



T.C.
BANDIRMA ONYEDİ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**RUHSAL BOZUKLUĞU OLAN BİREYLERİN BİRİNCİL BAKIM
VERENLERİNDE KENDİNİ DAMGALAMA İLE YALNIZLIK
VE DİNİ BAŞA ÇIKMA ARASINDAKİ İLİŞKİ**

Mehmet Sıddık VERAL
2215112010

Doç. Dr. Emre ÇİYDEM

Bandırma, 2025

T.C.
BANDIRMA ONYEDİ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİMEN STİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**RUHSAL BOZUKLUĞU OLAN BİREYLERİN BİRİNCİL BAKIM
VERENLERİNDE KENDİNİ DAMGALAMA İLE YALNIZLIK
VE DİNİ BAŞA ÇIKMA ARASINDAKİ İLİŞKİ**

Mehmet Sıddık VERAL
2215112010

Doç. Dr. Emre ÇİYDEM

Tezin Enstitüye Verildiği Tarih: 06.01.2026

Tezin Savunulduğu Tarih: 26.12.2025

Bandırma, 2025

YÜKSEK LİSANS TEZİ ONAYI

Bandırma Onyedli Eylül Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Programı'nda Yüksek Lisans öğrencisi Mehmet Sıddık VERAL tarafından, Doç. Dr. Emre ÇİYDEM danışmanlığında hazırlanan “**Ruhsal bozukluğu olan bireylerin birincil bakım verenlerinde kendini damgalama ile yalnızlık ve dini başa çıkma arasındaki ilişki**” başlıklı tez, aşağıda isimleri yer alan jüri üyeleri tarafından 26/12/2025 tarihinde yapılan Tez Savunma Sınavında oybirliği ile başarılı bulunmuş ve Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

	Unvan Ad-Soyad	İmza
Jüri Başkanı (Tez danışmanı):	Doç. Dr. Emre ÇİYDEM	
Jüri Üyeleri :	Prof. Dr. Dilek AVCI	
	Dr. Öğr. Üyesi Mehtap GENÇ	

ETİK BEYAN SAYFASI

T.C.

Bandırma Onyedli Eylöl Üniversitesi

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğü'ne,

Bu tez çalışmasının özgün olduğunu, hazırlanması sürecinde bilimsel etik kurallara uygun davrandığımı, bana ait olmayan tüm veri, düşünce ve sonuçları kaynak göstererek kullandığımı ve kaynakçada eksiksiz olarak gösterdiğimi beyan ederim.

Tezin Adı: **Ruhsal bozukluğu olan bireylerin birincil bakım verenlerinde kendini damgalama ile yalnızlık ve dini başa çıkma arasındaki ilişki**

Adı Soyadı: Mehmet Sıddık VERAL

Savunma Tarihi: 26/12/2025

ÖZET

RUHSAL BOZUKLUĞU OLAN BİREYLERİN BİRİNCİL BAKIM VERENLERİNDE KENDİNİ DAMGALAMA İLE YALNIZLIK VE DİNİ BAŞA ÇIKMA ARASINDAKİ İLİŞKİ

Mehmet Sıddık VERAL

Aralık, 2025

Bu araştırma, ruhsal bozukluğu olan bireylerin birincil bakım verenlerinde yalnızlık ve dini başa çıkma ile kendini damgalama arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yürütülmüştür. Araştırmanın evrenini, 1 Ocak–30 Temmuz 2025 tarihleri arasında İstanbul’da bir üniversite hastanesinin psikiyatri servisi ve polikliniklerine başvuran ruhsal bozukluğu olan bireylerin birincil bakım verenleri oluşturmuştur. Örneklemi ise araştırmaya alınma ölçütlerini karşılayan 302 birincil bakım veren oluşturmuştur. Veriler Tanıtıcı Bilgi Formu, Kendini Damgalama Ölçeği-Aile Formu, UCLA Yalnızlık Ölçeği-Kısa Formu ve Dini Başa Çıkma Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler, bağımsız örneklem t testi, tek yönlü varyans analizi, Pearson korelasyon analizi ve çoklu doğrusal regresyon analizi uygulanmıştır. Katılımcıların kendini damgalama, yalnızlık, olumlu ve olumsuz dini başa çıkma puan ortalamalarının sırasıyla $32,87 \pm 8,85$, $10,09 \pm 2,44$, $20,95 \pm 3,93$ ve $4,26 \pm 1,73$ olduğu bulunmuştur. Kendini damgalama ile yalnızlık ve olumsuz dini başa çıkma arasında pozitif yönde, olumlu dini başa çıkma ile negatif yönde anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir. Bunların yanı sıra, bazı sosyodemografik özelliklerin kendini damgalamayı etkileyen değişkenler olduğu saptanmıştır. Araştırmanın sonuçları ruhsal bozukluğu olan bireylerin birincil bakım verenlerinde kendini damgalama ile sosyodemografik özelliklerin yanı sıra yalnızlık, olumlu dini başa çıkma ve olumsuz dini başa çıkmanın ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır.

Anahtar Kelimeler: Kendini Damgalama, Yalnızlık, Dini Başa Çıkma, Bakım Veren, Ruhsal Bozukluk.

ABSTRACT

THE RELATIONSHIP BETWEEN SELF-STIGMA, LONELINESS, AND RELIGIOUS COPING AMONG PRIMARY CAREGIVERS OF INDIVIDUALS WITH MENTAL DISORDERS

Mehmet Sıddık VERAL

December, 2025

This study was conducted to examine the relationship between self-stigma, loneliness, and religious coping among primary caregivers of individuals with mental disorders. The population of the research consisted of primary caregivers of individuals with mental disorders who applied to the psychiatry service and outpatient clinics of a university hospital in Istanbul between January 1 and July 30, 2025. The sample included 302 primary caregivers who met the inclusion criteria. Data were collected using the Information Form, the Self-Stigma Scale-Family Form, the UCLA Loneliness Scale-Short Form, and the Religious Coping Scale. Descriptive statistics, independent samples t-test, one-way ANOVA, Pearson correlation analysis, and multiple linear regression analysis were used in data analysis. The mean scores of participants for self-stigma, loneliness, positive religious coping, and negative religious coping were found to be 32.87 ± 8.85 , 10.09 ± 2.44 , 20.95 ± 3.93 , and 4.26 ± 1.73 , respectively. A positive significant correlation was found between self-stigma, loneliness, and negative religious coping, while a negative significant correlation was found between self-stigma and positive religious coping. In addition, some sociodemographic variables were found to be factors affecting self-stigma. The results of the study reveal that self-stigma among primary caregivers of individuals with mental disorders is associated with sociodemographic characteristics as well as loneliness, positive religious coping, and negative religious coping.

Keywords: Self-Stigma, Loneliness, Religious Coping, Caregiver, Mental Disorder.

ÖNSÖZ

Bu tez çalışması, Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü tarafından belirlenen akademik standartlar çerçevesinde hazırlanmıştır. Çalışmamın her aşamasında bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşarak yönlendiren, katkılarıyla bu çalışmanın şekillenmesinde önemli rol oynayan danışmanım Doç. Dr. Emre ÇİYDEM'e teşekkürlerimi sunarım.

Araştırma süresince akademik katkılarını esirgemeyen tüm öğretim üyelerine, idari süreçlerde destek sağlayan Enstitü personeline, ayrıca çalışma ortamını kolaylaştıran tüm kurum ve kuruluşlara minnettarlığımı ifade ederim.

Çalışmanın yürütülmesi sürecinde sabır ve anlayışları ile her zaman yanımda olan aileme de teşekkür etmeyi bir borç bilirim.

Mehmet Sıddık VERAL

Bandırma, Aralık 2025

İÇİNDEKİLER

YÜKSEK LİSANS TEZİ ONAYI.....	iii
ETİK BEYAN SAYFASI	iv
ÖZET.....	v
ABSTRACT.....	vi
ÖNSÖZ	vii
İÇİNDEKİLER	viii
TABLOLAR LİSTESİ.....	x
KISALTMALAR LİSTESİ.....	xi
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Kendini Damgalama.....	5
2.1.1. Kendini Damgalamanın Tanımı ve Kavramsal Çerçevesi	5
2.1.2. Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerin Bakım Verenlerinde Kendini Damgalamanın Bileşenleri	6
2.1.3. Kendini Damgalamanın Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerin Bakım Verenlerinin Ruh Sağlığı Üzerine Etkileri	7
2.2. Yalnızlık	9
2.3. Dini Başa Çıkma	11
3. GEREÇ VE YÖNTEM	14
3.1. Araştırmanın Türü	14
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	14
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	14
3.3.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri	15
3.3.2. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri	15
3.4. Araştırmanın Değişkenleri	16
3.5. Veri Toplama Araçları.....	16
3.5.1. Tanıtıcı Bilgi Formu	16
3.5.2. Kendini Damgalama Ölçeği-Aile	16
3.5.3. UCLA Yalnızlık Ölçeği-6	17

3.5.4. Dini Başa Çıkma Ölçeği.....	17
3.6. Veri Toplama Yöntemi.....	18
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi.....	18
3.8. Araştırmanın Etik Yönü	19
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	19
4. BULGULAR.....	20
5. TARTIŞMA	29
5.1. Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerin Birincil Bakım Verenlerinde Kendini Damgalama, Yalnızlık ve Dini Başa Çıkma Düzeylerine Yönelik Bulguların Tartışılması.....	29
5.2. Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerin Birincil Bakım Verenlerinde Kendini Damgalamanın Belirleyicilerine Yönelik Bulguların Tartışılması	31
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	36
6.1. Sonuçlar.....	36
6.2. Öneriler.....	37
KAYNAKÇA.....	38
EKLER.....	47
ÖZGEÇMİŞ	50

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 4.1 Bakım Verenlerin Sosyodemografik ve Bakım Özellikleri	20
Tablo 4.2 Hastaların Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri.....	21
Tablo 4.3 Bakım Verenlerin KDÖ, UCLA-YÖ ve DBÇÖ Puan Ortalamaları.....	22
Tablo 4.4 Bakım Verenlerin Sosyodemografik ve Bakım Özelliklerine Göre KDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	23
Tablo 4.5 Hastaların Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerine Göre Bakım Verenlerin KDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	25
Tablo 4.6 Bakım Verenlerde KDÖ ile UCLA-YÖ ve DBÇÖ Arasındaki İlişki.....	26
Tablo 4.7 Bakım Verenlerde Kendini Damgalamanın Belirleyicileri	28

KISALTMALAR LİSTESİ

KDÖ-A	: Kendini Damgalama Ölçeği-Aile
UCLA-YÖ-6	: UCLA Yalnızlık Ölçeği-6
DBÇÖ	: Dini Başa Çıkma Ölçeği
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences



1. GİRİŞ

Ruhsal bozukluğu olan bireylerin bakım süreci, yalnızca hastalığın klinik yönleriyle değil, aynı zamanda sosyal ve psikolojik etkileriyle de derin bir yük oluşturur. Bu süreçte en büyük sorumluluğu üstlenen birincil bakım verenler, çoğu zaman hastalıkla birlikte toplumsal önyargılar, dışlanma ve damgalama gibi olumsuz tutumlarla da karşı karşıya kalmaktadırlar (Kaggwa vd., 2023; Kehyayan vd., 2024). Damgalama, yalnızca ruhsal hastalığı olan bireyi değil, onun yakın çevresini de etkileyen çok boyutlu bir olgudur (Handebo vd., 2025). Özellikle bakım verenlerde gözlenen kendini damgalama, bireyin toplumun olumsuz yargılarını içselleştirerek kendine yönelik olumsuz tutumlar geliştirmesi şeklinde tanımlanır (Kohrt vd., 2024; Tozoğlu & Gürbüz, 2024). Literatürde ruhsal bozukluğu olan bireylerin bakım verenlerinde kendini damgalama düzeyinin çoğunlukla düşük (Kaggwa vd., 2023; Kehyayan vd., 2024; Sefi vd., 2021) ile orta (Guan vd., 2022; Girma vd., 2014; Grover vd., 2017; Mehra vd., 2020) arasında değiştiği bildirilmektedir. Handebo ve ark. (2025) Etiyopya’da bakım vericilerin %54,9’unun kendini damgaladığını belirlemiştir.

Damgalamanın yanı sıra, birincil bakım verenlerin önemli bir bölümü yalnızlık duygusunu da yoğun biçimde yaşamaktadır (Tabatabaee vd., 2023). Ruhsal bozukluğu olan bireye bakım verme süreci, çoğu zaman sosyal çevreden uzaklaşmayı, arkadaşlık ilişkilerinin zayıflamasını ve toplumsal rollerde kısıtlanmayı beraberinde getirir (Akar, 2025; Goldberg vd., 2023). Toplumun ruhsal hastalıklara yönelik önyargıları nedeniyle bakım verenler hem dışsal damgalama hem de içselleştirilmiş olumsuz inançlar sonucunda sosyal izolasyona sürüklenebilirler (Tez & Ciydem, 2025; Altan Sarıkaya vd., 2021). Bu durum, yalnızlık duygusunun kendini damgalama sürecini güçlendiren bir faktör olarak işlev görmesine yol açabilir. Nitekim Türkiye’de yapılan bazı araştırmalarda, ruhsal bozukluğu olan bireylerin bakım verenlerinin orta ile yüksek düzeyde yalnızlık yaşadığı bildirilmiştir (Akar, 2025; Altan Sarıkaya vd., 2021). Benzer şekilde, Kanada (Goldberg vd., 2023) ve Çin’de (Zhang vd., 2021) yürütülen çalışmalarda da bakım verenlerin önemli bir kısmının orta–yüksek düzeyde yalnızlık yaşadığı belirtilmiştir. Ayrıca, Guan ve ark. (2023) tarafından 18 ülkeden 51 çalışmayı kapsayan derlemede, ciddi ruhsal bozukluğu olan bireylerin bakım verenlerinin genellikle orta ile yüksek düzeyde yalnızlık hissettikleri saptanmıştır. Bu bulgular,

yalnızlığın bakım verenler arasında yaygın bir psikososyal sorun olduğunu göstermektedir (Victor vd., 2021; Tabatabaee vd., 2023). Ayrıca diğer çalışmalar genellikle yalnızlık ve damgalamanın birbirini karşılıklı olarak etkileyebildiğini göstermektedir. Bulgular, damgalamanın bireylerin sosyal ilişkilerini zayıflatarak yalnızlık duygularını artırabileceğini; yalnızlığın da damgalamanın olumsuz psikolojik etkilerini derinleştirebileceğini ortaya koymaktadır (Świtaj vd., 2013; Prizeman vd., 2023; Barreto vd., 2022). Sınırlı sayıdaki çalışmada ise ruhsal bozukluğu olan bireylerin bakım verenlerinde damgalama ile yalnızlık (Goldberg vd., 2023) veya sosyal izolasyon (Palani vd., 2025) arasında pozitif bir ilişki olduğu bildirilmektedir. Mevcut çalışmalar çoğunluğu ruhsal bozukluğu olan bireyler (Świtaj vd., 2013), depresyon tanılı gençler (Prizeman vd., 2023) ve genel yetişkin popülasyonu (Barreto vd., 2022) gibi örneklemelere odaklanmıştır. Ruhsal bozukluğu olan bireylerin birincil bakım verenlerinde yalnızlık ile kendini damgalama arasındaki ilişkiyi doğrudan ele alan çalışmaların sayısı ise sınırlıdır. Bu durum, söz konusu ilişkinin bakım veren örneklemine incelenmesine yönelik önemli bir literatür boşluğunu göstermektedir.

Kendini damgalamayı etkileyen bir diğer önemli faktör dini başa çıkmadır. Dini başa çıkma, bireylerin stresli yaşam olayları karşısında inanç, dua, ibadet ve teslimiyet gibi dini kaynakları kullanarak psikolojik dengeyi koruma sürecidir (Ekşi & Sayın, 2016). Olumlu dini başa çıkma, bireyin yaşadığı güçlükleri inanç temelli olarak anlamlandırmasını, umut ve kabullenme duygularını güçlendirmesini sağlarken, olumsuz dini başa çıkma ise bireyin yaşadığı durumu ilahi bir ceza olarak algılamasına, suçluluk, çaresizlik ve değersizlik duygularının artmasına neden olabilmektedir (Akar, 2025; Bozkurt & Bulut, 2025). Ruhsal bozukluğu olan bireylerin birincil bakım verenleri açısından, hastalık sürecinin getirdiği yoğun stres, toplumsal önyargılar ve bakım yüküyle baş etmede her iki tür dini başa çıkma biçimi de önemli bir psikolojik süreç olarak değerlendirilmektedir (Akar, 2025; Saffari vd., 2018). Literatürde, ruhsal bozukluğu olan bireylerin birincil bakım verenlerinde dini başa çıkmanın sık kullanıldığı, ancak düzey ve yönünün ülkeler arasında farklılık gösterdiği bildirilmektedir. Türkiye’de kronik ruhsal bozukluğu olan bireylerin bakım verenlerinde olumlu dini başa çıkmanın yüksek, olumsuz dini başa çıkmanın ise orta düzeyde olduğu saptanmıştır (Akar, 2025). Hindistan’da (Gojer vd., 2017) ve Endonezya’da (Triana & Sudjatmiko, 2021) şizofreni hastalarına bakım veren bireyler

üzerinde yapılan araştırmalarda da olumlu dini başa çıkmanın baskın olduğu belirlenmiştir. Buna karşın, Hindistan’da ciddi ruhsal bozukluğu olan bireylerin bakım verenleriyle yapılan bir başka çalışmada olumsuz dini başa çıkma puanlarının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Bharti vd., 2025). Dini başa çıkma ile kendini damgalama arasındaki ilişki de farklı kültürel örneklemelerde incelenmiş ve bulgular genellikle benzer yönde sonuçlar ortaya koymuştur. Türkiye’de şizofreni (Erdoğan Kaya & Aydınoğlu, 2023) ve bipolar bozukluk hastalarıyla (Erdoğan Kaya & Erdoğan Akturk, 2023) yürütülen çalışmalarda, olumlu dini başa çıkmanın kendini damgalama ile negatif, olumsuz dini başa çıkmanın ise pozitif ilişkili olduğu bildirilmiştir. Nijerya’da HIV ile yaşayan bireylerle yapılan araştırmada, negatif dini başa çıkmanın stigma ile psikolojik sıkıntı arasındaki ilişkiyi güçlendirdiği, yani damgalanmayı artırıcı bir faktör olarak işlev gördüğü belirlenmiştir (Obi-keguna vd., 2024). ABD’de Asyalı Amerikalı üniversite öğrencileriyle yürütülen çalışmada ise, olumlu dini başa çıkmanın yüksek olmasının damgalamaya rağmen yardım arama tutumlarını düzenleyici bir rol oynayabildiği saptanmıştır (Locke & Kim, 2024). Mevcut çalışmaların büyük bölümü hasta örneklemeleri ve öğrencilerle sınırlı olup, ruhsal bozukluğu olan bireylerin birincil bakım verenlerinde dini başa çıkma ile kendini damgalama arasındaki ilişkiyi doğrudan ele alan bir araştırmaya rastlanmamıştır. Tüm bu sonuçlar ruhsal bozukluğu olan bireylerin birincil bakım verenlerinde dini başa çıkma ile kendini damgalama arasındaki ilişkinin yeterince ele alınmadığına ve bu alanda önemli bir araştırma boşluğu bulunduğuna işaret etmektedir.

