

T.C.
GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

SOSYAL HİZMET YÖNETİMİ ANA BİLİM DALI

SAĞLIK ÇALIŞANLARININ RUHSAL HASTALIKLARA YÖNELİK
İNANÇLARININ, DAMGALAMA VE EMPATİK EĞİLİM DÜZEYLERİNİN
İNCELENMESİ: AĞRI İLİ ÖRNEĞİ

YÜKSEK LİSANS

Mehmet Fatih TAŞDAN

Ocak 2026
GÜMÜŞHANE



**T.C.
GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

SOSYAL HİZMET YÖNETİMİ ANA BİLİM DALI

**SAĞLIK ÇALIŞANLARININ RUHSAL HASTALIKLARA YÖNELİK
İNANÇLARININ, DAMGALAMA VE EMPATİK EĞİLİM DÜZEYLERİNİN
İNCELENMESİ: AĞRI İLİ ÖRNEĞİ**

**THE INVESTIGATION OF BELIEF, STIGMA AND EMPATHIC TENDENCY
LEVELS OF HEALTHCARE WORKERS TOWARDS MENTAL ILLNESSES:
THE SAMPLE OF AĞRI PROVINCE**

YÜKSEK LİSANS

Mehmet Fatih TAŞDAN

**Ocak 2026
GÜMÜŞHANE**



**GÜMÜŞHANE
ÜNİVERSİTESİ**
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

T.C.

**GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

SOSYAL HİZMET YÖNETİMİ ANA BİLİM DALI

**SAĞLIK ÇALIŞANLARININ RUHSAL HASTALIKLARA YÖNELİK
İNANÇLARININ, DAMGALAMA VE EMPATİK EĞİLİM DÜZEYLERİNİN
İNCELENMESİ: AĞRI İLİ ÖRNEĞİ**

**THE INVESTIGATION OF BELIEF, STIGMA AND EMPATHIC TENDENCY
LEVELS OF HEALTHCARE WORKERS TOWARDS MENTAL ILLNESSES:
THE SAMPLE OF AĞRI PROVINCE**

YÜKSEK LİSANS

Mehmet Fatih TAŞDAN

DANIŞMAN: DOÇ. DR. GÜLİN YAZICI ÇELEBİ

Ocak 2026

GÜMÜŞHANE

BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK BEYANI

Yüksek Lisans Tezi olarak hazırlamış olduğum “**Sağlık çalışanlarının ruhsal hastalıklara yönelik inançlarının, damgalama ve empatik eğilim düzeylerinin incelenmesi: Ağrı ili örneği**” isimli tezimin, tamamen kendi çalışmam olduğunu, her alıntıya kaynak gösterdiğimi, alıntı yaptığım tüm çalışmaları kaynakçada belirttiğimi ve Gümüşhane Üniversitesi’nin lisanslı kullanıcısı olduğu intihal yazılım programı ile Lisansüstü Eğitim Enstitüsü’nün belirlediği kıstaslara uygun olarak raporladığımı taahhüt ederim. Tezimin kâğıt ve elektronik kopyalarının Gümüşhane Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü arşivinde saklanmasına izin verdiğimi onaylarım.

Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliği’nin ilgili maddeleri uyarınca gereğinin yapılmasını arz ederim.

27/01/2026

.....
Mehmet Fatih TAŞDAN

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca her adımda bana rehberlik edip yol gösteren her konuda hoşgörü ve sabırla yaklaşarak destek olan bilgi ve deneyimlerini büyük bir içtenlikle paylaşan değerli danışman hocam Doç. Dr. Gülin YAZICI ÇELEBİ' ye

Tez yazım süresince bilgi ve birikimini benden esirgemeyen Dr. Melik YAZICI'ya ve desteklerini esirgemeyen Toplum ruh sağlığı merkezindeki çalışma arkadaşlarım M.Enes ARAZ, Taner TATLI, Fatma EFE GÖKTAŞ ve Mutlu GÜVEN'e;

Tezimin veri toplama sürecinde zaman ayırarak anketleri dolduran Ağrı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi ve Aile Sağlığı Merkezi'nde görev yapan sağlık çalışanlarına;

Hayatımın her döneminde yanımda olan, desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen bugünlere gelmemde büyük emekleri olan canım annem Cemile TAŞDAN ve babam Yakup TAŞDAN, Sevgili kardeşlerim, Engin TAŞDAN, Hanifi TAŞDAN ve Hacer TAŞDAN'a;

Tez çalışmam boyunca her zaman yanımda olan en büyük destekçim sevgili eşim Fatma TAŞDAN ve canım oğlum Mert TAŞDAN'a;

Sonsuz Teşekkür ederim...

Mehmet Fatih TAŞDAN

GÜMÜŞHANE – 2026

ÖZET

Bu çalışmada sağlık çalışanlarının ruhsal hastalıklara yönelik inanç, damgalama ve empatik eğilim düzeyleri incelenmiştir. Araştırmamız Ağrı iline bağlı sağlık kuruluşlarında görev yapan 334 sağlık çalışanı (Doktor, Hemşire, Ebe, odyolog Tıbbi sekreter, Diş protez teknikeri vb.) ile yürütülmüştür. Araştırmada veri toplama aracı olarak “Kişisel Bilgi Formu”, “Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği”, “Sağlık Çalışanları için Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalama Ölçeği” ve “Empatik Eğilim Ölçeği” olmak üzere toplam dört ayrı veri toplama aracı kullanılmıştır. Araştırma verilerinin analizi için IBM SPSS Version 27 paket programı kullanılmıştır. Verilerin analizinde t testi, tek yönlü varyans analizi (ANOVA), Mann Whitney-U testi, Kruskal Wallis testi, Post-hoc testi ve Spearman korelasyon analizi testi kullanılmıştır. Araştırma sonucunda Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği (RHİÖ) ile Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalama Ölçeği (SÇ-RHYDÖ) puanları arasında orta düzeyde pozitif yönde anlamlı bir ilişki ($p < 0,01$) bulunurken, Empatik Eğilim Ölçeği (EEÖ) ile (SÇ-RHYDÖ) puanları arasında çok zayıf bir ilişki ($p < 0,05$) saptanmıştır. Sağlık çalışanlarının ruhsal hastalıklara yönelik inanç düzeyi orta-yüksek, damgalama düzeyi orta, empatik eğilim düzeyi ise yüksek bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Damgalama, Empatik eğilim, İnanç, Ruhsal hastalık, Sağlık çalışanı

ABSTRACT

In this study, healthcare workers' beliefs, stigma, and empathic tendency toward mental illnesses were examined. The research was carried out with 334 healthcare personnel (physicians, nurses, midwives, audiologists, medical secretaries, dental prosthesis technicians, etc.) working in healthcare institutions in Ağrı province. Four data collection instruments were used: the Personal Information Form, the Beliefs Toward Mental Illness Scale (RHİÖ), the Stigma Scale Toward Mental Illness for Healthcare Workers (SÇ-RHYDÖ), and the Empathic Tendency Scale (EEÖ). IBM SPSS Version 27 was used for data analysis. The analyses included the t-test, one-way analysis of variance (ANOVA), Mann–Whitney U test, Kruskal–Wallis test, post-hoc tests, and Spearman correlation analysis. The results indicated a moderate, positive, and significant relationship between the Beliefs Toward Mental Illness Scale (RHİÖ) and the Stigma Scale (SÇ-RHYDÖ) ($p < 0,01$), while a very weak relationship was found between the Empathic Tendency Scale (EEÖ) and the Stigma Scale (SÇ-RHYDÖ) ($p < 0,05$). Healthcare workers' belief levels toward mental illness were found to be moderate–high, stigma levels moderate, and empathic tendency levels high.

Keywords: Stigma, Empathic tendency, Belief, Mental illness, Healthcare professional

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	III
BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK BEYANI.....	IV
TEŞEKKÜR.....	V
ÖZET.....	VI
ABSTRACT.....	VII
İÇİNDEKİLER	VIII
TABLolar DİZİNİ	X
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	XI
EKLER DİZİNİ.....	XII
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	XIII
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİGİLER.....	5
2.1. Ruhsal Sağlık ve Ruhsal Hastalık	5
2.2. İnanç Kavramı	6
2.2.1. Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlar	7
2.3. Sağlık Çalışanlarının Ruhsal Hastalıklara Yönelik Yaklaşımları ve Önemi	10
2.4. Damgalama	12
2.4.1. Damga, Damgalama ve Damgalanma Kavramları.....	12
2.5. Damgalamanın Türleri	14
2.5.1. Birincil ve İkincil Damgalama	14
2.5.2. Toplumsal damgalama	15
2.5.4. Kurumsal damgalama.....	16
2.6. Damgalamanın Nedenleri ve Sonuçları.....	17
2.6.1. Damgalamanın Nedenleri	17
2.6.2. Damgalamanın Sonuçları	19
2.7. Sağlık Çalışanlarında Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalama.....	20
2.8. Empatinin Tanımı ve Tarihçesi	22
2.9. Empati İle Karıştırılan Kavramlar.....	24
2.9.1. Sempatı.....	24
2.9.2. Özdeşleşme	25
2.9.3. İçtenlik.....	26
2.9.4. Sezgisel Tanı	26

2.10. Empatinin sınıflandırılması.....	26
2.10.1. Onlar Basamağı.....	26
2.10.2. Ben Basamağı.....	27
2.10.3. Sen Basamağı.....	27
2.11. Empatik Eğilim	27
2.12. Sağlık Çalışanları Ve Empatik Eğilim	28
3. YÖNTEM.....	30
3.1. Araştırmanın Yöntemi ve Amacı	30
3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	30
3.3. Veri Toplama Araçları	30
3.3.1. Kişisel Bilgi Formu.....	31
3.3.2. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği (RHYİÖ).....	31
3.3.3. Sağlık Çalışanları için Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalama Ölçeği (SÇ RHYDÖ).....	32
3.3.4. Empatik Eğilim Ölçeği (EEÖ)	32
3.4. Araştırmanın Sınırlıkları	33
3.5. Araştırmanın İşlemi.....	33
3.6. Verilerin Analizi.....	33
4. BULGULAR.....	35
5. TARTIŞMA	57
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	68
6.1. SONUÇ	68
6.2. Öneriler	69
KAYNAKÇA.....	70
EKLER.....	94
ETİK KURUL KARARI	98
ÖZGEÇMİŞ	99

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. Katılımcıların demografik özelliklerinin dağılımı (n=334)	35
Tablo 2. Katılımcıların ruhsal hastalık deneyimlerine yönelik bulguların dağılımı	36
Tablo 3. RHİÖ toplam ve alt ölçekleri, SÇ-RHYDÖ toplam ve alt ölçekleri ve EEÖ elde edilen puanlara ait betimsel değerler	37
Tablo 4. Cinsiyete göre RHİÖ toplam ve alt ölçeklerinin ortalama, standart sapma ve bağımsız örneklemelerinin t testi sonuçları	38
Tablo 5. Katılımcıların cinsiyete göre SÇ-RHYDÖ toplam ve alt ölçekleri ve EEÖ, ortalama, standart sapma ve Mann-Whitney U testi sonuçları	39
Tablo 6. Katılımcıların mesleklerine göre ortalama, standart sapma, Anova, Kruskal-Wallis, Mann-Whitney U ve Post-Hoc sonuçları	41
Tablo 7. Katılımcıların yakın çevresinde ruhsal bozukluğu var mı sorusunun RHİÖ, SÇ-RHYDÖ toplam ve alt ölçekleri ve EEÖ, ortalama, standart sapma, bağımsız örneklemelerinin t testi ve Mann-Whitney U testi sonuçları.....	45
Tablo 8. Katılımcıların Mesleki eğitiminiz dışında ruhsal hastalıklarla ilgili herhangi bir eğitim aldınız mı? Sorusunun RHİÖ toplam ve alt ölçekleri, SÇ-RHYDÖ toplam ve alt ölçekleri ve EEÖ ortalama, standart sapma, bağımsız örneklemelerinin t testi ve Mann-Whitney U testi sonuçları	47
Tablo 9. Katılımcıların eğitim durumuna göre RHİÖ toplam ve alt ölçekleri, SÇ-RHYDÖ toplam ve alt ölçekleri ve EEÖ ortalama, standart sapma, Anova, KruskalWallis, Mann-Whitney U ve Post-Hoc sonuçları	49
Tablo 10. Katılımcıların meslekteki çalışma yılına göre RHİÖ toplam ve alt ölçekleri, SÇ-RHYDÖ toplam ve alt ölçekleri ve EEÖ ortalama, standart sapma, Anova, Kruskal-Wallis ve Mann-Whitney U sonuçları	52
Tablo 11. Katılımcıların RHİÖ toplam ve alt ölçekleri, SÇ-RHYDÖ toplam ve alt ölçekleri ve EEÖ arasındaki korelasyon sonuçları	54

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1: Damgalama Türleri Modeli.	14
Şekil 2: Aşamalı Empati Sınıflaması	27



EKLER DİZİNİ

Ek 1. Kişisel Bilgi Formu	94
Ek 2. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği	95
Ek 3. Sağlık Çalışanları İçin Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalama Ölçeği	96
Ek 4. Empatik Eğilim Ölçeği	97



SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

APA	: American Psychology Association- Amerika Psikoloji Birliği
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EEÖ	: Empatik Eğilim Ölçeği
RHİÖ	: Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği
SÇ-RHYDÖ	: Sağlık Çalışanları için Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalama Ölçeği
s.	: Sayfa
vb.	: Ve benzeri
vd.	: Ve diğerleri, ve devamı
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü

1. GİRİŞ

Ruhsal hastalıklar, kişinin düşünce, duygu ve davranışlarında farklı seviyelerde görülen tutarsızlık, yetersizlik, aşırılık veya uygunsuzluklarla kendini gösterir. Bu rahatsızlıklar, sürekli veya tekrarlayıcı olabilir ve bireyin kişilerarası ilişkilerini, uyumunu ve verimli çalışmasını etkileyerek ruhsal işlevsellik düzeyini çeşitli derecelerde bozabilir (Duman, 2016; Öztürk ve Uluşahin, 2014). DSÖ'nün 2022 yılında yayımladığı küresel ruh sağlığı raporu verilerine göre, dünyada yaklaşık 1 milyar insan ruhsal bir bozuklukla yaşamaktadır. Bu sayı, dünya nüfusunun yaklaşık %12,5'ine karşılık gelmektedir (WHO, 2022).

Türkiye'de yapılan araştırmalar, ruhsal hastalık prevalansının %18 ile %31 arasında değiştiğini göstermektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2023). Ancak, bu yüksek yaygınlık oranına rağmen, ruhsal sorunu olan bireylerin sadece %5'i bir ruh sağlığı uzmanına erişebilmekte ve yalnızca %1'i tedavi alabilmektedir. 21. yüzyılda, ruhsal hastalıkların ve hastalığı bulunan birey sayısının küresel düzeyde artması nedeniyle, ruh sağlığı hizmetleri artık sağlık sistemlerinin vazgeçilmez bir unsuru olarak kabul görmektedir. Bu kapsamda, ruh sağlığı sorunları tüm ülkelerce önemli bir halk sağlığı problemi olarak görülmekte ve bu şekilde ele alınmaktadır (Çakır, 2002).

Geçmişten günümüze kadar süregelen ve etkisini koruyan ruhsal hastalığa sahip kişilere yönelik olumsuz inanç ve damgalayıcı tutumlar, ruhsal hastalığa sahip bireylerin yaşamlarını, tedaviye erişimini ve genel iyilik hallerini olumsuz yönde etkilemektedir (Malas, 2019). İnançlar, toplumlar tarafından güçlü biçimde benimsenen ve zamanla kalıcı hale gelen genel kanılardır. Farklı toplumsal yapılarda önemli bir yer tutan bu kabuller, yazılı kurallar olmaksızın uzun yıllar boyunca bireylerin yaşam düzenini ve sosyal ilişkilerini şekillendirmiştir (Bilge, 2006).

Ruhsal hastalıklar ve bu hastalıklara sahip bireylere yönelik inançların dünya genelinde çoğunlukla olumsuz olduğu saptanmıştır (Pescosolido vd., 2021). Yapılan araştırmalar, toplum genelinde ruhsal bozukluklara dair olumsuz inançların yaygın olduğunu göstermektedir. Ruhsal bozuklukların gerçek bir hastalık olarak kabul edilmediği, bu rahatsızlıklara sahip bireylerin tehlikeli olduğu, normal hayatlarına geri dönemeyecekleri ve hatta izole edilmeleri gerektiği gibi çeşitli olumsuz inanışlarla sıkça karşılaşılmaktadır (Sağduyu vd., 2003).

Damgalama, bir birey ya da olay karşısında itibar kaybına yol açan, küçümseyici, aşağılayıcı ve dışlayıcı davranışların ya da tutumların gösterilmesidir (Sayar, 2002). Ruhsal hastalık ve diğer ruhsal sağlık sorunlarından muzdarip insanlar, toplumumuzun en çok damgalanan, ayrımcılığa uğrayan, ötekileştirilen, dezavantajlı ve savunmasız kişileri arasındadır. Ruhsal hastalıkla ilgili yanlış varsayım ve olumsuz çağrışımlar, hastalığın vereceği zarar kadar eş düzeyde olabilir (Johnstone, 2001, s. 201).

Ruhsal hastalığı olan kişiler genellikle çifte sorunla mücadele etmek zorundadır. İlk olarak, hastalığın kendi semptomlarıyla baş etmek zorundadırlar; belirli bir ruhsal bozukluğa bağlı olarak, tekrarlanan sanrılar, halüsinasyonlar, anksiyete belirtileri veya ruh halindeki değişimler gibi sorunlar yaşayabilirler. Ruhsal hastalıklara eşlik eden semptomlar, kişinin çalışma hayatına katılımını, bağımsız olarak yaşamını sürdürebilmesini ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilir. İkinci olarak, toplumun çeşitli ruhsal bozukluklar hakkındaki yanlış anlamaları damgalanmaya neden olur. Ruhsal hastalıklarının çalışabilecek kadar iyi idare eden bazı kişiler, işverenlerin kendilerine karşı ayrımcılık yaptığı için iş bulmakta hala büyük zorluklar yaşamaktadır. Dolayısıyla, ruhsal hastalık sadece hastalığın semptomlarından kaynaklanan zorluklara değil, aynı zamanda toplumun tepkileri nedeniyle dezavantajlara da yol açmaktadır. Bunun bir başka sonucu olarak, ruhsal hastalığı bulunan bazı kişiler ruhsal hastalığına ilişkin yaygın önyargıları kabul edebilir, bunları kendilerine karşı kullanabilir ve özgüvenlerini kaybedebilirler (Rüsch vd., 2005).

Ruhsal hastalığa sahip kişilerin toplum tarafından normal kabul edilen düşünce ve davranış kalıpları dışına çıkmaları, olumsuz olarak değerlendirilmelerine ve dışlanmalarına neden olmaktadır (Totic vd., 2012). Ruhsal hastalığa sahip kişiler için yaygın bir sorun haline gelen damgalama ve dışlanma, hem tedavi sürecini hem de bireyin kendisini ve ailesini olumsuz etkileyebilmektedir (Tsang vd., 2007; Corrigan 2004; Akdede vd., 2004). Damgalamanın temelinde, ruhsal hastalığa sahip kişilerin başkalarına zarar verebileceği yönündeki toplumsal inanç ve bu algıya bağlı olarak gelişen zarar görme korkusu yatmaktadır (Üçok 2003; Taşkın 2007).

Sağlık çalışanlarının hizmet verdikleri kişilere yönelik yaklaşımları ve davranış biçimleri çok önemlidir (Chaplin, 2000). Sağlık Çalışanları ruh sağlığı konularında rol model ve kanaat önderi olarak hizmet vermektedir. Ayrıca, ruhsal hastalığı olan kişilerin yardım arayışı içinde en savunmasız oldukları anlarda karşılaşacakları kişilerdir. Ruhsal hastalığı olan kişilerin sağlık çalışanları tarafından nasıl görüldüğü, hem tedavi sonuçlarını hem de bu insanların yaşam kalitesi düzeyini doğrudan etkileyebilmektedir..

Buna ek olarak, birçok sağlık çalışanı aynı zamanda tutum ve davranışlarıyla gelecekteki bakım verenleri bilgilendiren ve etkileyen eğitimcilerdir (Gray, 2002; Sartorius, 2002).

Empati, karşıdaki kişinin duygularını ve bu duyguların anlamını doğru biçimde anlayabilmek için onun yaşamına duygusal olarak eşlik etme yeteneğidir (Kalisch, 1973). Gladstein (1983), empatiyi sade bir şekilde tanımlayarak, bilişsel yönünü “dünyayı karşısında ki kişinin gördüğü gibi görme” ve duygusal yönünü “onun hissettiklerini hissetme” olarak ifade etmiştir.

Empatik eğilim, bireylerin doğuştan sahip olduğu bir kişilik özelliği olarak görülür ve kişinin empati kurma potansiyelini ifade eder; bu yönüyle empatinin duygusal boyutunu temsil etmektedir (Mete ve Gerçek, 2005). Empatik eğilim, danışan veya yardım talep eden bir kişinin duygularını anlama ve bu duygusal durumundan etkilenerek yardım etme isteğini harekete geçirmesiyle karakterize edilir (Williams ve Stickley, 2010). Empatik eğilimi yüksek olan bireyler, duyguları anlama, duygusal deneyimlerden etkilenme ve bu doğrultuda yardım etme isteği gösterme eğilimindedir. Hastanın gereksinimlerini anlamak, diğer bir deyişle olaylara onun bakış açısıyla yaklaşmaktır. Bilişsel düzeyde empati kurma, bireyi yardım için harekete geiremeyebilir; ancak duygusal duyarlılığa, yani empatik eğilime sahipse, karşısındaki kişinin ne hissettiğini anlar ve paylaşma davranışları sergileyebilir (Batson ve Fultz, 1987; Dökmen, 1988).

Sağlık hizmetlerinde empatiyi doğru zamanda ve yerinde kullanmak, sağlık sorunlarını tespit etme, çözüm üretilmesi ve değerlendirilmesi süreçlerini hem kolaylaştırır hem hızlandırır (zyazıcıoğlu vd., 2009). Empatik anlayış, kişilerarası yakınlığı ve iletişimi güçlendirir; doğru anlaşılmak ve önemsendiğini hissetmek bireyde rahatlama sağlar. Yargılanmadığını ve eleştirilmediğini hisseden kişi kendisini daha iyi hisseder. Bu güven ortamı hastalarda anksiyetenin azalmasına ve kötü haberlerle daha etkili başa çıkabilmeye katkıda bulunur (Girgis ve Sanson-Fisher, 1995).

Araştırmanın amacı; Ağrı iline bağlı sağlık kuruluşlarında görevli sağlık alışanlarının (Doktor, Hemşire, Ebe, odyolog Tıbbi sekreter, Diş protez teknikeri vb.) ruhsal hastalıklara yönelik inançlarının, damgalama ve empatik eğilim düzeylerini karşılaştırmak, empatik eğilim ve inanç düzeylerinin ruhsal hastalığı bulunan bireylere karşı tutumlarına etkisini tespit etmek, empatik eğilim düzeyi ile inanç ve damgalayıcı tutumlar arasındaki ilişkiyi bilimsel araştırma yöntemleri ile ortaya koymaktır. Bunun yanı sıra, ele alınan bu değişkenlerin katılımcıların demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, meslek vb.) bağlamında anlamlı farklılıklar gösterip göstermediğini tespit etmektir.

Bu kapsamda inanç düzeyinin empatik eğilim düzeyine etkisi, empatik eğilim ve damgalama düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi, sağlık çalışanlarının ruhsal

hastalıklar konusunda bilgi düzeylerinin, inanç ve damgalama düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi gibi konular bilimsel veri analizleri yoluyla karşılaştırmalı olarak ortaya konulacaktır. Çalışmanın bulguları, literatürdeki boşlukları doldurmayı sağlık çalışanlarının tutumlarının hasta bakımına etkisini anlamak ve damgalamayı azaltmaya yönelik eğitim ve müdahale programlarının geliştirilmesine katkıda bulunmayı hedeflemektedir.

Araştırma beş bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde genel bilgiler (literatür) aktarılmıştır. İkinci bölümde araştırmanın yöntemine yer verilmiştir. Üçüncü bölümde analizler neticesinde elde edilen bulgular yer almıştır. Dördüncü bölümde tartışma kısmı aktarılmıştır. Son bölümde ise araştırma sonucuna ve önerilere yer verilmiştir.



2. GENEL BİGİLER

2.1. Ruhsal Sağlık ve Ruhsal Hastalık

Ruhsal sağlık, bireylerin potansiyellerini tam olarak kullanabildiği, stresle mücadele kapasitesine sahip olduğu, verimli çalışabildiği ve toplumsal fayda sağlayabildiği bir iyi oluş halini ifade etmektedir (WHO, 2018b). Ruh sağlığı, sadece ruhsal bir hastalığın yokluğu değil, aynı zamanda bireyin tam bir psikolojik iyi olma hâli olarak tanımlanır (Ghebreyesus, 2019). Ruhsal hastalık ise, kişinin duygu, düşünce ve davranış kalıplarında gözlemlenen ve işlevselliği olumsuz etkileyen değişimler olarak tanımlanır (Boyd, 2002). Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) Ruhsal hastalığı, “Bireyin bilişsel, duygusal veya zihinsel işleyişindeki bozuklukları yansıtan, psikolojik, biyolojik veya gelişimsel süreçlerdeki işlev bozukluğuna bağlı olarak davranışlarını etkileyen, klinik açıdan önemli görülen bir sendrom” olarak tanımlar (American Psychiatric Association, 2013).

Townsend ve Morgan, ruhsal hastalığın tanımını "bireyin davranışlarında, düşünce ve duygularında, içinde yer aldığı toplumun norm ve kültürüne uyum sağlayamama, yaşam işlevselliğini bozma ve içsel ya da dışsal nedenlerden kaynaklanan stresle başa çıkamama durumu" olarak açıklamışlardır (Townsend ve Morgan, 2017).

Ruhsal hastalığı bulunan bireylerin duygu, düşünce ve davranışlarındaki değişiklikler genellikle olağan dışı olarak değerlendirilmektedir ve toplum tarafından tehlikeli, çevreye zarar verebilecek ve ne yapacakları belirsiz kişiler olarak algılanmaktadır (Açıkgöz ve Akkuş, 2018). Farklı kültürlerde yapılan araştırmalar, tehlikelilik boyutunun etkisiyle ruhsal bozukluklara yönelik damgalayıcı tutumların, bireylerle ilgili bazı temel varsayımlarla bağlantılı olduğunu ortaya koymaktadır (Rüsch vd., 2005). Ruhsal rahatsızlığı olan bireyler hakkında toplumda bilinen varsayımlar arasında, bu kişilerin korkulması gereken, uzak durulması gereken, sorumsuz davranışlar sergileyebilecek ve kendi kararlarını veremeyecek durumda oldukları, ayrıca merhamete dayalı ve sürekli bakım ihtiyacı içinde oldukları gibi düşünceler bulunmaktadır (Kamış, 2016).

Ruhsal hastalıklar, bireylerin hislerini, düşüncelerini, davranışsal tepkilerini, kişilerarası ilişkilerini, iş hayatını ve işlevselliklerini etkileyen; yeti kaybı, sosyal izolasyon, iş gücü kaybı içe kapanma ve finansal sıkıntılara yol açan; tüm bu yönleriyle

hem hasta hem de hasta yakınları ve toplum üzerinde büyük bir yük teşkil eden ciddi problemlerdir. (Bademli ve Duman, 2013; Yıldız, 2011; Öztürk ve Uluşahin, 2014).

Ruhsal hastalıklar, gelişmişlik düzeyinden bağımsız olarak, her ulusta ve toplumun her katmanında az ya da çok görülebilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre, ortalama her dört kişiden biri ruh sağlığı sorunları yaşamaktadır. Ayrıca, Dünya Sağlık Örgütü'nden elde edilen verilere göre, dünya genelindeki hastalık yükünün ortalama %13'ü ruhsal hastalıklardan kaynaklanmaktadır. 2020 yılında, dünya genelinde yaklaşık bir milyon kişinin yaşamının bir döneminde ruhsal hastalıkla karşılaştığı ve ortalama her 40 saniyede bir kişi ruh sağlığı sorunları nedeniyle intihar ettiği belirtilmektedir (WHO, 2020).

1998 yılında ülkemizde gerçekleştirilen Türkiye Ruh Sağlığı Durum Analiz Çalışması, şu ana kadar genel nüfusa dayalı olarak yapılmış ilk ve tek araştırma olma özelliğini taşımaktadır Söz konusu araştırma, gerek çocukluk gerekse yetişkinlik dönemlerinde ruhsal hastalıkların ne kadar yaygın olduğunu ortaya koymaktadır. Araştırma bulgularına göre, Türkiye nüfusunun %17,2'si hayatlarının belli bir döneminde en az bir kez ruhsal hastalıkla karşılaşmaktadır (Erol vd., 1998).

2.2. İnanç Kavramı

Günlük hayatımızda sıklıkla duyduğumuz bir kelime olan inanç, bir nesne veya olgu hakkındaki görüş ve genel bilgileri içermektedir. İnanç nesne hakkında kişinin bilgisini temsil eder. İnanç, belirli bir konu hakkında düşüncelerin yüksek seviyede kabul görmesiyle sabit hale gelen, kalıplaşmış genel kanılardır (Çam ve Bilge, 2007). Türk Dil Kurumu, 'inanç' terimini bir düşünceye içten bir bağlılık, inanılan görüş ya da öğreti olarak tanımlamaktadır (<https://sozluk.gov.tr/>). İnanç, bireyin kendi yaşamına dair algı ve kavramlardan oluşan duygulardır. Bu duygular, sahip olunan algı ve bilgilerin tek bir çerçevede toplanarak, olayların sorgulanmadan kabul edilmesini içerir (Eren, 2001).

İnanç kavramı, kökeni oldukça eskiye uzanan ve toplumların geleneksel kültürel uygulamalarının şekillenmesinde önemli bir etkidir. Toplumlar, bu inançlara dayanarak hukuk düzenlerini kurar ve yazılı olmayan toplumsal kuralları uygular. İnançlar, değiştirilmesi zor, sabit düşüncelerdir. Bir inanç sistemi içinde toplum, bu düşünceleri olumlu veya olumsuz yönden hiç sorgulamadan olduğu gibi doğrudan kabul eder (Demirhan ve Altay 2001; Yaralı, 2016).

İnanç kavramı, sosyal psikoloji alanında ilk olarak Allport tarafından ele alınmıştır. Allport'a (1967) göre inanç, bir grubun özüne dair inançlar taşımak, önyargılı bir kişiliği, katı bir düşünce tarzını ve belirsizliğe karşı düşük toleransı gösterir. İnanç, bireyin bir

konu hakkındaki tüm bilişsel yapılarının toplamıdır. Algılar ve bilişler, kendi içlerinde düzenlenmiş şekildedir ve inançlar bu düzenlerin birleşiminden oluşur. Bir kişinin bir şeye inanması, o kişinin gerçekliği bu inanç doğrultusunda algıladığı anlamına gelir. Bu inançlar gerçek, yanlış veya dayanıksız olabilir; ancak bireyin geçmişte edindiği bilgileri özetleyerek gelecekteki olayları algılama ve yorumlama biçimini etkiler (Ziyalar, 1999).

2.2.1. Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlar

Ruhsal hastalıklarla ilgili algı ve inançların anlaşılması, yorumlanması, toplumlar arasında neyin normal neyin anormal olduğu, kültürlerden kültürlere, milletlere, tarihsel dönemlere, bireyin gelişim evrelerine ve toplumsal yargı ile değerlere bağlı olarak farklılık gösterebilmektedir (Dow, 2011; Dündar vd., 1995; Hökelekli, 2009; Çam ve Engin, 2014; Ünal vd., 2001). Tarih boyunca, ruhsal hastalıklar ve bu hastalıklara sahip bireyler büyük bir ilgiyle karşılanmıştır. İlkçağda, bu hastalıklar doğaüstü güçlere atfedilmiş ve Tanrı tarafından bir ceza olarak verildiğine inanılmıştır (Öztürk, 2014). Ruhsal hastalıkların nedenleri tam olarak anlaşılamadığından, bu durum insanlar üzerinde korku yaratmıştır. Bu nedenle, ilk çağlarda insanlar ruh sağlığı problemleriyle başa çıkabilmek için çeşitli uygulama yöntemleri geliştirmiştir. Büyücüler ve şamanlar aracılığıyla yapılan danslar, garip hareketler, törenler ve çılgınlık nöbetleri gibi ritüellerle zararlı ruhların kovulması ve hastaların iyileştirilmesi amaçlanmıştır (Öztürk ve Uluşahin, 2014; Erbaydar ve Çilingiroğlu, 2010). Eski dönemlerde, ruhsal hastalıklar genellikle ilahi bir cezalandırma olarak görülürken (Shives ve Isaacs, 2008); orta çağ'da bu hastalığa sahip bireyler şeytana hizmet eden büyücüler olarak algılanmış ve bu nedenle hapisanelere kapatılarak yakılmışlardır (Öztürk ve Uluşahin, 2014; Malas, 2019).

Ruhsal hastalık tanısı almış bireylerin tehlikeli ve saldırgan olduğu, hastaneye yatırılmaları gerektiği, çalışamayacakları ve ruhsal hastalıkların diğer hastalıklar gibi gerçek kabul edilmediğine dair inançlar, toplumda yaygın olan olumsuz düşüncelerin temelini oluşturur (Evli, 2021; Çam ve Bilge, 2008). Ruh sağlığı bozuk bireylerin toplum tarafından tehlikeli ve zararlı olarak görülmesi, onların toplumdan dışlanmasına yol açmaktadır. Bu dışlanmışlık, çevrenin hastalıkla ilgili olumsuz inançları ile birleştiğinde, bireylerin sağlık kuruluşlarına başvurularını geciktirmekte, hastalığa uyum sağlama sürecini ve dolayısıyla tedavi sürecini de olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Topaç, 2004; Sağduyu vd., 2001).

Dünya genelinde ruhsal hastalıklara ilişkin inançlar çoğunlukla olumsuzdur. Bu durum, hastaların çoğunun rahatsızlıklarını gizleme eğiliminde olmasına yol açmaktadır.

Araştırmalara göre, toplumda ruhsal hastalıklarla ilgili yaygın olarak kabul gören olumsuz inançlar ve düşünceler şunlardır:

-Ruhsal hastalıklar, kalp rahatsızlıkları gibi toplumda somut bir hastalık olarak kabul edilmez.

-Ruhsal hastalığı olan kişiler, kurumlarda kapalı tutulmalıdır.

-Ruhsal hastalık tanısı konmuş bireyler, normal yaşamlarına asla geri dönemez.

-Ruhsal hastalığı olan bireyler tehlikelidir.

