Mental health stigma in the Muslim community. *Journal of Muslim Mental Health*, 7(1).

Corbijn van Willenswaard, K., Lynn, F., McNeill, J., McQueen, K., Dennis, C. L., Lobel, M., & Alderdice, F. (2017). Music interventions to reduce stress and anxiety in pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 17(1), 271. doi:10.1186/s12888-017-1432-x

Corrigan, P. W. (2011). Best practices: Strategic stigma change (SSC): Five principles for social marketing campaigns to reduce stigma. *Psychiatric Services*, 62(8), 824-826.

Corrigan, P. W., Druss, B. G., & Perlick, D. A. (2014). The impact of mental illness stigma on seeking and participating in mental health care. *Psychological Science in the Public Interest*, 15(2), 37-70.

Corrigan, P. W., Watson, A. C., & Barr, L. (2006). The self-stigma of mental illness: Implications for self-esteem and self-efficacy. *Journal of social and clinical psychology*, 25(8), 875-884.

Çakmur, H. (2012). Araştırmalarda Ölçme-Güvenilirlik-Geçerlilik. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 11(3).

Çalık, K. Y., & Aktaş, S. (2011). Gebelikte depresyon: sıklık, risk faktörleri ve tedavisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(1), 142-162.

Dennis, C.-L., Falah-Hassani, K., & Shiri, R. (2017). Prevalence of antenatal and postnatal anxiety: Systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 210. doi:10.1192/bjp.bp.116.187179

Durukan, E., İlhan, M. N., Bumin, M. A., & Aycan, S. (2011). 2 hafta-18 aylık bebeği olan annelerde postpartum depresyon sıklığı ve yaşam kalitesi. *Balkan Medical Journal*, 2011(4), 385-393.

Fairbrother, N., Janssen, P., Antony, M. M., Tucker, E., & Young, A. H. (2016). Perinatal anxiety disorder prevalence and incidence. *J Affect Disord*, 200, 148-155. doi:10.1016/j.jad.2015.12.082

Ferguson, L., Gruskin, S., Bolshakova, M., Yagyu, S., Fu, N., Cabrera, N., . . . Hempel, S. (2022). Frameworks and measures for HIV-related internalized stigma, stigma and discrimination in healthcare and in laws and policies: a systematic review. *J Int AIDS Soc*, 25 Suppl 1(Suppl 1), e25915. doi:10.1002/jia2.25915

Gerlinger, G., Hauser, M., De Hert, M., Lacluyse, K., Wampers, M., & Correll, C. U. (2013). Personal stigma in schizophrenia spectrum disorders: a systematic review of prevalence rates, correlates, impact and interventions. *World Psychiatry*, 12(2), 155-164.

Goffman, E. (1963). Embarrassment and social organization.

- Haefner, H. (2010). Comment on E.F. Torrey and R.H. Yolken: "Psychiatric genocide: Nazi attempts to eradicate schizophrenia" (Schizophr Bull. 2010;36/1:26-32) and R.D. Strous: "psychiatric genocide: reflections and responsibilities" (Schizophr Bull. Advance access publication on February 4, 2010; doi:10.1093/schbul/sbq003). *Schizophr Bull*, 36(3), 450-454. doi:10.1093/schbul/sbq034
- Hasson-Ohayon, I., Levy, I., Kravetz, S., Vollanski-Narkis, A., & Roe, D. (2011). Insight into mental illness, self-stigma, and the family burden of parents of persons with a severe mental illness. *Comprehensive Psychiatry*, 52(1), 75-80.
- KAPIKIRAN, N. A., & KAPIKIRAN, Ş. (2013). Psikolojik yardım aramada kendini damgalama ölçeği: Geçerlik ve güvenilirlik. *Turkish Psychological Counseling and Guidance Journal*, 4(40).
- Karakoç, A. G. D. F. Y., & Dönmez, L. (2014). Ölçek geliştirme çalışmalarında temel ilkeler. *Tıp Eğitimi Dünyası*, 13(40), 39-49.
- Kartal, M., & BARDAKÇI, S. (2018). *SPSS ve AMOS uygulamalı örneklerle güvenilirlik ve geçerlik analizleri*: Akademisyen Kitabevi.
- Kessler, R. C. (2003). Epidemiology of women and depression. *Journal of affective disorders*, 74(1), 5-13.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*, 62(6), 593-602. doi:10.1001/archpsyc.62.6.593
- Kline, R. B. (2023). *Principles and practice of structural equation modeling*: Guilford publications.
- Lim, G. (2021). Perinatal depression. *Curr Opin Anaesthesiol*, 34(3), 233-237. doi:10.1097/aco.0000000000000998
- Livingston, J. D., & Boyd, J. E. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Social science & medicine*, 71(12), 2150-2161.
- Malaeb, Z. A., Summers, J. K., & Pugeseck, B. H. (2000). Using structural equation modeling to investigate relationships among ecological variables. *Environmental & Ecological Statistics*, 7(1).
- MALAS, E. M. (2019). Ruhsal bozukluklara karşı stigma-derleme. *Manas Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 8(1), 1170-1188.
- Marchesi, C., Ossola, P., Amerio, A., Daniel, B. D., Tonna, M., & De Panfilis, C. (2016). Clinical management of perinatal anxiety disorders: A systematic review. *J Affect Disord*, 190, 543-550. doi:10.1016/j.jad.2015.11.004