Bu çalışmadan elde edilecek bulgular, ruhsal bozukluğu olan bireylerin birincil bakım verenlerinde kendini damgalamayı azaltmaya yönelik müdahalelerin geliştirilmesine önemli katkılar sağlayabilir. Özellikle yalnızlık ve dini başa çıkma gibi değiştirilebilir psikososyal faktörlerin kendini damgalama ile ilişkisini ortaya koymak, damgalamayla mücadelede yeni ve kültürel açıdan duyarlı bir bakış açısı kazandırabilir. Araştırma bulguları doğrultusunda, olumlu dini başa çıkmanın desteklenmesi ve olumsuz dini başa çıkma eğilimlerinin azaltılmasına yönelik psikososyal girişimlerin planlanması, bakım verenlerin damgalamanın olumsuz etkileriyle baş etme becerilerini güçlendirebilir. Ayrıca, yalnızlığın azaltılmasına yönelik sosyal destek odaklı yaklaşımların geliştirilmesi, kendini damgalamayı önlemede etkili stratejiler sunabilir. Bu bağlamda ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireleri,

bakım verenlerle en yakın ve sürekli etkileşim içinde olan sağlık profesyonelleri olarak kendini damgalamanın erken dönemde tanınması, yalnızlığın değerlendirilmesi, etkili dini başa çıkma biçimlerinin desteklenmesi ve psikoeğitim temelli müdahalelerin uygulanmasında kilit bir role sahiptir. Elde edilecek bulguların, ruh sağlığı ve psikiyatri hemşirelerinin bakım verenlere yönelik bütüncül, kültürel açıdan duyarlı ve kanıta dayalı hemşirelik girişimlerini planlamalarına rehberlik edeceği düşünülmektedir. Bu doğrultuda mevcut çalışmanın amacı, ruhsal bozukluğu olan bireylerin birincil bakım verenlerinde kendini damgalama ile yalnızlık ve dini başa çıkma arasındaki ilişkinin incelenmesidir.



2. GENEL BİLGİLER

2.1 Kendini Damgalama

2.1.1 Kendini Damgalamanın Tanımı ve Kavramsal Çerçevesi

Kendini damgalama, bireyin toplum tarafından olumsuz görülen bir özelliği içselleştirerek, bu olumsuz yargıları kendine yöneltmesi sürecidir (Corrigan & Watson, 2002). Bu süreç, bireyin sosyal kimliğiyle ilgili algıların, sosyal normlar ve önyargılar aracılığıyla bireyin öz benliğine yansımadır (Corrigan & Al-Khouja, 2018; Corrigan, Watson & Barr, 2006). Kendini damgalayan birey, toplumun taşıdığı stereotipleri benimser ve bunları kendi kişiliğine uygular. Bu durum kişide özgüven kaybı, sosyal çekilme ve psikolojik sıkıntılara yol açabilir (Corrigan vd., 2006).

Kavramsal olarak kendini damgalama, bireyin toplumda var olan olumsuz yargıları yalnızca duyması ya da bilmesiyle sınırlı olmayan; bu yargıların kişinin kendine yönelik algısına dâhil olmasıyla derinleşen bir olgudur (Corrigan & Al-Khouja, 2018; Corrigan vd., 2006). Bu süreç, dışsal damgalama (public stigma) ve algılanan damgalamanın (perceived stigma) birey tarafından içselleştirilmiş bir uzantısı niteliğindedir (Vogel vd., 2013). Diğer bir ifadeyle, toplumun belirli bir durum, hastalık ya da kimlik üzerinde kurduğu ayrımcı söylem ve stereotipler, bireyin kendi benlik değerine yönelik olumsuz bir inanç sistemi geliştirmesine yol açar (Corrigan vd., 2006; Vogel vd., 2013).

Kendini damgalama üç temel aşamada ortaya çıkar. İlk aşama olan farkındalık, kişinin kendisiyle ilişkili sosyal stereotip ve önyargıların farkına varmasıyla başlar (Corrigan vd., 2011; Göpfert vd., 2019). Birey, toplumda kendi durumuna yönelik aşağılayıcı ya da negatif değerlendirmelerin bulunduğunu gözlemler. İkinci aşama olan anlaşıma sürecinde, birey bu olumsuz toplumsal yargıları doğru kabul etmeye ve onlarla hemfikir olmaya başlar başlar (Corrigan vd., 2011; Göpfert vd., 2019). Böylece, dış dünyaya ait önyargılar bireyin düşünce dünyasında doğruluk payı kazanır. Üçüncü aşama ise içselleştirme aşamasıdır. Bu aşamada birey toplumsal stereotipleri kendi benliğine uygular, kendini toplumun ona baktığı olumsuz çerçeve içinde görmeye başlar ve bu durum utanç, suçluluk, yetersizlik hissi gibi psikolojik sonuçlar doğurmaya başlar (Corrigan vd., 2011; Göpfert vd., 2019).

2.1.2 Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerin Bakım Verenlerinde Kendini Damgalamanın Bileşenleri

Ruhsal bozukluğu olan bireylerin bakım verenlerinde kendini damgalama, toplumdaki ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz tutumlar, stereotipler ve ayrımcı davranışların bakım veren tarafından fark edilip zamanla içselleştirilmesiyle ortaya çıkan ve kişinin benlik algısını etkileyen psikososyal bir süreçtir (Singh vd., 2016; Yıldız vd., 2018). Toplumun, ruhsal bozukluğu olan bireylere ve yakınlarına yönelik geliştirdiği dışlayıcı tutumlar, bakım verenin kendisini de bu damgalayıcı çerçeve içinde görmesine yol açabilir (Handebo vd., 2025; Shi vd., 2019). Kendini damgalama bu yönüyle yalnızca bireyin iç dünyasında yaşanan kişisel bir problem değil; aynı zamanda toplumsal normların, damgalayıcı kültürel inançların ve güç ilişkilerinin bir sonucudur. Bakım verenin sosyal konumunu, aile içi ve dışı rollerini, psikolojik iyilik hâlini ve hasta ile olan ilişkisini doğrudan etkileyerek, bakım sürecinin niteliği üzerinde belirleyici bir etkiye sahiptir (Handebo vd., 2025; Chang vd., 2017).

Ruhsal bozukluğu olan bireylerin bakım verenlerinde kendini damgalama süreci sosyal geri çekilme, hastalığı gizleme ve algılanan değersizleştirme olmak üzere üç temel bileşenden oluşmaktadır (Yıldız vd., 2018). Sosyal geri çekilme bileşeni, bakım verenin çevresindekilerin kendisine kuşkuyla yaklaşabileceği, yargılanabileceği veya küçük düşürülebileceği kaygısıyla sosyal ilişkilerden uzaklaşmasını ifade eder (Guan vd., 2023; Yıldız vd., 2018). Bu durum, bireyin kendini korumaya yönelik bir strateji gibi görünse de zamanla yalnızlık, sosyal destek kaybı ve psikolojik yükte artışa yol açabilir (Guan vd., 2023). Hastalığı gizleme, bakım verenlerin damgalanma korkusu nedeniyle hasta yakınının hastalığını komşu, akraba ve arkadaşlardan saklaması, hastalığın gerçek adını söylemekten kaçınması ve tedavi süreçlerini mümkün olduğunca görünmez kılmaya çalışması ile karakterizedir. Böylece bakım veren, olası dışlanma ve utanç duygularına karşı kendini savunmaya çalışır ancak sosyal kaynaklara erişimi azaldıkça yük daha da artar (Mak vd., 2008; Yıldız vd., 2018). Algılanan değersizleştirme bileşeni ise bakım verenin ruhsal hastalığı olan birey ile yaşaması sebebiyle kendini eksik, güçsüz, başarısız, işe yaramaz ve mutsuz olmaya mahkûm biri gibi görmesiyle ilişkilidir. Bu tür

içselleştirilmiş olumsuz benlik algıları özgüven düşüşüne, çaresizlik hissine ve depresif belirtilere zemin hazırlar (Singh vd., 2016; Yıldız vd., 2018).

2.1.3 Kendini Damgalamanın Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerin Bakım Verenlerinin Ruh Sağlığı Üzerine Etkileri

Ruhsal hastalığı olan bireylerin bakım süreçleri, yalnızca hastaları değil, bakım veren aile üyelerini de derinden etkileyen çok yönlü psikososyal zorluklar içermekte ve bu süreçte yaşanan damgalama, bakım verenlerin ruh sağlığını olumsuz yönde etkileyen temel risk faktörlerinden biri olarak öne çıkmaktadır (Guan vd., 2023; Honary vd., 2018). Trigueros ve ark. (2022) çalışması, ciddi ruhsal bozukluğu olan çocuklara bakım veren ebeveynlerde kendini damgalama düzeyi arttıkça depresyon, anksiyete ve stres belirtisinin belirgin şekilde yükseldiğini göstermektedir. Aynı zamanda bu artışın, ebeveynlerin sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite gibi olumlu yaşam alışkanlıklarında azalmaya yol açtığı belirtilmektedir. Bu sonuçlar, damgalamanın yalnızca psikolojik değil, fiziksel iyi oluş üzerinde de olumsuz etkiler yarattığını ortaya koymaktadır (Trigueros vd., 2022).

Benzer bulgular Cheng ve ark. (2022) çalışmasında da görülmektedir. Şizofreni, majör depresyon ve bipolar bozukluğu olan bireylerin bakım verenleriyle gerçekleştirilen bu araştırmada, düşük benlik saygısı ve yüksek psikolojik sıkıntının yaşam kalitesini ciddi biçimde düşürdüğü belirlenmiştir. Ayrıca bakım yükünün, kendini damgalama ve psikolojik sıkıntı üzerinden ruh sağlığını olumsuz etkilediği vurgulanmaktadır. Bipeta ve ark. (2020) remisyondaki psikiyatrik hastalar ve bakım verenleriyle yaptığı araştırmada ise, bakım verenlerin yüksek düzeyde damgalama algıladıkları ortaya konmuştur. Bu damgalama algısı, bakım verenlerin duygusal iyi oluşunu azaltmakta ve depresif belirtileri artırmaktadır. Özellikle madde kullanım bozukluğu olan bireylerin ailelerinde kendini damgalama ve depresyon oranlarının daha yüksek olduğu bildirilmektedir (Bipeta vd., 2020).

Shi ve ark. (2019) sistematik derleme ve meta-analizi, farklı ruhsal bozukluklara sahip bireylerin toplam 3381 bakım verenini kapsamakta ve bakım verenin içselleştirilmiş damgalamasının oldukça yaygın olduğunu göstermektedir. Kendini damgalamanın depresyon, anksiyete, sosyal geri çekilme ve yaşam kalitesinde düşüşle anlamlı şekilde ilişkili olduğu ifade edilmektedir. Bu durum, içselleştirilmiş

damgalamanın bakım verenlerin psikolojik kırılganlığını artırdığını göstermektedir (Shi vd., 2019). Papadopoulos ve ark. (2018) otizmlili bireylerin bakım verenlerini konu alan sistematik derlemesinde de benzer sonuçlar bildirilmiştir. Damgalamanın bakım verenlerin ruh sağlığı üzerinde ciddi ve çok boyutlu etkiler yarattığı; çaresizlik hissi, benlik saygısında azalma ve sosyal izolasyonla ilişkilendiği belirtilmektedir. Ayrıca bu olumsuz etkilerin depresyon ve kaygıyı artırarak yardım arama davranışını zayıflatmış ifade edilmektedir (Papadopoulos vd., 2018).

Guan ve ark. (2023) çalışması, ciddi ruhsal bozukluğu olan bireylerin bakım veren aile üyelerinde sosyal izolasyon ve yalnızlığın ruh sağlığı üzerinde önemli etkiler oluşturduğunu ortaya koymaktadır. Araştırmada, bakım verenlerin sosyal destekten yoksun kalmaları ve bakım yükünün artmasıyla birlikte yalnızlık düzeylerinin yükseldiği ve bunun depresif duygudurum ile psikolojik sıkıntıyı artırdığı belirlenmiştir (Guang vd., 2023). Kendini damgalama ve toplumdan dışlanma hissinin, bakım verenlerin sosyal ilişkilerini sınırlandırarak yardım arama davranışını azalttığı; bunun da yalnızlığı daha da derinleştirerek ruh sağlığını olumsuz etkilediği vurgulanmıştır. Çalışma, sosyal izolasyonun ve yalnızlığın, bakım sürecinde kendini damgalamanın önemli bir yordayıcısı ve sonucu olabileceğini, bu nedenle bakım verilere yönelik destekleyici psikososyal müdahalelerin özellikle sosyal bağları güçlendirmeye odaklanması gerektiğini ifade etmektedir (Guang vd., 2023).

Bu çalışmaların tümü birlikte değerlendirildiğinde, kendini damgalamanın ruhsal hastalığı olan bireylerin bakım verenleri için önemli bir psikolojik risk kaynağı olduğu açıkça görülmektedir. Bakım verenlerin toplumdaki olumsuz tutum ve yargıları içselleştirmesi, depresyon, anksiyete, stres artışı, yaşam kalitesinde düşme ve sosyal izolasyon gibi çok boyutlu olumsuz sonuçlara yol açmaktadır. Kendini damgalamanın aynı zamanda sosyal destekten uzaklaşmayı ve yalnızlığı artırarak ruh sağlığındaki bozulmayı daha da derinleştirdiği anlaşılmaktadır. Bu nedenle, bakım verilere yönelik psikososyal müdahalelerin, damgalamanın içselleştirilmesini azaltmayı; sosyal kaynaklara erişimi, benlik saygısını ve psikolojik dayanıklılığı güçlendirmeyi hedeflemesi kritik önem taşımaktadır.

2.2 Yalnızlık

Ruhsal bozukluğu olan bireylere bakım ve destek sağlayan bakım verenlerin, yoğun bakım yükü nedeniyle yalnızlık hissi yaşadıkları bildirilmiştir (Honary vd., 2018). Bakım verenler, semptom yönetimi, tedavi süreçlerinin takibi ve günlük yaşam aktivitelerine destek gibi görevler nedeniyle zaman ve enerjilerini büyük ölçüde hastaya yönlendirmektedir (Honary vd., 2018). Bu yük, onların aile ve arkadaş çevresiyle geçirebilecekleri zamanı sınırlamakta ve sosyal yaşamdan uzaklaşmalarına neden olabilmektedir (Alqhtani vd., 2021).

Toplumda ruhsal bozukluklara yönelik önyargı ve ayrımcı tutumların varlığı, bakım verenlerin yalnızlık riskini artıran bir diğer etkidir (Hajek vd., 2021; Keating & Eales, 2017). Bakım verenler kimi zaman mesafeli ve dışlayıcı davranışlara maruz bırakılabilmekte; bu durumu engellemek için sosyal ortamlardan geri çekilme ya da iş yaşamını bırakma yoluna gidebilmektedirler (Anokye, 2018; Ergetie vd., 2018). Bu tür deneyimler, yalnızlık duygusunun daha da pekişmesine neden olabilmektedir.

Yalnızlık, literatürde karşılanamayan sosyal ilişkilere bağlı olarak ortaya çıkan olumsuz bir duygusal durum şeklinde tanımlanmaktadır (Gierveld vd., 2018; Hajek vd., 2021; Johnson vd., 2019). Weiss (1973), yalnızlığın tek boyutlu bir olgu olmadığını vurgulayarak onu iki farklı bileşen üzerinden açıklamaktadır. Duygusal yalnızlık, bireyin hayatında yakınlık ve güven ilişkisi kurabileceği bir kişinin bulunmamasından kaynaklanan derin bir bağ eksikliği ile karakterizedir. Sosyal yalnızlık ise daha geniş bir sosyal ağdan yoksun olmayı ve bireyin içinde bulunduğu toplulukla bağlantısının sınırlı olmasını ifade eder. Bu iki boyut, bakım verenlerin yalnızlık deneyiminin hem yakın sosyal destekten hem de toplumsal ilişkilerden uzaklaşma sonucu ortaya çıkabileceğini göstermektedir (Weiss, 1973). Bu ayrım, ruhsal bozukluğu olan bireylerin bakım verenlerinde görülen yalnızlık deneyiminin farklı boyutlar taşıdığını göstermektedir. Bu çalışmada yalnızlık, bireyin mevcut sosyal ilişkileri ile arzu ettiği sosyal ilişkiler arasındaki uyumsuzluktan kaynaklanan öznel duygusal sıkıntı olarak tanımlanmış ve ölçüm için UCLA Yalnızlık Ölçeği–Kısa Formu kullanılmıştır (Neto, 2014; Sarıçam, 2023).

Yalnızlıkla ilgili mevcut bulgular, bakım verenlerin diğer gruplara kıyasla daha yüksek yalnızlık riski taşıdığını ortaya koymaktadır (Labrum & Newhill, 2021; Poon

vd., 2017). Nitekim Zhang ve ark. (2021) tarafından yürütülen araştırmada, yalnızlığın bu grup için yaşam kalitesini olumsuz etkileyen kritik bir belirleyici olduğu açıkça belirtilmiştir. Bunun yanı sıra, Guan ve ark. (2023) yürüttüğü kapsamlı derleme çalışmasında, bakım verenlerin sosyal destekten yoksun kalmalarının ve bakım sorumluluğunun artmasının, yalnızlık düzeylerinin yükselmesiyle ilişkili olduğu ifade edilmiştir. Bu çalışmada yalnızlık; sosyal ilişkilerin sayısı ve kalitesinin bireyin beklentilerini karşılamaması sonucu ortaya çıkan öznel ve olumsuz bir duygu durumu olarak tanımlanmıştır. Ayrıca, sosyal izolasyon ve yalnızlık düzeyinin artmasının depresyon ve ruhsal sıkıntı ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (Guan vd., 2023).

Demans hastası bireylere bakım verenlerle yapılan araştırmalarda da benzer bulgular raporlanmıştır. Kovaleva ve ark. (2018) bakım verenlerde kronik stres, sosyal izolasyon ve yalnızlık düzeylerinin yüksek olduğunu ve bu değişkenlerin psikolojik sağlıkla yakından ilişkili olduğunu ortaya koymuştur. Yazarlar, bakım sorumluluklarının sosyal yaşamı sınırladığını ve bakım verenlerin sosyal etkileşim fırsatlarının azalmasının yalnızlığı artırdığını belirtmiştir (Kovaleva vd., 2018). Ciddi ruhsal bozukluğu olan bireylerin bakım verenleriyle yürütülmüş bir diğer araştırmada, sosyal izolasyon ve yalnızlık deneyimlerinin sosyal ağların küçülmesiyle ilişkilendiği gösterilmiştir (Tabatabaee vd., 2023). Bu çalışmada bakım verenler, sosyal ilişkilerinin giderek azaldığını ve mevcut ilişkilerinin de destek sağlamada yetersiz kaldığını bildirmiştir (Tabatabaee vd., 2023).