-Ruhsal hastalıkları bulunanlar genellikle geliri düşük işte çalışabilirler (Bilge ve  am, 2007).

Ruhsal hastalık belirtilerinin, içinde bulunulan kültürel çevreden etkilendiği belirtilmektedir. Ayrıca, normal ve anormal durumların, bireylerin normal ya da normal olmayan davranışlarının belirlenmesinde toplumsal normların önemli bir rol oynadığı ifade edilmektedir. Bu normlar, insanların davranışlarını şekillendiren bir etkiye sahiptir. Toplumların katı görüşlere sahip olması, ruhsal hastalıklara yönelik inançların olumsuz yönde etkilenmesine yol açmaktadır. Yardımseverlikten uzak, yalnızca kendi düşüncelerini kabul edenlere karşı olumsuz tutum ve davranışlar sergileyen bir toplumda büyüyen bireylerin, ruhsal hastalıklara ve ruh hastalarına olumsuz bir yaklaşım geliştirmesi beklenmektedir (Kuey, 1995).  nal ve Kaya (2006), bireylerin davranışlarının, mevcut durumlarını algılama şekillerinin hastalıklara dair inançlarının kültürel yapıdan etkilendiğini belirtmektedir. Ruhsal hastalıklar, genetik faktörler ve stresle açıklanabilirken, aynı zamanda doğauşt  g  erle de ilişkilendirilebilmektedir. Ruhsal hastalıkların nasıl açıklandığı, bu hastalıklara yönelik inançların olumlu ya da olumsuz olduğunu gösterebilir.

Ruhsal hastalığa sahip olan insanların toplum içindeki yerleri, sosyal kabul görme durumları ya da dışlanmaya maruz kalmaları, özellikle yakın çevrelerinden başlayarak, toplumun ruhsal hastalıklara yönelik inançlarıyla yakından ilişkilidir. Bu bireylerin toplum içindeki konumlarını, toplumun ruhsal hastalıklara yönelik olumlu veya olumsuz inançları belirler. Örneğin, ruhsal hastalığı bulunan insanların toplumda genellikle saldırgan ve çevrelerine zarar verebilecek kişiler olarak görülmesi durumunda, büyük olasılıkla toplumdan dışlanacak ve izole bir yaşam sürmeye mahk m olacaklardır. Ancak, bu bireylere karşı olumlu inançlar geliştirilmesi ve destekleyici bir yaklaşım sergilenmesi, sağlık sorunlarının, tedavi ve rehabilitasyon aşamalarının daha etkili ve uyumlu bir şekilde ilerlemesine yardımcı olacak, aynı zamanda bu kişilerin topluma hızlı bir şekilde yeniden adapte olmalarını sağlayacaktır (Murat vd., 2020).

Sağlık çalışanları, toplumun bir parçası olduklarından, toplumda mevcut olan damgalama eğilimleri, olumsuz inanç ve tutumlardan etkilenebilirler. Sağlık çalışanları, toplumdaki olumsuz inançlardan etkilenirse, sağlık hizmeti sunmakta ve bakım sağlamada zorlanabilir ya da bu sorumluluklardan kaçınabilirler. Ruhsal hastalığı olan bireylere karşı sergilediği önyargılı yaklaşımlar, tedavi sürecini sekteye uğratabilmekte ve bu bireyler üzerinde derin bir damgalanma korkusu yaratarak psikiyatrik tedaviden uzaklaşmalarına ve tedavi süreçlerinin kesintiye uğramasına yol açabilmektedir (Arkan vd., 2011).

Aker vd., (2002) gerçekleştirdiği bir araştırmada, 123 sağlık ocağında çalışan 300 pratisyen hekimin şizofreniye bakış açıları incelenmiştir. Araştırma sonucunda, hekimlerin çoğunluğunun şizofreni hastalarının toplumda serbestçe dolaşmamaları gerektiğine inandığı, bu hastaların saldırgan oldukları ve kendi hayatlarıyla ilgili sağlıklı kararlar alabilecek durumdaki kişiler olmadıkları düşüncesini taşıdığı belirlenmiştir. Ayrıca, katılımcı hekimlerin %80'inin şizofreninin tamamen iyileşmediği görüşünü savunduğu gözlemlenmiştir.

Sunman ve Savaşır (1970), Türkiye'de ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik toplumsal tutumları inceleyen ilk araştırmayı, Ankara'nın Nallıhan ilçesindeki bir köyde yaşayan aileler ve Çankaya ilçesinden 150 ailenin katılımıyla gerçekleştirmiştir. Çalışmada, vaka öykülerinin anlatılması yöntemiyle katılımcıların inanç ve tutumları belirlenmeye çalışılmış ve ruhsal hastalıkların nedenlerinin katılımcılar tarafından doğaüstü güçlerle açıklandığı gözlemlenmiştir.

Bir araştırmada, İngilizlerin ruh sağlığı bozuk olanlara Ruslara kıyasla daha fazla yardım ettikleri ve daha yüksek tolerans seviyelerine sahip oldukları belirlenmiştir (Shulman ve Adams, 2002).

Yüksel'in (2012) gerçekleştirdiği araştırmada, öğretim görevlilerinin %31'inin ruhsal sorunları olan kişilerin saldırgan olduklarını düşündükleri ve psikiyatrik bozukluklar konusunda yeterli bilgiye sahip olmayan akademisyenlerin, bu bireyleri tehlikeli olarak değerlendirdikleri tespit edilmiştir.

Hirai ve Clum (2000), ruhsal hastalıklara yönelik inançlar ölçeğini geliştirerek, bu inançların gerek bireysel gerekse toplumsal yönden önemli görüldüğü ve bunların tespit edilmesi gerektiğini belirtmişlerdir. Araştırmacılar, ruhsal hastalıklara yönelik inançların, bireylerin sosyo-demografik özelliklerine göre farklılık gösterdiğini ortaya koymuşlardır.

Al-Krenawi'ne (2005) göre, Arap Müslüman kültüründe ruhsal hastalıkların Allah tarafından gönderilen bir durum olarak kabul edildiğini, tedavi süreçlerinde geleneksel

yaklaşımların tercih edildiğini ve sağlık kuruluşunda çalışanların bu alanda kültürel bir boşluk yaşadığını belirtmiştir.

Ekinci ve Bağ'ın gerçekleştirdiği araştırmada, 160 hemşire ve 155 doktorun ruhsal rahatsızlıkları bulunan kişilere dair inanç ve tutumlar analiz edilmiştir. Sonuçlar, eğitim seviyesi yüksek sağlık görevlilerinin, psikiyatrik sorunlar yaşayan bireylere karşı daha pozitif bir davranış sergilediğini göstermektedir. Ayrıca, psikiyatri hastalarıyla aynı ortamda çalışmak istemeyen sağlık personelinin, ruhsal sorunu olan bireylere karşı bir korku hissettiği tespit edilmiştir (Bağ ve Ekinci, 2005).

2.3. Sağlık Çalışanlarının Ruhsal Hastalıklara Yönelik Yaklaşımları ve Önemi

Ruhsal hastalık tanısı konmuş bireylerle etkileşimde bulunan kişilerin başında sağlık çalışanları yer almaktadır. Sağlık çalışanlarının da toplumun bir parçası oldukları göz önüne alındığında, toplumun inanç ve tutumlarını paylaşımları kaçınılmazdır. Ulusal ve uluslararası literatürde, sağlık çalışanlarıyla yapılan araştırmalar incelendiğinde, ruhsal hastalıklara dair sağlık çalışanlarının inanç ve tutumlarının toplumdaki genel yaklaşımlarla benzerlik gösterdiği belirlenmiştir (Yıldırım vd., 2018).

Açıkgöz ve Akkuş (2018) tarafından yapılan bir araştırmaya göre, toplumda önemli bir konumda olan sağlık çalışanlarının ruhsal hastalıklara ilişkin inançlarının anlaşılması, bu hastalıkların tedavi ve rehabilitasyon süreçleri açısından büyük bir önem arz etmektedir. Ruhsal hastalıklar konusundaki sağlık çalışanlarının yaklaşımları, hem hastalarla olan ilişkilerini hem de sağlanan sağlık hizmetinin kalitesini doğrudan etkiler (Eker ve Arkar, 1991). Çam ve Bilge (2007), sağlık personellerinin ruhsal hastalığı olan bireylerle toplumda ve hizmet sundukları her alanda karşılaşma olasılığının bulunduğunu, ayrıca bu çalışanların bu bireylere dair düşüncelerinin sağladıkları bakımın kalitesini doğrudan etkileyebileceğini belirtmiştir.

Ruhsal hastalıkların erken tanısı, bireylerin uygun sağlık birimlerine yönlendirilmesi ve tedavi sürecinin devamlılığının sağlanması noktasında görev ve unvan fark etmeksizin tüm sağlık personellerine sorumluluk düşmektedir. Sağlık çalışanlarının bu hastalar hakkındaki inançları, söz konusu sorumluluğun uygulanmasında önemli bir rol oynamaktadır. Ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz inançlar, bireylerin bu rahatsızlık nedeniyle sağlık kuruluşlarına başvuruda bulunmalarını ve yardım aramalarını engelleyen önemli faktörler arasındadır. Bu olumsuz inanç ve tutumlar nedeniyle şikâyetlerin hastalık olarak görülmemesi ve ciddiye alınmaması, ruhsal hastalığı bulunan bireylerin doğru teşhis ve tedaviye ulaşmasını, ayrıca mevcut hastalıklarıyla başa çıkmasını

engelleyecek. Bu durum bireylerin rahatsızlığının ilerlemesine ve istenmeyen sonuçların ortaya çıkmasına neden olacaktır (Bağ ve Ekinci, 2005).

Toplumun ruhsal hastalıklar hakkında sahip olduğu yanlış bilgiler, bu durumları yaşayan bireyler üzerinde olumsuz etkiler yaratabilmektedir. Bu olumsuz inançlar ve tutumlar, kişinin topluma uyumunu zayıflatmakla kalmayıp, aynı zamanda tedavi sürecini reddetmesine de yol açmaktadır (Karakaş vd., 2017). Olumsuz inançların nedenleri incelendiğinde, toplumun ruhsal hastalıklar konusunda yeterli bilgiye sahip olmamasının etkili bir faktör olduğu ortaya çıkmaktadır. Sağlık çalışanları, ruhsal hastalıklar hakkında doğru bilgi sağlayarak toplumda mevcut olumsuz inanç ve tutumları azaltma konusunda etkili olabilirler. Ruhsal hastalıklara karşı bu olumsuz inanç ve tutumlar değiştiğinde, ruhsal hastalığı bulunan bireyler daha etkili bir bakım ve tedavi süreci yaşayacak, toplum tarafından daha fazla destek görecektir ve iyileşme ya da toplumsal yaşama uyum sağlama konusunda daha başarılı olacaklardır (Oban ve Küçük, 2011). Hastanın tedavisinde bakımında yer alan sağlık çalışanları hastaların bilinçlenmelerini destekleyerek bireysel gelişimlerine katkıda bulunurlar. Bunun yanı sıra, özellikle yatarak tedavi gören hastalar ve aileleri üzerinde gözlem yaparak, hastaların sorunlarını, ihtiyaçlarını ve çevreleriyle olan uyumlarını belirleyebilirler. Duygu, düşünce ve davranışlar konusunda farkındalığı yüksek olan sağlık çalışanları, ruhsal sorunları olan hastaların bakımında kendini daha yeterli hissederek bilgi ve becerilerini daha etkin bir şekilde kullanabilecektir (Çam ve Engin, 2006).

Yapılan son araştırmalarda, hastaya bakım veren kişiye destek sağlandığında, hastanın ortaya çıkardığı veya düşünülen sorunlarla daha rahat başa çıktığı gözlemlenmiştir. Benzer şekilde, bu hastaların yaşadığı bölgelere gerçekleştirilen ev ziyaretleri ve yapılan psikoeğitimlerin ardından, aile ilişkilerinin olumlu bir şekilde değiştiği, karşılaştıkları çeşitli zorlukların azaldığı, toplumsal ilişkilerin daha iyi bir duruma geldiği ve yaşam kalitelerinin arttığı belirtilmiştir (Başbüyük, 2004).

N. Ihalainen-Tamlander vd., (2016) yaptıkları araştırmada, Ruh sağlığı eğitimi almamış sağlık çalışanlarının, ruhsal hastalıklara sahip kişilere karşı daha fazla endişe ve korku yaşadıkları, sonucu ortaya çıkmıştır.

Ulutaş vd., (2019) yaptığı çalışmada, ruhsal hastalığı bulunan bireylere yönelik damgalayıcı yaklaşımların, doktorlar arasında da yaygın olduğu gözlemlenmiş ve psikiyatri alanında çalışan hekimlerin, diğer branşlardaki hekimlere kıyasla damgalama eğiliminin daha çok olduğu sonucuna varılmıştır. Yıldırım vd., (2018) acil serviste görevli çalışanlarının ruhsal hastalıklara ilişkin inançlarını araştırdığı çalışmada ise katılımcıların ruhsal hastalıklara ilişkin orta düzeyde olumlu bir inanca sahip oldukları tespit edilmiştir.

Yapılan bir araştırmada birinci basamakdaki sağlık kurumlarında hizmet veren sağlık çalışanlarının ruhsal hastalığı bulunan bireylere karşı olumsuz inançların yaygın olduğunu ortaya koymaktadır. Çalışma bulguları, katılımcıların ruhsal bozukluğu olan bireyleri potansiyel olarak tehlikeli algıladıklarını, bu kişilerde kişilerarası ilişkilerde bozulma beklentisi içinde olduklarını ve durumu çaresizlikle ilişkilendirdiklerini göstermiştir. Ayrıca, sağlık çalışanlarının ruhsal bozukluğu utanç verici bir durum olarak değerlendirme eğiliminde oldukları tespit edilmiştir (Tümer vd., 2019). Çam ve Baysan'ın (2014) gerçekleştirdiği çalışmada, psikiyatri hastanesinde çalışan hemşirelerin ruh hastalıklarına dair inançlarının toplumun genel yaklaşımıyla paralel olarak olumsuz olduğu ortaya çıkmıştır.

2.4.Damgalama

2.4.1. Damga, Damgalama ve Damgalanma Kavramları

Damga (Stigma) kavramı; işaret, delik, yara, iz, anlamında kullanılmaktadır. Ortaçağda suçluluğun bir belirtisi olarak suçlu kimselerin kızgın demirlerle işaretlenmesinden sonra “kara leke” anlamında kullanılmaktadır. Böylelikle kara leke, suçluları toplumda diğer insanlardan ayırt etmek için kullanılmıştır. Bir başka deyişle kara leke suçluluğun bir sembolü olarak kullanılmıştır (Kaygısız, 2016). Damga, bir kişi veya grup için bir utanç işareti veya normalin dışında, kabul edilemezliğin bir göstergesi olarak değerlendirilmektedir (Taşkın, 2004).

Damgalama, kişilerin bir özelliğinden dolayı toplum içinde itibarsızlaştırılmaları ve daha aşağı bir seviyeye konumlandırılmaları durumunu tanımlamaktadır (Özmen ve Erdem, 2018). Damgalama terimi, başkaları tarafından belirli bir utanç, rezalet ve sosyal olarak kabul edilemezlik belirtisi olarak algılanan bir koşula veya özelliğe sahip olmayı ifade eder (Jennifer, Bentley ve Charles, 2016). Damgalama, olumsuz olarak değerlendirilen bir farklılığın algılanmasına gösterilen olumsuz bir tepkidir. Bu nedenle, farklılığı taşıyan bireyin bir özelliği değil, farklılığı olan kişi ile bu farkı olumsuz olarak değerlendiren diğerleri arasındaki etkileşimlerde bulunur (Green vd., 2005). Goffman (1963), damgalamayı, bireyi tam ve sıradan bir kimlikten uzaklaştırıp kusurlu ve aşağılanmış bir varlık konumuna düşüren son derece itibarsızlaştırıcı bir süreç olarak tanımlar.

Damgalanma, bir kişiyi diğerinden ayıran ve kabul edilmeyen, istenmeyen niteliklere dair bireyin bu özellikleri barındırdığını gösteren bir sembol olarak tanımlanır. Damgalanma birçok boyutta yaşanan ve farklı kesimlerden birey ya da grupların

deneyimlediği bir durum olarak değerlendirilebilir. İçselleştirilmiş damgalanma, bireyin bir hastalık hakkında olumsuz toplumsal kalıp yargıları kabul etmesi, değersizlik ve utanç duyguları yaşayarak kendini toplumdan soyutlaması olarak tanımlanan damgalamanın bir boyutudur. Kişi, diğer insanların kendi hastalığına olumsuz bir tepki göstereceği kanısı içerisine girmektedir (Çalışkan ve Akca, 2017). Goffman (1963); damgalanmış kişilerin toplumda gözden düşürücü olduğuna inanılan bir sembol taşıdıklarını ve farklı toplumsal grupların kabulü yönünden dışlanacağını belirtmektedir.

Goffman (1963), damgalamayı üç ana gruba ayırır: bedensel iğrenme-tiksinti temelli damgalar, bireysel zaafların görünür kılındığı damgalar ve etnik kökenli damgalar

- **Bedensel iğrenme/tiksinti:** Farklı fizyolojik deformiteler (şekil bozuklukları), toplum tarafından korkunç sayılan fiziksel görüntü, konuşma ve ses bozuklukları bu kategoriye girer. Kamburluk, kalça çıkığı fiziksel deformitelere örnek olarak verilebilir. Ruhsal bozukluklar haricinde, özellikle bulaşıcı hastalıklar olmak üzere damgalanmaya yol açan sağlık sorunları kekemelik, konuşma bozuklukları ve sesle ilgili rahatsızlıklar bu kategoride örnek olarak belirtilebilir. Geçmişten bugüne kadar hastalıklar, her zaman damgalama nedeni olmuştur. Toplumda en sık damgalanmaya yol açan hastalıklar arasında, cüzzam, HIV/AIDS, tüberküloz veba, sifiliz (frengi), epilepsi ve kanser gibi hastalıklar yer almaktadır. Ayrıca hastaların kolostomi gibi bazı ameliyatlardan sonra geçirdikleri süreç de damgalanma kaynağı olabilir (Sontag, 2005).

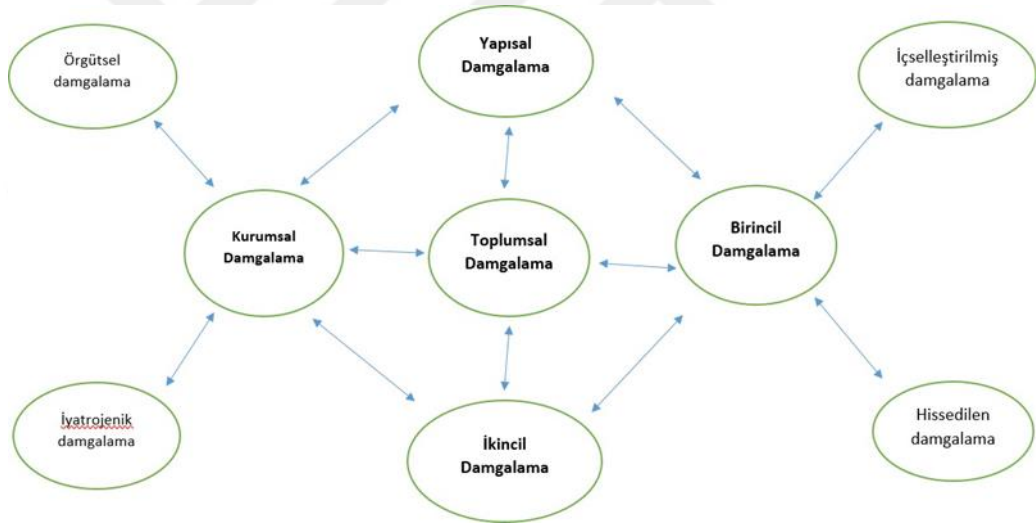
- **Bireysel karakter zaafları:** İrade zayıflığı, alkol bağımlılığı, işsizlik, bastırılmış anormal arzular, dolandırıcılık, ruhsal bozukluklar, aşırı uç inançları sahiplenmek, intihar teşebbüsleri, pedofili, radikal siyasi tutumlar, cezaevinde yatmak ve toplum tarafından ahlâksız olarak nitelendirilen bireysel zaaflar bu kapsamda ele alınabilir. Hastalıklar, kimi zaman bireylerde damgalayıcı bir kimlik niteliği kazanabilir. Özellikle ruhsal hastalığı olan kişiler, “deli” ve “akıl hastası” etiketiyle mücadele etmek durumunda kalırlar. Akıl hastası, çoğu zaman hastalığı taşıyanları aşağılayan bir anlamda kullanılır. Bu sebeple “akıl hastalığı”, terimi “ruhsal hastalık” kavramına nispeten daha ağır bir durumu betimler ve daha ağır bir damgalama içerir. Hiç kimsenin taşımaktan hoşlanmayacağı bu tür sıfatlar, ruhsal hastalığı bulunan insanlarda hastalığın klinik seyrinin ağırlaşmasına yol açar (Taşkın, 2007).

- **Etnolojik Damga:** Kabile damgası olarak da bilinen etnolojik damga, belirli ırkların, etnik kökenlerin ve dinlerin ırka dayalı olarak olumsuz bir şekilde atfedilmesidir (Kuş Saillard, 2010). Soy bağına dayalı biçimde yayılır ve toplumdaki tüm üyelere eşit şekilde yayılabilir. Azınlıkların damgalanması, halen geçerliliği olan bu tür damgalamaya bir örnektir. Bu durumun en açık örneği, günümüzde azalmakla birlikte Amerika Birleşik

Devletleri'nde siyahilere yönelik ırk ayrımcılığıdır. Hiçbir neden yokken tehditlere maruz kalmaları ve ya şiddete uğramaları mümkündür. Plant vd., (2009) tarafından gerçekleştirilen bir araştırmada, 2008 yılında Barack Obama'nın göreve başlaması ayrımcılıkla ilgili tüm problemleri çözmesinde de; siyahilere yönelik toplumsal önyargılarda ciddi bir azalmaya yol açtığı ortaya çıkmıştır. Ancak halen Amerika'da Afrika kökenli Amerikalıların bazı metropollerde taksi hizmetlerinden yararlanamaması gibi ırkçı yaklaşımlar devam etmektedir (Aronson vd., 2010;2012).

2.5. Damgalamanın Türleri

Damgalama, çeşitli bağlamlarla ilişkilendirilmek üzere türlere göre kategorize edilebilir. İnsanlar, birçok yönden damgalanabilir. Örneğin, doğuştan gelen bazı özelliklerinden ötürü (cinsiyet, ten rengi vb.), sosyokültürel statüsü (İnanç, Etnik köken, giyim, ideolojik görüş vb.), psikolojik ve ya bedensel sağlık problemlerinden dolayı (ruhsal hastalık, AIDS, obezite vb.) damgalanabilirler (Acun ve Kapıkıran, 2013).



Şekil 1: Damgalama Türleri Modeli (Pryor and Reeder, 2011).

Literatürde yer alan çalışmalarda Şekil 1'de geçen diğer damgalama türleri olan “birincil ve ikincil damgalama”, “toplumsal damgalama”, “yapısal damgalama” ve “kurumsal damgalama” aşağıda açıklanmıştır:

2.5.1. Birincil ve İkincil Damgalama

Damgalama, temel olarak birincil damgalama ve ikincil damgalama gibi etki alanına göre kategorilere ayrılabilir. Literatürde, birincil damgalama, etkin damgalama ve doğrudan damgalama şeklinde de ifade edilir. Bu, kişinin doğrudan kendisine yönelik

olarak uyguladığı bir damgalama biçimidir. Öte yandan İkincil damgalama; dolaylı yollardan gerçekleşen, hissedilen ya da başkalarıyla ilişki kurma sürecinde ortaya çıkan damgalama türleri olarak ifade edilebilir. Bu damgalama türü, kişinin ailesini, arkadaşlarını ve yakın çevresini de etkileyen bir yapıya sahiptir. Damgalanan bireyin sosyal ilişkileri içindeki insanların da bu süreçten psikolojik ve sosyal açıdan etkilenmesine yol açar (Bos vd., 2013). Birincil damgalamanın, kişisel değerlendirilebilen hissedilen damgalamayı ve içselleştirilmiş damgalamayı kapsadığı söylenebilir. Hissedilen damgalama ile algılanan damgalama aynı olarak da bilinmektedir. Damgalanan bireyin damgalamayla ilgili hissettikleridir. Davranışlarını gizleme eğilimi gösterir ve bu süreçte utanç, korku gibi yoğun duygular yaşar (Brohan vd., 2010).

İçselleştirilmiş damgalama, kişinin, kendisini damgalama ve benimsenen damgalama olarak da söylenilebilir. Bazı kaynaklarda “öz damgalama” olarak ifade edilmektedir (Coşkun ve Güven Caymaz, 2012; Çam ve Çuhadar, 2011). İçselleştirilmiş damgalama, bireylerin başkalarının bakış açılarını benimsemesiyle ortaya çıkar. Bu süreçte, dışarıdan gelen yargılar kişinin duygularını, düşüncelerini, inançlarını ve korkularını şekillendirerek bir tür kabullenmeye yol açar (Kuş Saillard, 2010). Damgalanmış birey, kendisine yöneltilen atıfları kabul eder, içselleştirir, toplumun inançlarını özümser ve kendisi de bu durumun varlığını kabul eder (Yıldız vd., 2012; Rüşch vd., 2005). İçselleştirilmiş damgalama, bireyin kendi düşünce, inanç ve önyargılarını benimseyerek kendini damgalaması anlamına gelir (Simmons vd., 2015). Damgalanmaya maruz kalmış bireylere yönelik sosyal ve psikolojik baskılardır (Bos vd., 2013). Özsaygı ve itibar kaybı, utanma, suçluluk duygusunu yaşamaktır (Van Brakel vd., 2006). Değer görmeyen birey, kendisini herhangi bir sosyal gruba ya da topluluğa ait hissetmez ve bir süre sonra çevresindeki insanlardan uzaklaşır (Yıldız vd., 2012).

2.5.2. Toplumsal damgalama

Literatürde sosyal damgalama kavramı ile eş anlamlı biçimde kullanılmakta olup, herkesçe kabul edilen, önyargılar, kalıp yargılar ve ayrımcı inançlar etrafında toplanır (Simmons vd., 2015). Aile ve akrabaların veya toplumun geneli tarafından damgalanmış birey ya da gruba yönelik gösterilen sosyal mesafe, dışlama, psikolojik tepkiler, olumsuz davranış ve tutumlardır (Balkanlıoğlu, 2012; Bos vd., 2013; Rüşch vd., 2005). İçselleştirilmiş damgalamaya neden olan temel unsurlardan biri de toplumsal damgalamadır (Corrigan vd., 2014; Simmons vd., 2015).

2.5.3. Yapısal damgalama

Deneyimlenmiş damgalama ile eş anlamlı olarak kullanılabilir. Yapısal damgalama, sosyopolitik dinamiklerin belirli toplumsal grupların fırsatlara erişimini kısıtlaması ve kamusal kaynakların toplumdaki gruplara yeterli payın tahsis edilememesi gibi sistemin kendisinin yarattığı adaletsizlik ve fırsat eşitsizliğidir (Corrigan vd., 2014). Toplumdaki belirli statü ve ideolojik sistemlere yönelik yapılan damgalamanın herkesçe kabul edilmiş bir hali olarak görülebilir. Bu ayrımcılığın gerçekliğinin tecrübe edildiği ve bireysel katılımın sınırlandığı bir süreçtir (Van Brakel vd., 2006; Bos vd., 2013). Örneğin, ruhsal rahatsızlığı bulunan bireylerin, oy kullanmak, seçim bürosu kurmak, evlenmek ya da evlat edinmek gibi haklardan yoksun bırakılması, bu kişilerin tam anlamıyla vatandaş olarak kabul edilmediğini gösterir (Corrigan vd., 2014).

2.5.4. Kurumsal damgalama

Kamu alanlarında günlük işlemlerde yaşanan damgalamadır. Hastanelerde, işyerlerinde ve kamu kurumları gibi yerlerde karşılaşılan sorunlar örnek gösterilebilir. Ruhsal hastalığa sahip kişiler iş yerlerinde ve ya yardım için sağlık kuruluşlarına başvururken kurumsal damgalamaya maruz kalabilmektedir (Kuş Saillard, 2010).

Kurumsal damgalamaya, Türkiye’de bazı kamusal akıl ve ruh sağlığı hastanelerinin etiketlenerek alay konusu yapılması örnek olarak gösterilebilir. Bu durum Kurumsal kapsamda yapılan damgalamanın, ruhsal hastalığı olan bireylerin o kurumla özdeşleştirilip dalga geçilmelerine neden olmaktadır (Coşkun ve Güven Caymaz, 2012). Kurumsal damgalama, yalnızca bireyin kendi özelliklerinden değil, aynı zamanda ilişki kurma yoluyla benimsenen damgalayıcı unsurlardan da kaynaklanabilir. Kulik vd., (2008) gerçekleştirdiği bir çalışmada, yakın çevresindeki veya aile üyelerinden birinin damgalayıcı özelliği nedeniyle damgalanan çalışanların yaşadıkları olumsuz tepkilerden bahsedilmiştir. Örneğin; alkol bağımlılarının, ruhsal hastalığı bulunanların, tutukluların, AIDS hastalarının, eşcinsellerin, obezlerin, zihinsel engellilerin aileleri ve sevgilileri bu damgalamalara maruz kalmışlardır.

Kurumsal damgalama, örgütsel damgalama ve iyatrojenik damgalama şeklinde iki temel alt kategoriye ayrılarak incelenebilir.

Örgütsel damgalama, belirli sektörlerde faaliyet gösteren ve toplumsal itibarı düşük olan işletmeler üzerinde yoğunlaşan bir damgalama türüdür. Örneğin; alkol ve tütün ürünleri üreten şirketler, kumar işletmeleri, gece kulüpleri, kürtaj klinikleri, nükleer enerji santralleri ve silah üreticileri gibi "günah endüstrisi" olarak nitelendirilen sektörler, bu tür damgalamanın en belirgin örnekleri arasında gösterilebilir (Devers vd., 2009; Tracey ve

Phillips, 2016; Grougiou vd., 2016). Ayrıca, şirket başarısızlıkları, iflaslar, etik olmayan kâr elde etme yöntemleri ve “Made in China” etiketi altında gizlenen damgalamadaki gibi coğrafi faktörlerin tümü örgütsel damgalamanın konusu haline gelebilmektedir (Tracey ve Phillips, 2016; Devers vd., 2009). Diğer taraftan örgütsel damgalamada sadece şirketin itibarı değil, çalışanların tıbbi veya adli olarak itibar sarsıcı damgalamaları da bu grupta yer alır (Devers vd., 2009).

Sartorius’un (2002) literatüre kazandırdığı İyatrojenik *damgalama* kavramı, özellikle psikiyatri hekimleri ve diğer sağlık personellerinin ruhsal hastalığa sahip insanlara yönelik olan damgalayıcı tutum ve davranışlarını açıklamak için kullanılır. Bu damgalamada hastalığın teşhis edilmesi sürecinde, hastalık tanısının kendisi de bir etiket olarak görülmesi damgalamaya hizmet etmektedir (Sartorius, 2002).

2.6. Damgalamanın Nedenleri ve Sonuçları

2.6.1. Damgalamanın Nedenleri

Toplumsal yaşamda farklı nedenlerle diğer insanlardan ayrıştığı düşünülen kişilere karşı oluşturulan değersizlik algısı damgaya neden olabilmektedir (Giddens, 2000). Olumsuz inançlar ve kalıp yargılar damgalamanın temelini oluştururken, bu sürecin devamlılığı üzerinde bireylerin duygusal tepkileri önemli bir etkiye sahiptir (Atalay, 2009; Kocabaşoğlu ve Aliustaoğlu, 2003). Damgalanma sürecinin birey üzerinde nasıl bir etki yarattığı, büyük ölçüde bireyin bu duruma nasıl duygusal tepki verdiğine bağlıdır. Örneğin, bir bireyin kendisine yönelik damgalayıcı inançları içselleştirmesi sonucunda utanç, suçluluk veya özsaygı kaybı gibi çeşitli duygusal tepkiler ortaya çıkabilmektedir. Bu duygusal durumlar, bireyin sosyal katılımını ve topluma olan güvenini olumsuz etkileyebilir (Link ve Phelan, 2001).

Ruhsal sağlık sorunları yaşayan bireyler, damgalamaya en fazla maruz kalan gruplar arasında ilk sıralarda yer almaktadır. Bu bireyler, toplum tarafından yanlış anlaşılmaları ve ruhsal hastalıklara yönelik önyargılar nedeniyle sosyal dışlanma, ayrımcılık ve yalnızlaştırma gibi olumsuz durumlara maruz kalmaktadırlar (Turan ve Yüksel, 2020). Özellikle ruhsal hastalığı olan insanların damgalanmasındaki en büyük sebep, onlara karşı duyulan korku hissidir. Ruhsal hastalığa sahip kişiler tehlikeli kabul edildiğinden; onlara karşı hissedilen korku, damgalamanın en önemli nedenlerinden biridir (Bilge ve Çam, 2010). Ruhsal hastalığı olan kişilere karşı acıma duygusu yerine, öfke duyulmasının nedeni, kendilerinin sorumlu olduğu inancıdır (Atalay, 2009).

Damgalamanın bir diğ er nedeni, bireylerin toplumsal yaşamda diğ er insanları belirli sıfatlara dayanarak sosyal gruplara ayırma eğilimidir. Sosyal grupların her biri, kendine has bir imajı bulunmaktadır ve bu gruplara mensup bireylere benzer özellikler atfedilmektedir. Bu tür genellemeler, bir yandan gerçekleri çarpıtarak kalıp yargıların oluşmasına yol açarken, diğ er yandan "biz" ve "onlar" ayrımını pekiştiren ötekileştirme süreçlerini de tetiklemektedir (St. Clements University, 2014).

Damgalamayı etkileyen toplumsal unsurlardan biri de kültürdür. İçinde yaşanılan toplumun kültürel kodları ve gelenekleri, din  inançlar ile toplumsal korku ve önyargıları kültürün içinde harmanlanır. Kültür, bireylerin düşünce yapısını ve toplumsal ilişkileri biçimlendiren normlar ve değ erler bütünüdür. Bu etkiler, belli gruplara yönelik önyargıların ve damgalama süreçlerinin oluşmasına katkıda bulunabilir (Kadıoğlu ve Hotun şahin, 2015). Corrigan ve Watson (2002), damgalamayı genellikle g  l den zayıfa doğru olduğunu belirtir. R sch vd., (2005)  nyargı ve kalıp yargılar tek başına damgalamaya neden olmak için yeterli değildir, damgalama için sosyal, ekonomik ve politik g  ler gereklidir. Özellikle ataerkil toplumlarda kadının daha çok damgalandığı, kadın olmanın damgalanma şiddetinin daha fazla artmasına, kadın haklarının ihlal edilmesi, kadının dışlanması buna örnek gösterilebilir (Kadıoğlu ve Hotun şahin, 2015).