- Matthews, S., Dwyer, R., & Snoek, A. (2017). Stigma and Self-Stigma in Addiction. *J Bioeth Inq*, 14(2), 275-286. doi:10.1007/s11673-017-9784-y
- Misri, S., Abizadeh, J., Sanders, S., & Swift, E. (2015). Perinatal generalized anxiety disorder: assessment and treatment. *Journal of Women's Health*, 24(9), 762-770.
- Moore, D., Ayers, S., & Drey, N. (2017). The City MISS: development of a scale to measure stigma of perinatal mental illness. *Journal of reproductive and infant psychology*, 35(3), 273-285.
- Moore, D., Ayers, S., & Drey, N. (2017). The City MISS: development of a scale to measure stigma of perinatal mental illness. *J Reprod Infant Psychol*, 35(3), 273-285. doi:10.1080/02646838.2017.1313967
- Nielsen-Scott, M., Fellmeth, G., Opondo, C., & Alderdice, F. (2022). Prevalence of perinatal anxiety in low- and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*, 306, 71-79. doi:10.1016/j.jad.2022.03.032
- O'Hara, M. W., & Wisner, K. L. (2014). Perinatal mental illness: definition, description and aetiology. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*, 28(1), 3-12. doi:10.1016/j.bpobgyn.2013.09.002
- Öner, N. (2008). Türkiye'de kullanılan psikolojik testler bir başvuru kaynağı (İkinci Basım). *İstanbul: Boğaziçi Yayınları*.
- Özmen, S., & Erdem, R. (2018). Damgalamanın kavramsal çerçevesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 23(1), 185-208.
- Pasmatzi, E., Koulierakis, G., & Giaglis, G. (2016). [Self-stigma, self-esteem and self-efficacy of mentally ill]. *Psichiatriki*, 27(4), 243-252. doi:10.22365/jpsych.2016.274.243
- Ribeiro, M. M., Andrade, A., & Nunes, I. (2022). Physical exercise in pregnancy: benefits, risks and prescription. *J Perinat Med*, 50(1), 4-17. doi:10.1515/jpm-2021-0315
- Saewyc, E. M., Poon, C. S., Homma, Y., & Skay, C. L. (2008). Stigma management? The links between enacted stigma and teen pregnancy trends among gay, lesbian, and bisexual students in British Columbia. *Can J Hum Sex*, 17(3), 123-139.
- Seçer, İ. (2015). SPSS ve LISREL ile pratik veri analizi [Practical data analysis with SPSS and LISREL]. *Ankara: Anı Yayıncılık*.
- Simsek, O. F. (2007). Yapısal eşitlik modellemesine giriş: Temel ilkeler ve LISREL uygulamaları. *Ankara: Ekinoks*.
- Şeker, H., & Gençdoğan, B. (2014). Psikolojide ve eğitimde ölçme aracı geliştirme (2. Basım) Ankara: Nobel Yayınları.

TAŞKIN, E. O., ŞEN, F. S., AYDEMİR, Ö., Demet, M. M., Özmen, E., & İÇELLİ, İ. (2002). Türkiye’de K›rsal Bir Bölgede Yaşayan Halk›n Şizofreniye İlişkin Tutumları. *Türk Psikiyatri Dergisi*.

Tavsancil, E. (2002). Tutumların ölçülmesi ve SPSS ile veri analizi. *Ankara: Nobel Yayıncılık*.

Tong, P., Bu, P., Yang, Y., Dong, L., Sun, T., & Shi, Y. (2020). Group cognitive behavioural therapy can reduce stigma and improve treatment compliance in major depressive disorder patients. *Early Interv Psychiatry*, 14(2), 172-178. doi:10.1111/eip.12841

Van Niel, M. S., & Payne, J. L. (2020). Perinatal depression: A review. *Cleve Clin J Med*, 87(5), 273-277. doi:10.3949/ccjm.87a.19054

Woo, J. (2012). The understanding and concept of structural equation modeling. *Han-narae Academy, Seoul*, 160-176.

Yaman, E., & Güngör, H. (2013). Damgalama (stigma) ölçeğinin geliştirilmesi, geçerlilik ve güvenirlik çalışması. *Değerler Eğitimi Dergisi*, 11(25), 251-270.

Yazici, E., Kirkan, T. S., Aslan, P. A., Aydın, N., & Yazici, A. B. (2015). Untreated depression in the first trimester of pregnancy leads to postpartum depression: high rates from a natural follow-up study. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 11, 405.

Yildiz, M., Özten, E., Işık, S., Özyıldırım, İ., Karayün, D., Cerit, C., & Üçok, A. (2012). Şizofreni hastaları, hasta yakınları ve majör depresif bozukluk hastalarında kendini damgalama. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 13(1).

YILDIZ, T. G., SAHİN, F., HAKTANIR, G., & Holloway, S. (2021). Turkish adaptation of the berkeley parenting self-efficacy scale revised (BPSE-R). *Journal of Education and Future*(19), 13-23.

7.EKLER

Ek-1: Etik kurul kararı

Evrak Tarih ve Sayısı: 11.05.2022-128269



T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Fakülte Girişimsel Olmayan Etik Kurulu



Sayı : E-71522473-050.01.04-128269-**101**
Konu : Girişimsel Olmayan Etik Kurul Başvuru
Dosyası Hk.

11.05.2022

Sayın Doç. Dr. Esra YAZICI

Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Psikiyatri Anabilim Dalı

İlgi : 01.04.2022 tarihli 101 sayılı başvurunuz.