Bunlara ek olarak bazı çalışmalar, damgalanma ve sosyal geri çekilme gibi psikososyal zorlayıcı süreçlerin yalnızlık ile bağlantılı olduğunu göstermektedir. Örneğin, Shi ve ark. (2019) sistematik derleme ve meta-analizinde, ruhsal bozukluğu olan bireylerin bakım veren aile üyelerinde içselleştirilmiş damgalamanın yaygın olduğu ve bunun sosyal geri çekilme ile ilişkili olduğu raporlanmıştır. Benzer biçimde Papadopoulos ve ark. (2018) otizmli bireylerin bakım verenlerinde damgalanma deneyiminin sosyal izolasyon ve psikolojik sıkıntı ile bağlantılı olduğunu bildirmiştir. Trigueros ve ark. (2022) ise ruhsal bozukluğu olan çocuklara bakım verenlerde kendini damgalamanın psikolojik iyi oluşu azaltarak sosyal açıdan olumsuz sonuçlara yol açtığını göstermiştir.

Bu alışmalar birlikte değerlendirildiğinde, bakım sürecinde sosyal ağların daralması, sosyal destek yetersizliği, sosyal izolasyon ve damgalanma ile ilişkili geri çekilme gibi faktörlerin yalnızlıkla yakından ilişkili olduğu ve bu durumun bakım verenlerin ruh sağlığı açısından önemli olduğu rapor edilmektedir (Guan vd., 2023; Kovaleva vd., 2018; Papadopoulos vd., 2018; Shi vd., 2019; Tabatabaee vd., 2023; Trigueros vd., 2022). Sonuç olarak, ruhsal bozukluğu olan bireylere bakım verenlerin yalnızlık yaşamaya yatkın oldukları ve yalnızlığın bakım verenler üzerindeki olumsuz etkileri göz önünde bulundurulduğunda, bu konunun literatürde daha kapsamlı biçimde incelenmesi gerektiği ifade edilmektedir (Zhang vd., 2021; Labrum & Newhill, 2021; Poon vd., 2017).

2.3 Dini Başa ıkma

Dini başa çıkma, bireylerin stresle mücadele ederken dini inanç, ritüel ve uygulamalardan yararlanmalarını ifade etmektedir (Pargament vd., 2011). Din, dua etme, ruhsal destek arama ve ibadetlere yönelme gibi bireylere anlamlı ve tanıdaık başa çıkma yolları sunar. Bu yollar, bakım verenlerin yaşadıkları zorlu süreçleri anlamlandırmalarına, umut geliştirmelerine ve psikolojik dayanıklılıklarını sürdürmelerine katkı sağlamaktadır (Pargament vd., 2011).

Dini başa çıkma olumlu ve olumsuz dini başa çıkma olmak üzere iki temel boyutta ele alınmaktadır (Ekşi & Sayın, 2016). Olumlu dini başa ıkma, Tanrı'dan g ve koruma arama, dini topluluklardan manevi destek alma ve yaşanılan zorlukları ilahi bir planın parçası olarak görme gibi bireyin uyumunu artıran süreçleri kapsamaktadır (Ekşi & Sayın, 2016). Ruhsal bozukluğu olan bireylere bakım veren kişiler için olumlu dini başa çıkma; bakım verme rolünden kaynaklanan stres ve belirsizliği yönetmeye, umudu sürdürmeye ve duygusal dayanıklılığı artırmaya yardımcı olabilmektedir. Böylece psikolojik sıkıntı azalıırken ruhsal iyi oluşun güçlendiği bildirilmiştir (Ekşi & Sayın, 2016; Saffari vd., 2018; Akar, 2025). Olumsuz dini başa çıkma ise, yaşanan durumun Tanrı'nın cezası olduğu inancı, Tanrı tarafından terk edildiğini düşünme, dini sorgulama veya ruhsal çatışma yaşama gibi uyumsuz ve zorlayıcı süreçleri içermektedir. Bu durum bakım verenlerde suçluluk, çaresizlik, öfke ve manevi kopuş duygularına neden olabilmekte, depresyon ve psikolojik sıkıntıyı artırabilmektedir

(Akar, 2025; Ekşi & Sayın, 2016; Pearce vd., 2016; Rashid vd., 2023; Saffari vd., 2018).

Ruhsal bozukluğu olan bireylere bakım verenler arasında dini başa çıkmanın özellikle yaygın ve önemli bir yere sahip olduğu belirtilmektedir. Nitekim, Akar (2025) ruhsal bozukluğu olan bireylerin birincil bakım verenleriyle yaptığı araştırmada, bakım verenlerin pozitif dini başa çıkma düzeylerinin ortalamasının üzerinde, negatif dini başa çıkma düzeylerinin ise orta seviyede olduğunu saptamıştır. Bu bulgular, bakım sürecinin yarattığı stresi yönetmede bakım verenlerin sıklıkla dini inanç ve pratiklere yöneldiğini göstermektedir (Akar, 2025). Yoğun stres ve belirsizlik yaşayan bakım verenler, sıklıkla din ve maneviyata yönelerek destek aramaktadır. Örneğin, Malhotra ve Thapa (2015) tarafından yapılan çalışmada, ciddi ruhsal hastalığı olan bireylere bakım veren aile üyelerinin bakım sürecinde yoğun stres yaşadıkları ve bu stresle başa çıkmada dini inanç ve pratiklere önemli ölçüde yöneldikleri bulunmuştur. Araştırmada katılımcıların büyük çoğunluğunun dua etme, ibadet, kutsal mekânlara gitme, dini törenlere katılma ve manevi destek arama gibi uygulamaları sıkça kullandıkları belirlenmiştir. Ayrıca birçok bakım verenin tıbbi tedavinin yanı sıra geleneksel ve inanç temelli şifa yöntemlerine başvurduğu ve “karma”, “kader” ve “Tanrı’nın iradesi” gibi inançların yaşadıkları durumu kabullenmelerini kolaylaştırdığı saptanmıştır. Bu yaklaşımın özellikle duygusal rahatlama, umudun sürdürülmesi ve yalnızlık algısının azalması gibi olumlu etkiler sağladığı ifade edilmiştir. Bununla birlikte az sayıda bakım verenin hastalığı “Tanrı’nın cezası” olarak yorumladığı ve bunun suçluluk ile çaresizlik duygularını artırabildiği görülmüştür. Genel olarak çalışma, dinin ve maneviyatın bakım verenler için güçlü bir psikolojik dayanıklılık ve anlamlandırma kaynağı olduğunu ve ruh sağlığı hizmetlerinde dini başa çıkmanın dikkate alınmasının bakım sürecine önemli katkılar sağlayabileceğini vurgulamaktadır (Malhotra & Thapa, 2015). Benzer şekilde, Saffari ve ark. (2018) tarafından yapılan farklı bir çalışmada, şizofreni hastalarına bakım veren aile üyelerinde manevi (dini) başa çıkma stratejilerinin aile damgalaması, stres ve bakım yükü ile olan ilişkisi incelenmiştir. Araştırma sonuçlarına göre dini başa çıkmanın hem doğrudan hem de dolaylı koruyucu bir etkiye sahip olduğu bulunmuştur. Manevi başa çıkmayı yüksek düzeyde kullanan bakım verenlerin hem damgalanma algılarının hem de psikolojik streslerinin daha düşük olduğu; bunun da

bakım yükünü azalttığı belirlenmiştir. Özellikle olumlu manevi başa çıkma biçimlerinin (dua, ibadet, tevekkül, dini topluluk desteği gibi) daha iyi ruhsal uyum sağladığı; buna karşılık olumsuz manevi yorumların (cezalandırılma inancı, çaresizlik ve dini suçluluk hissi) stres ve aile damgalamasını artırdığı gösterilmiştir. Çalışma genel olarak, dinin ve maneviyatın bakım sürecinde önemli bir psikolojik dayanıklılık kaynağı olduğunu ve damgalanmanın olumsuz etkilerini zayıflatılabileceğini vurgulamaktadır. Bu nedenle araştırmacılar, bakım verenlere yönelik müdahalelerde dini başa çıkma yaklaşımlarının desteklenmesinin ruhsal iyilik halini güçlendireceğini önermektedir (Saffari vd., 2018).

Mevcut çalışmalar, ruhsal bozukluğu olan bireylerin bakım verenlerinin dini başa çıkmayı yaygın olarak kullandıklarını ve bunun stres, umutsuzluk ve bakım yükü üzerinde önemli etkileri olduğunu göstermektedir (Akar, 2025; Rashid vd., 2023; Pearce vd., 2016). Bununla birlikte literatür incelendiğinde, dini başa çıkmanın bakım verenlerin kendini damgalama düzeyi ile ilişkisini açıklamaya yönelik araştırmaların sınırlı olduğu dikkat çekmektedir. Özellikle, pozitif ve negatif dini başa çıkma tarzlarının, kendini damgalamanın alt boyutları olan sosyal geri çekilme, hastalığı gizleme ve algılanan değersizleştirme üzerindeki koruyucu veya risk artırıcı rolü yeterince araştırılmamıştır. Bu durum, bakım sürecinde hem psikolojik hem de sosyal açıdan kırılgan bir gruba oluşturan bakım verenlerin ruhsal iyilik hâlini anlamada önemli bir eksiklik yaratmaktadır. Ayrıca mevcut çalışmaların büyük kısmı genel stres ve bakım yüküne odaklanırken, dini başa çıkmanın damgalama deneyimini nasıl anlamlandırdığı, yeniden çerçevelediği ya da pekiştirdiği sınırlı biçimde ele alınmıştır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Türü

Bu araştırma, ruhsal bozukluğu olan bireylerin birincil bakım verenlerinde kendini damgalama ile yalnızlık ve dini başa çıkma arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı, kesitsel ve ilişki arayıcı bir tasarımda yürütülmüştür.

3.2 Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Bu araştırma, Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Servisi ve Polikliniklerinde Ocak 2025 – Temmuz 2025 tarihleri arasında yürütülmüştür. Hastanenin inşaatı İl Özel İdaresi tarafından finanse edilmiş olup, 07 Eylül 2010 tarihinde tamamlanmış ve 05 Ekim 2010 tarihinde hizmete açılmıştır. Kuruluşundan itibaren Psikiyatri Anabilim Dalı bünyesinde yataklı servis ve poliklinik hizmetleri sunulmaktadır.

Başlangıçta açık servis olarak tasarlanan yataklı birim, pandemi sürecinin ardından 2021 yılında kapalı ve yüksek güvenlikli servise dönüştürülmüştür. 2021–2025 yılları arasında kadın ve erkek hastalara birlikte hizmet veren servis, 2025 yılı itibarıyla yalnızca kadın hastalara yönelik olarak yapılandırılmıştır. Servis 16 yatak kapasitesine sahip olup yılın ortalama yedi ayında tam doluluk oranı ile hizmet vermektedir.

Psikiyatri bölümünde 6 profesör, 7 uzman hekim, 22 asistan doktor, 8 hemşire ve 4 psikolog görev yapmaktadır. Poliklinik ise günlük ortalama 100–110 hastaya hizmet vermektedir.

3.3 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Ocak – Temmuz 2025 tarihleri arasında Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Servisi ve Polikliniklerine başvuran hastaların birincil bakım verenleri oluşturmuştur. Örneklem büyüklüğü, çoklu doğrusal regresyon analizi temel alınarak G*Power 3.1.9.2 programı ile hesaplanmıştır (Faul, 2009). Analizde %95 güç, $\alpha=0.05$, $f^2=0.15$ (orta etki büyüklüğü) ve 16 yordayıcı değişken dikkate alınmış, bu doğrultuda minimum 220 katılımcının gerekli olduğu belirlenmiştir. Çalışma, dahil edilme kriterlerini karşılayan 302 bakım veren ile tamamlanmıştır.

Bu araştırmada örnekleme yöntemi olarak kolayda örnekleme kullanılmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden ve dahil edilme kriterlerini karşılayan bireyler örnekleme alınmıştır. Bu yöntem, araştırma süresince erişilebilir durumda olan ve çalışmaya gönüllü olarak katılan bireylerden veri toplanmasına olanak sağlamıştır.

3.3.1 Araştırmaya Dhil Edilme Kriterleri

Ruhsal bozukluğu olan bireyler için dahil edilme kriterleri:

- ICD-11 tanı sınıflandırmasına göre en az bir yıl önce bir ruhsal bozukluk tanısı almış olmak,
- 18 yaş ve üzerinde olmak,
- Okur-yazar olmak,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak.

Birincil bakım verenler için dahil edilme kriterleri:

- Hastanın birincil bakım vereni olmak,
- Birinci derece akraba olmak (ebeveyn, eş, ocuk, kardeş),
- En az 6 aydır bakım veriyor olmak,
- 18 yaş ve üzerinde olmak,
- Okuryazar olmak,
- Araştırmaya katılmayı kabul etmek.

3.3.2 Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

Ruhsal bozukluğu olan bireyler için dışlanma kriterleri:

- Başka bir psikiyatrik komorbiditenin varlığı,
- Entelektüel yeti yitimi veya nörobilişsel bozukluk tanısı almış olmak,
- Ciddi bir fiziksel hastalığın bulunması (kanser, böbrek yetmezliği, vb.).

Birincil bakım verenler için dışlanma kriterleri:

- Bilişsel işlevlerini etkileyebilecek bir hastalığa sahip olmak,
- Çalışmaya katılmayı engelleyecek düzeyde ciddi fiziksel hastalığa sahip olmak,
- Ücretli bakıcı olmak.

3.4 Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı değişken:

- Bakım verenlerin kendini damgalama düzeyleri.

Bağımsız değişkenler:

- Bakım verenlerin yalnızlık düzeyleri,
- Bakım verenlerin dini başa çıkma düzeyleri,
- Bakım verenlerin sosyodemografik ve bakım özellikleri,
- Hastaların sosyodemografik ve klinik özellikleri.

3.5 Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri, Tanıtıcı Bilgi Formu, Kendini Damgalama Ölçeği-Aile, UCLA Yalnızlık Ölçeği-6 ve Dini Başa Çıkma Ölçeği kullanılarak elde edilmiştir.

3.5.1 Tanıtıcı Bilgi Formu

Araştırmacılar tarafından literatürden yararlanılarak (Avcı vd., 2021; Yıldız vd., 2019) ruhsal bozukluğu olan bireyler ile birincil bakım verenlerinin sosyodemografik ve klinik özelliklerini belirlemek amacıyla oluşturulmuştur. Toplam 16 maddeden oluşan formda; bakım verenlere ilişkin yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, algılanan gelir düzeyi, hastaya yakınlık derecesi ve bakım süresi gibi değişkenlerin yanı sıra hastaların cinsiyet, yaş, psikiyatrik tanı, hastalık süresi ve ek kronik hastalık bilgileri sorgulanmaktadır (EK-1).

3.5.2 Kendini Damgalama Ölçeği-Aile (KDÖ-A)

Ruhsal bozukluğu olan bireylerin aile üyelerinde kendini damgalamayı değerlendirmek amacıyla Yıldız ve ark. (2019) tarafından geliştirilmiş ve Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0,88 olarak rapor edilmiştir. Mevcut çalışmada ise Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0,90 olarak belirlenmiştir. 5'li Likert tipinde (1= hiç uymaz, 5= tam uyar) yanıtlanan toplam 14 madde içermektedir. Ölçek, toplumdan uzaklaşma (1-6. maddeler), hastalığın gizlenmesi (7-9. maddeler) ve düşük değer algısı (10-14. maddeler) olmak üzere üç alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçekte ters puanlanan madde bulunmamaktadır. Toplam puan 14 ile 70 arasında değişmekte olup, yüksek puanlar daha yüksek düzeyde kendini damgalamayı göstermektedir (Yıldız vd., 2019) (EK-2).

3.5.3 UCLA Yalnızlık Ölçeği-6 (UCLA-YÖ-6)

Bireylerin yalnızlık düzeyini belirlemek amacıyla Russell ve ark. (1980) tarafından geliştirilen 20 maddelik orijinal UCLA Yalnızlık Ölçeği'nin kısa versiyonu Neto (2014) tarafından uyarlanmıştır. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Sarıçam (2023) tarafından yapılmış ve Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0,77 olarak bulunmuştur. Mevcut çalışmada ise Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0,84 olarak belirlenmiştir. Tek boyutlu bir yapıya sahip olan ölçek 6 maddeden oluşmakta ve 4'lü Likert tipinde (1=Hiç uygun değil, 4=Çok uygun) yanıtlanmaktadır. Ölçekte yalnızca 2. madde ters puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek toplam puan 6 ile 24 arasında değişmekte olup, yüksek puanlar artan yalnızlık düzeyini göstermektedir (Neto, 2014; Sarıçam, 2023) (EK-3).

3.5.4 Dini Başa Çıkma Ölçeği (DBCÖ)

Bireylerin stresli yaşam olaylarıyla başa çıkarken kullandıkları dini başa çıkma tarzlarını değerlendirmek amacıyla geliştirilen Dini Başa Çıkma Ölçeği, Türkçe'ye Ekşi ve Sayın (2016) tarafından uyarlanmıştır. Ölçek 10 maddeden ve iki alt boyuttan oluşmaktadır: pozitif dini başa çıkma (1–7. maddeler) ve negatif dini başa çıkma (8–10. maddeler). Maddeler 4'lü Likert tipinde (1=Hemen hemen hiç yapmam, 4=Sıklıkla yaparım) yanıtlanmaktadır ve ters puanlanan madde bulunmamaktadır. Pozitif dini başa çıkma, dini inanç ve pratiklerin stresle başa çıkmada olumlu rol oynadığı stratejileri ifade etmekte olup, bireylerin dua etme, manevi destek arama ve dini kaynaklara yönelme gibi yöntemlerini kapsamaktadır. Negatif dini başa çıkma ise dini inançların başa çıkma sürecinde olumsuz bir rol oynadığı stratejileri değerlendirmekte, Tanrı'yı suçlama, öfke duyma ya da dini kaynaklardan kaçınma gibi olumsuz yönelimleri yansıtmaktadır. Puanlama alt boyutlar bazında yapılmakta, tek bir toplam dini başa çıkma puanı hesaplanmamaktadır. Pozitif dini başa çıkma alt boyutundan alınabilecek puan 7–28, negatif dini başa çıkma alt boyutundan alınabilecek puan ise 3–12 arasında değişmektedir. Yüksek puanlar, ilgili başa çıkma tarzının daha yoğun kullanıldığını göstermektedir. Ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayıları pozitif dini başa çıkma için 0,91, negatif dini başa çıkma için 0,86 olarak saptanmıştır. Mevcut çalışmada ise Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı pozitif ve negatif dini başa çıkma için sırasıyla 0,90 ve 0,85 olarak belirlenmiştir. (Ekşi & Sayın, 2016) (EK-4).