Teknolojide her geçen gün yaşanan gelişmelere bir yenisinin eklenmesi, damgalayıcı faktörlerin artmasına sebep olmaktadır. Çok fazla iletişim kanalı, yeni sinyal ve görüntülerle karşılaşma, damgalayıcı reklamlar, filmler, sosyal medya platformlarında paylaşılan mesajlar, damgalama süreçlerini tetiklemektedir (Haghighat, 2001). Haber basını, toplumsal damgalama mekanizmalarını hem başlatma hem de pekiştirme sürecinde kritik bir etkiye sahiptir. Toplumun büyük bir kesimini etkileyebilecek g  e sahip olan haber medyası, kendi dar  er evesi içinde sunduğu taraflı haber içerikleri ile bazı gruplar hakkında ayrımcı ve olumsuz algıların oluşmasına yol açabilmektedir (  ok, 2003).

Medyada özellikle şizofreni hakkında yanlış bilgi ve damgalayıcı unsurlar sıklıkla görülmektedir. Bu haberler hastaların yanı sıra aileleri ve çevreleri üzerinde olumsuz etki yaratmaktadır. (Bilge ve  am, 2010). Her ne kadar şizofreni kelimesi akıllara “deli” bir kişiyi getiriyor olsa da insanların zihninde bir fotoğraf oluşması günümüzde iletişim araçlarının giderek artması ile birlikte olmuştur. Bu sayede görsel bir imaj yoluyla, kalıp yargılar akıllara kazınmaktadır. Örneğin, psikiyatrik bir hastasının birini öldürmesi birçok TV kanalında veya radyoda haber yapılarak bu kişilerin toplum için tehdit oluşturduğuna dair algı, medya tarafından oluşturulan bu imaj aracılığıyla yansıtılmaktadır (Kocabaşoğlu ve Aliustaoğlu, 2003; Haghighat, 2001). Ruhsal hastalığı bulunan kişiler

haber editörleri ve yayıncılar yüzünden, toplum içinde saldırgan, tehlikeli, şiddete eğilimli olduklarına dair önyargı ve damgalamaların hedefi haline yol açmaktadır (Corrigan vd., 2005, ss. 551-552).

2.6.2. Damgalamanın Sonuçları

Damgalama sürecine maruz kalan birey, giderek içinde bulunduğu toplumdan uzaklaşarak yalnızlık hissi yaşamaya başlar. Bu durum, ümitsizlik, güçsüzlük ve karamsarlık gibi olumsuz duyguların birey tarafından deneyimlenmesine neden olabilir. Damgalamanın devam etmesi halinde, bireyin hayattan zevk alma isteği ve yaşam motivasyonu belirgin bir şekilde azalabilir. Ayrıca, bireyin sosyal destekten yoksun kalması, yaşamının her aşamasında belirgin hale gelir (Ferriman, 2000). Yaşanan damgalama süreci kişinin kendini küçümsemesine, kendinden nefret etmesine, depresyona girmesine, anksiyete yaşamasına neden olup kişinin ruh sağlığını olumsuz etkileyebilir (Yaman ve Güngör, 2013).

Çalışma hayatı, bireylerin damgalanmayı en yoğun deneyimlediği alanlardan biridir. Damgalanma süreci, bireylerin benlik saygısını zedeleyerek işe yönelik motivasyonlarını düşürebilir ve mesleki işlevselliklerini olumsuz yönde etkileyebilir (Lysaker vd., 2007). Ayrıca, çalışma ortamında karşılaşılan olumsuz tutum ve davranışlar, bireyin mesleki işlevselliğini azaltarak sosyal işlevselliğini de olumsuz etkilediği bilinmektedir (Yanos vd., 2008).

Toplum içindeki bazı kişi veya gruplar, damga ve önyargılar gibi sebepleri bahane göstererek başkalarını bazı hak ve menfaatlerden mahrum bırakmaktadır (Topkaya, 2011, ss.16-17).Toplum, ruhsal hastalığı olan kişileri normal dışı davranışlar sergileyen bireyler olarak görüp damgalamakta ve dışlamaktadır. Örneğin; Ruhsal hastalığı olan insanlar tehlikeli olduğu için korkulmalı ve kaçınılmalıdır. Toplum içinde tutulmamaları, herkesin güvenliği için gereklidir. Ruhsal hastalığı olanlar, sorumsuz davranış sergilerler. Bu yüzden, onlar adına karar alacak bir otoriteye ihtiyaç vardır (Rüsch vd., 2005; Corrigan ve Watson, 2002; Çam ve Çuhadar, 2011).

Toplumda yaşadıkları damgalamaya maruz kalan ruhsal hastalığı olan bireyler, sağlık personelinde de benzer önyargılı ve ayrımcı tutumlarla karşılaşabilmektedirler (Bağ ve Ekinci, 2005). Tehlikeli, saldırgan ve benzeri olumsuz sıfatlandırılmalar neticesinde, hastalar tedavi olmayı istememekte ve tedaviden kaçınmaktadır. Ayrıca bu durum hastaların yaşam kalitesinin bozulmasına ve baş etme kapasitesini zayıflatarak önemli sorunlar teşkil etmektedir (İkişik, 2008; Arkan vd., 2011; Çam ve Bilge, 2007).

Damgalamaya maruz kalan bireyin ailesi ve yakın çevresi üzerinde de olumsuz etkiler ortaya çıkabilmektedir. Çeşitli nedenlerden dolayı damgalanan kişi gibi ailesi ve yakınları da bu damgalamadan paylarını alır. Sadece damgalı bir insanın yakını olduğu için aile ve çevresi de lekelenebilir (Goffman, 2014). Hastanın kendisi gibi ailesi ve yakınları da, hastalığın belirti ve davranışlarından utanabilmekte, hastalığı bulunan aile üyesinin hastalığını çevresinden gizlemekte ve başka insanları evlerine getirmekten kaçınabilmektedirler. Hastalığı nedeniyle toplumsal damgalanmaya maruz kalan kişiler, ya hastalıklarını söyleyerek çevresindeki sosyal desteklerden yoksun kalmakta veya hastalıklarını gizleme eğilimi göstermektedir (Oran ve Şenuzun, 2008, s.10). Çoğu zaman bu insanlar hastalıklarından daha çok damgalamayla mücadele etmek zorunda kalmışlardır ve kendilerini dış dünyadan soyutlamışlardır (Kadioğlu ve Hotun Şahin, 2015, s.4). Damgalamayı yoğun olarak yaşayan ruhsal hastalıkları bulunanlar açısından sonuçları, olumsuz düşünceler, ayrımcılık, tedaviden kaçınma, toplumdan uzaklaştırma ve yalnızlaştırma, stres, dışlanma, şiddet ve intihar olarak söylenebilir (Katkak, 2008, s.12).

2.7. Sağlık Çalışanlarında Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalama

Sağlık çalışanları, toplumun farklı kesimlerine hizmet sunarken ruhsal hastalıklara sahip bireylerle karşılaşma olasılığı oldukça yüksektir. Bu bağlamda, sağlık çalışanlarının sergilediği olumsuz tutumlar, hastaların hastalıkla baş etme süreçlerini zorlaştırabilir ve gerekli tedaviye erişimlerini engelleyebilir. Ayrıca, bu tutumlar hem hastanın hem de ailesinin genel yaşam kalitesinin bozulmasına, ruhsal, fiziksel ve sosyal iyilik hallerinde belirgin düşüşlere neden olabilir (Arkan vd., 2011, s.227; Bağ ve Ekinci, 2005, s.107). Sağlık çalışanlarının, toplumun bir parçası olmaları nedeniyle, ruhsal hastalığı bulunan bireylere karşı sergiledikleri tutumlar bazen olumsuz, dışlayıcı ve damgalayıcı olabilir. Bu tutumlar, toplumda yaygın olan önyargıların ve algıların sağlık çalışanları üzerindeki etkisiyle şekillenebilir. Dickerson ve arkadaşlarının ruhsal hastalığı olan bireylerin damgalanmasına yönelik yaptıkları bir araştırmada bireylerin %61 oranında toplum tarafından, %20 oranında ruh sağlığı profesyonelleri tarafından, %36 oranında işverenler tarafından ve %19 oranında aile üyeleri tarafından damgalandığı tespit edilmiştir (Dickerson vd., 2002).

Ruh sağlığı alanında gerçekleştirilen damgalama çalışmalarında, özellikle şizofreni hastalığı dikkat çekmektedir. Konuyla ilgili yapılan araştırmalarda, sağlık çalışanlarının şizofreni tanısı taşıyan bireylere yönelik tutumlarının, genel toplumdaki tutumlarla anlamlı bir benzerlik gösterdiğini ortaya koymaktadır (Taşkın, 2004). Birçok sağlık

personelinin ruhsal sağlık sorunları olan bireylere yönelik olumsuz tutumları, bu bireylere sunulan bakımın niteliğini önemli ölçüde etkilemekte ve dolayısıyla yaşam kalitelerini olumsuz yönde biçimlendirmektedir (Stuber vd., 2014).

Sağlık bilimleri öğrencileri üzerine gerçekleştirilen bir araştırma, katılımcıların şizofreni hastalığını genel hatlarıyla tanıdıklarını ancak etiyolojisi ve tedavisine dair bilgi eksiklikleri ve yanlış algılara sahip olduklarını göstermiştir. Araştırma bulguları, katılımcıların yaklaşık yarısının şizofreni hastalarına yönelik damgalayıcı tutumlar sergilediğini ortaya koymuştur. Bu tutumlar, evlilik, komşuluk ilişkileri ve iş yaşamı gibi sosyal alanlarda şizofreni hastalarından uzak durma eğilimi şeklinde gözlemlenmiştir (Alpan, 2018).

Psikiyatrik rahatsızlığı olan bireylerin toplumsal bağlarını koruyarak sağlıklı bir hayat sürmelerini sağlayabilmek için hekimlere önemli sorumluluklar düşmektedir. Gerçekleştirilen bir araştırma neticesinde, birinci basamak sağlık kuruluşlarındaki görevli hekimlerin psikotik bozuklukları tanıma, tedavi etme ve takip aşamalarında bilgi eksikliği ve deneyim açısından yetersiz kaldıkları, ayrıca bu konuda isteksiz davrandıkları tespit edilmiştir. Bunun yanı sıra, psikotik bozukluğu bulunan hastaların birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında tedavi edilmemesi gerektiğini savundukları tespit edilmiştir. Araştırma bulgularına göre, hekimlerin %39,5'i bu hastaların sağlıklı karar alma yetkinliğine sahip olmadığını öne sürerken, %29,7'si ise uygun tedavi yöntemleriyle bu bireylerin topluma yeniden entegre edilebileceğini ifade etmiştir (Yıldız vd., 2003).

Psikiyatri dışı branşlarda görev yapan hekimler ve sağlık personellerinin, ruhsal hastalığı bulunan bireylere yönelik tutumlarının incelendiği çalışmalarda, bu hastalarla etkileşimde bulunmaktan kaçındıkları ve iletişim kurma konusunda çekinceler yaşadıkları rapor edilmiştir (Saillard, 2010).

Ruh sağlığı hastalarına yönelik psikiyatri hekimlerinin tutumlarını inceleyen bir çalışmada, psikiyatristlerin şizofreni tanısını damgalayıcı olarak algıladıkları ve bu tanıyı koyma veya hastalara bildirme süreçlerinde güçlük yaşadıkları saptanmıştır. Söz konusu çalışma, hekimlerin tıbbi kayıtlarda ve reçetelerde 'şizofreni' terimini kullanmaktan zaman zaman kaçındıklarını, hatta 'psikotik bozukluk' gibi alternatif ifadeleri tercih ettiklerini göstermiştir (Saillard, 2010).

Ruh sağlığı bozukluğu olan bireylerin iyileşme süreçlerine şahitlik eden kişilerde damgalama eğiliminin azalması gözlemlenebilirken, alevlenme dönemlerine şahitlik etme durumunda ise damgalayıcı algıları güçlendirebileceği belirtilmektedir. Literatürde, ruh sağlığı personellerinin hastalığın alevlenme dönemlerine şahitlik etmelerinin olumsuz inanç ve tutumları artırdığına dair bulgular yer almaktadır (Tümer vd., 2019).

Ergün (2005) tarafından, psikiyatri servislerinde görev yapan hemşirelerin şizofreni tanısı almış kişilere yönelik tutumlarını inceleyen bir araştırmada, hemşirelerin şizofreni tanısı almış bir bireyle evlenmeyeceklerini, ancak şizofreni tanısı almış bir komşuya sahip olmaktan rahatsızlık duymayacaklarını belirttikleri ortaya konulmuştur. Ayrıca, hemşireler şizofreninin tamamen iyileşmeyen bir hastalık olduğu, tedavi sürecinde kullanılan ilaçların ciddi derecede yan etkilerinin olduğu ve bağımlılık yapabileceği yönünde görüş bildirmiştir.

Ruhsal bozukluğu olan bireylerle yoğun etkileşim halinde bulunan hemşireler üzerine yapılan araştırmalar, bu meslek grubunun söz konusu bireylere yönelik olumsuz tutumlar sergiledikleri görülmüştür. Hemşirelerin ruhsal rahatsızlığı olan bireylere yönelik bu olumsuz tutumları, hasta bakımının etkinliğini önemli ölçüde azaltabilmektedir. Araştırmalar, sağlık çalışanlarının ruhsal bozukluklara ilişkin bilgi düzeylerinin, diğer tıbbi konulara kıyasla daha sınırlı olduğunu ortaya koymaktadır (Moran, 2008). Hemşirelere yönelik gerçekleştirilen bir araştırma, ruh sağlığı ve bakımı konusundaki eğitimlerin, hemşirelerin hastalara karşı tutumlarında olumlu değişimler sağladığını ortaya koymaktadır (Kashima, 1998). Ruh sağlığına ilişkin güncel bilgilere sahip olmak, psikiyatrik hastalıkların doğru tanılanması ve etkili tedavi süreçlerinin yürütülmesini desteklemektedir. Ayrıca, bu bilgilerin bireylerin ruh sağlığı açısından olumlu inanç ve tutumlar geliştirmelerine katkıda bulunduğu belirtilmiştir (Arı ve Öz, 2005).

2.8. Empatinin Tanımı ve Tarihçesi

Yaşamın her aşamasında bireyler, başkalarıyla etkileşim içinde olmak zorundadır. Bu etkileşimlerin başarılı olması ise kişinin hem kendini hem de çevresindekileri anlayıp kabul etmesine bağlıdır (Yüksel, 2004). Bu nedenle Empati, bireylerin birbirlerinin duygu ve düşüncelerini anlamalarını sağlayarak sağlıklı iletişimin kurulmasında temel bir beceri olarak görülmektedir (Reynolds ve Scott, 1999).

Empati kavramının tanımına ilişkin literatür incelendiği zaman genel kabul gören anlayışa göre köken olarak empati kavramı Eski Yunanca'da "Empatheia" ve Almanca'da "Einfühlung" terimlerine dayanmaktadır (Uluğ, 2014, s.2). Empati, Yunanca kökenli empathia kelimesinden türemiştir. Kelimenin etimolojisinde "em" ekinin "içeride bulunma", "pathia" ekinin ise "hissetme" anlamını taşıdığı tespit edilmiştir. (Arkonaç, 1999). 1873 yılında Alman sanat tarihçisi ve filozof Robert Vischer, empati kavramını "Einfühlung" terimi aracılığıyla literatüre kazandırmıştır. Bu terim, başlangıçta sanat eserlerinin izleyicilerde ortaya çıkardığı duygusal yanıtları betimlemek üzere

kullanılmıştır. Empati teriminin estetik alanından psikolojiye geçişi, Alman psikolog ve filozof Theodore Lipps tarafından 1897 yılında gerçekleşmiştir. 1879'da Almanya Leipzig Üniversitesi'nde ilk deneysel psikoloji laboratuvarını kurarak alanın öncüsü olan Wilhelm Wundt ise, 1903'te empati kavramını insan ilişkileri çerçevesinde değerlendiren ilk kişi olmuştur (Hojat, 2007, ss.3-4).

1950'li yılların sonlarına dek empati kavramı, bilişsel bir çerçevede incelenmiş ve bu dönemde yapılan araştırmalar, bireylerin birbirlerinin kişilik özelliklerini nasıl algıladığı üzerine yoğunlaşmıştır. Empati kavramına ilişkin yaklaşımlar, 1960'larda bilişsel yönünün ötesine geçerek duygusal boyutu da içermeye başlamış ve bireyin karşısındaki kişinin hissettiklerini aynı şekilde deneyimlemesi empati olarak değerlendirilmiştir (Dökmen, 2014). 1970'lerden sonra, empati terimi, bir bireyin belirli bir duyguyu anlaması ve bu anlama doğrultusunda uygun bir karşılık vermesi şeklinde tanımlanmıştır (Pişkin, 1989, s.775).

Rogers (1983) empatiyi, kişinin kendisini karşısındakinin yerine koyarak onun düşünce, duygu algı ve hislerini doğru bir biçimde anlaması ve bu anlayışı etkili bir şekilde karşı tarafa aktarması süreci olarak tanımlamaktadır. Bir bireyin karşısındaki kişinin duygularını doğru biçimde anlayabilmesi, o kişinin deneyimlediği durumları yaşamış olmasının empati kurma sürecinde önemli bir rol oynadığı düşünülmektedir (Stotland, 1971).

Kohler, empatiyi bireyin karşısındaki kişinin yaşantılarını içselleştirerek derin bir duygusal bağ kurması olarak açıklamaktadır. Öte yandan, Mead empatiyi, bir kişinin dünyayı nasıl algıladığını anlamaya yönelik bir süreç olarak ele almakta ve bireyin, karşısındakinin bakış açısından bakarak onun rolüne girmesini vurgulamaktadır (Davis, 1994).

Hoffman, empati sürecini bireyin kendi duygu ve deneyimlerini geçici olarak arka plana alarak, başka bir kişinin yaşantılarına ve hislerine odaklanması şeklinde tanımlamaktadır. Bu durum, karşıdaki kişinin psikolojik ihtiyaçlarını kendi başına karşılayamamasından kaynaklanır. Empatik yanıtın temel amacı ise, o kişinin yaşadığı duygusal sıkıntıyı hafifletmek ve ona destek sağlamaktır (Stillwell ve Barbara, 2001).

Freud'a göre empati, bireyin farklı düşünce ve dünyaları anlamasına, bu doğrultuda bir bakış açısı geliştirmesine imkân tanıyan bir süreçtir. Bu süreç, önce karşıdaki kişiyle özdeşim kurma ve ardından onun duygularını taklit etme yoluyla gerçekleşmektedir (Basch, 1983). Kalisch, empatiyi bireyin başka bir kişinin iç dünyasına nüfuz ederek, onun duygularını tam anlamıyla kavrayabilme ve bu duygulara anlam yükleyebilme becerisi olarak tanımlamaktadır (Brink, 1991).

Empati, üç temel unsurdan oluşan bir kavramdır.

1. Empati kuran birey, karşısındaki kişinin yerine kendini koymalı ve olayları onun perspektifinden değerlendirmelidir.

2. Bireyin karşısındakinin duygu ve düşüncelerini doğru bir şekilde anlayabilmek, empati kurmanın temel koşullarından biridir. Sadece duyguları veya yalnızca düşünceleri kavramak yeterli olmayıp, her ikisinin birlikte değerlendirilmesi gereklidir.

3. Empati kuran kişinin, zihninde şekillenen empati anlayışını karşısındaki kişiye aktarması gerekir. Duygu ve düşünceler eksiksiz anlaşılabilirse bile, bunlar ifade edilmediği takdirde empati süreci tamamlanmış sayılmaz (Manav, 2008; Dökmen, 2004; Erken, 2009). Empatik tepki vermenin iki temel yolu bulunmaktadır. Bunlardan ilki, beden dili ve yüz ifadeleriyle karşı tarafa onu anladığımızı göstermek; diğeri ise sözlü olarak onu anladığımızı doğrudan ifade etmektir. Bir kişinin kendisini anlaşıldığını hissetmesi, yalnızca sözlü ifadelerle değil, aynı zamanda jestler, mimikler ve beden duruşu ile de desteklenmelidir. Bu iki yöntemin bir arada kullanılması, empati sürecinin daha etkili ve güçlü bir şekilde gerçekleşmesini sağlar (Karakaya, 2001).

Toplumsal bağların güçlenmesinde empati önemli bir rol oynar. Yalnızlığı azaltmanın yanı sıra bireye, toplumun bir parçası olduğunu hissettirme işlevi de görür. Empatik bir yaklaşım gören kişi, paylaşmadığı konuları dile getirerek kendisini topluma yabancı ve uzak hissetmez; aksine, başka bir insan için anlam ifade ettiğini ve aslında yalnız olmadığını fark eder. Başkaları tarafından değer gördüğünü bilmek ve anlaşıldığını hissetmek, rahatlama ve güven duygusu yaratır (Sapcı Can, 2019).

2.9. Empati İle Karıştırılan Kavramlar

2.9.1. Sempati

"Sympathy" teriminin kökeni, Eski Yunanca'daki "sympatheia" kelimesine dayanmakta olup, bu kelime "bir başkasıyla birlikte acı çekmek" anlamına gelmektedir ve İngilizce'ye bu şekilde aktarılmıştır. Kavramın ilk bilimsel incelemeleri, 18. yüzyılın ortalarına dek Adam Smith ve David Hume gibi düşünürlerin çalışmalarıyla başlamıştır. Günümüzde ise sempati, psikoloji bilimi kapsamında, özellikle sosyal psikoloji alanında yürütülen araştırmalarda önemli bir konu olarak incelenmektedir. Psikoterapi ve psikolojik danışmanlık alanlarında sempati kavramı, bilhassa empati kavramının doğru anlaşılmasını sağlamak ve amacıyla üzerinde durulan bir konudur (Dökmen, 2014).

Wispe (1986) çalışmasında, empati ve sempati terimlerinin çoğu zaman birbirine karıştığını ve çeşitli şekillerde tanımlandığını belirtmektedir. Empati ve sempati kavramı

arasında ince bir fark vardır. Wispe' ye göre, empati, bireyin karşısındakini anlamaya aracılık eden bir süreçtir ve bu durum kişinin kendisinden herhangi bir şey kaybetmesine neden olmaz. Buna karşılık sempati, doğru anlamaktan çok deneyime ortak olma durumunu ifade eder ve bireyin benlik farkındalığının azalmasına yol açabilir.

Sempati, bir kişinin duygusal durumunu anlayarak buna yönelik bir duygu geliştirmesiyle ortaya çıkan tepkisel bir süreçtir. Öte yandan empati, karşıdaki kişinin duygusal durumunu anlamamanın ötesine geçerek, ona etkili ve uygun bir şekilde karşılık verme yetisini içerir (Eisenberg, 2000). Empati bir başka insanın iç dünyasına girmektir. Sempati ise karşıdakinin duygularını benimseyerek onunla aynı hisleri paylaşmasıdır. Sempati, bir başkasının yaşadığı sıkıntı veya üzüntü karşısında acıma veya şefkat duymaktır. Empati ise kişiyle duygusal bir bağ kurmaktır (Magsig, 2001).

Bir bireye sempati beslemek, o kişinin deneyimlediği duygu ve düşünce hallerinin aynısını hissetmek anlamına gelir; bu durum, diğerinin acısına ortak olmayı veya sevincine katılmayı içerir. Empati ise, temel olarak, karşımızdaki bireyin duygu ve düşüncelerini kavrama çabasını ifade eder. Sempati, bireyin kendisini karşıdaki kişinin yerine koymasını veya onu tam olarak anlamasını zorunlu kılmaz; temel olarak bir tür "yandaşlık" veya destekleyici bir duruş sergilemeyi içerir. Empati kurulurken, karşımızdaki bireyle aynı duygu ve düşünceleri paylaşma gerekliliği yoktur; odak noktası yalnızca karşıdaki kişinin duygu ve düşüncelerini net ve doğru olarak anlamaya çalışmaktır. Bir kişiyi "anlamak" ile ona "hak vermek" arasında belirgin bir fark vardır. Empati süreci anlamayı merkeze alırken, sempatide, anlayış düzeyinden bağımsız olarak, karşıdaki kişiye hak verme veya onu destekleme eğilimi söz konusudur (Dökmen, 2014).

2.9.2. Özdeşleşme

Sempatinin, karşıdaki kişinin duygu ve düşüncelerine katılımı içerdiği belirtilmiştir. Özdeşleşme ise, bir kişinin bir başkasının yerine geçerek onun gibi olma ve davranma eylemini tanımlar. Bu süreçte birey, kendi benliğini bir diğerinin benliği ile yer değiştirir. Özetle, özdeşleşme iki kişinin aynı benliği paylaştığı bir durumu ifade ederken, empati iki ayrı benliğin birlikte var olmasına dayanır (Köseoğlu, 1994).

Özdeşim, bireyin kendi özgün kimliğinin farkındalığından yoksun olduğu ve varoluşsal bir yön arayışında bulunduğu durumlarda daha sık ortaya çıkabilir. Bir kişi, karşısındaki bireyin hissettiklerini anlamaya çalışırken özdeşim kurarsa, yardım ilişkisi kesintiye uğrar; zira sempati gibi özdeşim sürecinde de dışarıdan değerlendirme yapabilen nesnel bakış açısı kaybolur. Bu durum, bireyin karşısındakiyle duygusal bir

bütünlük içinde olması nedeniyle objektif değerlendirme yapmasını zorlaştırabilir (Tuncay ve İl, 2009).

2.9.3. İçtenlik

Empati ile içtenlik kavramları, tıpkı empati ve sempati’de olduğu gibi birbirine benzer şekilde yakınlığı olan kavramlardır. Empatik anlayış, karşısındaki ile empati kuran bireyin onun duygularını ve düşüncelerini kendi iç dünyasında hissederek anlama süreci olarak tanımlanırken, içtenlik ise bu süreçte kendi yaşantısının da farkında olma çabasını ifade eder. İçtenlik ve empati, genellikle birbirini tamamlayıcı iki kavram olarak değerlendirilmektedir (Akkoyun, 1982).

2.9.4. Sezgisel Tanı

Sezgisel tanı, bir bireyin gereksinimlerini ve eğilimlerini tespit etme, analiz etme ve formüle etme becerisiyle ilişkilidir. Sezgisel tanı, bireyin yaşantısına bilinçli bir şekilde müdahale etmeksizin, bu yaşantıyı gözlemlene ve gözlemler üzerine analitik yorumlar yapma sürecini ifade eder. Bu yaklaşım, nesnel bir bakış açısıyla veri toplamayı ve yorumlamayı gerektirir. Empati ise, herhangi bir yorumlama veya değerlendirme içermeyen, bireyin duygusal deneyimlerini doğrudan paylaşma ve anlama sürecidir (Akkoyun, 1982).

2.10. Empatinin sınıflandırılması

1988 yılında Üstün Dökmen tarafından formüle edilen Aşamalı Empati Sınıflamasına göre, üç ana empati basamağı bulunmaktadır. Söz konusu basamaklar “Onlar Basamağı, Ben Basamağı ve Sen Basamağı” şeklinde sıralanmaktadır. Bu ana düzeylerin her biri, 'Düşünce' ve 'Duygu' adında iki alt kategoriye ayrılmaktadır.

2.10.1. Onlar Basamağı

Bu aşamada tepki veren kişi, karşısındaki kişinin aktardığı sorunu değerlendirmez, sorun sahibinin duygu ve düşüncelerine odaklanmaz ve bu meseleye dair kendi duygu ve düşüncelerini ifade etmez. Dinleyici kişi, sorun yaşayan kişiye öyle bir geri bildirimde bulunur ki, bu geri bildirim, mevcut ortamda olmayan üçüncü şahısların (toplum) genel görüşlerini yansıtmaktadır. Konu ile ilgili genellemelerde bulunur, atasözleri kullanır. Örneğin, maddi sıkıntılarından şikayet eden bir bireye, “Ayağını yorganına göre uzat” şeklinde bir geri bildirimde bulunan kişi, empati sürecinde Onlar basamağına uygun bir tepki vermektedir.

2.10.2. Ben Basamağı

Bu aşamada empatik tepki veren birey, daha çok benmerkezci bir yaklaşım sergileyerek, karşısındaki kişinin yaşadığı durumu anlamak yerine, onu eleştirme, yönlendirme veya yalnız bırakma eğilimindedir. Kişi kendi duygu ve düşüncelerinden bahseder. Örneğin, “Senin adına çok üzüldüm” ya da “Aynı zorlukları ben de yaşıyorum” der.

2.10.3. Sen Basamağı

Bu aşamada empatik tepki gösteren birey, sorununu paylaşan bireyin rolüne bürünerek olayları o kişinin penceresinden değerlendirir. Bu süreçte, ne toplumsal görüşleri ne de kendi kişisel düşüncelerini yansıtır. Odak noktası, karşısındaki kişinin duygu ve düşünceleridir; bu doğrultuda, kişinin neler düşünüp ve neler hissettiğini anlamaya yönelik bir çaba sergiler (Dökmen, 2014).

		Sen Basamağı	Karşılaştığın sorunlar karşısında senin düşüncelerin ve duyguların nelerdir?
		Ben Basamağı	Senin karşılaştığın sorunlar karşısında, ben neler düşünüyorum ve hissediyorum?
Onlar Basamağı			Senin karşılaştığın sorunlar karşısında, toplum neler düşünüyor ve neler hissediyor?

Şekil 2: Aşamalı Empati Sınıflaması (Dökmen, 2014).

2.11. Empatik Eğilim

Empatik eğilim, bireylerin yaşamları boyunca empati kurma potansiyellerini veya kapasitelerini ifade eden temel bir kavram olarak tanımlanmaktadır. Günlük etkileşimlerde ve sosyal ilişkilerde empatiyi etkin bir şekilde sergileyebilmek, büyük ölçüde empatik duyarlılık düzeyine bağlıdır. Zira bu duyarlılık, aynı zamanda kişinin empati kurma eğiliminin bir göstergesi niteliğindedir. Yapılan gözlemler ve araştırmalar, empatik eğilimin veya buna bağlı duyarlılığın yeterli düzeyde olmaması durumunda, bireylerin başkalarının duygusal durumlarını anlama ve onlara uygun tepkiler verme konusunda zorluklar yaşadığını ve empati becerilerini etkili bir şekilde kullanamadıklarını ortaya koymaktadır (Akkoyun, 1987).

Rogers'ın yaklaşımına göre, empatik eğilim 'sosyal duyarlılık' kavramıyla eşdeğer tutulmaktadır. Rogers, sosyal duyarlılığın her bireyde görülmeyen, belirli bir kişilik

özelliği olduğunu belirtmiştir. Bu bağlamda, sosyal duyarlılık düzeyi yüksek olan bireylerin, empati yeteneklerinin daha gelişmiş olduğunu ve empatiyi öğrenme süreçlerinin daha kolay ilerleyebileceğini öne sürmüştür (Rogers, 1983). Dökmen (2004), empatik eğilim düzeyi ile yardım etme davranışı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunduğunu ifade etmektedir. Yapılan araştırmalar, empatik eğilim düzeyinin yüksek olduğu kişilerin, başka insanlara yardımcı olma noktasında daha çok istekli olduklarını göstermektedir.

Kılıç ve Şahin (2019) tarafından yürütülen araştırmada, empatik eğilim düzeyleri yüksek olan kişilerin sergiledikleri tutum ve davranışları arasında anlamlı bir korelasyon olduğu ortaya çıkmıştır. Ayrıca, empati becerisi yüksek olan bireylerin çatışma çözme süreçlerinde daha etkili oldukları da belirlenmiştir.

Gürüz ve Eğinli (2008) tarafından yürütülen çalışma, empati eğitim programlarının bireylerin empatik becerilerinin gelişimine önemli katkılar sağladığını ve kişisel farkındalık düzeylerinde artışa yol açtığını ortaya koymuştur. Çalışma bulguları, bu programların aynı zamanda bireylerin başkalarıyla ortak yönlerini fark etmelerine yardımcı olduğunu ve kişilerarası algılarını güçlendirdiğini göstermektedir.

Yapılan araştırmalar, yüksek düzeyde empatik eğilimlere sahip bireylerin, diğer insanların duygusal durumlarını daha kolay anlayabildiklerini ve kendilerini onların yerine koyma becerilerinin gelişmiş olduğunu ortaya koymaktadır (Davis, 1983). Ayrıca, bu bireylerin benmerkezci davranışlardan uzak durdukları, diğer insanlara yardımcı olma konusunda daha çok arzulu oldukları ve sosyal ilişkilerinde daha uyumlu bir tutum sergiledikleri belirtilmektedir (Batson, 1991). Empatik yaklaşımın, bireylerin iletişimlerinde incitici, aşağılayıcı veya küçük düşürücü ifadelerden kaçınmalarını sağlayarak sosyal etkileşimlerin olumlu yönde şekillenmesine katkıda bulunduğu vurgulanmaktadır (Decety ve Jackson, 2004).

Empatik eğilim düzeyinin ele alındığı bir araştırmada, ailesinden yeterli destek göremeyen bireylerin saldırgan tutumlar sergileme eğiliminde olduğu ve empatik becerilerinin düşük düzeyde olduğu belirtilmiştir (Kemp vd., 2007).

2.12. Sağlık Çalışanları Ve Empatik Eğilim

Sağlık çalışanları ile hastalar arasındaki iletişimde etkin dinleme, anlama ve geri bildirim sağlama süreçleri, başarılı ve sağlıklı bir etkileşimin temel unsurlarını oluşturur. Başarılı bir iletişimin diğer bir önemli unsur da empatidir. Empatik tepkilerle desteklenen iletişim, mesajın karşı tarafa daha doğru ve anlamlı bir şekilde iletilmesini sağlar. Bu

yaklaşım, bireylerin duygu ve düşüncelerini paylaşmasını güçlendirerek, iletişimi yalnızca bilgi aktarımıyla sınırlı olmaktan çıkarıp, aynı zamanda anlamlandırma süreci olmasını mümkün kılar. Empati sayesinde insanlar, karşısındaki bireyin bakış açısını daha iyi anlayarak iletişim sürecinin daha sağlıklı bir şekilde ilerlemesini sağlamaktadır (Özselçuk ve Yalım, 2019).

Sağlık çalışanları, bireylerin yaşadıkları sağlık sorunları karşısında onlara hizmet sunarken sadece fiziksel değil, duygusal problemlerin çözümüne de destek olurlar. Hastanın ihtiyaçlarını doğru bir şekilde belirleyebilmek, onu doğru anlamayı gerektirir ve bu da empatik yaklaşımla hastanın duygusal alanına girmekle mümkündür (Seymen, 2007).