Destekleyicisi olduğunuz "**Perinatal Dönemde Ruhsal Hastalığı Olan Kadınlara Yönelik Stigma (Damgalama) Ölçeği Geliştirilmesi, Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması**" isimli çalışmanın ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup; çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen şekilde etik ve bilimsel açıdan sakınca bulunmadığına etik kurul üyelerince karar verilmiştir.

Ancak çalışma bitiş tarihinden itibaren en geç 3 ay içerisinde çalışma sonuç raporunun Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kuruluna gönderilmesi gerekmektedir.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Ertuğrul GÜÇLÜ
Etik Kurulu Başkanı

Güvenli Elektronik
İmzalı Aslı ile Aynıdır.
11.05.2022

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Doğrulama Kodu: BSN51V1HPS Pin Kodu: 63382

Belge Takip Adresi: <https://turkiye.gov.tr/ebd?eK=5783&cD=BSN51V1HPS&cS=128269>

Adres: Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı, Kocacık Kampüsü, Kocacık,
Adapazarı/Sakarya
Telefon No: 264 295 6630 Faks No: 264 295 6629
e-Posta: tip@sakarya.edu.tr Elektronik Ağ: www.tip.sakarya.edu.tr

Bilgi için: Yücel Demir
Unvanı: Birim Evrak Sorumlusu



Telefon No: 2953129

Ek 2: Sosyodemografik veri formu

GENEL BİLGİLER

1. Adınız Soyadınız nedir?

2. Cinsiyetiniz: Erkek ☐ Kadın ☐

3. Kaç yaşındasınız?.....

4. Nerede yaşıyorsunuz? (İlçe).....

Kent merkezi ☐ Kırsal ☐

5. Medeni haliniz nedir?

Evli ☐ Bekar ☐ Dul ☐ Boşanmış ☐

6. Çocuğunuz var mı ?

Evet ☐ Hayır ☐

7. Şu an gebelik veya postpartum (doğum sonrası ilk 1 yıl) dönemde misiniz?

Evet ☐ Hayır ☐

Evetse belirtiniz;

Gebelik ☐

Postpartum (doğum sonrası ilk 1 yıl) ☐

8. Kiminle yaşıyorsunuz?

Yalnız ☐ Eş/Aile ile ☐ Arkadaşımla ☐
Diğer ☐

9. Eğitim durumunuz nedir?

İlköğretim mezunu ☐

Lise mezunu ☐

Üniversite mezunu ☐

Yüksek Lisans/Doktora mezunu ☐

10. Çalışma durumunuz nedir?

Öğrenciyim ☐

Çalışmıyorum ☐

Düzensiz olarak çalışıyorum ☐

Düzenli bir işte çalışıyorum ☐

Emekliyim ☐

11. Ailenizin toplam gelir düzeyi ne kadar?

5000 tl ve altı ☐ 5001-10000 ☐

10001-15000 ☐ 15001-20000 ☐

20001-25.000 ☐ 25.000 üstü ☐

12. Kronik tıbbi bir hastalığınız var mı?

Evet ☐ Hayır ☐

Evetse belirtiniz;

Diyabet ☐ Hipertansiyon ☐ Kalp yetmezliği ☐

Böbrek yetmezliği ☐ Tiroid rahatsızlığı ☐

Migren ☐ Kas, iskelet hastalığı ☐

Romatizmal hastalık ☐ Epilepsi ☐

Diğer ☐

13. Şimdiye kadar herhangi bir psikiyatrik tanı aldınız mı?

Evet ☐ Hayır ☐

Evetse belirtiniz;

Depresyon ☐

Anksiyete bozukluğu (kaygı bozukluğu) ☐

Bipolar bozukluk (iki uçlu duygudurum bozukluğu/manik depresif) ☐

Şizofreni (psikoz) ☐

Panik bozukluk (panik atak) ☐

Obsesif Kompulsif Bozukluk (takıntı hastalığı) ☐

Diğer ☐

14. Şimdiye kadar psikiyatrik tanı aldıysanız bunun için tedavi aldınız mı?

Ayaktan ilaç tedavisi Evet ☐ Hayır ☐

EKT (Elektroşok tedavisi) Evet ☐ Hayır ☐

Yatarak ilaç tedavisi Evet ☐ Hayır ☐

Psikoterapi Evet ☐ Hayır ☐

15. Şimdiye kadar GEBELİK döneminde herhangi bir psikiyatrik tanı aldınız mı?

Evet ☐ Hayır ☐

Evetse belirtiniz;

Depresyon ☐

Anksiyete bozukluğu (kaygı bozukluğu) ☐

Bipolar bozukluk (iki uçlu duygudurum bozukluğu/manik depresif) ☐

Şizofreni (psikoz) ☐

Panik bozukluk (panik atak) ☐

Obsesif Kompulsif Bozukluk (takıntı hastalığı) ☐

Diğer ☐

16. GEBELİK döneminde psikiyatrik tanı aldıysanız bunun için tedavi aldınız mı?

Ayaktan ilaç tedavisi Evet ☐ Hayır ☐
EKT (Elektroşok tedavisi) Evet ☐ Hayır ☐
Yatarak ilaç tedavisi Evet ☐ Hayır ☐
Psikoterapi Evet ☐ Hayır ☐

17.Şimdiye kadar POSTPARTUM (DOĞUM SONRASI 1 YILA KADAR) dönemde herhangi bir psikiyatrik tanı aldınız mı?