3.6 Veri Toplama Yöntemi

Araştırmanın verileri, Ocak–Temmuz 2025 tarihleri arasında toplanmıştır. Veri toplama süreci, ruhsal bozukluğu olan bireylerin birincil bakım verenleri ile hastanenin uygun ve sessiz bir görüşme odasında, araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Katılımcılara araştırmanın amacı ve kapsamı hakkında gerekli açıklamalar yapıldıktan ve bilgilendirilmiş onamları alındıktan sonra ölçme araçları uygulanmıştır. Her görüşme yaklaşık 30–40 dakika sürmüştür, süreç boyunca katılımcıların gizliliği korunmuş ve gönüllülük esasına özen gösterilmiştir.

3.7 Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 25.0) paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerleri ile sunulmuştur. Bakım verenlerin ve hastaların bazı özelliklerine göre KDÖ-A puan ortalamalarının karşılaştırılmasında, grup sayısı iki olduğunda bağımsız örneklem t-testi, ikiden fazla olduğunda ise tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanılmıştır. ANOVA sonucunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandığında, bu farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek amacıyla Bonferroni çoklu karşılaştırma testi uygulanmıştır. Kendini damgalama, yalnızlık ve dini başa çıkma arasındaki ilişkileri değerlendirmek için Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. Bakım verenlerde kendini damgalamanın yordayıcılarını belirlemek amacıyla çoklu doğrusal regresyon analizi (geri adım yöntemi) yapılmıştır. Regresyon analizlerinde çoklu doğrusal bağlantı (multicollinearity) durumu Varyans Büyütme Faktörü (VIF), Tolerans (T) ve Koşul İndeksi (CI) değerleriyle incelenmiştir; $VIF < 10$, $T > 0,20$ ve $CI < 30$ kriterlerini sağlayan değişkenler modele dahil edilmiştir. Modelde otokorelasyon olup olmadığı Durbin–Watson testi ile değerlendirilmiş, modelin açıklayıcılığı ise Düzeltilmiş R^2 (Adjusted R^2) değeri ile gösterilmiştir. Tüm analizlerde istatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir (Field, 2024; Tabachnick & Fidel, 2019).

3.8 Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma, Bandırma Onyedü Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'nun 13.06.2024 tarihli ve 129 sayılı onayı ile İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'nün 06.11.2024 tarihli ve E-15916306-604.01-258795649 sayılı izni doğrultusunda yürütülmüştür (EK-5, EK-6). Çalışma süresince Helsinki Bildirgesi'nin etik ilkeleri esas alınmıştır. Katılımcılara araştırmanın amacı, kapsamı ve süreçleri hakkında ayrıntılı bilgi verilmiş; elde edilen verilerin yalnızca bilimsel amaçlarla kullanılacağı, kimlik bilgilerinin gizli tutulacağı ve istedikleri anda çalışmadan çekilme hakkına sahip oldukları ifade edilmiştir. Katılımın tamamen gönüllülük esasına dayandığı vurgulanmış ve tüm bakım verenlerden Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu aracılığıyla yazılı onam alınmıştır (EK-7). Çalışmada kullanılan ölçekler için yazarlardan kullanım izinleri alınmıştır (EK-8).

3.9 Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırma, yalnızca Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Servisi ve Polikliniklerine Ocak–Temmuz 2025 tarihleri arasında başvuran ruhsal bozukluğu olan bireylerin birincil bakım verenleri ile sınırlıdır. Bu nedenle elde edilen bulguların farklı kurumlara ve sosyo-kültürel bağlamlara genellenmesi mümkün değildir. Ayrıca araştırmanın kesitsel tasarımı, değişkenler arasındaki nedensellik ilişkilerinin kurulmasına izin vermemektedir. Verilerin öz-bildirim ölçekleri aracılığıyla toplanmış olması, katılımcıların yanıtlarında sosyal istenirlik eğiliminden etkilenme olasılığını da beraberinde getirmektedir. Araştırmaya yalnızca birincil bakım verenler dahil edilmiş; ikincil bakım verenler veya profesyonel bakım sağlayıcılar kapsam dışında bırakılmıştır. Çalışmanın en önemli sınırlılıklarından biri, farklı tanımlara sahip ruhsal bozukluğu olan bireylerin bakım verenlerinin araştırmaya birlikte dahil edilmiş olmasıdır. Ruhsal bozuklukların doğası, seyri ve bakım gereksinimleri önemli ölçüde farklılık gösterebildiğinden, hastalık türüne göre ayrı bir analiz yapılmamıştır. Bu durum, bakım sürecine ilişkin deneyimlerin ve dolayısıyla yalnızlık, dini başa çıkma ve kendini damgalama düzeylerinin farklılaşmasına yol açmış olabilir.

4. BULGULAR

Bu bölümde, ruhsal bozukluğu olan bireylerin birincil bakım verenlerinde kendini damgalama ile yalnızlık ve dini başa çıkma arasındaki ilişkileri inceleyen araştırmadan elde edilen bulgular sunulmaktadır.

Tablo 4.1 Bakım Verenlerin Sosyodemografik ve Bakım Özellikleri (n=302)

Değişkenler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet		
Kadın	166	55,0
Erkek	136	45,0
Yaş (X±SS: 46,23±12,09; min–maks: 18–77)		
18–29 yaş	32	10,6
30–44 yaş	78	25,8
45–59 yaş	159	52,6
≥ 60 yaş	33	10,9
Eğitim düzeyi		
Okuryazar	12	4,0
İlkokul	97	32,1
Ortaokul	52	17,2
Lise	96	31,8
Üniversite	45	14,9
Medeni durum		
Evli	236	78,1
Bekâr/boşanmış/dul	66	21,9
Çalışma durumu		
Çalışıyor	160	53,0
Çalışmıyor	76	25,2
Emekli	66	21,8
Algılanan gelir düzeyi		
Kötü	80	26,5
Orta	193	63,9
İyi	29	9,6
Hastaya yakınlık derecesi		
Eşi	75	24,8
Ebeveyni	227	75,2
Hastaya bakım verme süresi (yıl) (X±SS: 7,24±5,97; min–maks: 1–45)		
1–5 yıl	151	50,0
6–10 yıl	99	32,8
≥ 11 yıl	52	17,2
Günlük bakım süresi (saat/gün) (X±SS: 1,87±0,97; min–maks: 1–6)		
≤2 saat	250	82,8
≥3 saat	52	17,2
Hastanın bakımında kendisine yardımcı olan kişi varlığı		
Hayır	52	17,2
Evet	250	82,8
Fiziksel/ruhsal hastalık öyküsü		
Hayır	243	80,5
Evet	59	19,5

Tablo 4.1. Devamı

Hastalık türü*		
Hipertansiyon	39	12,9
Diyabetes mellitus	23	7,6
Romatoid artrit	7	2,3
Depresyon	4	1,3
Kronik obstrüktif akciğer hastalığı	3	1,0
Not. X±SS = Ortalama±Standart Sapma; *Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.		

Tablo 4.2 Hastaların Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri (n=302)

Değişkenler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Hastanın cinsiyeti		
Kadın	206	68,2
Erkek	96	31,8
Hastanın yaşı (X±SS: 36,55±12,93; min–maks: 18–68)		
18–29 yaş	113	37,4
30–44 yaş	102	33,8
≥ 45 yaş	87	28,8
Psikiyatrik tanısı		
Şizofreni	91	30,1
Bipolar bozukluk	87	28,8
Depresyon	79	26,2
Obsesif kompulsif bozukluk	26	8,6
Anksiyete bozukluğu	19	6,3
Hastalık süresi (X±SS: 8,17±6,26; min–maks: 1–45)		
1–5 yıl	130	43,0
6–10 yıl	96	31,8
≥ 11 yıl	76	25,2
Eşlik eden kronik hastalık varlığı		
Hayır	280	92,7
Evet	22	7,3
Hastalık türü		
Diyabetes mellitus	13	4,3
Hipertansiyon	9	3,0
Not. X±SS = Ortalama±Standart Sapma.		

Ruhsal bozukluğu olan bireylerin birincil bakım verenlerine ilişkin sosyodemografik ve bakım özellikleri Tablo 4.1’de sunulmuştur. Bakım verenlerin %55,0’ı kadın, %52,6’sı 45–59 yaş grubunda ve %32,1’i ilkokul mezunudur. Katılımcıların %78,1’i evli olup, %53,0’ı çalışmakta, %63,9’u ise gelir düzeyini “orta” olarak belirtmiştir. Bakım verenlerin %75,2’si hastanın ebeveyni olup; %50,0’ı 1–5 yıldır bakım vermektedir. Bunun yanı sıra katılımcıların %82,8’i günde 2 saatten az bakım sağladığını ve aynı oranda kişi bakım sürecinde kendisine yardımcı olan birinin bulunduğunu bildirmektedir. Fiziksel veya ruhsal hastalık öyküsü bakım verenlerin

%19,5’inde mevcut olup, en sık görülen kronik hastalıklar hipertansiyon (%12,9) ve diyabetes mellitus (%7,6) olarak saptanmıştır (Tablo 4.1).

Araştırmaya dahil edilen ruhsal bozukluğu olan bireylerin sosyodemografik ve klinik özellikleri Tablo 4.2’de sunulmuştur. Hastaların %68,2’si kadın olup, en yoğun yaş grubu %37,4 ile 18–29 yaş aralığıdır. Psikiyatrik tanılar arasında en sık görülenler şizofreni (%30,1) ve bipolar bozukluk (%28,8) iken, bunları depresyon (%26,2), obsesif kompulsif bozukluk (%8,6) ve anksiyete bozukluğu (%6,3) izlemektedir. Hastaların %43,0’ı 1–5 yıldır tanı almakta olup, ortalama hastalık süresi $8,17 \pm 6,26$ yıldır. Ayrıca %7,3’ünde diyabetes mellitus (%4,3) ve hipertansiyon (%3,0) gibi ek kronik hastalıklar bulunmaktadır (Tablo 4.2).

Tablo 4.3 Bakım Verenlerin KDÖ, UCLA-YÖ ve DBÇÖ Puan Ortalamaları

Ölçekler	X±SS	Min- Maks	Puan Aralığı
Kendini Damgalama Ölçeği (KDÖ)	32,87±8,85	14-62	14-70
Toplumdan uzaklaşma	13,36±3,64	6-25	6-30
Hastalığın gizlenmesi	7,15±2,69	3-15	3-15
Düşük değer algısı	12,36±3,73	5-25	5-25
UCLA Yalnızlık Ölçeği (UCLA-YÖ)	10,09±2,44	7-19	6-24
Dini Başa Çıkma Ölçeği (DBÇÖ)			
Olumlu dini başa çıkma	20,95±3,93	13-28	7-28
Olumsuz dini başa çıkma	4,26±1,73	3-12	3-12

Not. X±SS = Ortalama±Standart Sapma.

Tablo 4.3’te ruhsal bozukluğu olan bireylerin birincil bakım verenlerinin KDÖ, UCLA-YÖ ile DBÇÖ toplam ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları sunulmuştur. Bakım verenlerin KDÖ toplam puan ortalaması $32,87 \pm 8,85$ olup, alt boyut puan ortalamaları sırasıyla toplumdan uzaklaşma için $13,36 \pm 3,64$, hastalığın gizlenmesi için $7,15 \pm 2,69$ ve düşük değer algısı için $12,36 \pm 3,73$ ’tür. Bunun yanı sıra bakım verenlerin UCLA-YÖ puan ortalaması $10,09 \pm 2,44$ olarak saptanmıştır. Ayrıca, DBÇÖ olumlu dinî başa çıkma alt boyutu puan ortalaması $20,95 \pm 3,93$, olumsuz dinî başa çıkma alt boyutu puan ortalaması ise $4,26 \pm 1,73$ olarak bulunmuştur (Tablo 4.3).

Tablo 4.4 Bakım Verenlerin Sosyodemografik ve Bakım Özelliklerine Göre KDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Değişkenler	X±SS	t / F	p
Cinsiyet			
Kadın	35,13±8,98	5,102	<0,001
Erkek	30,11±7,86		
Yaş			
18–29 yaş	31,84±5,13	0,760	0,517
30–44 yaş	33,25±7,67		
45–59 yaş	33,27±9,99		
≥ 60 yaş	31,06±8,35		
Eğitim düzeyi			
Okuryazar	24,00±9,93 ^a	7,374	<0,001
İlkokul	30,78±5,25 ^{ab}		
Ortaokul	32,76±7,25 ^{bc}		
Lise	34,67±7,37 ^c		
Üniversite	36,02±14,95 ^c		
Medeni durum			
Evli	32,67±8,82	0,728	0,467
Bekâr/boşanmış/dul	33,57±8,93		
Çalışma durumu			
Çalışıyor	34,23±8,86 ^a	5,071	0,007
Çalışmıyor	32,28±9,11 ^{ab}		
Emekli	30,25±7,89 ^b		
Algılanan gelir düzeyi			
Kötü	34,62±6,90	2,338	0,098
Orta	32,38±9,16		
İyi	31,31±10,81		
Hastaya yakınlık derecesi			
Eşi	26,17±7,38	8,396	<0,001
Ebeveyni	35,08±8,15		
Hastaya bakım verme süresi			
1–5 yıl	34,42±9,94 ^a	8,049	<0,001
6–10 yıl	32,53±7,40 ^a		
≥ 11 yıl	28,90±6,29 ^b		
Günlük bakım süresi			
≤2 saat	30,53±6,27	2,693	0,036
≥3 saat	33,36±9,22		
Hastanın bakımında kendisine yardımcı olan kişi varlığı			
Hayır	37,96±13,01	3,302	<0,001
Evet	31,81±7,30		
Fiziksel/ruhsal hastalık öyküsü			
Hayır	33,24±9,61	2,291	0,023
Evet	31,35±4,19		

Not. X±SS = Ortalama±Standart Sapma; F = tek yönlü ANOVA; t = bağımsız örneklem t-testi. Aynı üst simgeyi paylaşan gruplar arasında fark yoktur (p≥0,05); farklı üst simgeler p<0,05 düzeyinde anlamlı farkı gösterir.

Ruhsal bozukluğu olan bireylerin birincil bakım verenlerinin sosyodemografik ve bakım özelliklerine göre KDÖ toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.4'te sunulmuştur. Yaş grupları, medeni durum ve algılanan gelir düzeyi açısından KDÖ puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Buna karşılık, cinsiyete göre KDÖ puan ortalamaları anlamlı biçimde farklı olup, kadın bakım verenlerin ortalaması ($35,13\pm8,98$) erkeklerden ($30,11\pm7,86$) daha yüksektir ($p<0,001$).

Bu araştırmada eğitim düzeyine göre KDÖ puan ortalamalarının anlamlı düzeyde ayrıştığı tespit edilmiştir ($p<0,001$). Post-hoc sonuçlara göre okuryazar bakım verenlerin KDÖ puan ortalaması ortaokul, lise ve üniversite mezunlarından; ilkokul mezunlarınınkinden ise lise ve üniversite mezunlarından düşüktür. Buna karşın ilkokul–ortaokul, ortaokul–lise ve lise–üniversite çiftleri arasında anlamlı düzeyde bir farklılık yoktur (okuryazar= $24,00\pm9,93^a$; ilkokul= $30,78\pm5,25^{ab}$; ortaokul= $32,76\pm7,25^{bc}$; lise= $34,67\pm7,37^c$; üniversite= $36,02\pm14,95^c$).

Ruhsal bozukluğu olan bireylerin birincil bakım verenlerinin çalışma durumu ile KDÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli düzeyde farklılık olduğu saptanmıştır ($p=0,007$). Post-hoc analizler herhangi bir işte çalışan bakım verenlerin KDÖ ortalamasının emeklilerden yüksek olduğunu, çalışan–çalışmayan ve çalışmayan–emekli çiftleri arasında önemli bir fark olmadığını göstermiştir (çalışıyor= $34,23\pm8,86^a$; çalışmıyor= $32,28\pm9,11^{ab}$; emekli= $30,25\pm7,89^b$).

Bu araştırmada bakım verenlerin hastaya yakınlık derecesi ile KDÖ puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır ($p<0,001$). Buna göre, hastanın ebeveyni olarak bakım verenlerin puan ortalaması ($35,08\pm8,15$) eşi olarak bakım verenlere ($26,17\pm7,38$) kıyasla daha yüksektir.

Araştırmada ruhsal bozukluğu olan bireye bakım verme süresi ile KDÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli derecede farklılık olduğu bulunmuştur ($p<0,001$). Buna göre, ≥ 11 yıldır bakım verenlerin puan ortalaması ($28,90\pm6,29$) hem 1–5 yıldır ($34,42\pm9,94$) hem de 6–10 yıldır bakım verenlerden ($32,53\pm7,40$) daha düşük olup, 1–5 yıl ile 6–10 yıl arasında fark yoktur ($1-5 = ^a$, $6-10 = ^a$, $\geq 11 = ^b$).

Bu araştırmada günlük bakım süresi açısından da KD  puan ortalamalarının anlamlı düzeyde ayrıştığı belirlenmiştir ($p=0,036$). Buna göre, hastaya günde ≥ 3 saat bakım verenlerin ortalaması ($33,36\pm 9,22$) ≤ 2 saat bakım verenlerden ($30,53\pm 6,27$) daha yüksektir.

Araştırmada hastanın bakım sürecinde kendisine yardımcı olan kişi varlığı ile KD  puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olduğu bulunmuştur ($p<0,001$). Buna göre, bakım verirken yardım eden kişinin olmadığını bildirenlerin ($37,96\pm 13,01$) puan ortalaması yardımcısı olanlardan ($31,81\pm 7,30$) daha yüksektir.

Mevcut araştırmada bakım verenlerin fiziksel/ruhsal hastalık öyküsü ile KD  puan ortalamalarının anlamlı düzeyde farklılaştığı saptanmıştır ($p=0,023$). Buna göre, fiziksel/ruhsal hastalık öyküsü bulunan bakım verenlerin ortalaması ($31,35\pm 4,19$), herhangi bir hastalığı olmayanlara ($33,24\pm 9,61$) kıyasla daha düşüktür (Tablo 4.4).