Empati kurmak sağlık hizmetlerinde terapötik bir etki yaratır. Bu yaklaşım, hastaların kendilerini yabancı hissetme duygularını hafifletirken, hastalık sürecinde sıklıkla yaşadıkları yalnızlık ve terk edilmişlik hislerini azaltır. Empati sayesinde bireyler kendilerini değerli ve kabul görmüş hissederler, bu da hastaların hastalıklarına karşı verdikleri tepkileri olumlu yönde etkileyerek iyileşme sürecini destekler (Tabak ve Sonmaz, 2009).

Empatik bir iletişimde sağlık çalışanları, tedavi, bakım, eğitim, görüşme ve sosyal aktiviteler gibi çeşitli süreçlerde, ruh sağlığı sorunları olan bireylerin kendilerini önemli ve değerli hissetmelerine olanak sağlamaktadır. Empatiyi etkili bir şekilde kullanmak, hastaların memnuniyetini artırırken genel sağlık durumlarını da iyileştirmeye yardımcı olur. Aynı zamanda, hasta bakımını sağlama sürecini, sağlık sorunlarını belirleme, çözümleme ve değerlendirme aşamalarını daha kolay ve hızlı hale getiren önemli bir faktördür. Empatik yaklaşım, hasta memnuniyeti, güven duygusunun pekişmesi, tedaviye uyumun artması ve sağlık çalışanlarıyla hasta arasındaki bağın güçlenmesi gibi önemli olumlu etkiler sağlamaktadır (Terakye, 1995; Tekmen, 2010; Özcan, 2012).

Çiçek'in (2006) gerçekleştirdiği araştırmaya göre, sağlık ocaklarında görev yapan ebelerin empatik eğilimleri, hastanelerde çalışan ebelere oranla istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur. Çalışma ayrıca, yoğun bakım hemşirelerinin empati puanlarının acil servis çalışanlarından daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur.

Hegan'ın (2003) araştırmasına göre, hekimlerin hastalarına karşı gösterdiği dikkatli dinleme ve empatik yaklaşım, hastaların duygu ve düşüncelerini daha net aktarmalarına olanak tanır. Bu durum, iletişimde yaşanabilecek aksaklıkları minimize ederek tedavi sürecinin verimliliğini artırır.

3. YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Yöntemi ve Amacı

Araştırmanın hedef kitlesini oluşturan Sağlık çalışanlarının ruhsal hastalılara yönelik inançlarının, damgalama ve empatik eğilim düzeyleri arasındaki ilişki düzeyi korelasyon türü ilişkisel tarama modeli kullanılarak çözümlenecektir. Araştırmada birincil verilerin elde edilebilmesi amacıyla anket uygulaması kullanılacaktır. Bu çalışmanın amacı; Ağrı iline bağlı sağlık kuruluşlarındaki sağlık çalışanlarının (Doktor, Hemşire, Ebe, odyolog Tıbbi sekreter, Diş protez teknikeri vb.) ruhsal hastalıklara yönelik inançlarının, damgalama ve empatik eğilim düzeylerini karşılaştırmak, empatik eğilim ve inanç düzeylerinin ruhsal hastalığı bulunan bireylere karşı tutumlara yönelik etkisini ortaya koymak, empatik eğilim düzeyi ile inanç ve damgalama arasındaki ilişkinin bilimsel araştırma yöntemleriyle değerlendirilerek ortaya koymaktır. Bu amaç doğrultusunda araştırmada aşağıdaki sorulara cevap aranmıştır.

Araştırma Soruları:

- Sağlık çalışanlarının empatik eğilimleri, inanç düzeyleri ve damgalama tutumları demografik değişkenler açısından (yaş, cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumu, meslek, çalışma yılı ve yakın çevresinde ruhsal bozukluk bulunma durumu göre) farklılaşmakta mıdır ?
- Sağlık çalışanlarının empatik eğilim ve inanç düzeyleri ile damgalama tutumları arasındaki ilişki ne düzeydedir?

3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evreni, Ağrı iline bağlı sağlık kuruluşlarında çalışan 1157 sağlık çalışanından oluşmaktadır. Araştırmada örnekleme çerçevesini belirlemek için söz konusu hastanelerin çekirdek kaynak yönetim sistemlerinden personel sayısı temin edilmiş olup; evren içerisinde kolayda örnekleme yöntemi ile belirlenecek olan toplamda 300 sağlık çalışanı araştırmanın örneklemini oluşturmaktadır.

3.3. Veri Toplama Araçları

Araştırma kapsamında “Kişisel Bilgi Formu”, “Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği”, “Sağlık Çalışanları için Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalama Ölçeği” ve “Empatik Eğilim Ölçeği” olmak üzere toplam dört ayrı veri toplama aracı kullanılmıştır.

3.3.1. Kişisel Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından düzenlenen form yaş, cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumu, meslek çalışma yılı ve yakın çevresinde ruhsal bozukluk bulunma durumu sorularını içerip katılımcıları tanımaya ve demografik bilgilerini öğrenmeye yönelik sorulara yer verilmiştir. Form toplam 12 sorudan oluşmaktadır.

3.3.2. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği (RHYİÖ)

Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği (RHYİÖ), 2000 yılında Amerika’da Hirai ve Clum tarafından geliştirilen bir ölçektir (Hirai ve Clum, 2000). Bu ölçeğin amacı, farklı kültürel geçmişlere sahip bireylerin ruhsal hastalıklara ilişkin olumlu ve olumsuz inançlarını değerlendirmektir. Ölçeğin Türkçe uyarlaması ise Bilge ve Çam (2008) tarafından yapılmıştır. Ölçek, 21 maddeden oluşan ve 6’lı Likert tipiyle derecelendirilen bir yapıya sahiptir. Puanlama şu şekildedir: 0 (Hiç katılmıyorum), 1 (Genellikle katılmıyorum), 2 (Biraz katılmıyorum), 3 (Biraz katılıyorum), 4 (Genellikle katılıyorum), 5 (Tamamen katılıyorum). Ölçeğin analizi hem toplam puan hem de alt ölçek puanları üzerinden yorumlanmakta olup ölçekten elde edilebilecek en yüksek puan 105’tir. Ölçek ve alt ölçeklerden elde edilen yüksek puanlar, ruhsal hastalıklara ilişkin olumsuz inançları yansıtmaktadır. Söz konusu anket “Tehlikelilik”, “Zayıf Sosyal ve Kişiler Arası Beceri (Utanma)” ve “Çaresizlik” şeklinde üç alt ölçekten oluşmuş olup orijinal çalışmada, ölçeğin tamamı için Cronbach’s alfa değeri 0,89 olarak rapor edilmiştir. Bilge ve Çam (2008) tarafından yürütülen Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında ise ölçeğin güvenilirlik katsayısı 0,82 olarak belirlenmiştir. Alt ölçekler;

Tehlikelilik Alt Ölçeği: 8 maddeden (1., 2., 3., 4., 5., 6., 7. ve 13. maddeler) oluşan bu alt ölçek, bireylerin ruhsal hastalıklara ve bu hastalığa sahip kişilere yönelik tehlikeli algılarını ölçmeyi amaçlamaktadır. Ölçekten alınabilecek maksimum puan 40’tır.

Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma Alt Ölçeği: Bu alt ölçek, ruhsal hastalıkların kişilerarası ilişkileri nasıl etkilediğini ve bu etkileşimin yarattığı çaresizlik duygusunu ele alır. Özellikle bireyin duygusal olarak etkilenmesi nedeniyle, ruhsal hastalığı olan kişilerle ilişkilerde yaşanabilecek engellemelere ve çaresizlik üzerinde durur. Alt ölçek toplamda 11 maddeden oluşur (8, 9, 10, 11, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21). En yüksek alınabilecek toplam puan ise 55’tir.

Utanma Alt Ölçeği: Ruhsal hastalıkların utanç verici bir durum olarak algılanmasını değerlendiren bir alt ölçektir. 2 maddeden (12. ve 15. maddeler) oluşan bu alt ölçekten elde edilebilecek maksimum puan 10'dur.

3.3.3. Sağlık Çalışanları için Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalama Ölçeği (SÇ RHYDÖ)

Kassam vd., (2012) tarafından Kanada bağlamında kullanım amacıyla geliştirilen “*Opening Minds Stigma Scale-Health Care Providers (OMS-HC)*” ölçeği, sağlık çalışanlarının ruhsal hastalıklara yönelik damgalayıcı tutumlarını ölçmek üzere “Sağlık Çalışanları için Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalama Ölçeği (SÇ-RHYDÖ)” olarak Azazi (2021) tarafından Türkçeye uyarlanmıştır. SÇ-RHYDÖ, damgalama ile ilişkili 3 faktörü incelemek amacıyla 20 madde içeren 5’li Likert tipi bir ölçektir. (1=kesinlikle katılmıyorum, 2=katılmıyorum, 3=ne katılıyorum ne de katılmıyorum, 4=katılıyorum, 5=kesinlikle katılıyorum). Ölçeğin alt boyutları “Kendini Açma ve Yardım Arama”, “Tutumlar” ile “Sosyal Mesafe” başlıkları altında gruplanmıştır. Ölçekten elde edilen yüksek puanlar, damgalama düzeyinin yüksekliğine işaret eder. Değerlendirme 20–100 puan aralığında yapılır; düşük puanlar az damgalayıcı tutumları, yüksek puanlar ise yoğun damgalamayı yansıtır. Ölçekteki 3., 8., 9., 10., 11., 15. ve 19. maddeler ters kodlama kapsamındadır. SÇ-RHYDÖ için hesaplanan Cronbach Alfa değeri 0,82 olarak belirlenmiştir (Kassam vd., 2012).

“Tutumlar” alt boyutu, 1, 12, 13, 14, 18 ve 20 numaralı maddelerden oluşmakta olup, ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik genel tutumları ve sağlık çalışanlarının bu konudaki rollerine dair değerlendirmeleri içermektedir.

“Kendini Açma-Yardım Arayışı” alt boyutu, 4, 6, 7 ve 10 numaralı maddelerden oluşmakta olup, ruhsal bozukluğu olan bireylerin yaşadıkları durumu ifade etme ve yardım arayışlarına yönelik tutumları ölçer.

“Sosyal Mesafe” alt boyutu, 3., 8., 9., 17. ve 19. maddelerden oluşmakta olup, ruhsal bozukluğu olan bireylerle çeşitli sosyal etkinlikler ve ilişkilerde iletişime geçme istekliliğiyle ilgili sosyal mesafeye yönelik tutumları değerlendirmektedir.

3.3.4. Empatik Eğilim Ölçeği (EEÖ)

Dökmen’in (1988) geliştirdiği 20 maddelik Likert tipi (Tamamen Uygun=5”, “Oldukça Uygun=4” “Kararsızım=3” “Oldukça Aykırı=2” “Tamamen Aykırı=1”). Empatik Eğilim Ölçeği, bireylerin günlük yaşamda empati kurma potansiyellerini tespit etmeye yönelik bir ölçektir. Dökmen tarafından, 70 katılımcıdan oluşan bir öğrenci

grubuna üç haftalık aralıklarla iki kez uygulanan testin, bu iki ölçümden elde edilen tekrarlamaya güvenirlik katsayısı 0,82 olarak hesaplanmıştır. Öğrencilerin ölçeğin tek ve çift maddelerinden aldıkları puanlar arasındaki ilişki, test yarılama yöntemiyle hesaplanmış ve korelasyon katsayısı 0,81 olarak bulunmuştur. Ölçekteki 3., 6., 7., 8., 11., 12., 14. ve 16. maddeler, katılımcıların “evet” yanıtı verme eğilimini önlemek amacıyla negatif biçimde yazılmış ve ters kodlama gerektiren ifadelerdir; bu maddelerin puanlaması ters yönde hesaplanmaktadır. Empatik Eğilim Ölçeğinde minimum puan 20, maksimum puan 100’dür. Ölçek puanının yükselmesi empatik eğilimin yüksek olduğu anlamına gelir; puanın düşük olması ise empati düzeyinin düşük olduğuna işaret eder.

3.4. Araştırmanın Sınırlıkları

Bu araştırma Ağrı il merkezinde yer alan sağlık kurumları çalışanları ile sınırlandırılmıştır. Araştırmada toplanan veriler araştırmada kullanılan ölçeklerle sınırlı tutulmuştur.

3.5. Araştırmanın İşlemi

Araştırma öncesi Gümüşhane Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu tarafından konu ile ilgili olarak etik kurul izinleri 25/10/2023 tarihli 2023/5 sayı ile alınmıştır. Etik kurulu onayından sonra Ağrı İl Sağlık Müdürlüğü, Ağrı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği ve Ağrı Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi Başhekimliğinden kurum izinleri alınmıştır. Araştırmada veri toplama amacıyla google forms üzerinden anket formları hazırlanmış, veri toplama dönemi Nisan - Eylül 2025 tarihleri arası olarak belirlenmiş ve bu formlar yalnızca google forms aracılığıyla katılımcılara iletilerek uygulanmıştır.

3.6. Verilerin Analizi

Verilerin analizi için IBM SPSS Version 27 paket programı kullanılmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunluğunu analiz etmek amacıyla çarpıklık (skewness) ve basıklık (kurtosis) değerleri hesaplanmıştır. Normal dağılım varsayımının sağlanması için çarpıklık ve basıklık katsayılarının ± 2 aralığında olması yeterli kabul edilmektedir (George ve Mallery, 2010). Normal dağılıma uygun olmayan sayısal verilerin istatistiksel değerlendirmesinde non-parametrik analiz testlerinden olan Mann Whitney-U testi ve Kruskal Wallis testi kullanılırken Normal dağılım gösteren sayısal verilerin değerlendirilmesinde parametrik testler kapsamında bağımsız örneklem için t-testi ve ANOVA testi uygulanmıştır. Gruplar arasındaki anlamlı farklılığın kaynağını belirlemek

üzere post-hoc analizlerden biri olan Tukey testi kullanılmıştır. Ölçekler arasındaki ilişkileri incelemek için Spearman korelasyon katsayısı kullanılmıştır.



4. BULGULAR

Çalışmanın bu bölümünde veri analizleri aracılığıyla elde edilen araştırma bulguları kapsamlı şekilde ortaya konulmuştur.

Tablo 1. Katılımcıların demografik özelliklerinin dağılımı (n=334)

		f	%
Cinsiyet	Kadın	210	62,9
	Erkek	124	37,1
Medeni Durum	Bekar	175	52,4
	Evli	159	47,6
Eğitim Durumu	Lise mezunu	17	5,1
	Ön Lisans	75	22,5
	Lisans	161	48,2
	Yüksek Lisans	20	6,0
	Doktora	6	1,8
	Tıp Fakültesi	25	7,5
	Tıpta uzmanlık	30	9,0
	Doktor	32	9,6
	Hemşire	102	30,5
Meslek	Ebe	22	6,6
	Sağlık Bilimleri	40	12,0
	Lisansiyerleri		
	Sağlık Teknikerleri	52	15,6
	Tıbbi Sekreter	35	10,5
	Uzman Doktor	34	10,2
	Diş Hekimi-Eczacı	17	5,1
	0-5 yıl	192	57,5
	6-10 yıl	71	21,3
Meslekte Çalışma Yılı	11-15 yıl	26	7,8
	16-20 yıl	29	8,7
	21 yıl ve üzeri	16	4,8

Tablo 1 incelendiğinde, katılımcıların %62,9'u kadınlardan, %37,1'i ise erkeklerden oluşmaktadır. Medeni durum açısından, katılımcıların %52,4'ü bekar, %47,6'sı ise evli bireylerden meydana gelmektedir. Eğitim düzeyi bağlamında, katılımcıların %48,2'si lisans derecesine, %22,5'i ön lisans derecesine, %9,0'ı tıpta uzmanlık eğitime, %7,5'i tıp fakültesi mezuniyetine, %6,0'ı yüksek lisans derecesine, %5,1'i lise mezuniyetine ve %1,8'i doktora eğitim düzeyine sahiptir. Mesleki dağılım incelendiğinde, katılımcıların %30,5'i hemşire, %15,6'sı sağlık teknikeri, %12,0'ı sağlık bilimleri lisansiyeri, %10,5'i tıbbi sekreter, %10,2'si uzman doktor, %9,6'sı doktor, %6,6'sı ebe ve %5,1'i diş hekimi-eczacı olarak görev yapmaktadır. Meslekte çalışma süresi açısından ise, katılımcıların

%57,5'i 0-5 yıl, %21,3'ü 6-10 yıl. %7,8'i 11-15 yıl, %8,7'si 16-20 yıl ve %4,8'i 21 yıl ve üzeri deneyime sahiptir.

Tablo 2. Katılımcıların ruhsal hastalık deneyimlerine yönelik bulguların dağılımı (n=334)

		f	%
Yakın çevrenizde ruhsal bozukluğu olan biri var mı?	Evet	118	35,3
	Hayır	216	64,7
Mesleki eğitiminiz dışında ruhsal hastalıklarla ilgili herhangi bir eğitim aldınız mı?	Evet	50	15,0
	Hayır	284	85,0
Ruhsal sorunlu bireylerin sizde yarattığı duygu nedir?	Korku	147	44,0
	Üzüntü	262	78,4
	Acıma	146	43,7
	Öfke	36	10,8
	Sıkıntı	84	25,2
	Heyecan	8	2,4
	Mutluluk	2	0,6
	Diğer	11	3,3
Size göre ruhsal hastalıkların ana nedeni nedir?	Travmatik olaylar (depresyon, sel gibi olaylar...)	131	39,2
	Geçirilen enfeksiyon hastalıkları	5	1,5
	Büyük gibi doğuştan güçler	1	0,3
	Aile içi çatışmalar	95	28,4
	Dinsel problemler	10	3,0
	Kalıtsal (Genetik) yatkınlık	76	22,8
	Diğer	16	4,8

Tablo 2 incelendiğinde katılımcılara, yakın çevrelerinde ruhsal bozukluğu olan bir bireyin bulunup bulunmadığı sorulmuştur. Elde edilen verilere göre, katılımcıların %35,3'ü yakın çevrelerinde ruhsal bozukluğu olan bir bireyin bulunduğunu belirtirken, %64,7'si böyle bir bireyin olmadığını ifade etmiştir.

Katılımcılara, mesleki eğitimleri dışında ruhsal hastalıklarla ilgili herhangi bir ek eğitim alıp almadıkları sorulmuştur. Sonuçlar, katılımcıların yalnızca %15'inin bu konuda ek eğitim aldığını, %85'inin ise herhangi bir ek eğitim almadığını belirtmiştir.

Katılımcılara, ruhsal sorunlu bireylerin kendilerinde uyandırdığı duygular sorulmuş ve birden fazla seçeneği işaretleme imkânı tanınmıştır. Elde edilen verilere göre, ruhsal

sorunlu bireylerin sağlık alışanlarında en sık uyandırdığı duygu %78,4 ile üznt olmuştur. Bunu, %44,0 ile korku ve %43,7 ile acıma duyguları izlemiştir. Daha düşük oranlarda ise sıkıntı (%25,2), öfke (%10,8), diğer duygular (%3,3), heyecan (%2,4) ve mutluluk (%0,6) bildirilmiştir. Bu bulgular, sağlık çalışanlarının ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik karmaşık duygusal tepkiler geliştirdiğini ve özellikle üzüntü, korku ve acıma gibi duyguların baskın olduğunu göstermektedir.

Katılımcılara, ruhsal hastalıkların ana nedenine yönelik görüşleri sorulmuştur. Verilere göre, %39,2 ile en sık belirtilen neden travmatik olaylar (rneğin, deprem, sel gibi doğal afetler) olmuştur. Bunu, %28,4 ile aile içi çatışmalar ve %22,8 ile kalıtsal (genetik) yatkınlık takip etmiştir. Daha düşük oranlarda ise dinsel problemler (%3,0, n=10), geçirilen enfeksiyon hastalıkları (%1,5), by gibi doğauşt gler (%0,3) ve diğer nedenler (%4,8) belirtilmiştir.

Tablo 3. RHİÖ toplam ve alt lekleri, S-RHYDÖ toplam ve alt ölçekleri ve EEÖ elde edilen puanlara ait betimsel değerler

	Ort.	Ss	arpıklık	Basıklık
İnanç	54,15	16,23	-0,30	0,27
Tehlikelilik	22,98	6,77	-0,48	0,19
Çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma	29,27	9,89	-0,29	-0,06
Utanma	1,90	2,22	1,04	0,30
Damgalama	59,33	6,64	-0,85	5,04
Tutumlar	16,19	3,62	-0,25	-0,01
Kendini açma/Yardım arayışı	11,20	2,16	-0,04	0,04
Sosyal Mesafe	16,95	2,63	-0,55	1,07
Empatik eğilim	66,52	6,85	-0,71	6,67

Normal dağılım varsayımının sağlanması için arpıklık ve basıklık katsayılarının ± 2 aralığında olması yeterli kabul edilmektedir (George ve Mallery, 2010). Bu araştırmada hesaplanan arpıklık ve basıklık katsayılarının belirtilen aralıkta yer aldığı gözlemlenmiştir. Yapılacak istatistiksel analizde kullanılan bağımsız değişkene göre her bir bağımlı değişkenin normalliklerine ayrı ayrı bakılmış analizler bu şekilde yapılmıştır.

Tablo 4. Cinsiyete göre RHIÖ toplam ve alt ölçeklerinin ortalama, standart sapma ve bağımsız örneklemelerinin t testi sonuçları

	Cinsiyet	N	Ort	Ss	t	p
RHIÖ Toplam	Kadın	210	54,71	16,47	0,82	0,41
	Erkek	124	53,20	15,85		
Tehlikelilik	Kadın	210	23,28	6,94	1,06	0,29
	Erkek	124	22,47	6,48		
Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	Kadın	210	29,49	9,86	0,53	0,60
	Erkek	124	28,90	9,95		
Utanma	Kadın	210	1,94	2,31	0,40	0,69
	Erkek	124	1,84	2,07		

Tablo 4 incelendiğinde, kadın katılımcıların RHIÖ toplam puanı ortalaması ($54,71 \pm 16,47$), erkek katılımcıların ise ($53,20 \pm 15,85$) olarak bulunmuştur. Bağımsız örneklem t testi sonucunda, kadın ve erkek katılımcılar arasında toplam puan açısından anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ($t=0,82$; $p=0,41$). Bu sonuç, cinsiyetin RHIÖ toplam puanları üzerinde istatistiksel açıdan anlamlı bir etkisinin olmadığını göstermektedir.

Tehlikelilik alt ölçeğinde, kadın katılımcıların ortalama puanı ($23,28 \pm 6,94$), erkek katılımcıların ise ($22,47 \pm 6,48$) olarak hesaplanmıştır. Bağımsız örneklem t testi, kadın ve erkek katılımcılar arasında tehlikelilik alt ölçeği puanlarında anlamlı bir fark olmadığını ortaya koymuştur ($t=1,06$; $p=0,29$). Bu, cinsiyetin tehlikelilik algısı üzerinde anlamlı bir etkisinin bulunmadığı gözlenmiştir.

Çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt ölçeğinde, kadın katılımcıların ortalama puanı ($29,49 \pm 9,86$), erkek katılımcıların ise ($28,90 \pm 9,95$) olarak belirlenmiştir. T testi sonuçlarına göre, bu alt ölçekte de kadın ve erkek katılımcılar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($t=0,53$; $p=0,60$). Bu bulgu, cinsiyetin bu alt ölçek puanları üzerinde istatistiksel açıdan anlamlı bir etki bulunmadığını ortaya koymaktadır.

Utanma alt ölçeğinde, kadın katılımcıların ortalama puanı ($1,94 \pm 2,31$), erkek katılımcıların ise ($1,84 \pm 2,07$) olarak hesaplanmıştır. Bağımsız örneklem t testi, kadın ve erkek katılımcılar arasında utanma alt ölçeği puanlarında anlamlı bir fark olmadığını ortaya koymuştur ($t=0,40$; $p=0,69$). Bu sonuç, cinsiyetin utanma alt ölçeği puanları üzerinde anlamlı bir etkisinin bulunmadığını belirtmektedir.

Tablodaki veriler, kadın ve erkek sağlık çalışanlarının RHIÖ toplam puanı ile tehlikelilik, çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma ve utanma alt ölçeklerinde benzer puanlar elde ettiğini göstermektedir. Bağımsız örneklem t testi sonuçları, tüm ölçek ve alt ölçeklerde cinsiyetler arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmadığını göstermektedir ($p>0,05$). Bu bulgular, sağlık çalışanlarının ruhsal hastalıklara yönelik inançlarının cinsiyetten bağımsız olarak benzer bir dağılım sergilediğini ifade etmektedir.

Tablo 5. Katılımcıların cinsiyete göre SÇ-RHYDÖ toplam ve alt ölçekleri ve EEÖ, ortalama, standart sapma ve Mann-Whitney U testi sonuçları

	Cinsiyet	N	Ort	Ss	MW-U	p
SÇ-RHYDÖ Toplam	Kadın	210	59,78	5,81	12279,50	0,38
	Erkek	124	58,56	7,83		
Tutumlar	Kadın	210	16,26	3,65	12820,50	0,81
	Erkek	124	16,08	3,57		
Kendini açma/Yardım arayışı	Kadın	210	11,21	2,11	13091,00	0,93
	Erkek	124	11,18	2,25		
Sosyal Mesafe	Kadın	210	17,08	2,48	12228,00	0,35
	Erkek	124	16,73	2,85		
Empatik eğilim	Kadın	210	68,29	5,94	7798,50	0,001
	Erkek	124	63,50	7,25		

Tablo 5 incelendiğinde; sağlık çalışanlarının cinsiyetlerine göre Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalama Ölçeği (SÇ-RHYDÖ) toplam ve alt ölçekleri (tutumlar, kendini açma/yardım arayışı, sosyal mesafe) ile Empatik Eğilim Ölçeği (EEÖ) puanlarının ortalama, standart sapma ve Mann-Whitney U testi sonuçlarını sunmaktadır. Kadın ($n=210$) ve erkek ($n=124$) katılımcıların ölçek puanları karşılaştırılmış ve cinsiyetler arasındaki farklar non-parametrik Mann-Whitney U testi ile değerlendirilmiştir.

Kadın katılımcıların SÇ-RHYDÖ toplam puanı ortalaması ($59,78 \pm 5,81$), erkek katılımcıların ise ($58,56 \pm 7,83$) olarak bulunmuştur. Mann-Whitney U testi sonucuna göre, kadın ve erkek katılımcılar arasında toplam damgalama puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($MW-U=12279,50$; $p=0,38$). Bu bulgu, cinsiyetin ruhsal hastalıklara yönelik genel damgalama tutumları üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığını göstermektedir.

Tutumlar alt ölçeğinde, kadın katılımcıların ortalama puanı ($16,26 \pm 3,65$), erkek katılımcıların ise ($16,08 \pm 3,57$) olarak hesaplanmıştır. Mann-Whitney U testi, kadın ve erkek katılımcılar arasında tutumlar alt ölçeği puanlarında anlamlı bir farklılığın bulunmadığını ortaya koymuştur (MW-U=12820,50; $p=0,81$). Bu sonuç, cinsiyetin sağlık çalışanlarının ruhsal hastalıklara yönelik tutumları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin bulunmadığını ifade etmektedir.

Kendini açma/yardım arayışı alt ölçeğinde, kadın katılımcıların ortalama puanı ($11,21 \pm 2,11$), erkek katılımcıların ise ($11,18 \pm 2,25$) olarak belirlenmiştir. Mann-Whitney U testi sonucuna göre, bu alt ölçekte kadın ve erkek katılımcılar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (MW-U=13091,00; $p=0,93$). Bu, cinsiyetin sağlık çalışanlarının ruhsal hastalıklar bağlamında kendini açma ve yardım arayışı davranışları üzerindeki etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığını göstermektedir.

Sosyal mesafe alt ölçeğinde, kadın katılımcıların ortalama puanı ($17,08 \pm 2,48$), erkek katılımcıların ise ($16,73 \pm 2,85$) olarak saptanmıştır. Mann-Whitney U testi, kadın ve erkek katılımcılar arasında sosyal mesafe alt ölçeği puanlarında anlamlı bir fark olmadığını göstermiştir (MW-U=12228,00; $p=0,35$). Bu bulgu, cinsiyetin sağlık çalışanlarının ruhsal hastalıklara sahip bireylerle sosyal mesafe tutumları üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığını belirtmektedir.

Empatik eğilim ölçeği'nde, kadın katılımcıların ortalama puanı ($68,29 \pm 5,94$), erkek katılımcıların ise ($63,50 \pm 7,25$) olarak hesaplanmıştır. Mann-Whitney U testi, kadın ve erkek katılımcılar arasında empatik eğilim puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğunu ortaya koymuştur (MW-U=7798,50; $p=0,001$). Bu sonuç, kadın sağlık çalışanlarının erkeklere kıyasla ruhsal hastalıklara yönelik daha yüksek empatik eğilim sergilediğini göstermektedir.

Tablo verileri, sağlık çalışanlarının SÇ-RHYDÖ toplam ve alt ölçeklerinde (tutumlar, kendini açma/yardım arayışı, sosyal mesafe) kadın ve erkek katılımcılar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farkın olmadığını ortaya koymaktadır ($p>0,05$). Ancak, empatik eğilim ölçeği'nde kadınların erkeklere göre anlamlı derecede daha yüksek puanlar elde ettiği görülmüştür ($p=0,001$). Bu bulgular, ruhsal hastalıklara yönelik damgalama tutumlarının cinsiyetten büyük ölçüde bağımsız olduğunu, ancak empatik eğilimlerin kadın sağlık çalışanlarında daha belirgin olduğunu göstermektedir.

Tablo 6. Katılımcıların mesleklerine göre ortalama, standart sapma, Anova, Kruskal-Wallis, Mann-Whitney U ve Post-Hoc sonuçları

	Meslek	N	Ort	Ss	F	p	K-W	MW-U	Post-Hoc
RHİÖ Toplam	Doktor ^a	32	45,78	16,58	2,10	0,04			a<b,c
	Hemşire	102	54,75	15,15					
	Ebe	22	50,36	15,93					
	Sağlık lisansiyerleri	40	53,30	17,83					
	Sağlık Teknikerleri ^b	52	57,29	11,99					
	Tıbbi Sekreter ^c	35	58,34	18,46					
	Uzm. Doktor	34	55,00	16,36					
	Diş Hekimi-Eczacı	17	53,23	20,47					
Tehlikelilik	Doktor	32	21,22	7,11	1,67	0,12			
	Hemşire	102	22,99	7,04					
	Ebe	22	21,18	7,53					
	Sağlık lisansiyerleri	40	22,20	6,87					
	Sağlık Teknikerleri	52	24,04	5,37					
	Tıbbi Sekreter	35	25,54	7,14					
	Uzm. Doktor	34	22,00	5,77					
	Diş Hekimi-Eczacı	17	23,82	7,28					
Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	Doktor ^a	32	23,59	9,37	2,17	0,04			a<d,c,b
	Hemşire ^d	102	29,86	9,17					
	Ebe	22	27,41	10,30					
	Sağlık lisansiyerleri	40	29,10	10,75					
	Sağlık Teknikerleri ^b	52	31,06	7,29					
	Tıbbi Sekreter ^c	35	30,97	11,24					
	Uzm, Doktor	34	30,12	10,05					
	Diş Hekimi-Eczacı	17	28,5	13,24					
Utanma	Doktor	32	0,97	1,77		0,001	23,50	k>d,m	
	Hemşire ^d	102	1,90	2,05					
	Ebe	22	1,77	2,22					
	Sağlık lisansiyerleri	40	2,00	2,40					
	Sağlık Teknikerleri	52	2,19	2,22					
	Tıbbi Sekreter	35	1,82	2,86					
	Uzm. Doktor ^k	34	2,88	1,98					
	Diş Hekimi-Eczacı ^m	17	0,88	1,69					

Tablo 6. Devamı

	Meslek	N	Ort	Ss	F	p	K-W	MW-U	Post-Hoc
Damgalama	Doktor	32	58,78	4,60	2,27	0,41	7,19		
	Hemşire	102	59,27	8,36					
	Ebe	22	58,50	6,24					
	Sağlık lisansiyerleri	40	58,22	6,04					
	Sağlık Teknikerleri	52	59,65	5,10					
	Tıbbi Sekreter	35	59,54	7,22					
	Uzm. Doktor	34	60,32	6,06					
	Diş Hekimi-Eczacı	17	60,88	4,18					
Tutumlar	Doktor ^a	32	14,44	3,25	2,27	0,03			a<b,c
	Hemşire	102	16,39	3,82					
	Ebe	22	16,73	2,68					
	Sağlık lisansiyerleri	40	15,55	3,64					
	Sağlık Teknikerleri ^b	52	16,90	2,68					
	Tıbbi Sekreter ^c	35	17,23	3,45					
	Uzm. Doktor	34	15,91	4,76					
	Diş Hekimi-Eczacı	17	15,41	3,30					
Kendini açma/Yardım arayışı	Doktor	32	10,88	2,18	1,46	0,18			
	Hemşire	102	11,44	2,37					
	Ebe	22	10,50	2,02					
	Sağlık lisansiyerleri	40	11,43	1,93					
	Sağlık Teknikerleri	52	11,48	1,95					
	Tıbbi Sekreter	35	10,49	2,01					
	Uzm. Doktor	34	11,09	2,15					
	Diş Hekimi-Eczacı	17	11,59	2,15					
Sosyal Mesafe	Doktor ^a	32	18,69	2,09		0,001	25,27		a>b,c,d,e b>k
	Hemşire ^d	102	16,54	2,84					
	Ebe ^e	22	16,63	2,06					
	Sağlık lisansiyerleri	40	17,02	2,47					
	Sağlık Teknikerleri ^b	52	16,27	2,51					
	Tıbbi Sekreter ^c	35	16,66	2,34					
	Uzm. Doktor ^k	34	17,53	2,73					
	Diş Hekimi-Eczacı	17	17,88	2,47					
Empatik Eğilim	Doktor	32	66,44	6,24		0,001	26,17		e>f,k d>f,k f<c,e c>k
	Hemşire ^d	102	67,56	8,03					
	Ebe ^e	22	68,68	4,58					
	Sağlık lisansiyerleri ^f	40	63,75	5,57					
	Sağlık Teknikerleri	52	65,67	7,26					
	Tıbbi Sekreter ^c	35	68,71	6,45					
	Uzm. Doktor ^k	34	64,26	5,07					
	Diş Hekimi-Eczacı	17	66,65	5,09					

Tablo 6’ da sağlık çalışanlarının meslek gruplarına göre Ruhsal Hastalık İnançlar leği (RHi), Ruhsal Hastalık Damgalama leği (S-RHYD) ve Empatik Eğilim leği (EE) toplam ve alt ölçeklerine ilişkin ortalama puanlar, standart sapmalar ile ANOVA ve Kruskal-Wallis test sonuçları incelenmiştir.