Evet ☐ Hayır ☐

Evetse belirtiniz;

Depresyon ☐

Anksiyete bozukluğu (kaygı bozukluğu) ☐

Bipolar bozukluk (iki uçlu duygudurum bozukluğu/manik depresif) ☐

Şizofreni (psikoz) ☐

Panik bozukluk (panik atak) ☐

Obsesif Kompulsif Bozukluk (takıntı hastalığı) ☐

Diğer ☐.....

18. POSTPARTUM (DOĞUM SONRASI 1 YILA KADAR) dönemde herhangi bir psikiyatrik tanı aldıysanız bunun için tedavi aldınız mı?

Ayaktan ilaç tedavisi Evet ☐ Hayır ☐
EKT (Elektroşok tedavisi) Evet ☐ Hayır ☐
Yatarak ilaç tedavisi Evet ☐ Hayır ☐
Psikoterapi Evet ☐ Hayır ☐

19. Sigara kullanıyor musunuz?

Evet ☐ Hayır ☐

Evetse belirtiniz;

Ayda birkaç kez ☐

Haftada birkaç kez ☐

Hemen her gün ☐

20. Alkol kullanıyor musunuz?

Evet ☐ Hayır ☐

Evetse belirtiniz;

Ayda birkaç kez ☐

Haftada birkaç kez ☐

Hemen her gün ☐

21. Madde kullanıyor musunuz?

Evet ☐ Hayır ☐

Evetse belirtiniz;

Ayda birkaç kez ☐

Haftada birkaç kez ☐

Hemen her gün ☐

22. Ruhsal hastalıkların (depresyon, şizofreni vs.) genel özellikleri ile ilgili yeterince bilgi sahibi olduğunuzu düşünüyor musunuz ?

Hayır, hiç düşünmüyorum ☐

Evet, biraz ☐

Evet, düşünüyorum ☐

23. Ruhsal hastalıkların (depresyon, şizofreni vs.) tedavi edilebilir olduğunuzu düşünüyor musunuz ?

Hayır, ilaç kullansa bile hiç düzelmeyeceğini düşünüyorum ☐

Tedavi (ilaç/terapi) alırsa biraz düzeleceğini düşünüyorum ☐

Yeterli ve uygun tedavi alırsa çoğu ruhsal hastalığın büyük ölçüde düzeleceğini düşünüyorum ☐

AİLE ÖYKÜSÜ

24.Ailenizde/yakın çevrenizde herhangi bir psikiyatrik tanı alan biri var mı?

Evet ☐ Hayır ☐

Evetse belirtiniz;

Depresyon ☐

Anksiyete bozukluğu (kaygı bozukluğu) ☐

Bipolar bozukluk (iki uçlu duygudurum bozukluğu/manik depresif) ☐

Şizofreni (psikoz) ☐

Panik bozukluk (panik atak) ☐

Obsesif Kompulsif Bozukluk (takıntı hastalığı) ☐

Diğer ☐.....

25. Ailenizde/yakın çevrenizde psikiyatrik tanı alan biri varsa bunun için tedavi aldı mı?

Ayaktan ilaç tedavisi Evet ☐ Hayır ☐
EKT (Elektroşok tedavisi) Evet ☐ Hayır ☐
Yatarak ilaç tedavisi Evet ☐ Hayır ☐
Psikoterapi Evet ☐ Hayır ☐

26. Ailenizde/yakın çevrenizde GEBELİK döneminde herhangi bir psikiyatrik tanı alan biri var mı?

Evet ☐ Hayır ☐

Evetse belirtiniz;

Depresyon ☐
Anksiyete bozukluğu (kaygı bozukluğu) ☐
Bipolar bozukluk (iki uçlu duygudurum bozukluğu/manik depresif) ☐
Şizofreni (psikoz) ☐
Panik bozukluk (panik atak) ☐
Obsesif Kompulsif Bozukluk (takıntı hastalığı) ☐
Diğer ☐.....

27. Ailenizde/yakın çevrenizde GEBELİK döneminde psikiyatrik tanı alan biri varsa bunun için tedavi aldı mı?

Ayaktan ilaç tedavisi Evet ☐ Hayır ☐
EKT (Elektroşok tedavisi) Evet ☐ Hayır ☐
Yatarak ilaç tedavisi Evet ☐ Hayır ☐
Psikoterapi Evet ☐ Hayır ☐

28. Ailenizde/yakın çevrenizde POSTPARTUM (DOĞUM SONRASI 1 YILA KADAR) dönemde herhangi bir psikiyatrik tanı alan biri var mı?

Evet ☐ Hayır ☐

Evetse belirtiniz;

Depresyon ☐
Anksiyete bozukluğu (kaygı bozukluğu) ☐
Bipolar bozukluk (iki uçlu duygudurum bozukluğu/manik depresif) ☐
Şizofreni (psikoz) ☐

Panik bozukluk (panik atak) ☐

Obsesif Kompulsif Bozukluk (takıntı hastalığı) ☐

Diğer ☐.....

29. Ailenizde/yakın çevrenizde POSTPARTUM (DOĞUM SONRASI 1 YILA KADAR) dönemde psikiyatrik tanı alan biri varsa bunun için tedavi aldı mı ?