Tablo 4.5 Hastaların Sosyodemografik ve Klinik  zelliklerine Göre Bakım Verenlerin KD  Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Değişkenler	X $\pm$ SS	t / F	p
Hastanın cinsiyeti			
Kadın	32,74 $\pm$ 9,09	0,364	0,716
Erkek	33,14 $\pm$ 8,32		
Hastanın yaşı			
18–29 yaş	33,90 $\pm$ 9,04 ^a	4,897	0,008
30–44 yaş	33,84 $\pm$ 9,91 ^a		
≥ 45 yaş	30,40 $\pm$ 6,56 ^b		
Psikiyatrik tanısı			
şizofreni	35,14 $\pm$ 10,88 ^a	2,783	0,027
Bipolar bozukluk	33,42 $\pm$ 7,65 ^{ab}		
Depresyon	32,45 $\pm$ 8,68 ^{ab}		
Obsesif kompülsif bozukluk	32,21 $\pm$ 6,57 ^{ab}		
Anksiyete bozukluğu	30,86 $\pm$ 6,74 ^b		
Hastalık süresi			
1–5 yıl	34,78 $\pm$ 9,09 ^a	8,477	<0,001
6–10 yıl	33,44 $\pm$ 9,21 ^a		
≥ 11 yıl	29,48 $\pm$ 6,80 ^b		
Eşlik eden kronik hastalık varlığı			
Hayır	32,87 $\pm$ 9,09	0,019	0,985
Evet	32,91 $\pm$ 4,75		

Not. X $\pm$ SS = Ortalama $\pm$ Standart Sapma; F = tek yönlü ANOVA; t = bağımsız örneklem t-testi. Aynı  st simgeyi paylaşan gruplar arasında fark yoktur ($p\geq 0,05$); farklı üst simgeler $p<0,05$ düzeyinde anlamlı farkı gösterir.

Araştırmaya dâhil olan hastaların sosyodemografik ve klinik özelliklerine göre bakım verenlerin KDÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.5'te verilmiştir. Tabloda görüldüğü üzere, hastanın cinsiyeti ve eşlik eden kronik hastalık varlığı ile KDÖ puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Araştırmada hastaların yaş gruplarına göre bakım verenlerin KDÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olduğu bulunmuştur ($p=0,008$). Post-hoc karşılaştırmalara göre ≥ 45 yaşındaki hastalara bakım verenlerin KDÖ puan ortalaması ($30,40 \pm 6,56$) hem 18–29 yaş ($33,90 \pm 9,04$) hem de 30–44 yaş ($33,84 \pm 9,91$) grubundaki hastalara bakım verenlerden daha düşük olup, 18–29 ile 30–44 yaş grupları arasında fark saptanmamıştır (18–29= ^a, 30–44= ^a, ≥ 45 = ^b).

Mevcut araştırmada hastaların psikiyatrik tanısına göre bakım verenlerin KDÖ puan ortalamalarının anlamlı düzeyde farklılaştığı tespit edilmiştir ($p<0,027$). Post-hoc karşılaştırmalara göre şizofreni hastalarına bakım verenlerin ortalaması ($35,14 \pm 10,88$) anksiyete bozukluğu tanısına sahip hastalara bakım verenlerden ($30,86 \pm 6,74$) daha yüksektir. Bunun yanı sıra şizofreni–bipolar, şizofreni–depresyon ve şizofreni–OKB çiftleri ile diğer tanı çiftleri arasında anlamlı fark bulunmamıştır (şizofreni= ^a; anksiyete= ^b; bipolar/depresyon/OKB= ^{ab}).

Ruhsal bozukluğu olan bireylerin hastalık süreleri ile bakım verenlerin KDÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli derecede fark bulunmaktadır ($p<0,001$). Buna göre, ≥ 11 yıldır hasta olan bireylere bakım verenlerin puan ortalaması ($29,48 \pm 6,80$) 1–5 yıldır ($34,78 \pm 9,09$) ve 6–10 yıldır ($33,44 \pm 9,21$) hasta olanlara bakım verenlere kıyasla daha düşük olup, 1–5 yıl ile 6–10 yıl arasında anlamlı fark yoktur (1–5= ^a, 6–10= ^a, ≥ 11 = ^b) (Tablo 4.5).

Tablo 4.6 Bakım Verenlerde KDÖ ile UCLA-YÖ ve DBÇÖ Arasındaki İlişki

Değişkenler		KDÖ
UCLA-YÖ	r	0,333**
	p	<0,001
DBÇÖ olumlu dini başa çıkma	r	-0,161**
	p	0,005
DBÇÖ olumsuz dini başa çıkma	r	0,308**
	p	<0,001

Not. r = Pearson korelasyon katsayısı, * = $p<0,01$

KDÖ = Kendini Damgalama Ölçeği; UCLA-YÖ= UCLA Yalnızlık Ölçeği; DBÇÖ= Dini Başa Çıkma Ölçeği.

Tablo 4.6’da ruhsal bozukluğu olan bireylerin birincil bakım verenlerinde kendini damgalama ile yalnızlık ve dini başa çıkma arasındaki ilişki yer almaktadır. Tabloda görüldüğü üzere, KDÖ ile yalnızlık arasında orta düzeyde pozitif bir ilişki bulunmaktadır ($r=0,333$, $p<0,001$). Diğer taraftan KDÖ ile olumlu dinî başa çıkma arasında zayıf negatif ilişki ($r=-0,161$, $p=0,005$), olumsuz dinî başa çıkma ile ise orta düzeyde pozitif ilişki olduğu saptanmıştır ($r=0,308$, $p<0,001$) (Tablo 4.6).

Ruhsal bozukluğu olan bireylerin bakım verenlerinde kendini damgalamanın belirleyicilerinin saptanması için yapılan regresyon analizi sonuçları ise Tablo 4.7’de sunulmuştur. Tablo incelendiğinde, modele dahil edilen değişkenlerin KDÖ’deki varyansın yaklaşık %49,3’ünü açıkladığı görülmektedir ($F(10,291)= 30,256$, $p<0,001$; $R^2= 0,510$; Düzeltilmiş $R^2= 0,493$).

Çoklu doğrusal regresyon bulgularına göre erkek bakım verenlerin KDÖ puanı, kadınlara kıyasla yaklaşık 1,97 puan daha düşüktür ($B=-1,968$; $\beta=-0,111$; $p=0,012$). Bunun yanı sıra, bakım verenin yaşı arttıkça KDÖ puanı da artmaktadır ($B=0,113$; $\beta=0,155$; $p=0,001$).

Bu araştırmada eğitim düzeyi modele ordinal olarak alınmış olup, eğitim seviyesindeki her bir basamak artış KDÖ’de +2,51 puanlık yükselişle ilişkilidir ($B=2,510$; $\beta=0,330$; $p<0,001$). Dahası, standartlaştırılmış katsayı açısından modeldeki en güçlü yordayıcılardan birisi olduğu belirlenmiştir. Buna karşılık, algılanan gelir düzeyindeki her bir basamak artışın KDÖ’de -3,75 puanlık azalma ile ilişkili olduğu bulunmuştur ($B=-3,751$; $\beta=-0,245$; $p<0,001$).

Araştırmada herhangi bir işte çalışmayan bakım verenlerde KDÖ puanı, çalışanlara göre yaklaşık 1,96 puan daha düşüktür ($B=-1,963$; $\beta=-0,111$; $p=0,024$). Buna karşılık, hastanın ebeveyni olanların KDÖ puanı eş olanlardan yaklaşık 6,67 puan daha yüksektir ($B=6,668$; $\beta=0,326$; $p<0,001$; %95 GA: 4,81–8,53). Dahası, standartlaştırılmış katsayılar göre hastaya yakınlık derecesi, eğitim düzeyi ile birlikte modelin en güçlü iki sosyodemografik yordayıcısıdır. Ayrıca, hastanın hastalık süresi uzadıkça KDÖ puanı anlamlı biçimde azalmaktadır ($B=-0,201$; $\beta=-0,142$; $p=0,001$; %95 GA: -0,321; -0,080).

Tablo 4.7 Bakım Verenlerde Kendini Damgalamanın Belirleyicileri

Değişkenler	B	SH	β	t	p	95% GA	
						Alt sınır	Üst sınır
(Sabit)	12,413	3,607	-	3,441	0,001	5,314	19,512
Bakım verenin cinsiyeti	-1,968	0,779	-0,111	-2,526	0,012	-3,501	-0,434
Bakım verenin yaşı (yıl)	0,113	0,034	0,155	3,347	0,001	0,047	0,180
Bakım verenin eğitim düzeyi	2,510	0,340	0,330	7,378	<0,001	1,841	3,180
Bakım verenin algılanan gelir düzeyi	-3,751	0,704	-0,245	-5,326	<0,001	-5,138	-2,365
Bakım verenin çalışma durumu	-1,963	0,864	-0,111	-2,273	0,024	-3,663	-0,263
Bakım verenin hastaya yakınlık derecesi	6,668	0,945	0,326	7,057	<0,001	4,808	8,527
Hastanın hastalık süresi (yıl)	-0,201	0,061	-0,142	-3,276	0,001	-0,321	-0,080
Bakım verenin yalnızlık düzeyi	0,579	0,160	0,160	3,611	<0,001	0,263	0,894
Bakım verenin olumlu dini başa çıkma düzeyi	-0,406	0,125	-0,156	-3,242	0,001	-0,652	-0,159
Bakım verenin olumsuz dini başa çıkma düzeyi	1,493	0,242	0,291	6,168	<0,001	1,017	1,970

Not. Bağımlı değişken: Kendini Damgalama Ölçeği.

Model özeti. $F(10, 291) = 30,256$, $p < 0,001$, $R^2 = 0,510$, Düzeltilmiş $R^2 = 0,493$.

Kısaltmalar. B = Standardize olmayan katsayı; β = Standardize katsayı; SH = Standart hata; GA = Güven aralığı.

Kodlama. Cinsiyet 0=kadın (ref.), 1=erkek; Eğitim düzeyi (ordinal): 1=okuryazar, 2=ilkokul, 3=ortaokul, 4=lise, 5=üniversite; Algılanan gelir düzeyi (ordinal): 1=kötü, 2=orta, 3=iyi; Çalışma durumu 0=çalışıyor (ref.), 1=çalışmıyor; Hastaya yakınlık derecesi 0=eşi (ref.), 1=ebeveyni. Eğitim ve gelir düzeyleri sıralı değişken olarak tek katsayıyla modele alınmıştır.

Bu araştırmada bakım verenlerin yalnızlık puanları arttıkça KDÖ puanlarının da anlamlı düzeyde yükseldiği belirlenmiştir ($B=0,579$; $\beta=0,160$; $p<0,001$). Ayrıca dini başa çıkma biçimleri incelendiğinde, olumlu dini başa çıkmanın KDÖ ile negatif yönde ($B=-0,406$; $\beta=-0,156$; $p=0,001$), olumsuz dini başa çıkmanın ise KDÖ ile pozitif yönde ilişkili olduğu ($B=1,493$; $\beta=0,291$; $p<0,001$) tespit edilmiştir. Dahası, psikososyal değişkenler arasında en güçlü yordayıcının olumsuz dini başa çıkma olduğu saptanmıştır (Tablo 4.7).

5. TARTIŞMA

Bu bölümde, ruhsal bozukluğu olan bireylerin birincil bakım verenlerinde kendini damgalama, yalnızlık ve dini başa çıkma arasındaki ilişkileri inceleyen araştırmadan elde edilen bulgular, araştırma amaçları doğrultusunda güncel literatür ışığında tartışılmış ve iki temel başlık altında sunulmuştur.

5.1. Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerin Birincil Bakım Verenlerinde Kendini Damgalama, Yalnızlık ve Dini Başa Çıkma Düzeylerine Yönelik Bulguların Tartışılması

Ruhsal bozukluklara yönelik damgalanma, evrensel bir sorun olup her kültürde yaygın biçimde görülmektedir. Ruhsal hastalığı bulunan bireyler ile onlara bakım veren kişiler, aileleri, komşuları ve hatta sağlık çalışanları tarafından damgalanma deneyimi yaşayabilmektedir. Ayrıca hem hastalar hem de bakım verenler zamanla bu olumsuz tutumları içselleştirerek kendi benliklerine yönelten bir damgalama biçimi de geliştirebilmektedir (Kohrt vd., 2024; Tozoğlu & Gürbüz, 2024). Bu araştırmada ruhsal bozukluğu olan bireylerin bakım verenlerinin kendini damgalama puan ortalaması $32,87 \pm 8,85$ olup, bu değer düşük-orta düzeyi işaret etmektedir. Bu sonuç, birincil bakım vericilerin damgalayıcı yargıları kısmen içselleştirdiklerini göstermektedir. Literatürde de ruhsal bozukluğu olan bireylerin bakım verenlerinde kendini damgalama düzeyinin çoğunlukla düşük (Kaggwa vd., 2023; Kehyayan vd., 2024; Sefi vd., 2021) ile orta (Guan vd., 2022; Girma vd., 2014; Grover vd., 2017; Mehra vd., 2020) arasında değiştiği bildirilmektedir. Handebo ve ark. (2025) da Etiyopya’da bakım vericilerin %54,9’unun kendini damgaladığını belirlemiştir. Tüm bu sonuçlar, bakım verenlerin ruhsal hastalıklara yönelik toplumsal önyargıları belirli ölçüde içselleştirdiklerini göstermektedir. Kendini damgalamanın düşük-orta düzeyde olmasına yalnızlık ve negatif dini başa çıkma düzeyinin düşük, pozitif dini başa çıkmanın ise yüksek olması da katkıda bulunmuş olabilir. Diğer bir ifadeyle, bakım vericilerin zaman zaman suçluluk, utanma, sosyal geri çekilme ve yetersizlik duyguları yaşadıkları; bu nedenle psikososyal destek programlarıyla güçlendirilmeleri gerektiği söylenebilir (Guan vd., 2022; Sefi vd., 2021). Bu çerçevede, içselleştirilmiş damgalanmayı azaltmak için aile odaklı psiko-eğitim, akran temelli destek grupları ve damgalamaya duyarlı politikalar kritik önemdedir (Manesh vd., 2023; Guan vd.,

2022). Nitekim, toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin hem hastalarda hem de bakım verenlerinde içselleştirilmiş damgalamayı azaltmada etkili bulunması bu yaklaşımı doğrulamaktadır (Tozoğlu & Gürbüz, 2024).

Mevcut araştırmada, bakım vericilerin yalnızlık puan ortalaması $10,09 \pm 2,44$ olarak belirlenmiş olup, bu değer düşük düzeyde yalnızlığa karşılık gelmektedir. Türkiye’de yürütölen bazı çalışmalarda ise kronik ruhsal bozukluğu olan bireylerin birincil bakım verenlerinde orta ile yüksek düzeyde yalnızlık bildirilmiştir (Akar, 2025; Altan Sarıkaya vd., 2021). Kanada’da yürütölen çalışmada bakım verenlerin orta düzeyde yalnızlık hissettikleri ifade edilmiştir (Goldberg vd., 2023). Çin’de yapılan araştırmada ise bakım vericilerin %54,7’sinin orta–yüksek düzeyde yalnızlık yaşadığı belirlenmiştir (Zhang vd., 2021). Benzer şekilde, Guan ve ark. (2023) tarafından 18 farklı ölkeden 51 çalışmanın incelendiği kapsamlı bir derlemede, ciddi ruhsal bozukluğu olan bireylerin bakım vericilerinin genellikle orta ile yüksek düzeyde yalnızlık hissettikleri bildirilmiştir. Demans hastalarına bakım verenlerde de benzer bir eğilim gözlenmiş; katılımcıların %43,7’si orta, %17,7’si ise şiddetli yalnızlık yaşadıklarını ifade etmiştir (Victor vd., 2021). Bu bulgular, yalnızlığın ruhsal bozukluğu olan bireylerin bakım verenleri arasında yaygın bir sorun olduğunu göstermektedir (Guan vd., 2023; Tabatabaee vd., 2023). Ancak mevcut araştırmada saptanan düşük yalnızlık düzeyi, Türkiye’deki güçlü aile bağları, kültürel dayanışma ve dini–manevi değerlerin etkisiyle ilişkili olabilir (Akar, 2025). Bununla birlikte, Türkiye’de yürütölen bazı çalışmalarda daha yüksek yalnızlık düzeylerinin bildirilmesi ise bölgesel ve sosyoekonomik koşulların yanı sıra bakım vericilerin demografik özellikleri ile bakım sürecine ilişkin faktörlerin yalnızlık deneyimi üzerinde etkili olabileceğini düşöndürmektedir (Guan vd., 2023; Victor vd., 2021).

Dini inançlar, bakım verenlerin ruhsal hastalığı nasıl algıladığını ve başa çıkma biçimlerini güçlü biçimde şekillendirmektedir (Angelin vd., 2025). Bu araştırmada ruhsal bozukluğu olan bireylerin birincil bakım verenlerinde olumlu dini başa çıkma puan ortalaması $20,95 \pm 3,93$, olumsuz dini başa çıkma puan ortalaması ise $4,26 \pm 1,73$ olarak bulunmuştur. Bu bulgu, bakım verenlerin olumlu dini başa çıkma düzeylerinin yüksek, olumsuz dini başa çıkma düzeylerinin ise düşük olduğunu göstermektedir. Başka bir ifadeyle, bakım verenlerin stresle başa çıkma sürecinde dua, tevekköl, anlam arayışı gibi olumlu dini stratejileri daha sık kullandıkları söylenebilir. Bu çalışmayı

destekler nitelikte Türkiye’de Akar (2025), kronik ruhsal bozukluğu olan bireylerin birincil bakım verenlerinde pozitif dini başa çıkmanın yüksek, negatif dini başa çıkmanın ise orta düzeyde kullanıldığını bildirmiştir. Benzer şekilde Hindistan (Gojer vd., 2017) ve Endonezya’da (Triana & Sudjatmiko, 2021) yürütülen araştırmalarda şizofreni hastalarının bakım verenlerinin sıklıkla olumlu dini başa çıkma yöntemlerine başvurdukları belirlenmiştir. Bununla birlikte, Hindistan’da gerçekleştirilen başka bir çalışmada ciddi ruhsal hastalığı olan bireylerin bakım vericilerinde olumsuz dini başa çıkma puan ortalamasının olumlu dini başa çıkmadan daha yüksek olduğu saptanmıştır (Bharti vd., 2025). Bu bulgular, kültürel, toplumsal ve özellikle farklı dinî geleneklerin, bireylerin başa çıkma biçimlerini derinden etkilediğini göstermektedir. Farklı dinler, stres ve hastalık karşısında geliştirilen anlam sistemlerini, umut ve tevekkül kavramlarını, hatta suçluluk ya da sınanma algılarını özgün biçimlerde yapılandırmaktadır (Triana & Sudjatmiko, 2021). Türkiye’de dinî ve manevi değerler yalnızca ibadet ya da inanç düzeyinde kalmayıp, insanların düşünme biçimlerine, davranışlarına, ilişkilerine ve sorunlarla baş etme yollarına da yansımaktadır. Bu da bireylerin güçlüklerle karşılaştıklarında olumlu dinî stratejilere yönelimlerini artırarak inancı koruyucu bir unsur hâline getirmektedir (Akar, 2025). Bu doğrultuda, ruh sağlığı profesyonellerinin, hastaların ve ailelerinin manevi gereksinimlerini ve dini başa çıkma eğilimlerini dikkate alarak bu unsurları psiko-eğitim ve bakım planlarına bütüncül bir biçimde entegre etmeleri önem taşımaktadır (Angelin vd., 2025; Casaleiro vd., 2024).