Doktorlarda inanç ortalaması ($45,78 \pm 16,58$), hemşirelerde ($54,75 \pm 15,15$), ebelerde ($50,36 \pm 15,93$), sağlık bilimleri lisansiyerlerinde ($53,30 \pm 17,83$), sağlık teknikerlerinde ($57,29 \pm 11,99$), tıbbi sekreterlerde ($58,34 \pm 18,46$), uzman doktorlarda ($55,00 \pm 16,36$), diş hekimi-eczacılarda ($53,23 \pm 20,47$) olup, ANOVA testi meslek grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğunu ortaya koymuştur ($F=2,10$; $p=0,04$). Bu da ruhsal hastalıklara yönelik inanç düzeylerinin mesleki farklılıklarla ilişkili olduğunu göstermektedir.

Post-hoc testi sonuçlarına göre, doktorların RHi toplam puanları, sağlık teknikerlerinden ve tıbbi sekreterlerden anlamlı şekilde daha düşük bulunmuştur ($a < b, c$). Bu durum, doktorların ($45,78$) ruhsal hastalıklara yönelik genel inançlarının, sağlık teknikerleri ($57,29$) ve tıbbi sekreter ($58,34$) gruplarına kıyasla daha az olumsuz olduğunu göstermektedir.

Tehlikelilik alt ölçeğinde doktorlar ($21,22 \pm 7,11$), hemşireler ($22,99 \pm 7,04$), ebeler ($21,18 \pm 7,53$), sağlık bilimleri lisansiyerleri ($22,20 \pm 6,87$), sağlık teknikerleri ($24,04 \pm 5,37$), tıbbi sekreterler ($25,54 \pm 7,14$), uzman doktorlar ($22,00 \pm 5,77$), diş hekimi-eczacılar ($23,82 \pm 7,28$) olarak hesaplanmış ve ANOVA testi anlamlı bir fark bulunmadığını belirtmiştir ($F=1,67$; $p=0,12$).

Çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt ölçeğinde, doktorlar ($23,59 \pm 9,37$), hemşireler ($29,86 \pm 9,17$), ebeler ($27,41 \pm 10,30$), sağlık bilimleri lisansiyerleri ($29,10 \pm 10,75$), sağlık teknikerleri ($31,06 \pm 7,29$), tıbbi sekreterler ($30,97 \pm 11,24$), uzman doktorlar ($30,12 \pm 10,05$), diş hekimi-eczacılar ($28,53 \pm 13,24$) olup, ANOVA testi meslek grupları arasında anlamlı fark olduğunu doğrulamıştır ($F=2,17$; $p=0,04$).

Post-hoc analizinde, doktorların çaresizlik ve ilişkilerde bozulma inancı puanlarının, hemşirelerden, tıbbi sekreterlerden ve sağlık teknikerlerinden anlamlı şekilde daha düşük bulunmuştur ($a < d, c, b$). Doktorlar, ruhsal hastalıkların iyileşemedikleri ve sosyal ilişkileri bozduğu yönündeki inançlara daha az katılmaktadır.

Utanma alt ölçeğinde doktorlar ($0,97 \pm 1,77$), hemşireler ($1,90 \pm 2,05$), ebeler ($1,77 \pm 2,22$), sağlık bilimleri lisansiyerleri ($2,00 \pm 2,40$), sağlık teknikerleri ($2,19 \pm 2,22$), tıbbi sekreterler ($1,82 \pm 2,86$), uzman doktorlar ($2,88 \pm 1,98$), diş hekimi-eczacılar ($0,88 \pm 1,69$) olarak belirlenmiş ve Kruskal-Wallis testi anlamlı farkı vurgulamıştır ($K-W=23,50$; $p=0,001$).

Mann-Whitney U test sonuçlarına göre, uzman doktorların utanma puanları, hemşire ve diş hekimi-eczacılardan anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($k > d, m$). Uzman doktorların ortalama puanı (2,88), hemşire (1,90) ve diş hekimi-eczacıların (0,88) puanlarından belirgin şekilde fazladır. Test sonucu uzman doktorların ruhsal hastalıkları daha fazla utanç kaynağı olarak algıladığını gösterir.

Damgalama ölçeğinde doktorlar ($58,78 \pm 4,60$), hemşireler ($59,27 \pm 8,36$), ebeler ($58,50 \pm 6,24$), sağlık bilimleri lisansiyerleri ($58,22 \pm 6,04$), sağlık teknikerleri ($59,65 \pm 5,10$), tıbbi sekreterler ($59,54 \pm 7,22$), uzman doktorlar ($60,32 \pm 6,06$), diş hekimi-eczacılar ($60,88 \pm 4,18$) olup, Kruskal-Wallis testi anlamlı fark göstermemiştir (K-W=7,19; $p=0,41$).

Tutumlar alt ölçeğinde doktorlar ($14,44 \pm 3,25$), hemşireler ($16,39 \pm 3,82$), ebeler ($16,73 \pm 2,68$), sağlık bilimleri lisansiyerleri ($15,55 \pm 3,64$), sağlık teknikerleri ($16,90 \pm 2,68$), tıbbi sekreterler ($17,23 \pm 3,45$), uzman doktorlar ($15,91 \pm 4,76$), diş hekimi-eczacılar ($15,41 \pm 3,30$) olarak saptanmış ve ANOVA testi anlamlı farkı doğrulamıştır ($F=2,27$; $p=0,03$).

Post-hoc test sonuçlarına göre, doktorların tutum puanları, sağlık teknikerlerinden ve tıbbi sekreterlerden anlamlı şekilde daha düşük bulunmuştur ($a < b, c$). Doktorların ortalama puanı (14,44), sağlık teknikerleri (16,90) ve tıbbi sekreterler (17,23) gruplarına göre daha düşük olup, doktorların ruhsal hastalıklara yönelik tutumlarının daha olumlu olduğunu göstermektedir.

Kendini açma/yardım arayışı alt ölçeğinde doktorlar ($10,88 \pm 2,18$), hemşireler ($11,44 \pm 2,37$), ebeler ($10,50 \pm 2,02$), sağlık bilimleri lisansiyerleri ($11,43 \pm 1,93$), sağlık teknikerleri ($11,48 \pm 1,95$), tıbbi sekreterler ($10,49 \pm 2,01$), uzman doktorlar ($11,09 \pm 2,15$), diş hekimi-eczacılar ($11,59 \pm 2,15$) olup, ANOVA testi anlamlı fark bulunmadığını ifade etmiştir ($F=1,46$; $p=0,18$).

Sosyal mesafe alt ölçeğinde doktorlar ($18,69 \pm 2,09$), hemşireler ($16,54 \pm 2,84$), ebeler ($16,63 \pm 2,06$), sağlık bilimleri lisansiyerleri ($17,02 \pm 2,47$), sağlık teknikerleri ($16,27 \pm 2,51$), tıbbi sekreterler ($16,66 \pm 2,34$), uzman doktorlar ($17,53 \pm 2,73$), diş hekimi-eczacılar ($17,88 \pm 2,47$) olarak hesaplanmış ve Kruskal-Wallis testi anlamlı farkı ortaya koymuştur (K-W=25,27; $p=0,001$).

Mann-Whitney U testi sonuçları, doktorların sosyal mesafe puanlarının sağlık teknikerleri, tıbbi sekreterler, hemşireler ve ebelerden anlamlı biçimde daha yüksek olduğunu göstermektedir ($a > b, c, d, e$). Ayrıca sağlık teknikerlerinin puanları uzman doktorların puanlarından daha düşük bulunmuştur ($b > k$). Doktorların ortalama puanı, diğer grupların kıyasla daha yüksek çıkmış, bu durum doktorların ruhsal hastalarla sosyal

etkileşimde daha fazla mesafe koyma eğiliminde olduklarını ve damgalama düzeylerinin bu yönde arttığını göstermektedir. Öte yandan, sağlık teknikerlerinin ortalama puanı (16,27) uzman doktorların (17,53) puanından düşük olup, yardımcı sağlık çalışanlarının daha az sosyal mesafe eğilimi sergilediğini düşündürmektedir.

Empatik eğilim ölçeğinde doktorlar ($66,44 \pm 6,24$), hemşireler ($67,56 \pm 8,03$), ebeler ($68,68 \pm 4,58$), sağlık bilimleri lisansiyerleri ($63,75 \pm 5,57$), sağlık teknikerleri ($65,67 \pm 7,26$), tıbbi sekreterler ($68,71 \pm 6,45$), uzman doktorlar ($64,26 \pm 5,07$), diş hekimi-eczacılar ($66,65 \pm 5,09$) olup, Kruskal-Wallis testi anlamlı farkı doğrulamıştır (K-W=26,17; $p=0,001$).

Mann-Whitney U testi sonuçları, ebelerin empatik eğilim puanlarının sağlık lisansiyerleri ve uzman doktora kıyasla anlamlı biçimde daha yüksek olduğunu göstermektedir ($e>f,k$). Hemşirelerin puanları da lisansiyerler ve uzman doktorlardan daha yüksek bulunmuştur ($d>f,k$). Buna karşılık, lisansiyerlerin puanları tıbbi sekreterler ve ebelerden daha düşük çıkmıştır ($f<c,e$). Ayrıca tıbbi sekreterlerin puanları uzman doktorların puanlarından daha yüksek bulunmuştur ($c>k$). Ortalama değerler incelendiğinde, ebelerin (68,68) ve hemşirelerin (67,56) puanlarının lisansiyerler (63,75) ve uzman doktorların (64,26) puanlarından yüksek olduğu görülmektedir. Bu bulgular, ebeler ve hemşirelerin ruhsal hastalıklara yönelik empati düzeylerinin daha yüksek olduğunu göstermektedir.

Bu doğrultuda, inanç, çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma, utanma, tutumlar, sosyal mesafe ve empatik eğilim ölçeklerinde meslek grupları arasında anlamlı farklar tespit edilmiş olup ($p<0,05$), tehlikelilik, damgalama ve kendini açma/yardım arayışı ölçeklerinde anlamlı fark gözlenmemiştir ($p>0,05$). Bu durum, sağlık çalışanlarının ruhsal hastalıklara yönelik bazı inanç, tutum ve empati düzeylerinin mesleki rollerle ilişkili olabileceğini işaret etmektedir.

Tablo 7. Katılımcıların yakın çevresinde ruhsal bozukluğu var mı sorusunun RHİÖ, SÇ-RHYDÖ toplam ve alt ölçekleri ve EEÖ, ortalama, standart sapma, bağımsız örneklemelerinin t testi ve Mann-Whitney U testi sonuçları

	Değişken	N	Ort	Ss	t	p	MW-U
RHİÖ Toplam	Evet	118	53,75	17,55	-0,33	0,18	
	Hayır	216	54,37	15,49			
Tehlikelilik	Evet	118	23,14	6,98	0,31	0,81	
	Hayır	216	22,89	6,67			

Tablo 7. Devamı

	Değişken	N	Ort	Ss	t	p	MW-U
Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	Evet	118	28,95	10,66	-0,44	0,12	
	Hayır	216	29,44	9,47			
Utanma	Evet	118	1,67	2,22	-1,41	0,41	
	Hayır	216	2,03	2,21			
Damgalama	Evet	118	59,16	6,97		0,94	12681,50
	Hayır	216	59,42	6,48			
Tutumlar	Evet	118	15,81	3,62	-1,43	0,91	
	Hayır	216	16,40	3,61			
Kendini açma/Yardım arayışı	Evet	118	11,13	2,12	-0,46	0,48	
	Hayır	216	11,24	2,18			
Sosyal Mesafe	Evet	118	17,33	2,83	1,97	0,18	
	Hayır	216	16,74	2,49			
Empatik Eğilim	Evet	118	66,73	7,72		0,43	12079,00
	Hayır	216	66,39	6,34			

Tablo 7 incelendiğinde, yakın çevresinde ruhsal bozukluğu olan (Evet) katılımcılarda, inanç ortalaması ($53,75 \pm 17,55$), tehlikelilik ($23,14 \pm 6,98$), çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma ($28,95 \pm 10,66$), utanma ($1,67 \pm 2,22$), damgalama ($59,16 \pm 6,97$), tutumlar ($15,81 \pm 3,62$), kendini açma/yardım arayışı ($11,13 \pm 2,12$), sosyal mesafe ($17,33 \pm 2,83$) ve empatik eğilim ($66,73 \pm 7,72$) olarak bulunmuştur.

Yakın çevresinde ruhsal bozukluğu olmayan (Hayır) katılımcılarda ise inanç ($54,37 \pm 15,49$), tehlikelilik ($22,89 \pm 6,67$), çaresizlik ($29,44 \pm 9,47$), utanma ($2,03 \pm 2,21$), damgalama ($59,42 \pm 6,48$), tutumlar ($16,40 \pm 3,61$), kendini açma/yardım arayışı ($11,24 \pm 2,18$), sosyal mesafe ($16,74 \pm 2,49$) ve empatik eğilim ($66,39 \pm 6,34$) olarak hesaplanmıştır.

Bağımsız örnekler t testi sonuçlarına göre, inanç ($t=-0,33$; $p=0,18$), tehlikelilik ($t=0,31$; $p=0,81$), çaresizlik ($t=-0,44$; $p=0,12$), tutumlar ($t=-1,43$; $p=0,91$) ve kendini açma/yardım arayışı ($t=-0,46$; $p=0,48$) alt ölçeklerinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Utanma ($t=-1,41$; $p=0,41$) ve sosyal mesafe ($t=1,97$; $p=0,18$) için t testi , damgalama (mw-u=12681,50; $p=0,94$) ve empatik eğilim (MW-U=12079,00; $p=0,43$) için Mann-Whitney U testi sonuçları da anlamlı bir fark göstermemiştir ($p>0,05$). Veriler incelendiğinde, yakın çevresinde ruhsal bozukluğu olan ve olmayan sağlık çalışanlarının RHİÖ, SÇ-RHYDÖ ve EEÖ ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamış olup, bu durum, yakın çevrede ruhsal

bozukluk deneyiminin sağlık çalışanlarının ruhsal hastalıklara yönelik inanç, damgalama tutumları ve empati düzeyleri üzerinde belirgin bir etkisinin olmadığını göstermektedir.

Tablo 8. Katılımcıların Mesleki eğitiminiz dışında ruhsal hastalıklarla ilgili herhangi bir eğitim aldınız mı? Sorusunun RHİÖ toplam ve alt ölçekleri, SÇ-RHYDÖ toplam ve alt ölçekleri ve EEÖ ortalama, standart sapma, bağımsız örneklemelerinin t testi ve Mann-Whitney U testi sonuçları

	Değişken	N	Ort	Ss	t	p	MW-U
RHİÖ Toplam	Evet	50	47,22	17,13	-3,32	0,41	
	Hayır	284	55,37	15,78			
Tehlikelilik	Evet	50	20,10	6,99	-3,31	0,52	
	Hayır	284	23,49	6,62			
Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	Evet	50	25,32	10,61	-3,10	0,30	
	Hayır	284	29,96	9,60			
Utanma	Evet	50	1,80	1,93	-0,35	0,06	
	Hayır	284	1,92	2,27			
Damgalama	Evet	50	58,88	6,16		0,67	7366,50
	Hayır	284	59,40	6,73			
Tutumlar	Evet	50	14,40	4,08	-3,88	0,08	
	Hayır	284	16,51	3,44			
Kendini açma/Yardım arayışı	Evet	50	11,06	2,24	-0,50	0,69	
	Hayır	284	11,23	2,14			
Sosyal Mesafe	Evet	50	18,12	2,50	3,48	0,75	
	Hayır	284	16,74	2,60			
Empatik Eğilim	Evet	50	66,80	6,00		0,70	6849,00
	Hayır	284	66,46	7,00			

Tablo 8'de, katılımcıların mesleki eğitimleri dışında ruhsal hastalıklarla ilgili herhangi bir ek eğitim alıp almadıklarına göre, Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği (RHİÖ) toplam puanı ve alt ölçek puanları, Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalama Ölçeği (SÇ-RHYDÖ) toplam puanı ve alt ölçek puanları ile Empatik Eğilim Ölçeği (EEÖ) puanları karşılaştırmalı olarak incelenmiştir. Bu analizde, ek eğitim alan grup (Evet grubu, n=50) ile ek eğitim almayan grup (Hayır grubu, n=284) arasında bağımsız

örneklem t testi ve Mann-Whitney U testi yöntemleri kullanılarak gruplar arası farklar değerlendirilmiştir.

Ek eğitim alan katılımcıların ortalama puanları; RHIÖ toplam puan ortalaması ($47,22 \pm 17,13$), tehlikelilik alt ölçeği ($20,10 \pm 6,99$), çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt ölçeği ($25,32 \pm 10,61$), utanma alt ölçeği ($1,80 \pm 1,93$), SÇ-RHYDÖ toplam puan ortalaması ($58,88 \pm 6,16$), tutumlar alt ölçeği ($14,40 \pm 4,08$), kendini açma/yardım arayışı alt ölçeği ($11,06 \pm 2,24$), sosyal mesafe alt ölçeği ($18,12 \pm 2,50$) ve empatik eğilim ölçeği puan ortalaması ($66,80 \pm 6,00$) olarak hesaplanmıştır.

Buna karşılık, ek eğitim almayan katılımcıların ortalama puanları RHIÖ toplam puan ortalaması ($55,37 \pm 15,78$), tehlikelilik alt ölçeği ($23,49 \pm 6,62$), çaresizlik alt ölçeği ($29,96 \pm 9,60$), utanma alt ölçeği ($1,92 \pm 2,27$), SÇ-RHYDÖ toplam puan ortalaması ($59,40 \pm 6,73$), tutumlar alt ölçeği ($16,51 \pm 3,44$), kendini açma/yardım arayışı alt ölçeği ($11,23 \pm 2,14$), sosyal mesafe alt ölçeği ($16,74 \pm 2,60$) ve empatik eğilim ölçeği puan ortalaması ($66,46 \pm 7,00$) şeklinde bulunmuştur.

Bağımsız örneklem t testi sonuçları incelendiğinde, RHIÖ toplam puan ortalaması ($t=-3,32$; $p=0,41$), tehlikelilik alt ölçeği ($t=-3,31$; $p=0,52$), çaresizlik alt ölçeği ($t=-3,10$; $p=0,30$), utanma alt ölçeği ($t=-0,35$; $p=0,06$), tutumlar alt ölçeği ($t=-3,88$; $p=0,08$) ve kendini açma/yardım arayışı ($t=-0,50$; $p=0,69$) alt ölçeklerinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Benzer şekilde, SÇ-RHYDÖ toplam puan ortalaması (MW-U=7366,50; $p=0,67$) ve empatik eğilim ölçeği (MW-U=6849,00; $p=0,70$) Mann–Whitney U testi ile sosyal mesafe alt ölçeği ($t=3,48$; $p=0,75$) için t testi sonuçlarında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Bu bulgular, mesleki eğitim dışında ruhsal hastalıklarla ilgili ek eğitim alan ve almayan sağlık çalışanlarının Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği (RHIÖ), Sağlık Çalışanları için Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalama Ölçeği (SÇ-RHYDÖ) ve Empatik Eğilim Ölçeği (EEÖ) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığını ortaya koymaktadır. Başka bir ifadeyle, ek eğitim almanın sağlık çalışanlarının ruhsal hastalıklara yönelik inançlarını, damgalama eğilimlerini veya empatik yaklaşımlarını belirgin biçimde değiştirmediği görülmektedir.

Tablo 9. Katılımcıların eğitim durumuna göre RHiÖ toplam ve alt ölçekleri, SÇ-RHYDÖ toplam ve alt ölçekleri ve EEÖ ortalama, standart sapma, Anova, KruskalWallis, Mann-Whitney U ve Post-Hoc sonuçları

	Eğitim	N	Ort	Ss	F	p	K-W	MW-U	Post-Hoc
RHiÖ Toplam	Lise mezunu	17	51,76	22,47	1,81	0,10			
	Ön lisans	75	54,96	13,23					
	Lisans	161	54,94	16,55					
	Yüksek lisans	20	54,85	18,68					
	Doktora	6	58,17	11,48					
	Tıp fakültesi	25	44,44	14,63					
	Tıpta uzmanlık	30	56,03	16,17					
Tehlikelilik	Lise mezunu	17	20,59	10,35		0,36	6,55		
	Ön lisans	75	23,01	5,93					
	Lisans	161	23,61	6,87					
	Yüksek lisans	20	23,90	6,33					
	Doktora	6	22,66	9,11					
	Tıp fakültesi	25	20,60	6,64					
	Tıpta uzmanlık	30	22,26	5,36					
Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	Lise mezunu	17	29,12	12,71	1,96	0,07			
	Ön lisans	75	29,96	8,47					
	Lisans	161	29,57	9,97					
	Yüksek lisans	20	29,25	12,27					
	Doktora	6	32,17	2,32					
	Tıp fakültesi	25	23,04	8,70					
	Tıpta uzmanlık	30	30,67	9,99					
Utanma	Lise mezunu	17	59,47	2,08	3,19	0,001			c,a<b
	Ön lisans	75	58,69	2,13					
	Lisans ^c	161	59,31	2,27					
	Yüksek lisans	20	60,25	2,49					
	Doktora	6	61,00	3,14					
	Tıp fakültesi ^a	25	59,36	1,19					
	Tıpta uzmanlık ^b	30	59,90	1,99					
Damgalama	Lise mezunu	17	59,47	12,47		0,88	2,40		
	Ön lisans	75	58,69	5,48					
	Lisans	161	59,31	6,92					
	Yüksek lisans	20	60,25	6,32					
	Doktora	6	61,00	3,03					
	Tıp fakültesi	25	59,36	4,23					
	Tıpta uzmanlık	30	59,90	5,89					

Tablo 9. Devamı

	Eğitim	N	Ort	Ss	F	p	K-W	MW-U	Post-Hoc
Tutumlar	Lise mezunu	17	17,24	5,03	1,80	0,10			
	On lisans	75	16,69	3,01					
	Lisans	161	16,23	3,46					
	Yüksek lisans	20	15,75	3,92					
	Doktora	6	16,67	2,42					
	Tıp fakültesi	25	14,2	3,00					
	Tıpta uzmanlık	30	16,00	4,88					
Kendini açma/Yardım arayışı	Lise mezunu	17	10,53	2,60	0,98	0,44			
	On lisans	75	10,96	2,06					
	Lisans	161	11,40	2,22					
	Yüksek lisans	20	11,20	1,96					
	Doktora	6	12,33	1,63					
	Tıp fakültesi	25	11,04	1,84					
	Tıpta uzmanlık	30	11,03	2,20					
Sosyal Mesafe	Lise mezunu	17	16,65	4,03	4,02	0,01			a>c,d
	On lisans ^d	75	16,21	2,27					
	Lisans ^c	161	16,85	2,50					
	Yüksek lisans	20	18,00	2,85					
	Doktora	6	16,83	2,14					
	Tıp fakültesi ^a	25	18,84	2,08					
	Tıpta uzmanlık	30	17,23	2,74					
Empatik Eğilim	Lise mezunu	17	66,18	15,11		0,01	16,76	b<c,d,e	
	On lisans ^d	75	67,88	6,41					
	Lisans ^c	161	66,19	6,24					
	Yüksek lisans ^e	20	68,30	6,21					
	Doktora	6	69,67	5,32					
	Tıp fakültesi	25	66,44	5,51					
	Tıpta uzmanlık ^b	30	63,27	4,15					

Tablo 9 incelendiğinde, lise mezunlarında inanç ($51,76 \pm 22,47$), tehlikelilik ($20,59 \pm 10,35$), çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma ($29,12 \pm 12,71$), utanma ($2,06 \pm 2,08$), damgalama ($59,47 \pm 12,47$), tutumlar ($17,24 \pm 5,03$), kendini açma/yardım arayışı ($10,53 \pm 2,60$), sosyal mesafe ($16,65 \pm 4,03$) ve empatik eğilim ($66,18 \pm 15,11$) olarak hesaplanmıştır.

Ön lisans mezunlarında inanç ($54,96 \pm 13,23$), tehlikelilik ($23,01 \pm 5,93$), çaresizlik ($29,96 \pm 8,47$), utanma ($1,99 \pm 2,13$), damgalama ($58,69 \pm 5,48$), tutumlar ($16,69 \pm 3,01$), kendini açma/yardım arayışı ($10,96 \pm 2,06$), sosyal mesafe ($16,21 \pm 2,27$), empatik eğilim ($67,88 \pm 6,41$) olarak hesaplanmıştır.

Lisans mezunlarında inanç ($54,94 \pm 16,55$), tehlikelilik ($23,61 \pm 6,87$), çaresizlik ($29,57 \pm 9,97$), utanma ($1,76 \pm 2,27$), damgalama ($59,31 \pm 6,92$), tutumlar ($16,23 \pm 3,46$), kendini açma/yardım arayışı ($11,40 \pm 2,22$), sosyal mesafe ($16,85 \pm 2,50$), empatik eğilim ($66,19 \pm 6,24$) olarak hesaplanmıştır.

Yüksek lisans mezunlarında inanç ($54,85 \pm 18,68$), tehlikelilik ($23,90 \pm 6,33$), çaresizlik ($29,25 \pm 12,27$), utanma ($1,70 \pm 2,49$), damgalama ($60,25 \pm 6,32$), tutumlar ($15,75 \pm 3,92$), kendini açma/yardım arayışı ($11,20 \pm 1,96$), sosyal mesafe ($18,00 \pm 2,85$), empatik eğilim ($68,30 \pm 6,21$) olarak hesaplanmıştır.

Doktora mezunlarında inanç ($58,17 \pm 11,48$), tehlikelilik ($22,66 \pm 9,11$), çaresizlik ($32,17 \pm 2,32$), utanma ($3,33 \pm 3,14$), damgalama ($61,00 \pm 3,03$), tutumlar ($16,67 \pm 2,42$), kendini açma/yardım arayışı ($12,33 \pm 1,63$), sosyal mesafe ($16,83 \pm 2,14$), empatik eğilim ($69,67 \pm 5,32$) olarak hesaplanmıştır.

Tıp fakültesi mezunlarında inanç ($44,44 \pm 14,63$), tehlikelilik ($20,60 \pm 6,64$), çaresizlik ($23,04 \pm 8,70$), utanma ($0,80 \pm 1,19$), damgalama ($59,36 \pm 4,23$), tutumlar ($14,24 \pm 3,00$), kendini açma/yardım arayışı ($11,04 \pm 1,84$), sosyal mesafe ($18,84 \pm 2,08$), empatik eğilim ($66,44 \pm 5,51$) olarak hesaplanmıştır.

Tıpta uzmanlık mezunlarında inanç ($56,03 \pm 16,17$), tehlikelilik ($22,26 \pm 5,36$), çaresizlik ($30,67 \pm 9,99$), utanma ($3,10 \pm 1,99$), damgalama ($59,90 \pm 5,89$), tutumlar ($16,00 \pm 4,88$), kendini açma/yardım arayışı ($11,03 \pm 2,20$), sosyal mesafe ($17,23 \pm 2,74$), empatik eğilim ($63,27 \pm 4,15$) olarak hesaplanmıştır.

ANOVA testi sonuçlarına göre, inanç ($F=1,81$; $p=0,10$), çaresizlik ($F=1,96$; $p=0,07$), tutumlar ($F=1,80$; $p=0,10$) ve kendini açma/yardım arayışı ($F=0,98$; $p=0,44$) alt ölçeklerinde eğitim grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. utanma ($F=3,19$; $p=0,01$) ve sosyal mesafe ($F=4,02$; $p=0,001$) alt ölçeklerinde ANOVA testi, empatik eğilim ($K-W=16,76$; $p=0,01$) için Kruskal-Wallis testi anlamlı farklar göstermiştir. Mann-Whitney U testi bulguları, tıpta uzmanlık yapanların empatik eğilim puanlarının lisans, ön lisans ve yüksek lisans mezunlarına kıyasla anlamlı biçimde daha düşük olduğunu göstermektedir ($b < c, d, e$). Bu da uzman doktorların ruhsal hastalıklara yönelik empati seviyelerinin daha sınırlı olduğunu ortaya koymaktadır. Post-hoc test sonuçlarına göre, lisans mezunları ve tıp fakültesi mezunları gruplarının utanma puanları, tıpta uzmanlık grubundan anlamlı şekilde daha düşük çıkmıştır ($c, a < b$). Bu, lisans ve tıp fakültesi gruplarının ruhsal hastalıkların utanç verici olduğuna yönelik inançlarının, tıpta uzmanlık grubuna kıyasla daha az olumsuz olduğunu göstermektedir. Sosyal mesafe alt boyutunda ise tıp fakültesi mezunlarının sosyal mesafe puanlarının, lisans ve ön lisans mezunlarından anlamlı derecede yüksek olduğunu ortaya koymuştur ($a > c, d$). Bu sonuç, tıp fakültesi mezunlarının ruhsal hastalık tanısı olan bireylere karşı daha fazla sosyal mesafe koyma eğiliminde olduğunu göstermektedir. Bulgulara göre, eğitim durumuna göre utanma, sosyal mesafe ve empatik eğilim ölçeklerinde istatistiksel olarak anlamlı farklar tespit edilmiş ($p < 0,05$), ancak inanç, tehlikelilik, çaresizlik, damgalama ve

tutumlar ölçeklerinde anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Bu durum, eğitim düzeyinin sağlık çalışanlarının ruhsal hastalıklara yönelik bazı tutum ve empati düzeylerini etkileyebileceğini, ancak genel inanç ve damgalama tutumları üzerinde belirgin bir etkisinin olmadığını göstermektedir.

Tablo 10. Katılımcıların meslekteki çalışma yılına göre RHİÖ toplam ve alt ölçekleri, SÇ-RHYDÖ toplam ve alt ölçekleri ve EEÖ ortalama, standart sapma, Anova, Kruskal-Wallis ve Mann-Whitney U sonuçları

	Eğitim	N	Ort	Ss	f	p	K-W	MW-U
RHİÖ Toplam	0-5 yıl	192	54,19	15,83	0,86	0,49		
	6-10 yıl	71	53,00	15,08				
	11-15 yıl	26	55,73	19,25				
	16-20 yıl	29	57,86	19,39				
	21 yıl ve üzeri	16	49,50	14,55				
Tehlikelilik	0-5 yıl	192	23,24	6,31	0,81	0,52		
	6-10 yıl	71	22,45	6,37				
	11-15 yıl	26	23,15	8,14				
	16-20 yıl	29	23,72	8,92				
	21 yıl ve üzeri	16	20,50	7,31				
Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	0-5 yıl	192	28,94	9,55	0,84	0,50		
	6-10 yıl	71	28,75	9,61				
	11-15 yıl	26	30,85	10,99				
	16-20 yıl	29	31,93	12,09				
	21 yıl ve üzeri	16	28,19	8,99				
Utanma	0-5 yıl	192	2,01	2,31		0,11	7,57	
	6-10 yıl	71	1,80	1,86				
	11-15 yıl	26	1,73	1,99				
	16-20 yıl	29	2,21	2,55				
	21 yıl ve üzeri	16	0,81	2,10				
Damgalama	0-5 yıl	192	59,10	6,66		0,67	2,34	
	6-10 yıl	71	59,97	4,94				
	11-15 yıl	26	60,19	6,88				
	16-20 yıl	29	59,97	8,46				
	21 yıl ve üzeri	16	56,63	8,74				
Tutumlar	0-5 yıl	192	15,75	3,63	2,27	0,06		
	6-10 yıl	71	16,85	3,60				
	11-15 yıl	26	16,58	3,73				
	16-20 yıl	29	17,41	3,01				
	21 yıl ve üzeri	16	15,81	3,80				
Kendini açma/Yardım arayışı	0-5 yıl	192	11,26	2,22	0,76	0,56		
	6-10 yıl	71	11,15	2,05				
	11-15 yıl	26	11,50	1,68				
	16-20 yıl	29	11,14	1,94				
	21 yıl ve üzeri	16	10,38	2,83				
Sosyal Mesafe	0-5 yıl	192	17,01	2,70	1,32	0,26		
	6-10 yıl	71	17,20	2,42				
	11-15 yıl	26	17,19	2,59				
	16-20 yıl	29	16,28	2,85				
	21 yıl ve üzeri	16	15,94	2,02				
Empatik Eğilim	0-5 yıl ^a	192	65,91	6,84		0,001	20,23	d >a,b,c e>a,b,c
	6-10 yıl ^b	71	65,87	6,28				
	11-15 yıl ^c	26	65,58	6,88				
	16-20 yıl ^d	29	71,34	7,18				
	21 yıl ve üzeri ^e	16	69,44	4,95				

Tablo 10 incelendiğinde, sağlık çalışanlarının meslekteki çalışma yıllarına göre Ruhsal Hastalık İnançlar Ölçeği (RHİÖ), Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalama Ölçeği (SÇ-RHYDÖ) ve Empatik Eğilim Ölçeği (EEÖ) toplam ve alt ölçeklerine ilişkin ortalama puanlar, standart sapmalar, ANOVA ve Kruskal-Wallis test sonuçları, tabloda değerlendirilmiştir.

0-5 yıl çalışanlarda inanç ($54,19 \pm 15,83$), tehlikelilik ($23,24 \pm 6,31$), çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma ($28,94 \pm 9,55$), utanma ($2,01 \pm 2,31$), damgalama ($59,10 \pm 6,66$), tutumlar ($15,75 \pm 3,63$), kendini açma/yardım arayışı ($11,26 \pm 2,22$), sosyal mesafe ($17,01 \pm 2,70$) ve empatik eğilim ($65,91 \pm 6,84$) olarak hesaplanmıştır.

6-10 yıl çalışanlarda inanç ($53,00 \pm 15,08$), tehlikelilik ($22,45 \pm 6,37$), çaresizlik ($28,75 \pm 9,61$), utanma ($1,80 \pm 1,86$), damgalama ($59,97 \pm 4,94$), tutumlar ($16,85 \pm 3,60$), kendini açma/yardım arayışı ($11,15 \pm 2,05$), sosyal mesafe ($17,20 \pm 2,42$), empatik eğilim ($65,87 \pm 6,28$) olarak hesaplanmıştır.

11-15 yıl çalışanlarda inanç ($55,73 \pm 19,25$), tehlikelilik ($23,15 \pm 8,14$), çaresizlik ($30,85 \pm 10,99$), utanma ($1,73 \pm 1,99$), damgalama ($60,19 \pm 6,88$), tutumlar ($16,58 \pm 3,73$), kendini açma/yardım arayışı ($11,50 \pm 1,68$), sosyal mesafe ($17,19 \pm 2,59$), empatik eğilim ($65,58 \pm 6,88$) olarak hesaplanmıştır.

16-20 yıl çalışanlarda inanç ($57,86 \pm 19,39$), tehlikelilik ($23,72 \pm 8,92$), çaresizlik ($31,93 \pm 12,09$), utanma ($2,21 \pm 2,55$), damgalama ($59,97 \pm 8,46$), tutumlar ($17,41 \pm 3,01$), kendini açma/yardım arayışı ($11,14 \pm 1,94$), sosyal mesafe ($16,28 \pm 2,85$), empatik eğilim ($71,34 \pm 7,18$) olarak hesaplanmıştır.