Ayaktan ilaç tedavisi Evet ☐ Hayır ☐
EKT (Elektroşok tedavisi) Evet ☐ Hayır ☐
Yatarak ilaç tedavisi Evet ☐ Hayır ☐
Psikoterapi Evet ☐ Hayır ☐

Ek 3: Perinatal Ruhsal Hastalık Damgalama Ölçeği (40 Madde)

PERİNATAL DÖNEMDE PSİKİYATRİK HASTALIĞI OLAN KADINLARA YÖNELİK DAMGALAMA ÖLÇEĞİ					
Kadınlar gebelik ve doğum sonrası dönemde psikolojik sorunlar yaşayabilmekte ve psikiyatrik hastalık tanısı alabilmektedirler veya bu dönemde önceden beri var olan hastalıkları devam edebilmektedir. Aşağıdaki maddeleri okuyarak bu kadınlarla ilgili sizin görüşünüze en yakın olan seçeneği işaretleyiniz.					
	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1. Psikiyatrik tanısı olan bir kadın bebek sahibi olmaktan kaçınmalıdır.					
2. Psikiyatrik tanısı olan bir kadın ile bebek yalnız bırakılmamalıdır.					
3. Psikiyatrik tanısı olan bir kadın gebelik sürecinde tedaviye uyum sağlayamaz.					
4. Psikiyatrik tanısı olan bir kadının gebeliği diğerlerine göre daha sorunlu olacaktır.					
5. Psikiyatrik tanısı olan bir kadının doğumu diğerlerine göre daha sorunlu olacaktır.					
6. Psikiyatrik tanısı olan bir kadın emzirmemelidir.					
7. Psikiyatrik tanısı olan bir kadın bebeği ile yalnız yaşayamaz.					
8. Psikiyatrik tanısı olan bir kadın sosyal destek olmadan çocuk büyütemez.					
9. Psikiyatrik tanısı olan bir kadın bebeğine yeterince iyi annelik yapamaz.					
10. Psikiyatrik tanısı olan bir kadının bebeğinin geleceği ile ilgili sezgi ve kararlarına güvenilmez.					
11. Psikiyatrik tanısı olan bir kadın bebeğin gelişimini olumsuz etkiler.					
12. Psikiyatrik tanısı olan bir kadının çocuğu da psikiyatrik hasta olur.					
13. Psikiyatrik tanısı olan bir kadın diğerlerinden ayrı bir klinikte doğum yapmalıdır.					
14. Psikiyatrik tanısı olan bir kadın için , diğerlerinde olduğu gibi, doğum sonrası bebekle ten tene temas hemen sağlanmalıdır.					
15. Psikiyatrik tanısı olan bir kadın, doğum sonrası diğer annelerden ayrı bir klinikte bebeğine bakım vermelidir.					
16. Psikiyatrik tanısı olan bir kadın gerektiğinde bebeğine kısa süreli (3-5 dk) baş başa kalabilir.					
17. Psikiyatrik tanısı olan bir kadın bebeğine uzun					

sürelili baş başa (tüm gün) bakabilir.					
18. Psikiyatrik tanısı olan bir kadın bebeğine zarar verir.					
19. Psikiyatrik tanısı olan bir kadın kendine zarar verir.					
20. Boşanması halinde bebeğin velayetini alamaz.					
21. Eşine yeterince iyi bir hayat arkadaşı olamaz.					
22. Psikiyatrik tanısı olan bir kadın gebelik planlamada diğer kadınlara göre daha az cesur olmalıdır.					
23. Bir kadın bebeği olduğu halde psikiyatrik sorun yaşıyorsa yeterince şükretmiyor demektir.					
24. Psikolojik sorunu olan kadınlar kendi sorunlarını çözemeyecek kadar zayıftırlar.					
25. Psikiyatrik tanısı olan bir kadın bebeği huzursuz olduğunda sakinleşmesini sağlayamaz.					
26. Psikiyatrik tanısı olan bir kadın, bebeğinin ihtiyaçlarını anlayamaz.					
27. Psikiyatrik tanısı olan bir kadın, bebeğine sevgisini gösteremez.					
28. Psikiyatrik tanısı olan bir kadın, tedavi olsa da iyileşmez.					
29. Psikiyatrik tanısı olan bir kadın ,tehlikelidir.					
30. Psikiyatrik tanısı olan bir kadın, bebeğini istemez.					
31. Psikiyatrik tanısı olan bir kadın, çocuğuna anlayacağı şekilde açıklama yapabilir.					
32. Psikiyatrik tanısı olan bir kadın, çocuğu yanlış davrandığında ona karşı uygun tepki veremez.					
33. Psikiyatrik tanısı olan bir kadın bebeğiyle oyun oynayabilir.					
34. Psikiyatrik tanısı olan bir kadının gerçek bir hastalığı yoktur					
35. Psikiyatrik tanısı olan bir kadının annem olmasını istemezdim.					
36. Psikiyatrik hastalığı olan bir kadının hem çalışıp hem çocuğuna bakması mümkün değil.					
37. Psikiyatrik hastalığı olan bir kadın çocuğuma baksın istemezdim.					
38. Psikiyatrik tanısı olan bir kadın çocuğunu dinleyebilir.					
39. Psikiyatrik tanısı olan bir kadın çocuğunu anlayabilir.					
40. Psikiyatrik tanısı olan bir kadın çocuğunun önünde duygularını kontrol edebilir.					