5.2. Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerin Birincil Bakım Verenlerinde Kendini Damgalamanın Belirleyicilerine Yönelik Bulguların Tartışılması

Bu araştırmada, cinsiyetin kendini damgalamanın anlamlı bir belirleyicisi olduğu ve kadın bakım verenlerde içselleştirilmiş damgalamanın erkeklere kıyasla daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bununla birlikte, literatürde cinsiyete ilişkin bulguların tutarlı olmadığı görülmektedir. Bazı çalışmalarda bu sonucu destekler biçimde kendini damgalamanın kadın bakım verenlerde (Batoool vd., 2004; Ergetie vd., 2018; Mukherjee & Mukhopadhyay, 2018; Singh vd., 2016) daha yüksek olduğu bildirilirken, bazı araştırmalarda erkek bakım verenlerde daha yüksek düzeyde damgalama rapor edilmiştir (Charles vd., 2007; Su & Chang, 2020). Öte yandan, kimi

çalışmalarda ise cinsiyet ile kendini damgalama arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı belirtilmiştir (Favina vd., 2025; Fernando vd., 2017; Kehyayan vd., 2024). Kadınlarda içselleştirilmiş damgalamanın yüksekliği, toplumsal cinsiyet rollerinin bakım emeğini kadınlara üzerinde yoğunlaştırması, bu durumun yarattığı aşırı bakım yükü ve kadınlara damgalayıcı tutumlara karşı daha duyarlı olmalarıyla ilişkilendirilebilir (Ergetie vd., 2018; Mukherjee & Mukhopadhyay, 2018). Öte yandan, bazı bağlamlarda erkeklerde daha yüksek puanların rapor edilmesi; bakım rolünün geleneksel erkeklik normlarıyla çelişmesi, damgalamayı inkâr eğilimi ve destek aramaya yönelik engellerle ilişkili olabilir (Su ve Chang, 2020). Bu nedenle, cinsiyete özgü mekanizmaları açıklığa kavuşturmak ve kültürel bağlam, bakım yükü ile kullanılan ölçüm araçlarının etkisini daha net biçimde ortaya koymak için ileri araştırmalara gereksinim vardır.

Bu araştırmada, bakım verenin yaşı arttıkça kendini damgalama düzeyinin de yükseldiği bulunmuştur. Literatürde, bu bulguya paralel olarak yaş ile içselleştirilmiş damgalanma arasında pozitif bir ilişki olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur (Chang vd., 2017; Mak & Cheung, 2008). Bununla birlikte, bazı araştırmalarda yaş ile içselleştirilmiş damgalanma arasında negatif bir ilişki bulunduğu (Bassirnia vd., 2015; Singh vd., 2016) ya da herhangi bir ilişki saptanmadığı belirtilmektedir (Favina vd., 2025; Kehyayan vd., 2024; Su & Chang, 2020). Tüm bu bulgular, sosyo-demografik değişkenlerin kendini damgalama düzeyleriyle tutarlı veya güçlü bir ilişki göstermediğine işaret etmektedir. Bu durum, söz konusu ilişkinin daha geniş örneklerle yeniden incelenmesi gerektiğini göstermektedir (Shi vd., 2019).

Bu araştırmada, ruhsal bozukluğu olan bireylerin bakım verenlerinde eğitim düzeyi arttıkça kendini damgalama düzeyinin yükseldiği saptanmıştır. Bu bulgu, eğitim düzeyi yüksek bireylerin ruhsal hastalıklara ilişkin bilgiye ve yardım arama davranışlarına daha fazla yönelmesi sonucunda damgalayıcı tutumlara daha fazla maruz kalabilmeleriyle açıklanabilir (Girma vd., 2014; Sefi vd., 2021). Bunun yanı sıra, eğitim düzeyinin artmasıyla birlikte bakım verenlerin, toplumun ruhsal bozukluklara yönelik olumsuz bakış açısını ve damgalayıcı tutumlarını daha fazla fark eder hale gelmiş olmaları da kendini damgalama düzeylerinin yükselmesine katkıda bulunmuş olabilir. Bu sonucun aksine, Kehyayan ve ark. (2024) tarafından Katar’da yürütölen çalışmada, eğitim düzeyi ile kendini damgalama arasında negatif bir ilişki

olduğu bildirilmiştir. Ayrıca, çeşitli araştırmalarda eğitim düzeyi ile içselleştirilmiş damgalama arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı da ifade edilmektedir (Favina vd., 2025; Mukherjee & Mukhopadhyay, 2018; Su & Chang, 2020; Wu & Chen, 2016). Tüm bu bulgular, eğitim düzeyinin bakım verenlerin damgalanma algısı üzerindeki etkisinin tek boyutlu bir yapıya indirgenemeyeceğini; bireysel, kültürel ve sosyo-ekonomik faktörlerin karşılıklı etkileşimiyle şekillendiğini göstermektedir. Bu nedenle söz konusu ilişkinin karmaşık doğasının ve altta yatan dinamiklerin anlaşılabilmesi için farklı örneklemeler ile yürütülecek karşılaştırmalı ve derinlemesine çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Bu araştırmada algılanan gelir düzeyi ile kendini damgalama arasında negatif bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Bu bulgu, yüksek gelir düzeyinin bakım verenlerin ekonomik ve sosyal kaynaklara erişimini kolaylaştırması ve bakım sürecinde maruz kaldıkları riskleri azaltması yoluyla damgalama algısını düşüren koruyucu bir faktör olarak rol oynayabileceğini göstermektedir. Bu sonucu destekler biçimde, Palani ve ark. (2025) düşük gelir düzeyine sahip bakım verenlerin daha yüksek damgalama riski taşıdığını bildirmiştir. Öte yandan bazı çalışmalarda, gelir düzeyinin içselleştirilmiş damgalama ile anlamlı biçimde ilişkili olmadığı belirtilmektedir (Kehyayan vd., 2024; Mukherjee & Mukhopadhyay, 2018). Bu sonuçlar birlikte değerlendirildiğinde, diğer demografik değişkenlerde olduğu gibi gelir düzeyinin etkisinin de kültürel yapı, toplumsal destek ağları, bakım yükü, ekonomik güvenlik ve toplumsal rol beklentileri gibi faktörlerle etkileşim içinde olduğunu düşündürmektedir. Bu doğrultuda, gelir-damgalama ilişkisinin yönünü daha net biçimde ortaya koyabilmek için uzunlamasına ve çok değişkenli çalışmalara ihtiyaç olduğu söylenebilir. Ayrıca ekonomik olarak dezavantajlı bakım verenlere psikososyal destek sağlanması kendini damgalamaya karşı koruyucu bir tampon işlevi görebilir.

Mevcut araştırmada herhangi bir işte çalışmayan bakım verenlerin kendini damgalama düzeylerinin çalışanlara kıyasla daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Bu durum, çalışan bakım verenlerin sosyal çevreyle daha yoğun etkileşimde bulunmaları, bakım verme sorumluluğu ile iş yaşamı arasındaki rol çatışmalarına maruz kalmaları veya iş ortamındaki damgalayıcı tutumlara daha açık olmalarıyla açıklanabilir. Ancak literatürde çalışma durumu veya meslek ile kendini damgalama arasında anlamlı bir ilişki olmadığını bildiren araştırmalar da vardır (Favina vd., 2025; Kehyayan vd.,

2024; Mukherjee & Mukhopadhyay, 2018; Su & Chang, 2020). Dolayısıyla, çalışma durumu ile damgalanma arasındaki ilişkinin mesleki stres, çalışma koşulları ve sosyal etkileşim düzeyi gibi faktörlerden etkilendiği düşünülebilir. Bu nedenle, gelecekteki araştırmalarda bu değişkenlerin aracılık veya düzenleyici etkilerinin incelenmesi, çalışma yaşamının bakım verenlerde kendini damgalama düzeyine katkısını daha iyi anlamaya yardımcı olabilir. Ayrıca, çalışan bakım verenlerde kendini damgalamayı azaltmaya yönelik işyeri temelli psikososyal müdahalelerin ve farkındalık programlarının geliştirilmesi hem çalışanların iyilik hâlinin desteklenmesi hem de damgalamanın toplumsal düzeyde azaltılması açısından önemlidir (Ramírez-Vielma vd., 2023; Shahwan vd., 2022).

Bu araştırmada, hastanın ebeveyni olan bakım verenlerin, eşi olanlara kıyasla daha fazla kendini damgaladıkları saptanmıştır. Buna karşın, Favina ve ark. (2025) bakım verenin kimliği ile içselleştirilmiş damgalama arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığını tespit etmiştir. Bu farklılık, örneklem yapısı, kültürel etmenler veya bakım yükü düzeyindeki değişkenliklerle ilişkili olabilir. Ebeveynlerdeki yüksek öz-damgalama düzeyi; bakım süresinin uzunluğu, duygusal bağın yoğunluğu, ebeveyn rolüne özgü sorumluluk bilinci ve geleceğe yönelik kaygıların daha belirgin olmasıyla açıklanabilir. Nitekim önceki araştırmalarda ebeveyn bakım verenlerin, eşlere kıyasla daha fazla ruhsal yük yaşadıklarının bildirilmesi bu sonucu desteklemektedir (Yu vd., 2020; Zhu & Yin, 2024). Bu sonuçlar, ebeveyn bakım verenlerin psikososyal yükünün azaltılmasına yönelik destek programlarının önemini ortaya koymaktadır.

Bu araştırmada, hastalık süresi uzadıkça bakım verenin kendini damgalama düzeyinin azaldığı bulunmuştur. Benzer şekilde, Singh ve ark. (2016) hastalık/tedavi süresi daha kısa olan hastalara bakım verenlerde kendini damgalamanın daha fazla olduğunu bildirmişlerdir. Buna karşın, Handebo ve ark. (2025) da bakım süresi ile içselleştirilmiş damgalama arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığını saptamışlardır. Bu farklılık bakım yükü, kültürel normlar, sosyal destek ve baş etme yeterlikleri gibi etmenlerin etkisine işaret etmektedir. Hastalık süresinin uzamasıyla birlikte bakım verenlerin hastalıkla ilgili farkındalıklarının, kabullenme düzeylerinin ve baş etme becerilerinin artması damgalama algısının azalmasına katkı sağlamış olabilir (Chen vd., 2023; Guan vd., 2022; Singh vd., 2016). Dolayısıyla, bakım sürecinin erken evrelerinde bakım verenlerin psikososyal gereksinimlerinin belirlenmesi ve

destekleyici müdahalelerin başlatılması uzun vadede damgalama riskini azaltmaya katkı sağlayabilir.

Bu araştırmanın bir diğer önemli bulgusu, yalnızlığın kendini damgalamanın anlamlı bir yordayıcısı olduğudur. Nitekim, mevcut araştırmada bakım verenlerin yalnızlık düzeyi arttıkça kendini damgalama eğilimlerinin de yükseldiği belirlenmiştir. Literatürdeki sınırlı sayıdaki çalışmada da ruhsal bozukluğu olan bireylerin bakım verenlerinde damgalama ile yalnızlık (Goldberg vd., 2023) veya sosyal izolasyon (Palani vd., 2025) arasında pozitif bir ilişki olduğu bildirilmektedir. Yalnızlığın artması sosyal desteğin azalması, etkileşim ağlarının daralması ve içe dönük olumsuz atıfların güçlenmesi yoluyla kendini damgalamayı pekiştirebilir (Akhoondi vd., 2025). Dolayısıyla, yalnızlık kendini damgalamayı güçlendiren bir psikososyal risk faktörü olarak değerlendirilebilir. Bu bulgular doğrultusunda, yalnızlık düzeyi yüksek bakım verenlerin erken dönemde saptanması ve sosyal destek odaklı müdahalelerin uygulanması kritik bir önem taşımaktadır (Karaçar & Bademli, 2022).

Mevcut araştırmada, olumlu dini başa çıkmanın artması ve olumsuz dini başa çıkmanın azalmasının bakım verenlerde kendini damgalama düzeyini anlamlı biçimde azalmasıyla ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Literatürde doğrudan bu ilişkiyi inceleyen bir çalışma bulunmamakla birlikte, dini başa çıkmanın bakım sürecinde önemli bir psikososyal kaynak olduğu vurgulanmaktadır (Akar, 2025; Saffari vd., 2018). Girma ve ark. (2014) ruhsal bozuklukları büyü, kader, ilahi ceza veya şeytani etki gibi doğaüstü veya dini temelli inançlarla ilişkilendiren bakım verenlerde içselleştirilmiş damgalamanın daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Başka bir çalışmada ise dini başa çıkma stratejilerinin bakım verenlerin damgalamaya bağlı stres düzeylerini azaltarak bakım yükünü hafiflettiğini ve yaşam kalitesini artırdığı belirtilmektedir (Saffari vd., 2018). Tüm bu bulgular sağlık politikalarının bakım verilere yönelik manevi başa çıkma temelli müdahaleleri içermesi gerektiğine işaret etmektedir.

6. SONUÇLAR

6.1. Sonuçlar

Ruhsal bozukluğu olan bireylerin birincil bakım verenlerinde kendini damgalama ile yalnızlık ve dini başa çıkma arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla gerçekleştirilen bu araştırmada elde edilen sonuçlar aşağıda özetlenmiştir:

- Katılımcıların kendini damgalama puan ortalamasının düşük-orta düzeyde ($32,87 \pm 8,85$) olduğu; yalnızlık puanlarının ($10,09 \pm 2,44$) düşük düzeyde, olumlu dini başa çıkma puanlarının ($20,95 \pm 3,93$) yüksek, olumsuz dini başa çıkma puanlarının ($4,26 \pm 1,73$) ise düşük düzeyde olduğu belirlenmiştir.
- Kadın bakım verenlerin kendini damgalama düzeyleri erkeklerden anlamlı biçimde daha yüksektir.
- Bakım verenin yaşı arttıkça kendini damgalama düzeyinin de yükseldiği bulunmuştur.
- Eğitim düzeyi arttıkça kendini damgalama puanlarının yükseldiği; gelir düzeyi arttıkça ise kendini damgalama puanlarının azaldığı saptanmıştır.
- Herhangi bir işte çalışmayan bakım verenlerin kendini damgalama düzeylerinin çalışanlara kıyasla daha düşük olduğu tespit edilmiştir.
- Gelir düzeyi ile kendini damgalama arasında negatif bir ilişki olduğu belirlenmiştir.
- Hastaya ebeveyn olarak bakım verenlerin kendini damgalama puan ortalamasının eş olarak bakım verenlerden daha yüksek olduğu belirlenmiştir.
- Hastalık süresi uzadıkça bakım verenin kendini damgalama düzeyinin azaldığı bulunmuştur.
- Bakım verenlerin yalnızlık düzeyi arttıkça kendini damgalama eğilimlerinin de yükseldiği belirlenmiştir.
- Bakım verenlerin olumlu dini başa çıkma düzeyi arttıkça kendini damgalama eğilimlerinin azaldığı bulunmuştur.
- Bakım verenlerin olumsuz dini başa çıkma düzeyi arttıkça kendini damgalama eğilimlerinin de yükseldiği belirlenmiştir.

6.2. Öneriler

Bu araştırmanın sonuçları doğrultusunda ruh sağlığı profesyonellerine, sağlık çalışanlarına ve araştırmacılara yönelik öneriler aşağıda sunulmuştur:

- Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşirelerinin liderliğinde ruhsal bozukluğu olan bireylerin bakım verenlerinde yalnızlık ve olumsuz dini başa çıkmayı azaltmaya, olumlu dini başa çıkmayı güçlendirmeye yönelik psikososyal destek programlarının (örneğin; grup terapisi, manevi danışmanlık, destek grupları) geliştirilmesi ve etkililiğinin değerlendirilmesi önerilmektedir.

- Bakım verenlerin sosyal izolasyonunu önlemeye ve toplumsal damgalamayı azaltmaya yönelik ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireleri tarafından farkındalık kampanyalarının düzenlenmesi, ayrıca dini temelli yanlış inançlara yönelik psiko-eğitimlerin yaygınlaştırılması, bakım verenlerde kendini damgalama düzeylerinin azaltılmasına katkı sağlayabilir.

- Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireleri tarafından bakım sürecinde yalnızlık düzeyi yüksek bakım verenlerin erken dönemde belirlenerek sosyal destek sistemlerine yönlendirilmesi ve toplumsal katılımı artırıcı mekanizmaların oluşturulması, kendini damgalama eğilimlerinin azaltılmasına katkı sağlayabilir.

- Aile temelli destek programlarının yaygınlaştırılması, bakım veren ebeveynlerde yalnızlık hissini azaltarak kendini damgalama eğilimlerinin düşürülmesine katkı sağlayabilir.

- Sağlık politikalarına manevi başa çıkma ve sosyal destek odaklı müdahalelerin entegre edilmesi, bakım verenlerin kendini damgalama eğilimlerinin azaltılmasına katkı sağlayabilir.

- Gelecekte yapılacak araştırmalarda kendini damgalama, yalnızlık ve dini başa çıkma arasındaki ilişkilerin nitel yöntemlerle derinlemesine incelenmesi ve farklı kültürlerde karşılaştırmalı olarak boylamsal araştırmalarla değerlendirilmesi önerilmektedir.

- Gelecekte yapılacak araştırmalarda, ruhsal bozuklukların türü ve şiddetine göre alt grup analizleri yapılarak, farklı tanı gruplarında yalnızlık, dini başa çıkma ve kendini damgalama arasındaki ilişkilerin karşılaştırılması önerilmektedir.