21 yıl ve üzeri çalışanlarda inanç ($49,50 \pm 14,55$), tehlikelilik ($20,50 \pm 7,31$), çaresizlik ($28,19 \pm 8,99$), utanma ($0,81 \pm 2,10$), damgalama ($56,63 \pm 8,74$), tutumlar ($15,81 \pm 3,80$), kendini açma/yardım arayışı ($10,38 \pm 2,83$), sosyal mesafe ($15,94 \pm 2,02$), empatik eğilim ($69,44 \pm 4,95$) olarak hesaplanmıştır.

ANOVA testi sonuçlarına göre, inanç ($F=0,86$; $p=0,49$), tehlikelilik ($F=0,81$; $p=0,52$), çaresizlik ($F=0,84$; $p=0,50$), tutumlar ($F=2,27$; $p=0,06$) ve kendini açma/yardım arayışı ($F=0,76$; $p=0,56$) alt ölçeklerinde çalışma yılı grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Utanma ($K-W=7,57$; $p=0,11$) ve damgalama ($K-W=2,34$; $p=0,67$) için Kruskal-Wallis testi, sosyal mesafe ($F=1,32$; $p=0,26$) için ANOVA testi anlamlı fark göstermemiştir. Ancak, empatik eğilim ölçeğinde Kruskal-Wallis testi anlamlı bir fark ortaya koymuştur ($K-W=20,23$; $p=0,001$). Mann-Whitney U testi sonucuna göre, 16–20 yıl çalışan grubun (71,34) empatik eğilim puanı, 0–5 yıl (65,91), 6–10 yıl (65,87) ve 11–15 yıl (65,58) çalışan gruplarına kıyasla anlamlı biçimde yüksek bulunmuştur. Bu durum mesleki deneyimin 16–20 yıl aralığında empatik eğilimi

artırabileceğini göstermektedir. 21 yıl ve üzeri çalışan grubun empatik eğilim puanı (69,44), 0–5 yıl (65,91), 6–10 yıl (65,87) ve 11–15 yıl (65,58) çalışan gruplara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür. Bu sonuç, uzun süreli mesleki deneyimin empatik eğilim üzerinde olumlu bir etki yarattığını göstermektedir. Bulgulara göre, yalnızca Empatik Eğilim ölçeğinde meslekteki çalışma yılına bağlı olarak istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiş ($p<0,05$), diğer ölçek ve alt ölçeklerde ise anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Bu durum, meslekteki deneyimin sağlık çalışanlarının empati düzeylerini etkileyebileceğini, ancak ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve damgalama tutumları üzerinde belirgin bir etkisinin olmadığını göstermektedir.

Tablo 11. Katılımcıların RHİÖ toplam ve alt ölçekleri, SÇ-RHYDÖ toplam ve alt ölçekleri ve EEÖ arasındaki korelasyon sonuçları

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.
1. İnanç (RHİÖ)	1,00								
2. Tehlike	0,84**	1,00							
3. Çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma	0,93**	0,63**	1,00						
4. Utanma	0,47**	0,24**	0,36**	1,00					
5. Damgalama (SÇ-RHYDÖ)	0,38**	0,26**	0,38**	0,21**	1,00				
6. Tutumlar	0,56**	0,45**	0,51**	0,39**	0,62**	1,00			
7. Kendini açma/Yardım arayışı	0,26**	0,17**	0,24**	0,25**	0,65**	0,33**	1,00		
8. Sosyal mesafe	-0,31**	-0,26**	-0,25**	-0,40**	0,19**	-0,37**	-0,04	1,00	
9. Empatik Eğilim(EEÖ)	0,05	0,09	0,06	-0,08	0,14*	0,08	0,07	0,09	1,00

** . Korelasyon 0,01 düzeyinde anlamlıdır,

*. Korelasyon 0,05 düzeyinde anlamlıdır,

Tablo 11 incelendiğinde, sağlık çalışanlarının Ruhsal Hastalık İnançlar Ölçeği (RHİÖ), Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalama Ölçeği (SÇ-RHYDÖ) ve Empatik Eğilim Ölçeği (EEÖ) toplam ve alt ölçekleri arasındaki ilişkiler, Spearman korelasyon katsayısı kullanılarak incelenmiştir.

İnanç (RHİÖ) ile tehlikelilik arasında yüksek düzeyde pozitif ve anlamlı bir ilişki ($r=0,84$; $p<0,01$), çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma ile çok yüksek düzeyde pozitif ve anlamlı bir ilişki ($r=0,93$; $p<0,01$), utanma ile orta düzeyde pozitif ve anlamlı bir ilişki ($r=0,47$; $p<0,01$), damgalama (SÇ-RHYDÖ) ile düşük-orta düzeyde pozitif ve anlamlı bir ilişki ($r=0,38$; $p<0,01$), tutumlar ile orta düzeyde pozitif ve anlamlı bir ilişki ($r=0,56$; $p<0,01$), kendini açma/yardım arayışı ile düşük düzeyde pozitif ve anlamlı bir

ilişki ($r=0,26$; $p<0,01$) ve sosyal mesafe ile düşük düzeyde negatif ve anlamlı bir ilişki ($r=-0,31$; $p<0,01$) saptanmış; ancak empatik eğilim ile anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($r=0,05$; $p>0,05$).

Tehlikelilik, çaresizlik ile orta düzeyde pozitif ve anlamlı ($r=0,63$; $p<0,01$), utanma ile düşük düzeyde pozitif ve anlamlı ($r=0,24$; $p<0,01$), damgalama ile düşük düzeyde pozitif ve anlamlı ($r=0,26$; $p<0,01$), tutumlar ile orta düzeyde pozitif ve anlamlı ($r=0,45$; $p<0,01$), kendini açma/yardım arayışı ile düşük düzeyde pozitif ve anlamlı ($r=0,17$; $p<0,01$), sosyal mesafe ile düşük düzeyde negatif ve anlamlı ($r=-0,26$; $p<0,01$) bir ilişki gösterirken, empatik eğilim ile anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir ($r=0,09$; $p>0,05$).

Çaresizlik, utanma ile düşük-orta düzeyde pozitif ve anlamlı ($r=0,36$; $p<0,01$), damgalama ile düşük-orta düzeyde pozitif ve anlamlı ($r=0,38$; $p<0,01$), tutumlar ile orta düzeyde pozitif ve anlamlı ($r=0,51$; $p<0,01$), kendini açma/yardım arayışı ile düşük düzeyde pozitif ve anlamlı ($r=0,24$; $p<0,01$), sosyal mesafe ile düşük düzeyde negatif ve anlamlı ($r=-0,25$; $p<0,01$) bir ilişki gösterirken, empatik eğilim ile anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($r=0,06$; $p>0,05$).

Utanma, damgalama ile düşük düzeyde pozitif ve anlamlı ($r=0,21$; $p<0,01$), tutumlar ile düşük-orta düzeyde pozitif ve anlamlı ($r=0,39$; $p<0,01$), kendini açma/yardım arayışı ile düşük düzeyde pozitif ve anlamlı ($r=0,25$; $p<0,01$), sosyal mesafe ile düşük-orta düzeyde negatif ve anlamlı ($r=-0,40$; $p<0,01$) bir ilişki gösterirken, empatik eğilim ile anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($r=-0,08$; $p>0,05$).

Damgalama, tutumlar ile orta-yüksek düzeyde pozitif ve anlamlı ($r=0,62$; $p<0,01$), kendini açma/yardım arayışı ile orta-yüksek düzeyde pozitif ve anlamlı ($r=0,65$; $p<0,01$), sosyal mesafe ile düşük düzeyde pozitif ve anlamlı ($r=0,19$; $p<0,01$), empatik eğilim ile düşük düzeyde pozitif ve anlamlı ($r=0,14$; $p<0,05$) bir ilişki göstermiştir. Tutumlar, kendini açma/yardım arayışı ile düşük-orta düzeyde pozitif ve anlamlı ($r=0,33$; $p<0,01$), sosyal mesafe ile düşük-orta düzeyde negatif ve anlamlı ($r=-0,37$; $p<0,01$) bir ilişki gösterirken, empatik eğilim ile anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($r=0,08$; $p>0,05$).

Kendini açma/yardım arayışı ile sosyal mesafe ($r=-0,04$; $p>0,05$) ve empatik eğilim ($r=0,07$; $p>0,05$) arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Sosyal mesafe ile empatik eğilim arasında da anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir ($r=0,09$; $p>0,05$).

Bulgulara göre, sağlık çalışanlarının ruhsal hastalıklara yönelik inanç (inanç, tehlikelilik, çaresizlik, utanma) ve damgalama (damgalama, tutumlar, kendini açma/yardım arayışı) ölçekleri arasında genellikle pozitif ve anlamlı ilişkiler olduğunu, Sosyal mesafe'nin bu ölçeklerle negatif ilişkiler sergilediğini, empatik eğilim'in ise yalnızca damgalama ile zayıf bir pozitif ilişki gösterdiğini ve diğer ölçeklerle anlamlı bir

ilişki içinde olmadığını ortaya koymaktadır; bu durum, ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve damgalama tutumlarının birbirleriyle daha güçlü bir şekilde ilişkili olduğunu, ancak empati düzeylerinin bu tutumlarla sınırlı bir ilişkiye sahip olduğunu göstermektedir.



5. TARTIŞMA

Bu bölümde, analizler sonucunda elde edilen bulguların yorumlanması ve literatürdeki benzer çalışma sonuçları ile karşılaştırılması sağlanmıştır.

Çalışmamızda cinsiyetler arasında RHIÖ toplam puanı ile tehlikelilik, çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma ve utanma alt ölçeklerinde puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir. Bu bulgu, cinsiyetin ruhsal hastalığa yönelik genel inançlar üzerinde belirgin bir etkisinin olmadığını göstermektedir. Literatür tarandığında yapılan araştırmalarda cinsiyete göre ruhsal hastalıklara yönelik inançlar açısından fark olmadığı tespit edilmiş olup çalışmamızdaki bulgularla benzerlik göstermiştir (Zahid vd., 2006; Gürses, 2022; Çam ve Bilge, 2011). Evli (2021), Gedik (2015) ve Öztürk vd., (2017) tarafından yaptığı çalışmalarda, ruhsal hastalıklara yönelik inançlar ölçeği'nin toplam ve alt ölçek puanlarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık göstermediği bildirilmiştir.

Literatürde yer alan bazı çalışmalarda, cinsiyet değişkeninin ruhsal hastalıklara yönelik inançlar üzerinde etkili olduğu ve kadınların erkeklere kıyasla daha çok pozitif inançlar sergilediği bulunmuştur (Savrun vd., 2007; Angermeyer ve Matschinger 2003; Akdede vd., 2004). Yapılan çalışmalara bakıldığında cinsiyetin ruhsal hastalıklara yönelik inançlar üzerindeki etkisi değişkenlik göstermiştir. Çalışmalardaki ortaya çıkan farklı sonuçlar katılımcıların içinde bulunduğu farklı kültürlerden, toplumsal normlardan ve ruhsal hastalıklara dair bilgi eksikliğinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Sağlık çalışanlarının Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalama Ölçeği (SÇ-RHYDÖ) toplam puanı ve alt ölçeklerinde (tutumlar, kendini açma/yardım arayışı, sosyal mesafe), Mann-Whitney U testi sonucuna göre, cinsiyetler arasında toplam damgalama puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir. Bu bulgu, ruhsal hastalıklara yönelik genel damgalama tutumlarının cinsiyetten bağımsız olduğunu göstermektedir. Azazi tarafından gerçekleştirilen çalışmada, SÇ-RHYDÖ'nin toplam ve alt boyut puanlarının yaş, cinsiyet ve medeni durum değişkenlerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği saptanmıştır (Azazi, 2021). Destrebecq vd., (2018) gerçekleştirdiği çalışmada, Ölçeği'in İtalyanca versiyonunda cinsiyet değişkenine göre damgalanma puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir. Değerli'nin (2025), 255 sağlık çalışanının katılımıyla yaptığı çalışmada, cinsiyete göre SÇ-RHYDÖ toplam ve alt ölçek puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur. Mevcut bulgular, daha önce yapılmış çalışmalarla benzerlik

göstermekte; literatürde benzer sonuçlara ulaşan araştırmalar bu çalışmayı desteklemektedir. (Grover, 2020; Kartal, 2024; Doğrul, 2023). Modgill vd., (2014) yaptığı bir başka çalışmada, cinsiyet değişkenine göre elde edilen fark istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte, erkek katılımcıların toplam damgalama puanlarının kadınlara kıyasla daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Bir başka çalışmada, erkeklerde gözlenen düşük sosyal destek arama ve kendini açma davranışları ruhsal hastalıklara ilişkin damgalama tutumlarının artmasında belirgin bir faktör olarak görülmektedir (Seidler vd., 2021). Clement vd., (2015) tarafından yürütülen çalışmada, erkeklerin ruhsal hastalıklara yönelik damgalamanın yardım arama davranışı üzerinde olumsuz bir etki yarattığını göstermektedir. Erkeklerin damgalayıcı tutumlarının güçlenmesinde toplumsal cinsiyet rollerinin etkili olduğu belirtilmektedir (Vogel vd., 2019). Çalışmamızda cinsiyet açısından anlamlı bir farklılık gözlenmemesi, katılımcıların benzer kültürel özelliklere sahip olmaları ve damgalama sürecinden her iki cinsiyetin de eş düzeyde etkilenmiş olabileceğiyle açıklanabilir.

Çalışmamızda, katılımcıların empatik eğilim düzeyinin cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermiş; kadınların empati düzeyinin erkelere göre anlamlı biçimde yüksek olduğu bulunmuştur. Çiçek'in (2006), sağlık çalışanlarının katılımıyla gerçekleştirdiği araştırmada, kadınların empatik eğilim puanlarının erkeklere göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Literatür incelemesi de cinsiyetin empatik eğilim üzerinde etkili bir değişken olduğunu ve bu etkinin genellikle kadınların lehine sonuçlandığını göstermektedir. Literatürdeki benzer çalışmalarda cinsiyetin empati üzerinde etkili olduğu sonucunu desteklemektedir (Karkaç, 2013; Öztürk vd., 2004; Seymen 2007; Duru, 2002; Söylemez, 2013). Kadınların empatik eğilim düzeylerinin erkeklere oranla daha yüksek olmasının, kadınların daha duygusal ve hassas biçimde yetiştirilmeleriyle ilişkili olduğu belirtilmiştir (Ekinci ve Aybek, 2010). Kadın ve erkeklerin duygusal özellikleri açısından farklı olmaları, kadınların duygusal ve sosyal beceri yönünden daha gelişmiş olmaları empatik eğilim düzeylerini olumlu yönde etki etmektedir (Rochat, 2022; Koç, 2016).

Sağlık çalışanlarının meslek gruplarına göre Ruhsal Hastalık İnançlar Ölçeği (RHIÖ) toplam puanında ve çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt ölçeğinde istatistiksel olarak anlamlı farklar olduğunu ortaya koymuştur. Doktorlar, her iki ölçekte de en düşük ortalama puanlara sahipken, sağlık teknikerleri ve tıbbi sekreterler en yüksek puanları almıştır. Bu bulgu, hekimlerin ruhsal hastalıklara yönelik daha az olumsuz inanç (daha düşük tehlikelilik algısı ve çaresizlik hissi) sergilediğini göstermektedir. Literatürde bu durum, hekimlerin daha kapsamlı psikiyatri eğitimi ve klinik deneyimiyle

ilişkilendirilmektedir. Örneğin, Katar’da 498 sağlık çalışanının katılımıyla gerçekleşen kesitsel bir araştırmada, doktorların toplam puan ortalaması hemşirelerinkinden anlamlı şekilde düşük bulunmuş; yüksek puan damgalayıcı tutumları yansıtmaktadır (Ghuloum vd., 2022). Aile sağlığı merkezinde sağlık çalışanlarına yönelik yapılan bir çalışmada, araştırmaya katılan doktorların ebe ve hemşirelere göre ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik daha olumlu inançların olduğu görülmüştür (Kabak, 2021). Tehlikelilik alt ölçeğinde ise meslek grupları arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Doktorların ortalama puanı diğer gruplara göre en düşük olsa da, bu fark istatistiksel anlamlılığa ulaşmamıştır. Bu durum, tehlikelilik algısının meslekten ziyade genel toplumsal kalıp yargılardan etkilenebileceğini düşündürmektedir. Türkiye’de sağlık çalışanları arasında yapılan bir çalışmada da tehlikelilik algısının meslek grupları arasında farklılık göstermediği, ancak genel nüfusa göre daha düşük olduğu belirtilmiştir (Azazi, 2021). Utanma alt ölçeğinde doktorlar en düşük puana sahipken, uzman doktorlar en yüksek puanı almıştır. Bu, genel pratisyen hekimlerin ruhsal hastalığı utanç verici bulma eğiliminin diğer meslek gruplarına göre daha az olduğunu göstermektedir. Bu bulgu, SÇ-RHYDÖ’nün Türkçeye uyarlama çalışmasında da gözlenen düşük utanma puanlarıyla uyumludur (Azazi, 2021). Araştırmamızda meslek gruplarına göre Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalama Ölçeği (SÇ-RHYDÖ) toplam puanında istatistiksel açıdan anlamlı farkın bulunmadığı tespit edilmiştir. Bu bulgu, genel damgalama düzeyinin meslekten büyük ölçüde bağımsız olduğunu tüm gruplarda benzer etkiler yarattığını göstermektedir. Değerli’nin (2025) yaptığı çalışmada sağlık çalışanlarının SÇ-RHYDÖ toplam puan ve alt ölçek puan ortalamalarında, meslek durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği bulunmuştur. Portekiz’de 292 sağlık çalışanı arasında genel damgalama düzeylerinin meslek grupları arasında tutarlı olduğu ve farkların alt boyutlarda yoğunlaştığı belirtilmiştir (Torres vd., 2024). Tutumlar alt ölçeğinde doktorlar yine en düşük ortalama puana sahipken, tıbbi sekreterler en yüksek puanı almıştır. Bu, hekimlerin ruhsal hastalıklı bireylere yönelik daha olumlu tutumlar sergilediğini göstermektedir. Ancak, Sosyal Mesafe alt ölçeğinde doktorların en yüksek puana sahip olması dikkat çekicidir. Bu çelişkili bulgu, hekimlerin bilgi ve tutum düzeyinin yüksek olmasına rağmen, klinik etkileşimlerde sosyal mesafe koyma eğiliminin daha belirgin olabileceğini göstermektedir. Literatürde bu durum, hekimlerin mesleki sınırları koruma ve duygusal tükenmişliği önleme stratejisiyle açıklanmaktadır (Hojat vd., 2009). Kendini açma/yardım arayışı alt ölçeklerinde meslek grupları arasında anlamlı fark bulunmaması, genel damgalama düzeyinin meslekten büyük ölçüde bağımsız olduğunu göstermektedir. Bulgular, SÇ-RHYDÖ ölçeğinin psikometrik özelliklerini değerlendiren çalışmalarda da

rapor edilen bir bulgularla benzerlik göstermektedir (Azazi, 2021). Çalışmamızda Empatik Eğilim Ölçeği (EEÖ) puanları mesleklere göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Empatik Eğilim Ölçeği (EEÖ) puanlarında ebeler ve tıbbi sekreterler en yüksek, sağlık bilimleri lisansiyerleri ise en düşük ortalamaya sahiptir. Bu sonuç, bakım odaklı meslek gruplarının (ebelik, hemşirelik) yardım etme davranışından kaynaklanıyor olabilir. Aynı zamanda kadınlarda duygusal zekâ düzeylerinin yüksek olmasının empatik eğilimlerinin de daha güçlü olabileceğini düşündürmektedir. Dökmen (2004), empatik eğilim ile yardım etme davranışı arasında pozitif yönlü bir ilişki bulunduğunu ifade etmektedir. Sevindik vd., (2012) ile Eraslan (2016) tarafından gerçekleştirilen çalışmalarda, kadınların duygusal zekâ ölçek puan ortalamalarının erkeklere kıyasla daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Uyanık Balat vd., (2014) tarafından gerçekleştirilen çalışmada, okul öncesi öğretmenlerin duygusal zekâları ile empatik eğilimleri arasındaki ilişki düzeyi incelenmiş ve iki değişken arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bu durum, yüksek duygusal zekâyâ sahip bireylerin empatik eğilimlerinin de daha yüksek düzeyde olduğunu göstermektedir.

Çiçek (2006) tarafından yapılan araştırmada sağlık çalışanları arasında; hemşirelerin empatik eğilim puan ortalamaları, doktorlara göre ileri düzeyde anlamlı olduğu bulunmuştur. Tatlı'nın (2018) gerçekleştirdiği çalışmada hemşirelerin empatik eğilim puanı, doktorlara göre yüksek bulunmuştur. Özdemir (2015) hemşirelerin empatik eğilimleri ve empatik becerileri ile bireyselleştirilmiş bakım algıları arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yürütülen çalışmada hemşirelerin EEÖ toplam puan ortalaması (71,26) olup hemşirelerin empatik eğilimlerine ilişkin literatürde yer alan çalışmalarla benzer olduğu saptanmıştır (Köksal, 2009; Cengiz, 2008; Tunç vd., 2014).

Çalışmamızda katılımcıların yakın çevresinde ruhsal bozukluğu var mı? sorusuna 35.3%'i evet cevabı verirken 64,7%'ü ise hayır cevabı vermiştir. Çalışmamız Ruhsal Hastalık İnançlar Ölçeği (RHIÖ) toplam ve alt ölçekleri, Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalama Ölçeği (SÇ-RHYDÖ) toplam ve alt ölçekleri ve Empatik Eğilim Ölçeği (EEÖ) puanlarında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığını ortaya koymuştur. Saylık (2023) Adnan Menderes Üniversitesi hastanesinde 515 sağlık çalışanının katılımıyla gerçekleştirdiği çalışmasında katılımcının yakın çevresinde ruhsal hastalığı olan bireyin bulunma durumu ile ruhsal hastalığa yönelik inançlar arasında anlamlı bir ilişki olmadığını tespit etmiştir. Yıldırım vd., (2018) çalışmalarında ruhsal hastalıklara ilişkin inançların, bireyin çevresinde ruhsal hastalığı olan birinin bulunup bulunmamasına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği belirlenmiştir. Çalışmamızda elde edilen sonuçlar daha önce yapılan çalışmalarla benzer sonuçlar göstermiştir (Oban ve

Küçük, 2011; Kaya, 2024; Baştosun, 2019). Literatürde çalışma bulgularımızı desteklemeyen çalışmalarda mevcuttur. Ünal vd., (2010) çalışmalarında ruhsal hastalığı olan bireye yakınlık derecesine göre utanma, tehlikelilik ve ruhsal hastalıklara yönelik inanç toplam puanlarında anlamlı farklılık tespit etmiştir. Küçükkaraca ve Akçay'ın (2017) çalışmasında, ruhsal hastalığı olan bir yakınının bulunması durumuna göre çaresizlik, kişilerarası ilişkilerde bozulma ve tehlikelilik alt ölçek puanlarında anlamlı farklılıklar gözlemlenmiştir. Evli'nin (2021) çalışmasında, ruhsal hastalığı olan bir yakına sahip olma durumuna göre çaresizlik, kişilerarası ilişkilerde bozulma, tehlikelilik ve toplam ölçek puanlarında anlamlı düzeyde farklılıklar saptanmıştır. Güney Afrika'da tıp fakültesinde bulunan öğrenciler ve psikiyatristlerle yürütülen bir çalışmada, kendisi, ailesi ya da arkadaş çevresinde ruhsal hastalığı olan birey bulunan katılımcıların, ruhsal hastalıklara yönelik daha olumlu inanç ve tutumlara sahip oldukları belirlenmiştir (Eksteen vd., 2017). Literatürde bu konuya ilişkin farklı sonuçların bulunmuş olması, araştırmalarda kullanılan örneklemelerin yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi ve sosyal çevre gibi demografik ve sosyokültürel özelliklerine bağlı olarak bulguların bu farklılıklarda belirleyici olabileceği düşünülmektedir. Azazi (2021) tarafından yapılan çalışmada sağlık personeli ile sağlık alanında eğitim gören öğrencilerin yakın çevresinde ruhsal hastalığı olan birinin bulunma durumuna göre SÇ-RHYDÖ toplam puan, yardım arama-kendini açma, sosyal mesafe ve tutum puanlarında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Kartal (2024), 827 hemşirenin katıldığı hemşirelerin psikiyatrik hastalıklara yönelik damgalama düzeylerini belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada ruhsal bozukluk tanısı alma ya da yakın çevresinde psikiyatrik tanısı almış birinin bulunması durumunun, damgalama eğilimi üzerinde önemli bir farklılık yaratmadığı gözlenmemiştir. Crips vd., (2000) ruhsal hastalıklara yönelik damgalama üzerine yaptıkları çalışmada, ruhsal hastalığı olan bireyle karşılaşmanın daha olumlu tutumların gelişmesini sağladığı belirtilmiştir. Literatür, yakın temasın damgalayıcı tutumları azalttığını savunsa da, sağlık çalışanlarında mesleki maruziyetin zaten tutumları şekillendirdiği için kişisel temasın ek bir etkisinin sınırlı olabileceğini düşündürmektedir.

Sağlık çalışanlarının mesleki eğitim dışında ruhsal hastalıklarla ilgili ek eğitim alıp almamasına göre katılımcıların %15'i evet cevabı verirken %85'i hayır cevabı vermiştir. Ruhsal hastalıklar konusundaki eğitim alıp almama değişkenine göre RHİÖ toplam ve alt ölçekleri, SÇ-RHYDÖ toplam ve alt ölçekleri ile EEÖ puanlarında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmüştür. Mesleki eğitim dışında ruhsal hastalıklar konusunda eğitim alan grupta ölçek puanları eğitim almayan gruba göre yüksek olsada anlamlı değildir. Saylık (2023) tarafından yapılan çalışmada katılımcıların mezuniyet sonrası

psikoloji/psikiyatri konularında eğitim alıp almadıkları değişkenine göre anlamlı bir farka ulaşamadığı gözlemlenmiştir. Kabak'ın (2021) 304 sağlık çalışanı ile yaptığı çalışma sonucu, araştırmamızın sonucuyla benzerlik göstermektedir. İngiltere'de 110 tıp öğrencisini kapsayan kontrollü bir çalışmada, ruhsal hastalıklara yönelik damgalama eğitimi sonrası inanç ve tehlikelilik algısında anlamlı değişim gözlenmemiştir. Bu durum eğitimlerin teorik kalması ve pratik uygulama eksikliğiyle açıklanmıştır (Kassam vd., 2011). Çam ve Baysan Arabacı (2014) tarafından Türkiye'deki sekiz bölge psikiyatri hastanesinde görevli 650 hemşireyle gerçekleştirilen araştırmada, katılımcıların geçmişte aldıkları psikiyatri hemşireliği eğitimi veya ilgili derslerin, ruhsal hastalıklara ilişkin inançlarını anlamlı biçimde etkilediği saptanmıştır. Literatürde, ruhsal bozukluklara ilişkin eğitim programları ve derslerin, damgalama düzeylerini belirgin şekilde azalttığını ve bireylerin bu hastalıklara yönelik daha olumlu inançlar geliştirmelerine katkı sağladığını ortaya koyan çeşitli araştırmalar da mevcuttur (Sağduyu vd., 2001; Griffiths vd., 2014; Elçi, 2013; Kayahan, 2009). Çam vd., (2007) tarafından yürütülen araştırmada, ebe ve hemşirelere uygulanan ruh sağlığı ve hastalıkları eğitimi sonrasında, bu meslek gruplarının koruyucu ruh sağlığı kapsamında daha olumlu tutumlar sergilediği belirlenmiştir. Araştırmamızda, eğitim alıp almama durumuna göre anlamlı bir farkın olmaması; verilen eğitimin içeriğiyle, bu eğitimi alan bireylerin farklı sosyo-demografik özelliklere sahip olmasıyla bağlantılı olabileceği gibi, eğitim gören katılımcıların sayısının oldukça sınırlı olmasıyla da açıklanabilir. Karaaslan ve Özgür (1999) hemşirelik bölümü öğrencilerinin katıldığı ruh sağlığı ve hastalıkları dersinin uygulanmasının, öğrencilerin empatik eğilimleri ve beceri düzeyleri üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yaptığı çalışmada uygulamanın öncesi ve sonrasında empatik eğilim puan ortalamalarında anlamlı bir artışın olmadığını tespit etmiştir. Bu bulgu, empatik eğiliminin kişilik temelli bir özellik olması ve kısa süreli eğitim süreçlerinden anlamlı biçimde etkilenmemesi yönündeki literatürle örtüşmektedir (Öz, 1998; Dökmen, 2004).

Katılımcıların eğitim durumuna göre RHİÖ toplam ölçeğinde, tehlikelilik ve çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt boyutlarında alınan puanlar arasında fark anlamlı bulunmamıştır. Tıp fakültesi mezunları en düşük inanç ve çaresizlik puanlarına sahip olsa da fark anlamlı değildir. Utanma alt boyutunda ise fark anlamlı çıkmıştır. Doktora ve tıpta uzmanlık mezunlarında en yüksek puan, tıp fakültesi mezunlarında en düşük puan çıkmıştır. Bu, ileri düzey eğitimde utanma algısının artabileceğine işaret etmektedir. Literatürde, yüksek eğitilmiş sağlık çalışanlarında utanma algısının düşük olduğu rapor edilse de, uzmanlık eğitiminde mesleki tükenmişlik nedeniyle artabileceği düşünülmektedir. Yıldırım vd., (2018) gerçekleştirdiği çalışmasında, bireylerin eğitim

düzeylerine göre ruhsal hastalıklara yönelik inançlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadığı rapor edilmiştir. Arslantaş vd., (2010) tarafından yürütülen araştırmada, eğitim düzeyinin yükselmesinin ruhsal bozukluklara ilişkin inanç ve tutumlar üzerinde istatistiksel açıdan anlamlı bir etki yaratmadığı belirtilmiştir. Çalışmamızdaki bulgularının aksine eğitim durumu değişkenine göre farkın anlamlı bulunduğu çalışmalar da mevcuttur (Venkataraman vd., 2019; İbrahim vd., 2019; Kabak, 2021). Çeşitli araştırmalarda net bir sonuca varılamamasına rağmen, yaygın görüş; eğitim düzeyinin yükselmesiyle birlikte bireylerin ruhsal hastalıklara dair inançlarının daha olumlu olduğu şeklindedir. SÇ-RHYDÖ toplam puan yardım arama-kendini açma ve tutum puanlarında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Sosyal mesafe alt ölçeğinde ise fark anlamlı bulunmuştur. Tıp fakültesi mezunları en yüksek puana sahipken, ön lisans mezunları en düşük puana sahiptir. Bu, hekimlerin tutumları olumlu olsa da davranışsal mesafe koyduğunu yansıtmaktadır. Lise mezunları, tehlikelilik alt ölçeğinde en düşük puanı alarak ruhsal hastalıkları en az tehlikeli gören grup olmuştur. İsviçre'de sağlık çalışanlarıyla yapılan bir çalışmada, tıp mezunlarının sosyal mesafe puanı hemşirelerden anlamlı yüksek bulunmuş. Bu duruma mesleki sınır koruma ve duygusal tükenmişlik neden olarak gösterilmiştir (Nordt vd., 2006). Hemşirelerin psikiyatrik hastalıklara yönelik damgalama düzeylerinin incelendiği bir çalışmada eğitim durumu değişkenine göre anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur (Kartal, 2024). Çalışmamızda EEÖ ölçeğinde fark anlamlı bulunmuştur. Doktora mezunları en yüksek puanı, tıpta uzmanlık mezunları ise en düşük puanı almıştır. Yüksek lisans mezunları ise doktora mezunlarından sonra en yüksek puan alan ikinci grup olmuştur. Çiçek (2006) tarafından sağlık alanında çalışan bireyler üzerinde gerçekleştirilen araştırmada lisans mezunu hemşirelerin empatik eğilim toplam puanlarının lise mezunu hemşirelere kıyasla belirgin şekilde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Kılınç'ın (2016) sağlık çalışanlarıyla gerçekleştirdiği çalışmada empatik eğilim ile eğitim düzeyi arasındaki fark anlamlı bulunmuş olup çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Çalışmamızın aksine Akbulut (2010) tarafından gerçekleştirilen araştırmada, empati ile eğitim düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanamamıştır.

Katılımcıların meslekteki çalışma yılına göre RHiÖ toplam ve alt ölçekleri ve SÇ-RHYDÖ toplam ve alt ölçeklerinde farkın anlamlı olmadığı ancak EEÖ ölçeğinde farkın anlamlı olduğu bulunmuştur. RHiÖ toplam ve alt ölçekleri ile SÇ-RHYDÖ toplam ve alt ölçeklerinde 21 yıl ve üzeri çalışanlar en düşük puanlara sahip olsalar da fark anlamlı değildir. 16-20 yıl çalışanlar empatik eğilimde en yüksek puan alan grup olmuştur. 0-5 yıl çalışanlar genel olarak tüm ölçeklerde orta düzeyde puanlar almıştır. Çalışmamız

sonucuna paralel olarak Yıldırım vd., (2018) tarafından gerçekleştirilen araştırmada, ruhsal hastalıklara yönelik inançların meslekteki çalışma yılına göre anlamlı bir farklılık göstermediği bildirilmiştir. Kabak'ın (2021) gerçekleştirdiği çalışmada sağlık çalışanlarının meslekte çalışma süresi ile RHIÖ toplam ve alt ölçekleri arasında anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir. Azazi (2021) tarafından yapılan başka bir çalışmada sağlık çalışanlarının meslekte çalışma yılı ile SÇ-RHYDÖ toplam ve alt ölçekleri puanları arasında anlamlı farklılık bulunamadı. Bu bulgular, Meslekte uzun süre çalışmanın ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz inanç ve damgalama tutumlarını azaltmadığını göstermektedir.

Akgöz vd., (2005) hekimlerle gerçekleştirdiği çalışmada, meslekteki hizmet süresi ile empatik eğilim arasında istatistiksel olarak fark anlamlı bulunmuş; özellikle 10 yıl ve daha fazla süredir görev yapan çalışanlarda empati düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Literatürdeki benzer çalışmalar incelendiğinde çok sayıda çalışmanın bulgularımızın aksine meslekte çalışma yılının sağlık çalışanlarında empatik eğilim düzeyini etkilemediğini ortaya koymuştur (Kılınç, 2016; Cengiz, 2008; Sayar vd., 1998; Çiçek, 2006; Ergin vd., 2009).