Ek 4: Perinatal Ruhsal Hastalık Damgalama Ölçeği (20 Madde)

PERİNATAL DÖNEMDE PSİKİYATRİK HASTALIĞI OLAN KADINLARA YÖNELİK DAMGALAMA ÖLÇEĞİ

Kadınlar gebelikte ve doğum sonrası dönemde psikolojik sorunlar yaşayabilmekte ve psikiyatrik hastalık tanısı alabilmektedirler veya bu dönemde önceden de var olan hastalıkları devam edebilmektedir. Aşağıdaki maddeleri okuyarak bu kadınlarla ilgili sizin görüşünüze en yakın olan seçeneği işaretleyiniz.	Hiç Katılmıyorum	Kısmen Katılmıyorum	Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	Kısmen Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1. Psikiyatrik hastalığı olan bir kadın, gebe kalmamalıdır.					
2. Psikiyatrik hastalığı olan bir kadın, emzirmemelidir.					
3. Psikiyatrik hastalığı olan bir kadının hem çalışıp hem çocuğuna bakması mümkün değildir.					
4. Psikiyatrik hastalığı olan bir kadının gebeliği diğer gebelere göre daha sorunlu olacaktır.					
5. Psikiyatrik hastalığı olan bir kadın, tek başına çocuk büyütemez.					
6. Psikiyatrik hastalığı olan bir kadın, bebeğine yeterince iyi annelik yapamaz.					
7. Psikiyatrik hastalığı olan bir kadının, bebeğinin geleceği ile ilgili verdiği kararlara güvenilmez.					
8. Psikiyatrik hastalığı olan bir kadının çocuğunda da psikiyatrik bir hastalık olur.					
9. Psikiyatrik hastalığı olan bir kadın bebeği ile kısa süreli bile baş başa kalmamalıdır.					
10. Psikiyatrik hastalığı olan bir kadın, bebeğine zarar verir.					
11. Psikiyatrik hastalığı olan bir kadın boşandığında, bebeğin velayeti ona verilmemelidir.					
12. Psikiyatrik hastalığı olan bir kadın, annelik yaparken aynı zamanda iyi bir eş olmaya yetemez.					
13. Psikiyatrik hastalığı olan bir kadın, tedavi alsa bile yeterince iyi annelik yapamaz.					
14. Psikiyatrik hastalığı olan bir kadın, tedavi alsa bile bebeği için tehlikelidir.					
15. Psikiyatrik tanısı olan bir kadın, bebeğinin ihtiyaçlarını anlayamaz.					
16. Psikiyatrik tanısı olan bir kadın, bebeğine sevgisini gösteremez.					
17. Psikiyatrik tanısı olan bir kadın, çocuğunu iyi yetiştiremez.					
18. Psikiyatrik tanısı olan bir kadın, bebeğiyle yeterince iyi oyun oynayamaz.					
19. Bir kadın sağlıklı bir bebeği olduğu halde psikiyatrik sorun yaşıyorsa yeterince şükretmiyordur.					
20. Psikiyatrik tanısı olan bir kadın, bebeği huzursuz olduğunda sakinleşmesini sağlayamaz.					

Ek 5: Sosyal Mesafe Ölçeği

SOSYAL MESAFE ÖLÇEĞİ

1-Kesinlikle rahatsız etmez

7-Kesinlikle rahatsız eder

1.Bu kişi ile belediye otobüsünde yan yana oturmak sizi rahatsız eder mi?	1	2	3	4	5	6	7
2.Bu kişi ile şehirlerarası otobüste, yedi saatlik bir yolculukta bir arada olmak sizi rahatsız eder mi?	1	2	3	4	5	6	7
3.Bu kişinin sokağınızda işlettiği bakkal dükkanından alışveriş yapmak sizi rahatsız eder mi?	1	2	3	4	5	6	7
4.Bir apartman dairesinde oturduğunuzu düşünelim. Bu kişinin apartmanınızda kapıcı olarak çalışması sizi rahatsız eder mi?	1	2	3	4	5	6	7
5.Kiraya vermeyi istediğiniz eviniz olduğunu farz edelim. Evinizi bu kişiye kiralar mısınız?	1	2	3	4	5	6	7
6.Bu kişinin de geleceğini öğrendiğiniz bir aile toplantısına katılmak sizi rahatsız eder mi?	1	2	3	4	5	6	7
7.Bir aile toplantısında karşılaştığınız bu kişi ile iskambil kağıdı, okey, tombala ve benzeri bir oyunu oynar mısınız?	1	2	3	4	5	6	7
8.Bir aile toplantısında karşılaştığınız bu kişi ile memleket meseleleri hakkında sohbet eder misiniz?	1	2	3	4	5	6	7
9.Eğer bu kişiyi tanısaydınız, ona günlük sıkıntılarınızı anlatıp, onunla dertleşir miydiniz?	1	2	3	4	5	6	7
10.Bu kişinin yanınızdaki daireye ya da eve taşınarak kapı komşunuz olması sizi rahatsız eder miydi?	1	2	3	4	5	6	7
11.Bu kişi bir kuaför/berber olsa, ona saçınızı kestirir miydiniz ya da yaptırır mıydınız?	1	2	3	4	5	6	7
12.Bu kişi ile aynı işyerinde çalıştığınızı farz edelim. Aynı odayı onunla paylaşmak sizi rahatsız eder miydi?	1	2	3	4	5	6	7
13.Bu kişi ile aynı işyerinde ama farklı odalarda çalıştığınızı farz edelim. Bu kişi ile aynı çatı altında bulunmak sizi rahatsız eder miydi?	1	2	3	4	5	6	7
14.Bir kız kardeşiniz olduğunu farz edelim. Kız kardeşinizin bu kişiyle evlenmek istemesi sizi rahatsız eder miydi?	1	2	3	4	5	6	7