KAYNAKÇA

- Akar, A. (2025). The relationship between loneliness, religious coping and care burden in primary caregivers of individuals with mental disorders. *Cyprus Turkish Journal of Psychiatry & Psychology*, 7(3), 269–277. <https://doi.org/10.35365/ctjpp.25.3.06>
- Akhoondi, M., Sadeghian, E., Aubi, E., & Shamsaei, F. (2025). The association between internalized stigma and feelings of loneliness and quality of life in patients with mental disorders. *Current Psychiatry Research and Reviews*, 21(2), 200–214. <https://doi.org/10.2174/0126660822283482231205111717>
- Alqhtani, S. S., Barry, C., & King, B. (2021). A systematic review of family caregivers of persons with serious mental illnesses in non western countries. *Saudi Journal of Nursing and Health Care*, 4(3), 48–71. <https://doi.org/10.36348/sjnhc.2021.v04i03.002>
- Altan Sarikaya, N., Oz, S., & Ozturk, S. (2021). Perceptions of loneliness and well-being of psychiatric patients' families. *Perspectives in Psychiatric Care*, 57(4), 1806–1811. <https://doi.org/10.1111/ppc.12753>
- Angelin, R. R., Saravanan, S., James, F. C., & Samuel, R. (2025). Experience of religiosity in caregiving for persons with serious mental illness: A qualitative study using interpretative phenomenological analysis from India. *BMJ Open*, 15(3), e090838. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-090838>
- Anokye, R. (2018). The needs of family caregivers of people living with mental illness: A social workers assessment. *Practice*, 30(5), 323–339. <https://doi.org/10.1080/09503153.2018.1436702>
- Avci, D., Duran, S., Oz, Y. C., & Basak, I. (2021). Suicide probability in psychiatric patients' primary caregivers: The role of care burden, alexithymia and some risk factors. *Archives of Psychiatric Nursing*, 35(5), 457–464. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2021.06.013>
- Barreto, M., van Breen, J., Victor, C., Hammond, C., Eccles, A., Richins, M. T., & Qualter, P. (2022). Exploring the nature and variation of the stigma associated with loneliness. *Journal of Social and Personal Relationships*, 39(9), 2658–2679. <https://doi.org/10.1177/02654075221087190>
- Bassirnia, A., Briggs, J., Kopeykina, I., Mednick, A., Yaseen, Z., & Galyunker, I. (2015). Relationship between personality traits and perceived internalized stigma in bipolar patients and their treatment partners. *Psychiatry Research*, 230(2), 436–440. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.09.033>
- Batool, S., Schwaiger, E., Nazim, A., Sultana, R., & Younis, H. (2024). Exploring gender differences in perceived stress, internalized stigma of mental illness, and coping styles among caregivers of people diagnosed with psychiatric illness. *Pakistan BioMedical Journal*, 7(10), 7–12. <https://doi.org/10.54393/pbmj.v7i10.1082>

- Bharti, V., Joseph, J., Malik, Y. K., & Devi, R. (2025). Assessment of mental, spiritual well-being, and religious coping among caregivers of people with mental disorders: A cross-sectional study. *Journal of Mental Health and Human Behaviour*, 30(1), 56–60. https://doi.org/10.4103/jmhbb.jmhbb_25_25
- Bipeta, R., Yerramilli, S. S. R. R., & Pillutla, S. V. (2020). Perceived stigma in remitted psychiatric patients and their caregivers and its association with self-esteem, quality of life, and caregiver depression. *East Asian Archives of Psychiatry*, 30(4), 101–107. <https://doi.org/10.12809/eaap1943>
- Bozkurt, C., & Bulut, H. (2025). The effect of religious coping levels on asthma control in asthmatic adults in Türkiye. *Journal of Religion and Health*, 64(5), 4010–4025. <https://doi.org/10.1007/s10943-025-02360-0>
- Casaleiro, T., Martins, H., & Caldeira, S. (2024). Promoting spiritual coping of family caregivers of an adult relative with severe mental illness: Development and test of a nursing intervention. *Healthcare*, 12(13), 1247. <https://doi.org/10.3390/healthcare12131247>
- Chang, C. C., Yen, C. F., Jang, F. L., Su, J. A., & Lin, C. Y. (2017). Comparing affiliate stigma between family caregivers of people with different severe mental illness in Taiwan. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 205(7), 542–549. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000671>
- Charles, H., Manoranjitham, S. D., & Jacob, K. S. (2007). Stigma and explanatory models among people with schizophrenia and their relatives in Vellore, South India. *The International Journal of Social Psychiatry*, 53(4), 325–332. <https://doi.org/10.1177/0020764006074538>
- Chen, Y. J., Su, J. A., Chen, J. S., Liu, C. H., Griffiths, M. D., Tsai, H. C., Chang, C. C., & Lin, C. Y. (2023). Examining the association between neuropsychiatric symptoms among people with dementia and caregiver mental health: Are caregiver burden and affiliate stigma mediators? *BMC Geriatrics*, 23(1), 27. <https://doi.org/10.1186/s12877-023-03735-2>
- Cheng, W. L., Chang, C. C., Griffiths, M. D., Yen, C. F., Liu, J. H., Su, J. A., Lin, C. Y., & Pakpour, A. H. (2022). Quality of life and care burden among family caregivers of people with severe mental illness: mediating effects of self-esteem and psychological distress. *BMC Psychiatry*, 22(1), 672. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04289-0>
- Corrigan, P. W., & Al-Khouja, M. A. (2018). Three agendas for changing the public stigma of mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 41(1), 1–7. <https://doi.org/10.1037/prj0000277>
- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical psychology: Science and practice*, 9(1), 35–53.
- Corrigan, P. W., Rafacz, J., & Rüsch, N. (2011). Examining a progressive model of self-stigma and its impact on people with serious mental illness. *Psychiatry Research*, 189(3), 339–343. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.05.024>

- 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. <https://doi.org/10.1521/jscp.2006.25.8.875>
- Ekşi, H. & Sayın, M. (2016, May). The adaptation of Religious Coping Scale into Turkish language: A study of bilingual equivalence, validity and reliability. Paper presented at the AGP Humanities and Social Sciences Conference, BAU International Berlin University, 19-22 May, Berlin, Germany.
- Erdoğan Kaya, A., & Aydinoğlu, Ü. (2023). A correlational and cross-sectional study on the relationship between internalized stigma and religious coping in patients with schizophrenia. *Medicine*, 102(32), e34558. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000034558>
- Erdoğan Kaya, A., & Erdogan Akturk, B. (2023). The relationship between religious coping and internalized stigma among patients with bipolar disorder. *Cureus*, 15(8), e43511. <https://doi.org/10.7759/cureus.43511>
- Ergetie, T., Yohanes, Z., Asrat, B., Demeke, W., Abate, A., & Tareke, M. (2018). Perceived stigma among non-professional caregivers of people with severe mental illness, Bahir Dar, northwest Ethiopia. *Annals of General Psychiatry*, 17, 42. <https://doi.org/10.1186/s12991-018-0212-4>
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A.-G. (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*, 41(4), 1149–1160. <https://doi.org/10.3758/BRM.41.4.1149>
- Favina, A., Hobe, N., Muwanguzi, M., Munaru, G., Rubega, A., Lutasingwa, D., Kirabira, J., Rukundo, G. Z., & Ashaba, S. (2025). Affiliate stigma and associated factors among informal caregivers of people with mental illness in southwestern Uganda: A multi-center cross-sectional study. *PLOS Mental Health*, 2(4), e0000132. <https://doi.org/10.1371/journal.pmen.0000132>
- Fernando, S. M., Deane, F. P., McLeod, H. J., & Davis, E. L. (2017). Carer burden and stigma in schizophrenia and affective disorders: Experiences from Sri Lanka. *Asian Journal of Psychiatry*, 26, 77–81. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2017.01.023>
- Field, A. (2024). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics* (6th ed.). Sage Publications.
- Gierveld, J. d. J., Van Tilburg, T. G., & Dykstra, P. A. (2018). *New ways of theorizing and conducting research in the field of loneliness and social isolation*. <https://doi.org/10.1017/9781316417867.031>
- Girma, E., Möller-Leimkühler, A. M., Dehning, S., Mueller, N., Tesfaye, M., & Froeschl, G. (2014). Self-stigma among caregivers of people with mental illness: Toward caregivers' empowerment. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 7, 37–43. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S57259>

- Gojer, A., Gopalakrishnan, R., & Kuruvilla, A. (2018). Coping and spirituality among caregivers of patients with schizophrenia: A descriptive study from South India. *International Journal of Culture and Mental Health*, 11(4), 362–372. <https://doi.org/10.1080/17542863.2017.1391856>
- Goldberg, J. O., McKeag, S. A., Rose, A. L., Lumsden-Ruegg, H., & Flett, G. L. (2023). Too close for comfort: Stigma by association in family members who live with relatives with mental illness. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(6), 5209. <https://doi.org/10.3390/ijerph20065209>
- Göpfert, N. C., Conrad von Heydendorff, S., Dreßing, H., & Bailer, J. (2019). Applying Corrigan's progressive model of self-stigma to people with depression. *PloS one*, 14(10), e0224418. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0224418>
- Grover, S., Avasthi, A., Singh, A., Dan, A., Neogi, R., Kaur, D., Lakdawala, B., Rozatkar, A. R., Nebhinani, N., Patra, S., Sivashankar, P., Subramanyam, A. A., Tripathi, A., Gania, A. M., Singh, G. P., & Behere, P. (2017). Stigma experienced by patients with severe mental disorders: A nationwide multicentric study from India. *Psychiatry Research*, 257, 550–558. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.08.027>
- Guan, Z., Poon, A. W. C., & Zwi, A. (2023). Social isolation and loneliness in family caregivers of people with severe mental illness: A scoping review. *American Journal of Community Psychology*, 72(3–4), 443–463. <https://doi.org/10.1002/ajcp.12698>
- Guan, Z., Wiley, J. A., Tang, S., & Sun, M. (2022). Internalised stigma, social support, coping and care-giving burden among Chinese family caregivers of adults diagnosed with schizophrenia: A parallel mediation analysis. *Health & Social Care in the Community*, 30(6), 2300–2310. <https://doi.org/10.1111/hsc.13780>
- Hajek, A., Kretzler, B., & König, H. H. (2021). Informal caregiving, loneliness and social isolation: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(22), 12101. <https://doi.org/10.3390/ijerph182212101>
- Handebo, F., Kassim, F. M., Tessema, S. A., & Amare, H. (2025). Affiliate stigma among primary caregivers of adult patients with severe mental illness: A facility-based cross-sectional study in Addis Ababa, Ethiopia. *BMC Psychiatry*, 25(1), 607. <https://doi.org/10.1186/s12888-025-07004-x>
- Honary, M., McNaney, R., & Lobban, F. (2018). *Designing video stories around the lived experience of severe mental illness*. Paper presented at the Proceedings of the 10th Nordic Conference on Human-Computer Interaction.
- Johnson, S., Bacsu, J., McIntosh, T., Jeffery, B., & Novik, N. (2019). Social isolation and loneliness among immigrant and refugee seniors in Canada: A scoping review. *International Journal of Migration, Health and Social Care*, 15, 177–190. <https://doi.org/10.1108/IJMHSC-10-2018-0067>

- Kaggwa, M. M., Najjuka, S. M., Mamun, M. A., Griffiths, M. D., Nyemara, N., & Ashaba, S. (2023). Involvement and burden of informal caregivers of patients with mental illness: The mediating role of affiliated stigma. *BMC Psychiatry*, 23(1), 72. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-04553-x>
- Karaçar, Y., & Bademli, K. (2022). Relationship between perceived social support and self-stigma in caregivers of patients with schizophrenia. *The International Journal of Social Psychiatry*, 68(3), 670–680. <https://doi.org/10.1177/00207640211001886>
- Keating, N., & Eales, J. (2017). Social consequences of family care of adults: A scoping review. *International Journal of Care and Caring*, 1(2), 153–173. <https://doi.org/10.1332/239788217X14937990731749>
- Kehyayan, V., Omar, H., Ghuloum, S., Marji, T., Al-Amin, H., Abed Alah, M., & Mahfoud, Z. (2024). Internalized stigma and its correlates in families of persons with mental illness in Qatar: A cross-sectional study. *Current Psychology*, 43(39), 30937–30948. <https://doi.org/10.1007/s12144-024-06686-y>
- Kohrt, B. A., Turner, E. L., Rai, S., Bhardwaj, A., Sikkema, K. J., Adelekun, A., Dhakal, M., Luitel, N. P., Lund, C., Patel, V., & Jordans, M. J. D. (2020). Reducing mental illness stigma in healthcare settings: Proof of concept for a social contact intervention to address what matters most for primary care providers. *Social Science & Medicine*, 250, 112852. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.112852>
- Kovaleva, M., Spangler, S., Clevenger, C., & Hepburn, K. (2018). Chronic Stress, Social Isolation, and Perceived Loneliness in Dementia Caregivers. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, 56(10), 36–43. <https://doi.org/10.3928/02793695-20180329-04>
- Labrum, T., & Newhill, C. E. (2021). Perceived isolation among family caregivers of people with mental illness. *Social Work*, 66(3), 245–253. <https://doi.org/10.1093/sw/swab019>
- Locke, M. A., & Kim, P. Y. (2024). Emotion, religious coping, stigma, and help-seeking attitudes among Asian Americans: examination of moderated mediation. *Journal of Psychology and Theology*, 52(1), 18–36. <https://doi.org/10.1177/00916471231212478>
- Mak, W. W. S., & Cheung, R. Y. M. (2008). Affiliate stigma among caregivers of people with intellectual disability or mental illness. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 21(6), 532–545. <https://doi.org/10.1111/j.1468-3148.2008.00426.x>
- Malhotra, M., & Thapa, K. (2015). Religion and coping with caregiving stress. *International Journal of Multidisciplinary and Current Research*, 3(3), 613–619.

- Manesh, A. E., Dalvandi, A., & Zoladl, M. (2023). The experience of stigma in family caregivers of people with schizophrenia spectrum disorders: A meta-synthesis study. *Heliyon*, 9(3), e14333. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e14333>
- Mehra, A., Kumar, A., Grover, S., Chakrabarti, S., & Avasthi, A. (2020). Relationship of stigma with burden and coping among caregivers of patients with severe mental disorders. *Indian Journal of Social Psychiatry*, 36(1), 11–18. https://doi.org/10.4103/ijsp.ijsp_123_19
- Mukherjee, S., & Mukhopadhyay, D. K. (2018). Stigma towards mental illness: A hospital-based cross-sectional study among caregivers in West Bengal. *Indian Journal of Public Health*, 62(1), 15–20. https://doi.org/10.4103/ijph.IJPH_88_17
- Neto, F. (2014). Psychometric analysis of the short-form UCLA Loneliness Scale (ULS-6) in older adults. *European Journal of Ageing*, 11, 313-319. <https://doi.org/10.1007/s10433-014-0312-1>
- Newman, K., Wang, A. H., Wang, A. Z. Y., & Hanna, D. (2019). The role of Internet-based digital tools in reducing social isolation and addressing support needs among informal caregivers: A scoping review. *BMC Public Health*, 19(1), 1495. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7837-3>
- Obi-keguna, C. N., Igwe, E. J., Ugwu, J. I., & Onu, D. U. (2024). Religious coping mediates the relationship between stigma and psychological distress among people living with HIV. *Current Psychology*, 43(40), 31386-31394. <https://doi.org/10.1007/s12144-024-06741-8>
- Palani, N., Vasudevan, V. M. K., Rajendran, S. S., Marudhan, A., Dhayanithipalani, V., Muthuchamy, P., & Narayanasamy, M. (2025). The shadows of stigma and social isolation among caregivers of patients with mental illness. *International Journal on Science and Technology*, 16(1), 1–9.
- Papadopoulos, C., Lodder, A., Constantinou, G., & Randhawa, G. (2019). Systematic review of the relationship between autism stigma and informal caregiver mental health. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 49(4), 1665–1685. <https://doi.org/10.1007/s10803-018-3835-z>
- Pargament, K., Feuille, M., & Burdzy, D. (2011). The Brief RCOPE: Current psychometric status of a short measure of religious coping. *Religions*, 2(1), 51-76. <https://doi.org/10.3390/rel2010051>
- Pearce, M. J., Medoff, D., Lawrence, R. E., & Dixon, L. (2016). Religious coping among adults caring for family members with serious mental illness. *Community Mental Health Journal*, 52(2), 194–202. <https://doi.org/10.1007/s10597-015-9875-3>
- Poon, A. W. C., Harvey, C., Mackinnon, A., & Joubert, L. (2017). A longitudinal population-based study of carers of people with psychosis. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 26(3), 265–275. <https://doi.org/10.1017/S2045796015001195>

- Prizeman, K., Weinstein, N., & McCabe, C. (2023). Effects of mental health stigma on loneliness, social isolation, and relationships in young people with depression symptoms. *BMC Psychiatry*, 23(1), 527. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-04991-7>
- Ramírez-Vielma, R., Vaccari, P., Cova, F., Saldivia, S., Vielma-Aguilera, A., & Grandón, P. (2023). Interventions to reduce the stigma of mental health at work: A narrative review. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 36(1), 14. <https://doi.org/10.1186/s41155-023-00255-1>
- Rashid, M. A. U. H., Muneeb, S. A., Manzoor, M. M., & Fischer, F. (2023). Religious coping, care burden and psychological distress among informal caregivers of COVID-19 patients: Results of a cross-sectional survey in Pakistan. *The International Journal of Social Psychiatry*, 69(6), 1369–1376. <https://doi.org/10.1177/00207640231162277>
- Russell, D., Peplau, L. A., & Cutrona, C. E. (1980). The revised UCLA Loneliness Scale: concurrent and discriminant validity evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39(3), 472–480. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.39.3.472>
- Saffari, M., Koenig, H. G., O'Garro, K. N., & Pakpour, A. H. (2018). Mediating effect of spiritual coping strategies and family stigma stress on caregiving burden and mental health in caregivers of persons with dementia. *Dementia (London, England)*, Advance online publication. <https://doi.org/10.1177/1471301218798082>
- Sarıçam, H. (2023). COVID-19 sonrası yetişkinlerde yalnızlık: UCLA yalnızlık ölçeği kısa formunun (UYÖKF-6) psikometrik özellikleri. *Iğdır Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 32, 1-17. <https://doi.org/10.54600/igdirsosbilder.1066242>
- Sefi, S., Shoval, G., Lubbad, N., Goldzweig, G., & Hasson-Ohayon, I. (2021). Coping with information style, self-concealment, internalized stigma, and family burden among parents of children with psychiatric disorders. *Family Process*, 60(4), 1523–1538. <https://doi.org/10.1111/famp.12637>
- Shahwan, S., Goh, C. M. J., Tan, G. T. H., Ong, W. J., Chong, S. A., & Subramaniam, M. (2022). Strategies to reduce mental illness stigma: Perspectives of people with lived experience and caregivers. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(3), 1632. <https://doi.org/10.3390/ijerph19031632>
- Shi, Y., Shao, Y., Li, H., Wang, S., Ying, J., Zhang, M., Li, Y., Xing, Z., & Sun, J. (2019). Correlates of affiliate stigma among family caregivers of people with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 26(1–2), 49–61. <https://doi.org/10.1111/jpm.12505>
- Singh, A., Mattoo, S. K., & Grover, S. (2016). Stigma and its correlates among caregivers of schizophrenia: A study from North India. *Psychiatry Research*, 241, 302–308. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.04.108>