Katılımcıların Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği (RHIÖ) toplam ve alt ölçekleri. Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalama Ölçeği (SÇ-RHYDÖ) toplam ve alt ölçekleri ve Empatik Eğilim Ölçeği (EEÖ) arasındaki korelasyon ilişkileri incelendiğinde bulgular RHIÖ alt ölçekleri ile SÇ-RHYDÖ alt ölçekleri arasında genellikle pozitif ve anlamlı ilişkiler saptanmıştır ($p<0,01$). Alt boyutlar incelendiğinde özellikle “çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma” alt boyutu ve “tehlikelilik” alt boyutunun damgalayıcı tutumlarla en yüksek pozitif korelasyonu göstermektedir ($p<0,01$). Bu bulgular, sağlık çalışanlarının ruhsal hastalığı olan bireyleri “tedavi edilemez”, “sosyal ilişkiler kuramaz” ve “işlevsel olarak yetersiz” görme eğiliminin, genel damgalayıcı tutumların en güçlü yordayıcısı olduğunu ortaya koymaktadır. Taşkın (2004), toplumun ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik varsayılan tehlikelilik boyutunun, öngörülemez davranışlar ve olumsuz dış görünüş algıları nedeniyle bu kişileri dışlama eğiliminde olduğunu bildirmiştir. Kaya (2024) ve Özcan (2019) tarafından yapılan araştırma bulguları çalışmamız bulgularıyla paralellik göstermiştir. “utanma” alt boyutu ise damgalama toplam puanıyla daha zayıf bir ilişki gösterse de sosyal mesafe alt boyutuyla en yüksek negatif ilişkiyi göstermektedir ($p<0,01$). Bu durum, ruhsal hastalığı “utanç verici” olarak gören sağlık çalışanlarının bu kişilerle sosyal temas kurmaktan kaçındığını ve ayrımcı davranışların daha çok sosyal dışlama biçiminde kendini gösterdiğini ifade etmektedir. Empatik eğilim ölçeği (EEÖ) ile SÇ-RHYDÖ toplam puanı arasında çok zayıf bir pozitif ilişki saptanmıştır ($p<0,05$).

Ünal ve Uyaroğlu'nun (2022) 678 üniversite öğrencisiyle yaptığı araştırmada empatik eğilimi düzeyi yüksek olan kişilerin daha az damgalayıcı tutumlar sergiledikleri gözlemlenmiştir. EEÖ ile RHİÖ ve alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Eren ve Gürhan (2021) tarafından hemşirelik öğrencilerinin ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve empatik eğilim düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yaptığı araştırmada RHİÖ toplam puan ve alt ölçekleri ile EEÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı hiçbir ilişki saptanamamıştır. Çalışma bulgularımız Çay (2017) ve Yaman vd., (2023) tarafından yapılan çalışmalarla benzerlik göstermiştir. RHİÖ toplam puanı ile çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma ve tehlikelilik alt ölçekleri arasında çok yüksek, utanç alt ölçeği ile orta düzeyde pozitif ilişki saptanmış olup ölçeğin teorik yapısının güçlü ve tutarlı olduğunu göstermektedir ($p < 0.01$). Boz vd., (2022) Afyonkarahisar'da görev yapan sağlık çalışanlarına yönelik yaptığı çalışmada çaresizlik ve tehlikelilik algısının yüksek olduğunu, utanma algısının ise düşük olduğunu bulmuştur. Literatürdeki çalışmalara bakıldığında RHİÖ ve alt ölçek arasındaki ilişki, bulgularımız ile benzerlik göstermektedir (Dal vd., 2018; Gürses, 2022; Baştosun, 2019; Bilge vd., 2013; Saylık, 2023). SÇ-RHYDÖ alt ölçekleri incelendiğinde tutumlar ile kendini açma/yardım arayışı arasında düşük-orta düzeyde pozitif bir ilişki bulunmuştur ($p < 0,01$). Bu durum damgalayıcı tutumların, yardım aramayı engelleyen bir faktör olarak işlev görmektedir. Bu yönüyle bulgularımız Azazi (2021) ve Kartal'ın (2024) çalışma bulgularıyla benzerlik göstermektedir. Tutumlar ile sosyal mesafe arasında orta düzeyde negatif bir ilişki gözlemlenmiştir. Tutumlar sosyal mesafe yaratmamakta, hatta tersine yakınlık eğilimi göstermiş olup bu durumun, kişilerin “acıma ve koruma” odaklı bir duyguyla yaklaşım sergilediklerini düşündürmektedir. Yener'in (2019) avukatlar üzerinde gerçekleştirdiği çalışmada, katılımcıların ruhsal hastalıklara karşı aynı anda hem acıma ve yakınlık hem de rahatsızlık ve tedirginlik gibi birbirine zıt duygular sergiledikleri belirlenmiştir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Ağrı iline bağlı sağlık kuruluşlarında görev yapan sağlık çalışanlarının ruhsal hastalıklara yönelik inanç, damgalama ve empatik eğilim düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yapılan bu araştırmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

Katılımcıların cinsiyet değişkenine göre Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlar Ölçeği (RHIÖ) ve Sağlık Çalışanları Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalama Ölçeği (SÇ-RHYDÖ) toplam ve alt ölçek puanlarında anlamlı fark bulunmamıştır. Fakat Empatik Eğilim Ölçeği'nde (EEÖ) kadınların puanları erkek katılımcılara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

Katılımcılarda, ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik en sık hissettiği duygu %78,4 ile üzüntü olduğu ardından, %44,0 ile korku ve %43,7 ile acıma duyguları olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların %39,2'sinin ruhsal bozuklukların ana nedeninin travmatik yaşantılar (deprem, sel, kaza, ölüm vb.) olarak gördüğü, bunu sırasıyla %28,4 oranında aile içi gerilimleri ve çatışmaları ve %22,8 oranında ise genetik/kalıtsal eğilim olduğu gözlemlenmiştir.

Katılımcıların yalnızca %15'i mesleki eğitim dışında ruhsal hastalıklarla ilgili ek eğitim aldığı, ek eğitim alma durumunun ölçek puanlarında anlamlı fark yaratmadığı görülmüştür.

Katılımcılar meslek grubu değişkenine göre incelendiğinde, doktorlar, RHIÖ toplam puan ve özellikle çaresizlik-kişilerarası ilişkilerde bozulma alt ölçeğinde en düşük (en olumlu) puanlara sahipken sağlık teknikerleri ve tıbbi sekreterler ise en yüksek (en olumsuz) puanları almıştır. SÇ-RHYDÖ toplam puanında meslekler arası anlamlı fark olmadığı, empatik eğilimde ebeler ve tıbbi sekreterler en yüksek, sağlık bilimleri lisansiyerlerinin ise en düşük puanı aldığı gözlemlenmiştir.

Katılımcıların %35,3'nin yakın çevresinde ruhsal bozukluğu olan bir birey olduğu, fakat bu durumun RHIÖ, SÇ-RHYDÖ ve EEÖ'nün toplam veya alt ölçek puanında anlamlı farklılık yaratmadığı saptanmıştır.

Katılımcıların eğitim düzeyi değişkenine göre, RHIÖ ve SÇ-RHYDÖ toplam ölçeklerinde anlamlı fark olmadığı, fakat EEÖ ölçeği, utanma ve sosyal mesafe alt ölçeklerinde fark anlamlı bulunmuştur. Utanma alt ölçeğinde doktora ve tıpta uzmanlık mezunları en yüksek puanı alırken, tıp fakültesi mezunları en düşük puanı almıştır. Sosyal

mesafe alt ölçeğinde tıp fakültesi mezunları en yüksek, önlisans mezunları ise en düşük puanı almıştır. EEÖ ölçeğinde doktora mezunları en yüksek, tıpta uzmanlık mezunları en düşük puana sahiptir.

Katılımcıların çalışma yılı değişkenine göre, RHIÖ ve SÇ-RHYDÖ toplam veya alt ölçek puanında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı, EEÖ ölçeğinde fark anlamlı bulunmuştur. 16-20 yıl arası çalışanlar en yüksek puana sahipken, 21 yıl ve üzeri çalışanlar düşük puan almıştır.

Ölçekler arası korelasyon ilişkisi incelendiğinde RHIÖ ile SÇ-RHYDÖ ölçekleri arasında güçlü pozitif ilişki bulunmuştur. EEÖ ile SÇ-RHYDÖ ölçekleri arasında çok zayıf pozitif ilişki tespit edilmiş olup EEÖ ile RHIÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

6.2. Öneriler

Çalışmanın sonuçları doğrultusunda öneriler şu şekilde sıralanabilir:

Ruhsal hastalıklara karşı inanç ve damgalama konusunda sağlık çalışanlarının düzenli olarak hizmet içi eğitim alınmasının sağlanması,

Ruhsal hastalıklar konusunda kurum ve kuruluşların işbirliği ile sosyal sorumluluk projelerinin geliştirilmesi,

Sağlık çalışanlarının ruh sağlığı konusunda farkındalığını artırmaya yönelik müdahale programlarının geliştirilmesi,

Sağlık bilimleri fakültelerinde eğitim müfredatlarına ruh sağlığı ve hastalıklara yönelik ders içeriklerine ağırlık verilmesi,

Tüm sağlık kuruluşlarında personellere yönelik empatik eğilim, iletişim becerileri konusunda hizmet içi eğitim programlarının düzenlenip ruhsal hastalığa sahip bireyler ile temasın sağlanarak iletişimlerinin geliştirilmesi,

Yapılan çalışma konusu üzerine yeni çalışmaların yapılması önerilir.

KAYNAKÇA

- Acun-Kapıkıran, N. ve Kapıkıran, Ş. (2013). Psikolojik yardım aramada kendini damgalama ölçeği: Geçerlik ve güvenirlik. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 5(40), 131-141. <https://dergipark.org.tr/en/pub/tpdrd/article/229892>
- Açıkgöz, F. ve Akkuş, D. (2018). Ruhsal hastalıklarda damgalama ile mücadele: Anahtar rol üstlenen meslekler. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 8(3), 142-146. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/duzcesbed/article/432953>
- Akbulut, E. (2010). *Sınıf öğretmenlerinin empatik eğilim düzeyleri* [Yayınlanmış yüksek lisans tezi, Sakarya Üniversitesi]. YÖK Tez Merkezi <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezDetay.jsp?id=273077>
- Akdede, B., Alptekin, K., Topkaya, Ş., Belkız, B., Nazlı, E. ve Özsin, E. (2004). Gençlerde şizofreniyi damgalama düzeyi. *Yeni Symposium*, 42(3), 113-117. <https://psikiyatridizini.net/makale/genclerde-sizofreniyi-damgalama-duzeyi/>
- Aker, T., Özmen, E., Ögel, K., Sağduyu, A., Uguz, S., Tamar, D., Gürol, T. D. ve Liman, O. (2002). Birinci basamak hekimlerinin şizofreniye bakış açısı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 3(1), 5. <https://search.trdizin.gov.tr/en/yayin/detay/350427>
- Akgöz, S., Özçakır, A., Atıcı, E., Altınsoy, Y., Tombul, K. ve Kan, İ. (2005). Uludağ Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nde çalışan hekimlerin empatik eğilimleri. *Türkiye Klinikleri J. Med. Ethics*, 13, 97-104. <https://www.academia.edu/>
- Akkoyun, F. (1982). Empatik anlayış üzerine. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 15(2), 63-69. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/auebfd/article/>
- Akkoyun, F. (1987). Empatik eğilim ve ahlaki yargı. *Psikoloji Dergisi*, 6(21), 91-92. <https://asosindex.com.tr/index.jsp?modul=articles-pdf&journal>
- Al-Krenawi, A. (2005). Socio-political aspect of mental health practice with Arabs in the Israeli context. *Isr Psychiatry Relat Sci*, 42, 126-136. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16342609/>

- Allport, G. W. (1967). Attitudes. In M. Fishbein (Ed.), *Readings in attitudes theory and measurement* (ss. 1-13). New York: John Wiley and Sons.
<https://archive.org/details/readingsinattitu0000unse>
- Alpan, A. (2018). Students' attitudes against schizophrenia at faculty of health sciences. *Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 20(1), 8-17.
<https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/457440>
- American Psychiatric Association. (2022). *American Psychiatric Association*. Available from: <https://www.psychiatry.org/>.
- Angermeyer, M. C. ve Matschinger, H. (2003). The stigma of mental illness: Effects of labelling on public attitudes towards people with mental disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108(4), 304-309. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2003.00150.x>
- Arı, F. ve Öz, F. (2005). Temel sağlık hizmetlerinin birinci basamağında çalışan hekim ve hemşirelerin ruh sağlığı sorunu olan bireye karşı tutumları. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 12, 16-28.
<https://dergipark.org.tr/tr/pub/hunhemsire/article/103344>
- Arkan, B., Bademli, K. ve Duman Çetinkaya, Z. (2011). Sağlık çalışanlarının ruhsal hastalıklara yönelik tutumlar: Son 10 yılda Türkiye'de yapılan çalışmalar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(2), 214-231.
<https://dergipark.org.tr/tr/pub/pgy/article/133407>
- Aronson, E., Wilson, T. D. ve Akert, R. M. (2012). *Social psychology*.
<https://www.academia.edu/29769199/>
- Arslandaş, H., Gültekin, B. K., Söylemez, A. ve Dereboy, F. (2010). Bir üniversite hastanesi psikiyatri polikliniğine ilk kez başvuran hastaların damgalamayla ilgili inanç, tutum ve davranışları. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 11(1), 11-17.
<https://search.trdizin.gov.tr/tr/yayin/detay/116111>
- Atalay, H. (2009). Psikiyatride stigma. *Psikeart*, 2, 10-19. <https://hakanatalay.blog/>
- Azazi, Y. (2021). *Sağlık çalışanları için ruhsal hastalıklara yönelik damgalama ölçeği (SÇ-RHYDÖ)'nin Türkçeye uyarlanması ve psikometrik özelliklerinin belirlenmesi*. [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi]. İstanbul Üniversitesi.

- Bacık Yaman, G., Kumbul, H., Köyüstü, B., Hüseyinov, İ. ve Özdamar Ünal, G. (2023). Üniversite öğrencilerinin ruhsal hastalıklara yönelik tutumları ve empati ile ilişkisi. *Med J SDU*, 30(4), 662–671. <https://dergipark.org.tr/article-file/3393829>
- Bademli, K. ve Duman, Z. Ç. (2013). Şizofreni hastalarının bakım verenleri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/pgy/article/133329>
- Bağ, B. ve Ekinci, M. (2005). Sağlık personelinin ruhsal sorunları olan bireylere yönelik tutumlarının araştırılması. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 3(11), 107-127. <https://search.trdizin.gov.tr/en/yayin/detay/49254>
- Balkanlıoğlu, M. A. (2012). Alevi Sünni evliliklerinin aile ilişkileri ile çocuk yetiştirme üzerine etkileri ve sosyal damgalama. *Türk Kültürü ve Hacı Bektaş Veli Araştırma Dergisi*, 62, 163-182. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/tkhcbva/article/1157216>
- Basch, M. F. (1983). Empathic understanding: A review of the concept and some theoretical considerations. *Journal of American Psychoanalytic Association*, 31, 101-126. <https://psycnet.apa.org/record/1984-01905-001>
- Başbüyük, Ş. (2004). *Psikiyatri servisinde yatan hastaların ailelerinin, hastanın bakımıyla ilgili yaşadıkları güçlükler ve stresle başa çıkma stratejileri*. [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi]. Mersin Üniversitesi.
- Baştosun, B. (2019). *Halkın ruhsal hastalıklara ve ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik inanç ve tutumlarının belirlenmesi*. [Yayımlanmış yüksek lisans tezi, Muğla Üniversitesi]. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezDetay.jsp?id=609525>
- Batson, C. D. (1991). *The altruism question: Toward a social-psychological answer*. Psychology Press. <https://doi.org/10.4324/9781315808048>
- Batson, C. D. ve Fultz, J. (1987). Distress and empathy: Two qualitatively distinct vicarious emotions with different motivational consequences. *Journal of Personality*, 55(1), 19-39. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1987.tb00426.x>
- Bilge, A. (2006). *Ruhsal hastalığa yönelik inançlar ölçeği geçerlilik ve güvenirlik çalışması*. [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi]. Ege Üniversitesi.
- Bilge, A. ve Çam, O. (2007). Ruh Hastalığına yönelik inanç ve tutumlar. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8, 215-223. <https://search.trdizin.gov.tr/tr/yayin/detay/71457>

- Bilge, A. ve am, O. (2008). Ruhsal hastalığa yönelik inançlar leği'nin geçerliliği ve güvenilirliği. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 9, 91-96.
<https://search.trdizin.gov.tr/tr/yayin/detay/80138>
- Bilge, A. ve am, O. (2010). Ruhsal hastalığa yönelik damgalama ile mücadele. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. <https://search.trdizin.gov.tr/en/yayin/detay/99290>
- Bilge, A., Akmeşe, Z. B., Koçak, Y. . ve Sarıcan, E. S. (2013). Türkiye'de bir grup niversite ğrencilerinin ruhsal hastalıklara yönelik inançları. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*. <https://dergipark.org.tr/en/pub/balikesirsbd/article/451726>
- Bos, A. E. R., Pryor, J. B., Reeder, G. D. ve Stutterheim, S. E. (2013). Stigma: Advances in theory and research. *Basic and Applied Social Psychology*, 35(1), 1-9.
<https://doi.org/10.1080/01973533.2012.746147>
- Boyd, M. A. (2002). *Psychiatric nursing* (2nd ed.). Lippincott Williams and Wilkins.
<https://doi.org/10.1111/j.1587-8494.2367>
- Boz, Ŗ., ilhoroz, Y., Karaman, S. ve IŖık, O. (2022). Ruhsal hastalıklara yönelik inancın incelenmesi: Sağlık alıŖanları üzerinde bir araŖtırma. In 5. *Uluslararası 15. Ulusal Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi* (s.39).
<https://avesis.hacettepe.edu.tr/yayin/9e222d37-2661-445d->
- Brink, H. (1991). On empathy: Fundamental issues regarding its nature and teaching. *Curationis*, 14(1), 24-29. <https://doi.org/10.4102/curationis.v14i1.313>
- Brohan, E., Slade, M., Clement, S. ve Thornicroft, G. (2010). Experiences of mental illness stigma, prejudice and discrimination: A review of measures. *BMC Health Services Research*, 10(80), 1-11. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-80>
- Cengiz, S. (2008). HemŖirelerin empatik eğilim ve iŖ doyumunu iliŖkisi. [YayımlanmıŖ yüksek lisans tezi, Marmara Üniversitesi]. YK Tez Merkezi.
<https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezDetay.jsp?id=236850>
- Chaplin, R. (2000). Psychiatrists can cause stigma too. *British Journal of Psychiatry*, 177, 467. <https://doi.org/10.1192/bjp.177.5.467>
- Clement, S., Schauman, O., Graham, T. ve Evans-Lacko, S. (2020). What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of

- quantitative and qualitative studies. *Psychological Medicine*, 45(1), 11–27. <https://doi.org/10.1017/S0033291714000129>
- Corrigan, P. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist*, 59(7), 614-625. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.59.7.614>
- Corrigan, P. W., Druss, B. G. ve Perlick, D. A. (2014). The impact of mental illness stigma on seeking and participating in mental health care. *Psychological Science in the Public Interest*, 15(2), 37-70. <https://doi.org/10.1177/1529100614531398>
- Corrigan, P. W., Watson, A. C., Warpinski, A. C. ve Gracia, G. (2005). Implications of erasing the stigma of mental illness by promoting empowerment. *American Psychologist*, 60(5), 551-552. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.60.5.551>
- Coşkun, S. ve Güven Caymaz, N. (2012). Bir kamu ve özel psikiyatri hastanesine başvuran hastaların içselleştirilmiş damgalanma düzeyi yönünden karşılaştırılması. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 3(3), 121-128. <https://search.trdizin.gov.tr/tr/yayin/detay/156548>
- Crisp, A. H., Gelder, M. G., Rix, S., Meltzer, H. I. ve Rowlands, O. J. (2000). Stigmatisation of people with mental illnesses. *British Journal of Psychiatry*, 177(1), 4–7. <https://doi.org/10.1192/bjp.177.1.4>
- Çakır, B. (2002). Genetik epidemiyoloji: Psikiyatrik araştırmalarda yeri ve kullanımı. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 13(4), 300-311. <https://ekutuphane.saglik.gov.tr/Home/>
- Çam, O. ve Arabacı, L. B. (2014). Bölge psikiyatri hastanelerinde çalışan hemşirelerin ruhsal hastalıklara yönelik inançları ve etkileyen faktörler. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi*, 6(1), 13-25. <https://www.turkiyeklinikleri.com/68367>
- Çam, O. ve Bilge, A. (2011). Türkiye'nin batısında yaşayan halkın ruhsal hastalığa ve hastalara yönelik inanç ve tutumlarının belirlenmesi. *Yeni Symposium*, 49(4), 238-246. <https://neuropsychiatricinvestigation.org/public/pdfs/pdf/TR>
- Çam, O. ve Çuhadar, D. (2011). Ruhsal hastalığa sahip bireylerde damgalama süreci ve içselleştirilmiş damgalama. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2(3), 136-140. https://pdf.journalagent.com/phd/pdfs/PHD_2_3_136_140.pdf

- Çam, O. ve Engin, E. (2006). Psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerde farkındalık eğitiminin bireysel performans standartlarına etkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 7(2), 82-91. <https://search.trdizin.gov.tr/tr/yayin/detay/59669>
- Çam, O. ve Engin, E. (2014). *Ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliği bakım sanatı*. İstanbul Tıp Kitabevi. <https://bookcites.com/books/6gDsqZYBffq2oWSQM1O5>
- Çam, O. ve Pektaş, İ. ve Bilge, A. (2007). Ebe/hemşirelere verilen ruh sağlığı ve hastalıkları eğitiminin ruhsal hastalıklara yaklaşımlarına iletişim becerilerine ve iş doyumlarına etkilerinin araştırılması. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(3), 7-15. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/ataunihem/article/33933>
- Çay, E. (2017). Üsküdar Üniversitesi öğrencilerinin ruhsal hastalıklara yönelik inançlarının ve empatik eğilim düzeylerinin karşılaştırılması. [Yayımlanmış yüksek lisans tezi, Üsküdar Üniversitesi]. YÖK Tez Merkezi. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezDetay.jsp?id=485553>
- Çiçek, A. (2006). *Sağlık çalışanlarının empatik eğilim ve becerilerinin değerlendirilmesi*. [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi]. Marmara Üniversitesi.
- Dal, Ü., Güler, İ. O., Ülker, E. ve Demiray, T. (2018). Hemşirelik öğrencilerinin ruhsal hastalıklara yönelik inançları. *Hemşirelik Bilimi Dergisi*, 1(2), 14-18. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/hbd/article/449651>
- Davis, M. H. (1983). Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(1), 113-126. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.44.1.113>
- Davis, M. H. (1994). *Empathy: A social psychological approach*. Westview Press. <https://doi.org/10.4324/9780429493898>
- Decety, J. ve Jackson, P. L. (2004). The functional architecture of human empathy. *Behavioral and Cognitive Neuroscience Reviews*, 3(2), 71-100. <https://doi.org/10.1177/1534582304267187>
- Değerli, C. (2025). *Sağlık profesyonellerinin ruh sağlığı okuryazarlık düzeyleri ve ruhsal hastalıklara yönelik damgalama tutumlarının belirlenmesi*. [Yayımlanmış yüksek lisans tezi, Bursa Uludağ Üniversitesi]. YÖK Tez Merkezi. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezDetay.jsp?id=959219>

- Demirhan, G. ve Altay, F. (2001). Lise birinci sınıf öğrencilerinin beden eğitimi ve spora ilişkin tutum ölçeği II. *Spor Bilimleri Dergisi*. S.9-20. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/sbd/article/171534>
- Destrebecq, A., Ferrara, P., Frattini, L., Pittella, F., Rossano, G., Striano, G. ve Gambini, O. (2018). The Italian version of the opening minds stigma scale for healthcare providers: Validation and study on a sample of bachelor students. *Community Mental Health Journal*, 54(1), 66-72. <https://doi.org/10.1007/s10597-017-0149-3>
- Devers, C. E., Dewett, T., Mishina, Y. ve Belsito, C. A. (2009). A general theory of organizational stigma. *Organization Science*, 20(1), 154-171. <https://doi.org/10.1287/orsc.1080.0367>
- Dickerson, F. B., Sommerville, J., Origoni, A. E., Ringel, N. B. ve Parente, F. (2002). Experiences of stigma among outpatients with schizophrenia. *Schizophr Bull*, 28, 143-155. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a006917>
- Doğrul, T. (2023). *Sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerinin ruh sağlığı okuryazarlığı ile ruhsal bozukluklara yönelik damgalayıcı tutumlarının belirlenmesi*. [Yayımlanmış yüksek lisans tezi, Lokman Hekim Üniversitesi]. YÖK Tez Merkezi. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezDetay.jsp?id= 839324>
- Dow, H. D. (2011). Migrants' mental health perceptions and barriers to receiving mental health services. *Home Health Care Manag Pract*, 23(3), 176-185. <https://doi.org/10.1177/1084822310390876>
- Dökmen, Ü. (1988). Empatinin yeni bir modele dayandırılarak ölçülmesi ve psikodrama ile geliştirilmesi. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 21(1-2), 155-190. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/auebfd/article/609027>
- Dökmen, Ü. (2004). *İletişim çatışmaları ve empati* (18. baskı). Sistem Yayıncılık. <https://www.academia.edu/8249400/>
- Dökmen, Ü. (2014). *Sanatta ve günlük yaşamda iletişim çatışmaları ve empati* (52. baskı). Remzi Kitapevi. <https://www.academia.edu/8249400/>
- Duman, Z. Ç. (2016). Ruhsal sağlık ve ruhsal hastalık. In C. T. Özcan ve N. Gürhan (Eds.), *Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliğinin temelleri kanıta dayalı uygulama bakım kavramları* (s. 2-13). Akademisyen Tıp Kitabevi. <https://akademisyen.com/>

- Duru, E. (2002). Öğretmen adaylarında empatik eğilim düzeyinin bazı psikososyal değişkenler açısından incelenmesi. *Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2(12), 21-35. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/pauefd/article/133128>
- Dündar, S. E., Oğuz, A. ve Aldanmaz, F. (1995). Halkın psikoz, paranoid bozukluk ve depresyona yönelik tutumları ve çeşitli değişkenler açısından incelenmesi. *Kriz Dergisi*, (s.275–283). <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/596197>
- Eisenberg, N. (2000). Emotion, regulation, and moral development. *Annual Review of Psychology*, 51, 665-697. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.51.1.665>
- Eker, D. ve Arkar, H. (1991). Experienced Turkish nurses' attitudes towards mental illness and the predictor variables of their attitudes. *International Journal of Social Psychiatry*, 37(3), 214-22. <https://doi.org/10.1177/002076409103700308>
- Eksteen, H.-C., Becker, P. J. ve Lippi, G. (2017). Stigmatization towards the mentally ill: Perceptions of psychiatrists, pre-clinical and post-clinical rotation medical students. *International Journal of Social Psychiatry*, 63(8), 782-91. <https://doi.org/10.1177/0020764017735865>
- Elçi, T. (2013). *Hemşirelerin ruhsal hastalıklara ve hastalara yönelik inanç ve tutumları*. [Yayımlanmış yüksek lisans tezi, Haliç Üniversitesi]. YÖK Tez Merkezi. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezDetay.jsp?id=344210>
- Eraslan M. (2016) Gençlerde duygusal zekâ ve empatik eğilim düzeylerinin yaş, cinsiyet ve spor yapma değişkenlerine göre incelenmesi. *Kastamonu Eğitim Dergisi*, 24 (4) ,1839-52. <https://search.trdizin.gov.tr/tr/yayin/detay/249903>
- Erbaydar, N. P. ve Çilingiroğlu, N. (2010). Tıp eğitimi geleceğin hekimlerinin ruh sağlığı sorunu olan bireylere yönelik tutumlarını etkilemekte midir? *Türk Psikiyatri Dergisi*, 21(2), 114-25. <https://search.trdizin.gov.tr/tr/yayin/detay/109307>
- Eren, E. (2001). *Örgütsel davranış ve yönetim psikolojisi* (7. baskı). Beta Yayınları. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/vizyoner/issue/92069/1549156.xml>
- Eren, H. K. ve Gürhan, N. (2021). Hemşirelik öğrencilerinin ruhsal hastalıklara yönelik inançları ile empatik eğilim düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *Perspectives in Psychiatric Care*, 57(3), 1407–1414. <https://doi.org/10.1111/ppc.12691>

- Ergin, D., Şen Celasin, N., Akış, S., Altan, Ö., Bakırlioğlu, Ö. ve Bozkurt, S. (2009). Dahili kliniklerde görev yapan hemşirelerin tükenme ve empatik beceri düzeyleri ve bunları etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 4(11), 49-64. <https://www.researchgate.net/publication/308048379>
- Ergün, G. (2005). *Psikiyatri servislerinde çalışan hemşirelerin şizofreni tanısı almış bireylere bakış açısı*. [Yayımlanmış yüksek lisans tezi, Akdeniz Üniversitesi]. YÖK Tez Merkezi. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezDetay.jsp?id=194>
- Erken, M. (2009). *Empati becerisinin ahlaki davranışlar üzerindeki etkisi*. [Yayımlanmış yüksek lisans tezi, Sakarya Üniversitesi]. YÖK Tez Merkezi. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezDetay.jsp?id=228717>
- Erol, N., Kılıç, C., Ulusoy, M., Keçeci, M. ve Şimşek, Z. (1998). *Türkiye ruh sağlığı profili raporu* (1. baskı). Ankara. <https://www.scribd.com/document/118817510>
- Evli, M. (2021). Ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve tutum ilişkisinde psikiyatri hemşireliği eğitiminin etkisi. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, 4(1), 64-74. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/ouhcd/article/823895>
- Ferriman, A. (2000). The stigma of schizophrenia. *British Medical Journal*, 320(7233), 522-524. <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7233.522>
- Gedik, A. (2015). *Üniversite öğrencilerinin ruhsal hastalıklara yönelik inançlarının araştırılması*. [Yayımlanmış yüksek lisans tezi, İstanbul Bilişim Üniversitesi]. YÖK Tez Merkezi. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezDetay.jsp?id=414>
- George, D. ve Mallery, P. (2010). *SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference, 17.0 update* (10th ed.). Pearson. <https://www.scirp.org/2333867>
- Ghebreyesus, T. A. (2019). The WHO special initiative for mental health (2019-2023): Universal health coverage for mental health. <https://www.who.int/publications/i/item/special-initiative-for-mental-health>
- Giddens, A. (2000). *Sociology (Sosyoloji)* (H. Özel ve C. Güzel, Yay. Haz.). Ayraç Kitabevi. <https://iletisimkutuphanem30419862.wordpress.com/wp-content/>
- Girgis, A. ve Sanson-Fisher, R. W. (1995). Breaking bad news: Consensus guidelines for medical practitioners. *Journal of Clinical Oncology*, 13(9), 2449-56. <https://doi.org/10.1200/JCO.1995.13.9.2449>

- Gladstein, G. A. (1983). Understanding empathy: Integrating counseling, developmental and social psychology perspectives. *Journal of Personality and Social Psychology*, 30(4), 467-483. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.30.4.467>
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Prentice Hall. <https://ia601503.us.archive.org/22/items/in.ernet.dli.2015.264015/2015.264015.Stigma.pdf>
- Goffman, E. (2014). *Damga: Örselenmiş kimliğin idare edilişi üzerine notlar*. Heretik Yayınları. <https://mutalaa.karabuk.edu.tr/yuklenen/dosyalar/12612312021100604.pdf>
- Gray, A. J. (2002). Stigma in psychiatry. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 95, 72–76. <https://doi.org/10.1177/014107680209500205>
- Griffiths, K. M., Carron-Arthur, B., Parsons, A. ve Reid, R. (2014). Effectiveness of programs for reducing the stigma associated with mental disorders. A meta-analysis of randomized controlled trials. *World Psychiatry*, 13(2), 161-175. <https://doi.org/10.1002/wps.20129>
- Grougiou, V., Dedoulis, E. ve Leventis, S. (2016). Corporate social responsibility reporting and organizational stigma: The case of “sin” industries. *Journal of Business Research*, 69, 905-914. <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2015.06.041>
- Grover, S., Sharma, N. ve Mehra, A. (2020). Stigma for mental disorders among nursing staff in a tertiary care hospital. *Journal of Neurosciences in Rural Practice*, 11(2), 237–244. <https://doi.org/10.1055/s-0040-1701654>
- Gürses, A. A. (2022). *Türkiye’deki aile hekimlerinin ruhsal sorunlara yönelik inançları ve damgalama tutumları*. [Yayımlanmamış uzmanlık tezi]. Ondokuz Mayıs Üniversitesi.
- Gürüz, D. ve Eğinli, A. T. (2008). *İletişim becerileri: Anlamak, anlatmak, anlaşılmak*. Nobel Yayın Dağıtım. <https://www.scribd.com/document/932503898/iletisim-becerileri-anlamak>
- Haghighat, R. (2001). A unitary theory of stigmatisation. *British Journal of Psychiatry*, 178, 207-215. <https://doi.org/10.1192/bjp.178.3.207>

- Hegan, T. (2003). The importance of effective communication in preventing litigation. *Medical Journal of Malaysia*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14556354/>
- Hirai, M. ve Clum, G. A. (2000). Development, reliability and validity of the beliefs toward mental illness scale. *Journal of Psychopathology Behavioral Assessment*, 22, 221-236. <https://doi.org/10.1023/A:1007548432472>
- Hojat, M. (2007). *Empathy in patient care*. Springer. <https://doi.org/10.1007/0-387-33608-4>
- Hojat, M., Vergare, M. J., Maxwell, K., Brainard, G., Herrine, S. K., Isenberg, G. A., Veloski, J. ve Gonnella, J. S. (2009). The devil is in the third year: A longitudinal study of erosion of empathy in medical school. *Academic Medicine*, 84(9), 1182–1191. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3181b17e55>
- Hökelekli, H. (2009). *Psikolojiye giriş* (2. baskı). Düşünce Kitabevi. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/cuid/issue/36586/406750.xml>
- Ihalainen-Tamlander, N., Vähäniemi, A., Löyttyniemi, E., Suominen, T. ve Välimäki, M. (2016). Stigmatizing attitudes in nurses towards people with mental illness: A cross-sectional study in primary settings in Finland. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 23(6–7), 427–437. <https://doi.org/10.1111/jpm.12319>
- İbrahim, N., Amit, N., Shahar, S., Wee, L. H., Ismail, R., Khairuddin, R., Siau, C. S. ve Safien, A. M. (2019). Do depression literacy, mental illness beliefs and stigma influence mental health help-seeking attitude? A cross-sectional study of secondary school and university students from B40 households in Malaysia. *BMC Public Health*, 19(4), 1-8. <https://link.springer.com/article/10.1186/s12889-019-6862-6>
- İkışık, H. (2008). *Tıp fakültesi öğrencilerinde şizofreniye yönelik damgalamanın (stigmatizasyonun) değerlendirilmesi: niteliksel bir çalışma*. [Yayımlanmış yüksek lisans tezi, Marmara Üniversitesi]. YÖK Tez Merkezi. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezDetay.jsp?id=204108>
- Johnstone, M. J. (2001). Stigma, social justice and the rights of the mentally ill: Challenging the status quo. *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing*, 10, 200–209. <https://doi.org/10.1046/j.1440-0979.2001.00202.x>