Ek 6: Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği

RUHSAL HASTALIĞA YÖNELİK İNANÇLAR ÖLÇEĞİ						
Aşağıdaki ifadeler, sizin ruhsal hastalığa yönelik inançlarınızı ölçmek için geliştirilmiştir. Bu ifadeleri dikkatlice inceleyerek en doğru şekilde yanıtlamanız oldukça önemlidir. Ankete vereceğiniz yanıtlar araştırmacılar dışında hiç kimse tarafından okunmayacak ve farklı bir amaçla kullanılmayacaktır. Aşağıdaki her bir maddenin yanına, ilgili madde için size göre uygun gelen sayıyı işaretleyiniz. Lütfen size uygun olan tek bir kutucuğa X işareti koyarak yanıtınızı belirtiniz.	0. Tamamen Katılmıyorum	1. Çoğunlukla Katılmıyorum	2. Kısmen katılmıyorum	3. Kısmen Katılıyorum	4. Çoğunlukla Katılıyorum	5. Tamamen Katılıyorum
1. Ruhsal hastalığı olan bir bireyin başkalarına zarar verme olasılığı, sağlıklı bir bireye göre daha fazladır.						
2. Ruhsal hastalıklar, fiziksel hastalıklara göre, daha uzun bir iyileşme süreci gerektirir.						
3. Davranışları tehlikeli olması nedeniyle, ruhsal hastalığı olan bireylerden uzak durmak iyi bir fikirdir.						
4. "Ruhsal hastalık" ifadesi beni rahatsız eder.						
5. Ruhsal hastalığı olan bir bireyin, sorumluluğu az olan bir işte çalışması gerekir.						
6. Ruhsal hastalığı olan bireylerin suç işleme olasılığı daha fazladır.						
7. Ruhsal hastalıklar tekrarlayıcıdır.						
8. Ruhsal hastalık teşhisi alırsam; patronumun, arkadaşlarımla ve başkalarının, hakkımda düşünecekleri şeyler beni endişelendirir.						
9. Ruhsal hastalık teşhisi konmuş bireyler, hastalıklarının olumsuzluklarını ömür boyu yaşayacaklardır.						
10. Bir kez ruhsal hastalık tedavisi alan bireyler, gelecekte tekrar tedaviye gereksinim duyma eğilimindedirler.						
11. Ruhsal hastalığı olan bireylerin dakik olma veya sözünde durma gibi toplumsal kurallara uyması zordur.						
12. İnsanlar daha önce ruhsal hastalık tedavisi alan bir birey ile yakın arkadaşlık kurduğumu bilseydi, utanırdım.						
13. Bana zarar verebileceği nedeniyle, ruhsal hastalığı olan bireyden korkarım.						
14. Ruhsal hastalığı olan bir bireyin iyi anne- baba olma olasılığı daha düşüktür.						
15. Ailemden bir bireyin ruhsal hastalığı olsa, utanırım.						
16. Ruhsal hastalığın tamamen iyileşebileceğine inanmıyorum.						
17. Sorumluluk alamadıkları için ruhsal hastalığı olan bireylerin kendi başlarına yaşayabilmeleri çok uygun değildir.						
18. Çoğu birey ruhsal hastalığı olan bir bireyle, bile bile arkadaşlık kurmaz.						
19. Ruhsal hastalığı olan bireylerin davranışları önceden tahmin edilemez.						
20. Ne kadar tedavi edilirse edilsin, ruhsal hastalığın iyileşmesi mümkün değildir.						
21. Çalışma ekibimdeki ruhsal hastalığı olan bir bireyin yaptığı işe güvenemem.						

Ek 7: Psikolojik Yardım Aramada Kendini Damgalama Ölçeği

Ek-B: Psikolojik Yardım Aramada Kendini Damgalama Ölçeği

Açıklama: İnsanlar yardım aramaya ilişkin sorunlarla karşılaşır. Bu yardım aramanın ne anlama geldiğini ilişkin tepkileri getirebilir. Bu durumlar ilgili nasıl davrandığınızı tanımlayan cümledeki düşünceye ne derece katıldığınızı belirtiniz		1-Tamamen katılmıyorum	2-Katılmıyorum	3-Katılmam ve katılmamam eşit	4-Katılıyorum	5-Tamamen katılıyorum
1.	Psikolojik yardım için bir terapistle gitseydim kendimi yetersiz hissederdim	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
2.	Uzman yardımı ararsam kendime olan güvenim sarsılmaz.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
3.	Psikolojik yardım aramak kendimi daha az zeki hissetmeme yol açar	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
4.	Bir terapist ile konuşsaydım, kendime olan saygım artardı	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
5.	Bir terapisti görmeye karar verdiğim için, kendime ilişkin görüşüm değişmez.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
6.	Psikolojik yardım için bir terapist istemek kendimi yeteriz hissettirir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
7.	Uzman yardımı aramayı seçersem kendimi iyi hissedirim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
8.	Bir terapistle gidersem, kendimi daha az mutlu hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
9.	Çözemediğim bir problem için uzman yardımı ararsam, kendime olan güvenim değişmez.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
10.	Kendi problemlerimi çözemezsem, kendimi kötü hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

Ek 8: Damgalama (Stigma) Ölçeği

Bu anketlerden elde edilen sonuçlar bilimsel bir çalışmada kullanılacaktır. Sizden istenilen bu ifadeleri okuduktan sonra kendinizi değerlendirmeniz ve sizin için en uygun seçeneğin karşısına çarpı (X) işareti koymanızdır. Her sorunun karşısında bulunan; (1) Kesinlikle katılmıyorum (2) Katılmıyorum (3) Kısmen katılıyorum (4) Katılıyorum (5) Kesinlikle katılıyorum anlamına gelmektedir. Lütfen her ifadeye mutlaka TEK yanıt veriniz ve kesinlikle BOŞ bırakmayınız. En uygun yanıtları vereceğinizi ümit eder katkılarınız için teşekkür ederim.