- Singh, A., Mattoo, S. K., & Grover, S. (2016). Stigma associated with mental illness: conceptual issues and focus on stigma perceived by the patients with schizophrenia and their caregivers. *Indian Journal of Social Psychiatry*, 32(2), 134-142. <https://doi.org/10.4103/0971-9962.181095>
- Su, J. A., & Chang, C. C. (2020). Association between family caregiver burden and affiliate stigma in the families of people with dementia. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(8), 2772. <https://doi.org/10.3390/ijerph17082772>
- Świtaj, P., Grygiel, P., Anczewska, M., & Wciórka, J. (2014). Loneliness mediates the relationship between internalised stigma and depression among patients with psychotic disorders. *The International Journal of Social Psychiatry*, 60(8), 733–740. <https://doi.org/10.1177/0020764013513442>
- Tabachnick, B. G., & Fidel, L. S. (2019). *Using multivariate statistics* (7th ed.). Pearson.
- Tabatabaee, M., Yousefi Nooraie, R., Mohammad Aghaei, A., Rostam-Abadi, Y., Ansari, M., Sharifi, S., & Sharifi, V. (2023). Loneliness in the presence of others: A mixed-method study of social networks of caregivers of patients with severe mental disorders. *The International Journal of Social Psychiatry*, 69(1), 190–199. <https://doi.org/10.1177/00207640221077580>
- Tez, C., & Ciydem, E. (2025). The relationship between self-stigmatization and care burden in caregivers of children with chronic illness. *Journal of Pediatric Nursing*, 84, 124–132. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2025.05.019>
- Tozoğlu, E. Ö., & Gürbüz, N. (2024). Internalized stigma level, family self-stigma, and family burden of patients receiving community mental health center services: A comparative, longitudinal study. *Frontiers in Psychiatry*, 15, 1469448. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1469448>
- Triana, L., & Sudjatmiko, I. G. (2021). The role of religious coping in caregiving stress. *Religions*, 12(6), 440. <https://doi.org/10.3390/rel12060440>
- Trigueros, R., Navarro, N., Mercader, I., Aguilar-Parra, J. M., Lopez-Liria, R., & Rocamora-Pérez, P. (2022). Self-stigma, mental health and healthy habits in parent of children with severe mental disorder. *Psychology Research and Behavior Management*, 15, 227–235. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S342780>
- Victor, C. R., Rippon, I., Quinn, C., Nelis, S. M., Martyr, A., Hart, N., Lamont, R., & Clare, L. (2021). The prevalence and predictors of loneliness in caregivers of people with dementia: Findings from the IDEAL programme. *Aging & Mental Health*, 25(7), 1232–1238. <https://doi.org/10.1080/13607863.2020.1753014>
- Vogel, D. L., Bitman, R. L., Hammer, J. H., & Wade, N. G. (2013). Is stigma internalized? The longitudinal impact of public stigma on self-stigma. *Journal of Counseling Psychology*, 60(2), 311–316. <https://doi.org/10.1037/a0031889>

- Weis, R. (1973). *The experience of emotional and social isolation*. MIT Press.
- Wu, H. C., & Chen, F. P. (2016). Sociocultural factors associated with caregiver-psychiatrist relationship in Taiwan. *Psychiatry Investigation*, 13(3), 288–296. <https://doi.org/10.4306/pi.2016.13.3.288>
- Yıldız, M., İncedere, A., Kiras, F., Abut, F. B., Kırçalı, A., & İpçi, K. (2019). Development of Self-Stigma Inventory for Families of the patients with schizophrenia (SSI-F): validity and reliability study. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*, 29(4), 463-471. <https://doi.org/10.1080/24750573.2018.1480858>
- Yu, Y., Li, T. X., Li, Y. L., Qiu, D., Xi, S. J., Xiao, S. Y., & Tebes, J. K. (2020). A cross-sectional study on spouse and parent differences in caregiving experiences of people living with schizophrenia in rural China. *BMC Psychiatry*, 20(1), 226. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02633-w>
- Zhang, B., Conner, K. O., Meng, H., Tu, N., Liu, D., & Chen, Y. (2021). Social support and quality of life among rural family caregivers of persons with severe mental illness in Sichuan Province, China: Mediating roles of care burden and loneliness. *Quality of Life Research*, 30, 1881–1890. <https://doi.org/10.1007/s11136-021-02793-6>
- Zhang, B., Lv, X., Qiao, M., & Liu, D. (2021). The full mediating role of loneliness on the relationship between social support and depression among rural family caregivers of persons with severe mental illness. *Frontiers in Public Health*, 9, 729147. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.729147>
- Zhu, Y., & Yin, M. X. C. (2024). The impact of care-recipient relationship type on mental health burden of caregivers for schizophrenia patients: Evidence from Beijing, China. *Frontiers in Psychology*, 15, 1402159. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1402159>

EKLER

EK-1: Tanıtıcı Bilgi Formu

VERİ TOPLAMA FORMU

A. Bakım Verene İlişkin Tanıtıcı Bilgiler

1. Cinsiyeti ☐ Kadın ☐ Erkek
2. Yaşı:
3. Eğitim düzeyi:
☐ Okur yazar değil ☐ Okur yazar ☐ İlkokul ☐ Ortaokul ☐ Lise ☐ Üniversite
4. Medeni durumu: ☐ Evli ☐ Bekar/ Boşanmış/Eşi ölmüş
5. Çalışma durumu: ☐ Çalışıyor ☐ Çalışmıyor ☐ Emekli
6. Algılanan gelir düzeyi: ☐ İyi ☐ Orta ☐ Kötü
7. Hasta ile yakınlık derecesi: ☐ Eşi ☐ Kızı ☐ Oğlu ☐ Gelini ☐ Damadı ☐ Torunu ☐ Diğer (Açıklayınız):
8. Hastaya bakım verme süresi: yıl
9. Hastanın işlerini yapmak için bakım vericinin ayırdığı günlük saat miktarı: saat
10. Hastanızın bakımında size yardımcı bireyler var mı? ☐ Hayır ☐ Evet
11. Uzun süren ve doktor tanısı konan bir hastalığınız varlığı: ☐ Hayır ☐ Evet

B. Hastaya İlişkin Tanıtıcı Bilgiler

1. Hastanın cinsiyeti: ☐ Kadın ☐ Erkek
2. Hastanın yaşı:
3. Hastalığı:
4. Hastalık süresi:
5. Eşlik eden bir başka kronik hastalık varlığı: ☐ Yok ☐ Var

EK-2: Kendini Damgalama Ölçeği-Aile Formu

KDÖ-A

Aşağıda ruhsal hastalığı olan kişilerin yakınlarının genellikle yaşadığı sıkıntılar listelenmiştir. Yaşadığınız sıkıntıların şiddetini anlayabilmemiz için her maddede kendinize en uygun seçeneği işaretleyiniz.		Bana hiç uymaz	Biraz uyar	Orta derecede uyar	Genellikle uyar	Tam uyar
1	Hasta yakını olduğum için insanların kontrolümü kaybetmemden korktuğumu düşünüyorum.					
2	Hasta yakını olduğum için incitici yorum ya da şaka yaparlar diye insanlardan uzak duruyorum.					
3	Hasta yakını olduğum için çevremdeki insanların beni önemsemediklerini düşünüyorum.					
4	Hasta yakını olduğum için çevreme yük olduğumu düşünüyorum.					
5	Hasta yakını olduğum için uygun kararlar alamayacağımı düşünüyorum.					
6	Yakınımın hastalığından dolayı beni anlamayacaklarını düşündüğüm için çevremdeki insanlardan uzak duruyorum.					
7	Dişlanmaktan korktuğum için yakınımın hastalığının gerçek adını komşu ve arkadaşlarıma söylemiyorum.					
8	Dişlanmaktan korktuğum için yakınımın hastalığının gerçek adını akrabalarıma söylemiyorum.					
9	Arkadaşlarıma yakınımın ruhsal bir hastalığı olduğunu söylemiyorum.					
10	Hasta biriyle yaşamak zorunda kaldığım için özgüvenim azaldı.					
11	Hasta yakını olduğum için kendimi işe yaramaz hissediyorum.					
12	Hasta yakını olduğum için başarılı olamayacağımı düşünüyorum.					
13	Hasta yakını olduğum için mutlu olamayacağımı düşünüyorum.					
14	Hasta yakını olduğum için sorumluluklarımı diğer insanlar gibi yerine getiremiyorum.					

EK-3: UCLA Yalnızlık Ölçeği-6

UCLA Yalnızlık Ölçeği – Kısa Form

	“(1) Hiç Uygun Değil	(2) Uygun Değil	(2) Uygun Değil	(2) Uygun Değil
1. Arkadaşığa ihtiyacım var.	1	2	3	4
2. Kendimi bir arkadaş grubunun parçası hissediyorum.	1	2	3	4
3. Kendimi dışlanmış gibi hissediyorum.	1	2	3	4
4. Kendimi diğer insanlardan soyutlanmış hissediyorum.	1	2	3	4
5. Bu kadar içe kapanık/çekingen olduğumdan dolayı mutsuzum.	1	2	3	4
6. Çevremde insanlar var ancak benimle birlikte değiller.	1	2	3	4

EK-4: Dini Başa Çıkma Ölçeği

Dini Başa Çıkma Ölçeği

Aşağıda yer alan ifadeleri okuduktan sonra, hayatta bir problemle karşılaştığınızda genel olarak nasıl davrandığınızı düşünerek durumunuzu en iyi yansıtan seçeneği işaretleyiniz.					
(1)Hemen hemen hiç yapmam (2)Çok az yaparım (3)Orta derecede yaparım (4)Sıklıkla yaparım					
1	Hayatta bir problemle karşılaştığımda, Allah'a daha yakın olmaya çalışırım.	1	2	3	4
2	Hayatta bir problemle karşılaştığımda, bunun imanımı derinleştirmek için Allah'tan gelen bir imtihan olduğunu düşünürüm.	1	2	3	4
3	Hayatta bir problemle karşılaştığımda, Allah'ın sevgisini ve himayesini isterim.	1	2	3	4
4	Hayatta bir problemle karşılaştığımda, teselli bulmak için Kuran-ı Kerim okurum.	1	2	3	4
5	Hayatta bir problemle karşılaştığımda, Allah'tan bağışlanma dilerim.	1	2	3	4
6	Hayatta bir problemle karşılaştığımda, Allah'ın sabırlı olmayı emrettiğini kendime hatırlatırım.	1	2	3	4
7	Hayatta bir problemle karşılaştığımda, elimden geleni yapar, gerisini Allah'ın takdirine bırakırım.	1	2	3	4
8	Hayatta bir problemle karşılaştığımda, işlediğim günahlardan dolayı Allah tarafından cezalandırıldığuma inanırım.	1	2	3	4
9	Hayatta bir problemle karşılaştığımda, Allah'ın beni cezalandırmasına neden olacak ne yaptığımı merak ederim.	1	2	3	4
10	Hayatta bir problemle karşılaştığımda, yeterince sadık bir kul olmadığım için Allah'ın beni cezalandırdığını düşünürüm.	1	2	3	4

EK-5: Etik Kurul İzni



T.C.
BANDIRMA ONYEDİ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
SAĞLIK BİLİMLERİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
TOPLANTI TUTANAĞI

GÜNDEM: Dr. Öğr. Üyesi Emre ÇİYDEM'in 2024 -188 numaralı başvurusunun değerlendirilmesi

KARAR: Etik Kurulumuzun 08.07.2024 tarihinde saat 14.00'te yapılan 2024-7 sayılı toplantısında Dr. Öğr. Üyesi Emre ÇİYDEM sorumluluğunda Hem. Mehmet Sıddık VERAL tarafından yürütülmesi planlanan 2024-188 başvuru sayılı " **Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerin Birincil Bakım Verenlerinde Bakım Yükü ile Yalnızlık ve Dini Başa Çıkma Arasındaki İlişki** " konulu çalışma etik açıdan uygun bulunmuştur.

EK-6: Kurum İzni



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : E-15916306-604.01-258795649
Konu : Mehmet Sıddık VERAL'ın Bilimsel
Araştırması hk.

06.11.2024

MARMARA ÜNİVERSİTESİ PENDİK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİNE

İlgi : 12.09.2024 tarihli ve E-43766128-604.01-253684979 sayılı yazı.

İlgi sayılı yazı ile Hastanenizde hemşire olarak görev yapmakta olan Mehmet Sıddık VERAL'ın "**Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerin Birincil Bakım Verenlerinde Kendini Damgalama İle Yalnızlık ve Dini Başa Çıkma Arasındaki İlişki**" konulu çalışmasını hastanenizde yapma talebi Birimimize iletilmiştir.

Söz konusu araştırma, Müdürlüğümüz Sağlık Hizmetleri Başkanlığı Araştırma, Basılı Yayın, Duyuru İçeriği Değerlendirme Komisyonu **04.11.2024 tarih ve 2024/16 sayılı kararınca uygun görülmüştür.**

Çalışmanın kurumunuzun uygun gördüğü zaman diliminde yapılması (başvuru dosyasında belirtilen aralık gözetilerek) sürecin koordinasyonunun tarafınızca sağlanması ve çalışma bitiminde bir nüshasını elektronik ortamda (CD halinde) Müdürlüğümüze teslim edilmesi gerektiğinin başvuru sahibine tebliği hususunda;

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

EK-7: Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu



BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

... / ... /

Değerli Katılımcı,

Bandırma **Onyediyüzlük** Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi öğretim üyesi Dr. Öğr. Üyesi Emre ÇİYDEM ve Hemşire Mehmet SİDDİK VERAL ile birlikte yürütülen "Ruhsal bozukluğu olan bireylerin birincil bakım verenlerinde kendini damgalama ile yalnızlık ve dini başa çıkma arasındaki ilişki" başlıklı çalışmaya bakımınızdan sorumlu olan kişinin katılımı rica olunmaktadır. Bakım veren kişinin bu araştırmaya tamamen kendi iradesiyle, herhangi bir zorlama veya mecburiyet olmadan gönüllü katılımı esastır. Lütfen aşağıdaki bilgileri okuyunuz ve katılmaya karar vermeden önce anlamadığınız herhangi bir husus varsa çekinmeden sorunuz. Sizin ve yakınınızın katılmayı kabul etmesi durumunda gerekli yerler siz ve araştırmayı yürüten Dr. Öğr. Üyesi Emre ÇİYDEM tarafından doldurup imzalanmış bu formun bir kopyası saklamanız için size verilecektir. |

ÇALIŞMANIN AMACI

Bu araştırma, ruhsal bozukluğu olan bireylerin birincil bakım verenlerinde kendini damgalama ile yalnızlık ve dini başa çıkma arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacı ile planlanmıştır.

PROSEDÜRLER

Bu araştırmaya gönüllü olarak katılmak istemeniz halinde yürütülecek işlemler şöyledir:

Size ve yakınınıza araştırmanın amacı ve yöntemi açıklanarak sözlü ve yazılı onamınız alınacaktır. Sorularınız için gerekli zaman ayrılacaktır. Araştırma için yakınınızdan 16 sorudan oluşan Tanıtıcı Bilgi Formunu, 6 maddeden oluşan UCLA Yalnızlık Ölçeği-6'yı, 10 madde içeren Dini Başa Çıkma Ölçeğini ve 14 madde içeren Kendini Damgalama Ölçeği Aile Formunu doldurması beklenmektedir ve bu işlem yaklaşık 20-30 dakika sürmektedir. Dini Başa Çıkma Ölçeğini doldurmak gönüllülük esasına dayalıdır.

ÇALIŞMANIN SAĞLAYACAĞI YARAR VE RİSKLER

Bu araştırmada sizin veya yakınınız için herhangi bir risk/zarar söz konusu değildir. Beklenen yarar ise bakım verenlerin kendini damgalama, yalnızlık ve dini başa çıkma düzeyinin belirlenmesidir. Ayrıca bu kavramlar arasındaki ilişkiler literatüre kazandırılmış olacaktır.

GİZLİLİK

Veri toplama aracında sizi veya yakınınızı kişisel olarak tanımaya olanak sağlayacak herhangi bir soru bulunmamaktadır. Yanıtlar kimseyle paylaşılmayacak, araştırmanın sonuçları sadece bilimsel amaçla bilimsel araştırma kapsamında kullanılacaktır. Gerekliğinde araştırmanın yürütücüsü ve etik kurul üyeleri sizin veya yakınınızın bu araştırmadaki bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait bilgilere ulaşabilirsiniz.

KATILIM VE AYRILMA

Bu araştırmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Siz ve yakınınız araştırmaya katılmama veya katıldıktan sonra istediğiniz zaman herhangi bir yaptırıma maruz kalmadan araştırmadan çıkma hakkında sahipsiniz. Ayrıca sorumlu araştırıcı gerek duyarsa sizi araştırma dışı bırakabilir. Araştırmaya katılmama, araştırmadan çıkma veya çıkarılma durumlarında bir yaptırım veya herhangi bir hakkınızın olumsuz etkilenmesi kesinlikle söz konusu olmayacaktır. Bu araştırmaya katılmanız halinde sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecektir ve size ücret ödemesi yapılmayacaktır.

İLETİŞİM KURULACAK KİŞİLER

Bu araştırma ile ilgili herhangi bir sorunuz veya endişeniz varsa [] numaralı telefondan veya [] adresinden Dr. Öğr. Üyesi Emre ÇİYDEM'e başvurabilirsiniz.

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken metni okudum. Araştırma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Bu koşullarla söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı- Soyadı:

İmzası:

Adresi (varsa telefon **no**, faks **no**):

Açıklamaları yapan araştırmacının

Adı- Soyadı:

İmzası:

EK-8: Ölçek Kullanım İzinleri

12 Kas Çar 21:27 (13 gün önce)

☆

Alıcı: ben ▼

Merhaba Sıddık
Memnuniyetle kullanabilirsiniz. Tüm detayları TOADda bulabilirsiniz
İyi çalışmalar dilerim

13 Kas Per 17:00 (12 gün önce)

☆

😊

↩

Mehmed Sıddık Merhabalar,
Ölçeğin maddeleri ve puanlama bilgileri ektedir.
Tez çalışması kapsamında memnuniyetle kullanabilirsiniz.
Kolaylıklar ve sağlıklı günler dilerim.

Not: Ölçek maddeleri ticari kazanç sağlayan çalışmalarda kullanılamaz ve ölçeğin niteliğinin düşmemesi için ölçek maddelerinin tamamı sanal ortamda (tezin sonu, web siteleri vb.) paylaşılamaz.

Mehmet Sıddık Veral <siddikvrl@gmail.com>, 12 Kas 2025 Çar, 21:23 tarihinde şunu yazdı:

...

...

merhaba Mehmet bey,

kendini damgalama - aile ölçeğini çalışmanızda kullanabilirsiniz.

başarı dilekleriyle.

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı: Mehmet Sıddık VERAL

Eğitim Bilgileri:

Lisans: Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Yüksek Lisans: Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı

Doktora: ---

Araştırma Alanları: Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği

Akademik Çalışmalar: Veral, M. S., Çiydem, E., & Ayhan, D. (2023). Kültür ve psikiyatri. *1. Bilsel Uluslararası Harput Bilimsel Araştırmalar Kongresi* (25–26 Kasım 2023, Elâzığ, Türkiye, ss. 107-115).

Akademik Ödüller ve Burslar: ---