DAMGALAMA ÖLÇEĞİ (Yaman & Güngör, 2013)		1	2	3	4	5
1	Adli suça karışmış biriyle aynı ortamda çalışmak istemem.					
2	Aynı dünya görüşünü paylaşmayan kişiler birbirine adaletsiz davranır.					
3	Seçme şansım olsa evlilik dışı doğan bir kişiyle çalışmak istemezdim.					
4	Cinsel tercihleri farklı olduğunu düşündüğüm biriyle iletişim kurmak istemem.					
5	Yaşlı personelin iş ortamında verimleri oldukça düşüktür.					
6	Kıdemî fazla olan çalışanlar genç olanlar üzerinde otorite kurmayı sever.					
7	Bayan personel iş ortamında daha fazla sorun çıkarır.					
8	İnsanların kökenine göre farklı tavırlar takınılabılır.					
9	Boşanmış personelin iş ortamına negatif etkileri olabilir.					
10	İş ortamında dini inancı farklı olan birinin bulunması beni rahatsız eder.					
11	Psikolojik yardım alan bireylerin kişilik problemleri vardır.					
12	Psikolojik yardım aldığı bilinen kişilere güven azalır.					
13	Toplum kurallarına aykırı yaşantısı olan bir kişiyle aynı ortamda çalışmaktan rahatsız olurum.					
14	Yaşam tarzı bana uymayan bir kişiyle iş dışında görüşmem.					
15	Performansı kısıtlanan bir kişi iş ortamında yalnız kalır.					
16	Meslektaşlarıyla sosyal paylaşımda bulunamayan bir kişi sorunludur.					
17	Çalışanlar arasında ayırım yapılması doğaldır.					
18	Farklı şivesi olan kişiler küçümsenebilir.					
19	Kılık-kıyafeti aykırı kişiler dışlanmayı hak eder.					
20	Tarzı taşralı olan birinin sosyal kabul görmemesi doğaldır.					
21	Güzel/yakışıklı olan kişiler daha başarılıdır.					
22	İletişime kapalı kişiler sorunludur.					

Ek 9: Yenilenmiş Berkeley Ebeveyn Öz Yeterlik Ölçeği

Yenilenmiş Berkeley Ebeveyn Öz Yeterlik Ölçeği (Berkeley Parenting Self Efficacy Scale Revised Version BPSE-R)

Ebeveynliğe Özgü Strateji Alt Boyutu

Lütfen çocuğunuzla aşağıdaki stratejileri kullanırken kendinize ne derece güvendiğinizi belirtiniz.

	Hiç güvenmiyorum	Biraz güveniyorum	Orduka güveniyorum	Güveniyorum	Çok güveniyorum	Tamamen güveniyorum
1 Çocuğumu dinleme	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2 Çocuğumun duygularını anlama	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3 Çocuğumun önünde duygularımı kontrol etme	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4 Çocuğum yanlış davrandığında aşırı tepki vermekten kaçınma	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5 Çocuğuma onun anlayacağı şekilde açıklamalarda bulunma	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6 Çocuğum doğru davrandığında onu övme	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7 Çocuğum yanlış davrandığında uyguladığım disiplin yönteminde tutarlı olma	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Çocuğa Kazandırılabilirler Alt Boyutu

Lütfen çocuğunuzun aşağıdaki davranışları öğrenmesine yardımcı olurken kendinize ne kadar güvendiğinizi belirtiniz.

		Hiç güvenmiyorum	Biraz güvenmiyorum	Oldukça güvenmiyorum	Güveniyorum	Çok güveniyorum	Tamamen güveniyorum
8.	Çeşitli besleyici/sağlıklı yiyecekler yeme	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9.	Yeterli uyuma	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10	Kibar olma (örn. lütfen ve teşekkür ederim deme)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11	Düşüncelerini açık bir biçimde ifade etme	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12	İhtiyaç duyduklarında diğer çocuklara yardım etme	☐	☐	☐	☐	☐	☐
13	Diğer çocuklarla iyi geçinme	☐	☐	☐	☐	☐	☐
14	Diğer insanların duygularını önemseme	☐	☐	☐	☐	☐	☐
15	Resimli çocuk kitabı okumaktan hoşlanma	☐	☐	☐	☐	☐	☐
16	Kendi kendine birşeyler yapmaya çalışma	☐	☐	☐	☐	☐	☐
17	Kavramları (renk, şekil, sayı gibi) öğrenme	☐	☐	☐	☐	☐	☐
18	Bir yetişkin tarafından söylenmeden uygun/doğru davranma	☐	☐	☐	☐	☐	☐

ÖZGEÇMİŞ