- Kabak, Ö. (2021). *Aile sağılığı merkezlerinde çalışan sağılık personelinin ruhsal hastalıklara yönelik inançlarının incelenmesi*. [Yayımlanmış yüksek lisans tezi, Üsküdar Üniversitesi]. YÖK Tez Merkezi. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezDetay.jsp?id=689837>
- Kadıoğlu, M. ve Hotun Şahin, N. (2015). Stigmatizasyon (damgalama) ve kadın. *Sağılık ve Toplum*, 25(3), 3-9. <https://avesis.istanbul.edu.tr/yayin/862dc0bb-4a93-4dc4-a7e7-639639bf14de/stigmatizasyon-damgalama-ve-kadin>
- Kalisch, B. J. (1973). What is empathy? *American Journal of Nursing*, 73(9), 1548-1552. <https://doi.org/10.1097/00000446-197309000-00029>
- Kamış, G. Z. (2016). *Depresyona ilişkin tutumlar ve damgalanmayı etkileyen faktörlerin incelenmesi*. [Yayımlanmış uzmanlık tezi, Hacettepe Üniversitesi]. YÖK Tez Merkezi. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezDetay.jsp?id=539525>
- Karaaslan, A. ve Özgür, G. (1999). Ruh sağılığı ve hastalıkları hemşireliği dersi uygulamasının öğrencilerin empatik eğilim ve beceri düzeylerine etkisinin. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 15(2-3), 93-102. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/egehemsire/article/636094>
- Karakaş, S., Polat, H., Ay, E. ve Küçükoğlu, S. (2017). Türkiye'de bir psikiyatri hastanesinde çalışan hemşirelerin ruhsal sorunu olan bireylere karşı tutumları ile tükenmişlikleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Bozok Tıp Dergisi*, 7(1), 40-48. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/292629>
- Karakaya Aka, D. (2021). *Akdeniz Üniversitesi'ndeki hemşirelik öğrencilerinin empati becerileri*. [Yayımlanmış yüksek lisans tezi, İstanbul Üniversitesi]. YÖK Tez Merkezi. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezDetay.jsp?id=108321>
- Karkaç, N. N. (2013). *Özel eğitim alanında çalışan öğretmenlerin empatik eğilim düzeylerinin çalıştıkları engel türüne ve bazı değişkenlere göre incelenmesi*. [Yayımlanmış yüksek lisans tezi, Marmara Üniversitesi]. YÖK Tez Merkezi. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezDetay.jsp?id=349985>
- Kartal, S. (2024). *Hemşirelerin psikiyatrik hastalıklara yönelik damgalama düzeyleri*. [Yayımlanmış yüksek lisans tezi, Manisa Celal Bayar Üniversitesi]. YÖK Tez Merkezi. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezDetay.jsp?id=858131>

- Kashima, Y. (1998). Nurses responses to people with schizophrenia. *Journal of Advanced Nursing*, 27, 195-203. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1998.00511.x>
- Kassam, A., Glozier, N., Leese, M., Loughran, J. ve Thornicroft, G. (2011). A controlled trial of mental illness related stigma training for medical students. *BMC Medical Education*, 11, Article 51. <https://doi.org/10.1186/1472-6920-11-51>
- Kassam, A., Papish, A., Modgill, G. ve Patten, S. (2012). The development and psychometric properties of a new scale to measure mental illness related stigma by health care providers: The opening minds scale for health care providers (OMS-HC). *BMC Psychiatry*. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-62>
- Katkak, B. (2008). *Psikozlu hasta yakınlarında stigmatizasyon*. [Yayımlanmış doktora tezi, İstanbul Üniversitesi]. YÖK Tez Merkezi. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezDetay.jsp?id= 224260>
- Kaya, R. (2024). *Ruhsal hastalığı olan kişilere yönelik inanç ve önyargıların damgalama düzeylerine etkisi*. [Yayımlanmış yüksek lisans tezi, İstanbul Üniversitesi]. YÖK Tez Merkezi. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezDetay.jsp?id= 874518>
- Kayahan, M. (2009). Hemşirelik öğrencilerinin şizofreniye karşı tutumları ve psikiyatri eğitiminin etkisi. *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 6(1), 27-34. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/hutfd/article/637300>
- Kemp, T., Overbeck, G., Wied, M., Engels, R. ve Scholte, J. (2007). Early adolescent empathy, parental support, and antisocial behavior. *The Journal of Genetic Psychology*, 168(1), 5-18. <https://doi.org/10.3200/GNTP.168.1.5-18>
- Kılıç, A. ve Şahin, B. (2019). Empatik eğilim ve çatışma çözme davranışı ilişkisi. *Journal of Tourism and Gastronomy Studies*, 7(2), 853-884. <https://search.trdizin.gov.tr/en/yayin/detay/343346>
- Kılınç, M. (2016). *Sağlık çalışanlarının empatik eğilim düzeyinin saldırgan davranış düzeyleri ile ilişkisi*. [Yayımlanmış yüksek lisans tezi, Necmettin Erbakan Üniversitesi]. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezDetay.jsp?id= 471409>
- Kocabaşoğlu, N. ve Aliustaoğlu, S. (2003). Bir kavram olarak stigmatizasyon. *Yeni Symposium*, 41(4), 190-192. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/anadoluakademi/issue>

- Koç, M. (2016). Demografik özellikler ile empatik eğilim arasındaki ilişki: Yetişkinler üzerine ampirik bir araştırma. *Iğdır Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, (9), 25-47. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/igdirsosbilder/article/1044866>
- Köksal, H. (2009). *Hemşirelerin empatik eğilim ve tükenmişlik düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi*. [Yayımlanmış yüksek lisans tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi]. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezDetay.jsp?id=266923>
- Köseoğlu, S. (1994). *Psikolojik danışmanların empatik becerilerinin ve kişilik özelliklerinin incelenmesi*. [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi]. Marmara Üniversitesi.
- Kuey, L. (1995). Ruhsal bozukluklara ilişkin halkın tutum ve davranışları. *Kriz Dergisi*, 3(1-2), 172-174. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/kriz/article/496859>
- Kulik, C. T., Bainbridge, H. T. J. ve Cregan, C. (2008). Known by the company we keep: Stigma-by-association effects in the workplace. *Academy of Management Review*, 33(1), 216-230. <https://doi.org/10.5465/amr.2008.27752765>
- Kuş Saillard, E. (2010). Ruhsal hastalara yönelik damgalamaya ilişkin psikiyatrist görüşleri ve öneriler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 21(1), 14-24. <https://turkpsikiyatri.com/PDF/C21S1/02.pdf>
- Küçükkaraca, N. ve Akçay, S. (2017). Sosyal Hizmet Bölümü öğrencilerinin ruhsal hastalığa yönelik inançlarının belirlenmesi. *Toplumsal ve Sosyal Hizmet*, 28(1), 27-35. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/514941>
- Link, B. G. ve Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363-385. <http://www.jstor.org/stable/2678626>
- Lysaker, P. H., Tsai, J., Yanos, P. ve Roe, D. (2008). Associations of multiple domains of self-esteem with four dimensions of stigma in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 98(1-3), 194-200. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2007.09.006>
- Malas, E. M. (2019). Ruhsal bozukluklara karşı stigma-derleme. *Manas Sosyal Araştırmalar Dergisi*. (s.88). <https://dergipark.org.tr/tr/pub/mjss/article/470932>
- Manav, A. İ. (2008). *Hemşirelerin empatik eğilim ve becerilerinin değerlendirilmesi*. [Yayımlanmış yüksek lisans tezi, Mersin Üniversitesi]. YÖK Tez Merkezi. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezDetay.jsp?id=230235>

- Mete, S. ve Gerçek, E. (2005). PDÖ yöntemiyle eğitim gören hemşirelik öğrencilerinin empatik eğilim ve becerilerinin incelenmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 9(2), 11-17. <https://scholar.google.com/scholar?>
- Modgill, G., Patten, S. B., Knaak, S., Kassam, A. ve Szeto, A. C. (2014). Opening minds stigma scale for health care providers (OMS-HC): Examination of psychometric properties and responsiveness. *Copyright: Creative Commons License*. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-120>
- Moran, M. (2008). *Psikiyatri alanında ve diğer kliniklerde çalışan hemşirelerin ruh hastalarına ve hastalıklarına ilişkin görüşleri*. [Yayımlanmış yüksek lisans tezi, Mersin Üniversitesi]. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezDetay.jsp?id=230231>
- Murat, M., Öz, A., Güner, E. ve Köse, S. (2020). The relationship between university students' beliefs toward mental illness and stigmatization. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 28(2), 194. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34263198/>
- Nordt, C., Rössler, W. ve Lauber, C. (2006). Attitudes of mental health professionals toward people with schizophrenia and major depression. *Schizophrenia Bulletin*, 32(4), 709–714. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbj065>
- Oban, G. ve Küçük, L. (2011). Ergenlerde ruhsal hastalıklara yönelik damgalamayı etkileyen etmenler. *Journal of Psychiatric Nursing*, 2(1), 31-39. https://pdf.journalagent.com/phd/pdfs/PHD_2_1_31_39.pdf
- Oran, N. T. ve Şenuzun, F. (2008). Toplumda kırılması gereken bir zincir: HIV/AIDS stigmatı ve baş etme stratejileri. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 5(1), 1-16. https://arastirmax.com/tr/system/files/dergiler/161047/makaleler/5/1/arastrmx_161047_5_pp_1-16.pdf
- Öz, F. (1998). Son sınıf hemşirelik öğrencilerinin empatik eğitimleri empatik becerileri ile akademik başarıları arasındaki ilişki. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2(2), 32-238. <https://scholar.google.com/scholar?>
- Özcan, H. (2012). Hemşirelerin empatik eğilim ve empatik becerileri: Gümüşhane örneği. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(2), 62-63. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/gumussagbil/article/98967>

- Özdemir, N. (2015). *Hemşirelerin empatik eğilim ve empatik becerileri ile bireyselleştirilmiş bakım algıları arasındaki ilişki*. [Yayımlanmış yüksek lisans tezi, İstanbul Üniversitesi]. YÖK Tez Merkezi. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezDetay.jsp?id=408302>
- Özselçuk, S. ve Yalım, F. (2019). Sağlık çalışanlarında empatik eğilim düzeyi ve iletişim becerileri: Şafak Sağlık Grubuna yönelik bir çalışma. *Kurgu*, 27(3), 66-89. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/kurgu/article/751572>
- Öztürk, A., Kaçan Softa, H. ve Ulaş Karaahmetoğlu, G. (2017). Kastamonu Üniversitesinde öğrenim gören hemşirelik öğrencilerinin ruhsal hastalıklara karşı inançları ve psikiyatri hemşireliği dersinin etkisi. *UHPPD*, 4, 146-166. <https://www.researchgate.net/publication/333245324>
- Öztürk, F., Koparan, Ş., Haşıl, N., Efe, M. ve Özkaya, G. (2004). Antrenör ve hakemlerin empati durumlarının araştırılması. *Spormetre Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*, 2(1), 19-25. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/spormetre/article/501354>
- Öztürk, M. O. ve Uluşahin, A. (2014). *Ruh sağlığı ve bozuklukları*. Nobel Tıp Kitabevleri. <https://www.scribd.com/document/368198296/>
- Özyazıcıoğlu, N., Aydınoglu, N. ve Aytekin, G. (2009). Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin empatik ve problem çözme becerilerinin incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12(3), 46-53. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/ataunihem/article/34039>
- Pescosolido, B. A., vd. (2021). Trends in public stigma of mental illness in the US, 1996-2018. *Network Open*. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.40202>
- Pişkin, M. (1989). Empati, kaygı ve çatışma eğilimi arasındaki ilişki. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*. (s.775-784). <https://dergipark.org.tr/tr/pub/auebfd/article/607253>
- Plant, E. A., Devine, P. G., Cox, W. T. L., Columb, C., Miller, S. L. ve Goplen, J. L. (2009). The Obama effect: Decreasing implicit prejudice and stereotyping. *Journal of Experimental Social Psychology*, 45, 961-964. <https://doi.org/10.1016/j.jesp.2009.03.017>

- Reynolds, W. ve Scott, B. (1999). Empathy: A crucial component of the helping relation. *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*. (s.363-370). <https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.1999.00228.x>
- Rochat, M. J. (2022). Sex and gender differences in the development of empathy. *Journal of Neuroscience Research*, 00, 1–12. <https://doi.org/10.1002/jnr.25009>
- Rogers, C. (1983). Empatik olmak, değeri anlaşılmamış bir varoluş şeklidir (F. Akkoyun, Çev.). *A.Ü. Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 16(1), 103-124. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/aubfd/article/616198>
- Rüsch, N., Angermeyer, M. C. ve Patrick, W. C. (2005). Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry*, 20, 529-539. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2005.04.004>
- Sağduyu, A., Aker, T., Özmen, E., Ögel, K. ve Tamar, D. (2001). Halkın şizofreniye bakışı ve yaklaşımı üzerine bir epidemiyolojik araştırma. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12(2), 99-110. <https://search.trdizin.gov.tr/tr/yayin/detay/352232>
- Sağduyu, A., vd. (2003). Şizofrenisi olan hastaların yakınlarının şizofreniye yönelik tutumları. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 14(3), 203-212. <https://www.ogelk.net/Dosyadepo/sizofrenisiOlan.pdf>
- Saillard, E. K. (2010). Ruhsal hastalara yönelik damgalamaya ilişkin psikiyatrist görüşleri ve öneriler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 21(1), 14-24. <https://turkpsikiyatri.com/PDF/C21S1/02.pdf>
- Sapcı Can, Y. (2019). *Acil servis ve diğer birimlerde görev yapan hemşirelerin umutsuzluk düzeyi ve empatik eğilimlerinin belirlenmesi*. [Yayımlanmış yüksek lisans tezi, Gaziosmanpaşa Üniversitesi]. YÖK Tez Merkezi. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezDetay.jsp?id= 552633>
- Sartorius, N. (2002). Iatrogenic stigma of mental illness. *British Medical Journal*, 324, 1470–1471. <https://doi.org/10.1136/bmj.324.7352.1470>
- Savrun, B. M., Arikan, K., Uysal, O., Cetin, G., Poyraz, B. C., Aksoy, C. ve Bayar, M. R. (2007). Gender effect on attitudes towards the mentally ill: A survey of Turkish university students. *Isr J Psychiatry Relat Sci*, 44(1), 57-61. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17665813/>

- Sayar, K. (2002). Her toplumun stigmatı farklıdır. *Popüler Psikiyatri Dergisi*, 18-23.
<http://www.populerpsikiyatri.com>
- Sayar, K., Sayar, N. A., Aksöyek, A., Aşık, G., Ekenel, M. ve Kanber, Y. (1998). Sağlık çalışanlarında empati becerisinin değerlendirilmesi. *Yeni Symposium*. (s.19-28).
<https://psikiyatridizini.net/makale/saglik-calisanlarinda-empati-becerisinin-degerlendirilmesi/>
- Saylık, Ö. (2023). *Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hastanesinde görevli sağlık çalışanlarının ruhsal hastalığa yönelik inançları ve etkileyen faktörler*. [Yayımlanmış uzmanlık tezi, Adnan Menderes Üniversitesi]. YÖK Tez Merkezi.
<https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezDetay.jsp?id= 819660>
- Seidler, Z. E., Rice, S. M., River, J., Oliffe, J. L. ve Dhillon, H. M. (2018). Men's mental health services: The case for a masculinities model. *The Journal of Men's Studies*, 26(1), 92-104. <https://doi.org/10.1177/1060826517729406>
- Seymen, S. (2007). *Gazimağusa devlet hastanesinde çalışan yüksek hemşire ve hemşirelerin empatik eğilimleri ile yatan hastaların hemşirelere karşı duydukları memnuniyet düzeyleri*. [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi]. Yakın Doğu Üniversitesi.
- Sevindik F, Uncu F, Güneş Dağ D. (2012) Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin duygusal zeka düzeylerinin bazı değişkenler açısından incelenmesi. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi*; 26, 21-26.
https://tip.fusabil.org/pdf/pdf_FUSABIL_836.pdf
- Shives, L. R. ve Isaacs, A. (2008). *Basic concepts of psychiatric-mental health nursing* (7th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
https://www.cur.ac.rw/mis/main/library/documents/book_file/digital-67a47c0a7114e9.04143147.pdf
- Shulman, N. ve Adams, B. (2002). A comparison of Russian and British attitudes towards mental health problems in the community. *Int J Soc Psychiatry*, 48, 266-278.
<https://doi.org/10.1177/002076402128783421>
- Simmons, L. A., Yang, N. Y., Wu, Q., Bush, H. M. ve Crofford, L. J. (2015). Public and personal depression stigma in a rural American female sample. *Archives of Psychiatric Nursing*, 29, 407-412. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.06.013>

- Sontag, S. (2005). *Metafor olarak hastalık - AIDS ve metaforları* (O. Akinhay, Çev.) (1. baskı). Agora Kitaplığı. <https://www.scribd.com/document/993102303/Susan-Sontag-Metafor-Olarak-Hastalik>
- Söylemez, Ö. Z. (2013). *İşitme engelli okullarında çalışan öğretmenlerin empati eğilimleri ile sınıf yönetim becerileri arasındaki ilişki*. [Yayımlanmış yüksek lisans tezi, Yeditepe Üniversitesi. YÖK Tez Merkezi. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezDetay.jsp?id=327672>
- St. Clements University. (2014). *Sosyal psikoloji ve modeller*. St. Clements University Türkiye Yayınları. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/fesa/1183300.xml>
- Stilwell, B. M. (2001). Empathy and moral development: Implications for caring and justice. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. <https://doi.org/10.1097/00004583-200105000-00026>
- Stotland, E. (1971). Empathy and birth order: Some experimental explorations. Academic Press. <https://www.worldcat.org/title/empahy-and-birth-order-some-experimental-explorations/>
- Stuber, J. P., Rocha, A., Christian, A. ve Link, B. G. (2014). Conceptions of mental illness: Attitudes of mental health professionals and the general public. *Psychiatric Services*, 65(4), 490-497. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300136>
- Sunman, T. ve Savaşır, Y. (1970). Akıl hastalıkları ve akıl hastalıklarına karşı tutum ve inançlar. In *V. Milli Nöro Psikiyatri Kongresi Kitabı* (pp. 481-485). Ege Üniversitesi Matbaası. <http://www.ege.edu.tr>
- Tabak, R. S. ve Sonmaz, S. (2009). *Sağlık hizmetlerinde iletişim*. Rulo Ofset, Songür Yayıncılık. <https://www.worldcat.org>
- Taşkın, E. O. (2004). Şizofreniye yönelik tutumlar ve damgalanma. *Psikoloji ve Psikofarmakoloji (3P) Dergisi*, 12, 41-50. <https://psikiyatridizini.net/makale/sizofreniye-yonelik-tutumlar-ve-damgalama/>
- Taşkın, E. O. (2007). Ruhsal hastalıklarda damgalama ve ayrımcılık. In *Stigma ruhsal hastalıklara yönelik tutumlar ve damgalama* (ss. 17-30). Meta Basım Matbaacılık. https://www.researchgate.net/publication/292987823_Ruhsal_hastalıklarda_damgalama_ve_ayrimcilik

- Tatlı, T. (2018). *Sağlık çalışanlarının empatik eğilim ve etik duyarlılık düzeylerinin hasta hakları bağlamında incelenmesi: Ağrı ili örneği*. [Yayımlanmış yüksek lisans tezi, Selçuk Üniversitesi]. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezDetay.jsp?id=518162>
- Tekmen, Y. (2010). *Hekim ve hemşirelerin empatik eğilim düzeyleri ile iş doyumu arasındaki ilişkinin incelenmesi*. [Yayımlanmış yüksek lisans tezi, Haliç Üniversitesi]. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezDetay.jsp?id=271773>
- Terakye, G. (1995). *Hasta hemşire ilişkileri* (4. baskı). Aydoğdu Ofset. <http://ekutuphane.saglik.gov.tr>
- Topkaya, N. (2011). *Psikolojik yardım alma niyetinin sosyal damgalama, tedavi korkusu, beklenen yarar, beklenen risk ve tutum faktörleriyle modellenmesi*. [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi]. Ege Üniversitesi.
- Torres, I. N., Pereira, H. P., Moreira, M. B. P., Marina, S. ve Ricou, M. (2024). Prevalence of stigma towards mental illness among Portuguese healthcare professionals: A descriptive and comparative study. *Frontiers in Psychiatry*, 15, Article 1425301. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1425301>
- Totic, S., Pavlovic, Z., Zaric, N., et al. (2012). Stigmatization of psychiatric label by medical and non-medical students. *International Journal of Social Psychiatry*, 58, 455-462. <https://doi.org/10.1177/0020764011408652>
- Townsend, M. C. ve Morgan, K. I. (2017). *Psikiyatrik ruh sağlığı hemşireliği: Kanıta dayalı uygulamada bakım kavramları*. FA Davis. <https://fadavis.com>
- Tracey, P. ve Phillips, N. (2016). Managing the consequences of organizational stigmatization: Identity work in a social enterprise. *Academy of Management Journal*, 59(3), 740-765. <https://doi.org/10.5465/amj.2013.0483>
- Tsang, H. W., Angell, B., Corrigan, P. W., Lee, Y. T., Shi, K., Lam, C. S. vd.,(2007). A cross-cultural study of employers' concerns about hiring people with psychotic disorder: Implications for recovery. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 42(9), 723-733. <https://doi.org/10.1007/s00127-007-0208-x>
- Tuncay, T. ve İl, S. (2009). Sosyal hizmet uygulamasında empatiyi yeniden düşünmek. *Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi*. <https://dergipark.org.tr/en/pub/tsh/article/>

- Tunç, P., Gitmez, A. ve Krespi Boothby, M. R. (2014). Yoğun bakım ve yataklı servis hemşirelerinde duygusal emek stratejilerinin empatik eğilim açısından incelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 15, 45-54. <https://milas.arel.edu.tr/xmlui/handle/20.500.12294/405>
- Turan, H. ve Yüksel, S. (2020). Ruhsal hastalığa sahip bireylere yönelik damgalama: Etkileyen faktörlere ve bireyler üzerindeki etkilerine dair kavramsal bir çalışma. *Opus - Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*, 15(4), 45-67. <https://doi.org/10.26466/opus.825384>
- Tümer, A., Kırış, N. ve Çoşkun, S. (2019). Beliefs of primary health service professionals towards mental disorders. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 13(3), 241-7. <https://dergipark.org.tr/en/pub/tjfmpe/article/609760>
- Türk Dil Kurumu. (t.y). *Türk dil kurumu*. <https://sozluk.gov.tr/>
- Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı. (2023). Türkiye ruh sağlığı profili - 2 araştırması sonuç raporu (Yayın No. 2751). Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Araştırma, Geliştirme ve Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Dairesi Başkanlığı. <https://shgmargestddb.saglik.gov.tr>
- Uçok, A. (2003). Şizofreni hastası neden damgalanır? *Klinik Psikiyatri*, Ek 1, 3-8. https://pdf.journalagent.com/kpd/pdfs/KPD_6_50_3_8.pdf
- Uluğ, M. (2014). Empati nedir? Tanımı ve benzer kavramlardan farkı. In A. T. Çelik (Ed.), *Empati kuramdan uygulamaya* (pp. 1-16). İstanbul Kültür Üniversitesi Yayınları. <https://kutuphane.iku.edu.tr/empati-kuramdan-uygulamaya>
- Ulutaş, S., Ergin, D. D., Hıdırlıoğlu, S., Kalli, A., Yıldız, S. N., Ertürk, E. F., Topuzoğlu, A. ve Karavuş, M. (2019). Hekimlerin ruhsal bozukluğu olan hastalara karşı tutumlarının değerlendirilmesi. *The Journal of Turkish Family Physician*, 10(4), 185–194. <https://doi.org/10.15511/tjtfp.19.00485>
- Uyanık Balat, G., Çelebi, G., Yılmaz, H., & Gümüştekin, T. (2014). Duygusal zekâ ve empatik eğilim: Okul öncesi öğretmenleri üzerine bir araştırma. *Turkish Studies - International Periodical for the Languages, Literature and History of Turkish or Turkic*, 9(8), 893-901. <http://dx.doi.org/10.7827/TurkishStudies.7081>

- Ünal, E. ve Uyaroğlu, A. K. (2022). The relationship between beliefs toward mental illnesses, empathic tendency and social distancing in university students. *Archives of Psychiatric Nursing*, 41, 348-353. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2022.09.009>
- Ünal, S. ve Kaya, Y. (2006). Psikoza açıklama ve çare atama davranışını etkileyen sosyal etkenler-Malatya örnekleme. *Klinik Psikiyatri*, 9, 138-147. <https://www.klinikpsikiyatri.org/files/journals/1/245.pdf>
- Ünal, S., Hisar, F., Çelik, B. ve Özgüven, Z. (2010). Üniversite öğrencilerinin ruhsal hastalığa yönelik inançları. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 23, 145-150. <http://10.5350/DAJPN2010230301>
- Ünal, S., Özcan, Y., Emul, H. M., Çeken, A. B., Elbozan, H. B. ve Sezer, Ö. (2001). Hastalık açıklama modeli ve çare arama davranışı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2(4), 222. <https://anadolupsikiyatri.org/archives/2001/2/4/>
- Van Brakel, W. H., et al. (2006). Measuring stigma in people affected by leprosy: The SARI stigma scale. *Leprosy Review*, 77, 309-319. <https://www.lepra.org.uk/platforms/lepra/files/lr/Dec06/309-319.pdf>
- Venkataraman, S., Patil, R. ve Balasundaram, S. (2019). Why mental health literacy still matters: A review. *VHL Regional Portal*. <https://doi.org/10.18203/2394-6040.ijcmph20192135>
- Vogel, D. L., Wade, N. G. ve Hackler, A. H. (2019). Public stigma and self-stigma associated with seeking psychological help: The mediating roles of self concealment and attitudes toward counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 66(1), 40–50. <https://doi.org/10.1037/cou0000309>
- WHO. (2020). World mental health day: An opportunity to kick-start a massive scale-up in investment in mental health. <https://www.who.int/news/item/27-08-2020-world-mental-health-day-an-opportunity-to-kick-start-a-massive-scale-up-in-investment-in-mental-health>
- Williams, J. ve Stickley, T. (2010). Empathy and nurse education. *Nurse Education Today*, 30, 752–55. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2010.01.018>

- Wispe, L. (1986). The distinction between sympathy and empathy: To call forth a concept. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 316. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.50.2.314>
- World Health Organization. (2018b). Mental health: Strengthening our response. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- World Health Organization. (2022). World mental health report: Transforming mental health for all. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240050860>
- Yaman, E. ve Güngör, H. (2013). Relationship between stigma tendencies of school administration teachers' and organizational culture. *International Online Journal of Educational Sciences*, 5(3), 783-797. <http://www.iojes.net/article/abstract/783-797>
- Yanos, P. T., Roe, D., Markus, K. ve Lysaker, P. (2008). Pathways between internalized stigma and outcomes related to recovery in schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatric Services*. (ss.1437-1442). <https://doi.org/10.1176/appi.ps.59.12.1437>
- Yaralı, D. (2016). Öğretmen adaylarının özel eğitim dersine yönelik tutumlarının bazı değişkenler açısından incelenmesi. *Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 24, 59-76. <https://izlik.org/JA25MJ37KG>
- Yener Özcan, F. (2019). *Avukatların ruhsal hastalıklara yönelik inançları ve damgalama eğilimleri*. [Yayımlanmış yüksek lisans tezi, Necmettin Erbakan Üniversitesi]. YÖK Tez Merkezi. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezDetay.jsp?id=566075>
- Yıldırım, S., Ersoysal, F. ve Güler, C. (2018). Acil servis çalışanlarının ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve tutumlarının incelenmesi. *Klinik Psikiyatri*, 21, 380-388. <https://doi.org/10.5505/kpd.2018.65477>
- Yıldız, M. (2011). Şizofreni hastaları için ruhsal toplumsal beceri eğitimi (1. baskı). *Türkiye Sosyal Psikiyatri Derneği Yayınları*. <https://tspseyd.org.tr/yayinlar/2011/sizofreni-beceri-egitimi>
- Yıldız, M., Önder, M. E., Tural, Ü., Balta, H. İ. ve Koçalım, N. (2003). Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan pratisyen hekimlerin psikotik bozukluklar ve

- tedavisine yönelik tutumları. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 14(2), 106-15.
<https://search.trdizin.gov.tr/en/yayin/detay/22683>
- Yıldız, M., Özten, E., Işık, S., Özyıldırım, İ., Karayün, D., Cerit, C., vd. (2012). Şizofreni hastaları, hasta yakınları ve majör depresif bozukluk hastalarında kendini damgalama. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 13, 1-7.
<https://search.trdizin.gov.tr/tr/yayin/detay/155256>
- Yüksel, A. (2004). Empati eğitim programının ilköğretim öğrencilerinin empatik becerilerine etkisi. *Uludağ Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 17, 341-54.
<https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/153251>
- Yüksel, N. (2012). *Öğretim elemanlarının ruhsal hastalıklara ve hastalara ilişkin görüşleri*. [Yayımlanmış yüksek lisans tezi, Mersin Üniversitesi]. YÖK Tez Merkezi. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezDetay.jsp?id=314326>
- Zahid, J., Farooq, N., David, K., Muhammad, I., Nasir, I. ve Muhammad, A. (2006). Attitude of the university students and teachers towards mentally ill, in Lahore, Pakistan. <https://ayubmed.edu.pk/JAMC/PAST/18-3/13Zahid.pdf>
- Ziyalar, A. (1999). *Sosyal psikiyatri*. Yüce Yayınları. <https://izlik.org/JA92BN83CX>
- Zuaboni, G., Elmer, T., Rabenschlag, F., Heumann, K., Jaeger, S., Kozel, B. ve Rüsç, N. (2021). Psychometric evaluation of the German version of the Opening Minds Stigma Scale for Health Care Providers (OMS-HC). *BMC Psychology*, 9(1), 1-7.
<https://doi.org/10.1186/s40359-021-00592-9>

EKLER

Ek 1. Kişisel Bilgi Formu

Sağlık çalışanlarının ruhsal hastalıklara yönelik inançlarının, damgalama ve empatik eğilim düzeylerinin incelenmesi: Ağrı ili örneği

Değerli Katılımcı, Bu araştırma, Gümüşhane Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Sosyal Hizmet Yönetimi Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Mehmet Fatih TAŞDAN tarafından Dr Öğr. Üyesi Gülin YAZICI ÇELEBİ danışmanlığında yüksek lisans tezi kapsamında yürütülmektedir. Araştırmanın amacı; Sağlık çalışanlarının ruhsal hastalıklara yönelik inançlarının, damgalama ve empatik eğilim düzeylerinin incelenmesidir. Araştırmaya katılım tamamen gönüllülük esastır. Veri formunda kimliğinizi açığa çıkaracak hiçbir bilgi istenmemektedir. Verdiğiniz tüm cevaplar gizli tutulacak ve sadece araştırmacı tarafından bilimsel çalışmalarda kullanılacaktır. Sorulara vereceğiniz samimi ve gerçek cevaplar araştırmanın bilimsel niteliği açısından son derece önemlidir. Veri formunda çoktan seçmeli kısa sorular yer almaktadır. Anket formunu doldurmak ortalama 5-10 dakika sürmektedir. Katkılarınızdan dolayı teşekkür ederim.

☐ Araştırmaya gönüllü olarak katılmayı KABUL EDİYORUM

Kişisel Bilgi Formu

1. Cinsiyetiniz: ()Kadın ()Erkek

2. Yaşınız:

3. Medeni Durumunuz:

()Bekar ()Evli

4. Eğitim Durumunuz:

()Lise mezunu ()Ön lisans ()Yüksek lisans

()Doktora ()Lisans ()Tıp Fakültesi ()Tıpta Uzmanlık

5. Mesleğiniz:

()Doktor Alan:

()Hemşire

()Diğer Lütfen belirtiniz.....

6. Meslekte çalışma süresiniz:

() 0-5 yıl () 6-10 yıl () 11-15 yıl

() 16-20 yıl () 21 yıl ve üzeri

7. Yakın çevrenizde ruhsal bozukluğu olan biri var mı?

()Hayır ()Evet

8. Bir önceki soruya cevabınız evet ise yakınlık dereceniz nedir?

()Anne-baba ()Kardeş ()Eş ()Çocuk

()Diğer akraba ()Arkadaş

9. Mesleki eğitiminiz dışında ruhsal hastalıklarla ilgili herhangi bir eğitim aldınız mı?

()Evet ()Hayır

10. Meslek hayatınızda psikiyatri kliniği veya benzeri kliniklerde çalıştınız mı?

()Evet ()Hayır

11. Ruhsal sorunlu bireylerin sizde yarattığı duygu nedir? Birden fazla madde işaretlenebilir.

()Korku () Üzüntü ()Öfke ()Heyecan ()Mutluluk ()Acıma

()Sıkıntı ()Diğer belirtiniz.....)

12. Size göre ruhsal hastalıkların ana nedeni nedir?

() Travmatik olaylar (depresyon, sel gibi olaylar...)

() Aile içi çatışmalar

() Geçirilen enfeksiyon hastalıkları

() Dinsel problemler

() Büyü gibi doğa üstü güçler

() Kalıtsal (Genetik) yatkınlık

() Diğer (belirtiniz).....

Ek 2. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği

RUHSAL HASTALIĞA YÖNELİK İNANÇLAR ÖLÇEĞİ (BELIEFS TOWARD MENTAL ILLNESS SCALE -RHİÖ)

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

Ölçek Değerlendirmesi:

0.Tamamen katılmıyorum	1.Çoğunlukla katılmıyorum	2.Kısmen katılmıyorum	3.Kısmen katılıyorum	4.Çoğunlukla katılıyorum	5.Tamamen katılıyorum
0	1	2	3	4	5
Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği					
1.Ruhsal hastalığı olan bir bireyin başkalarına zarar verme olasılığı, sağlıklı bir bireye göre daha fazladır.					
2.Ruhsal hastalıklar, fiziksel hastalıklara göre, daha uzun bir iyileşme süreci gerektirir.					
3.Davranışları tehlikeli olması nedeniyle, ruhsal hastalığı olan bireylerden uzak durmak iyi bir fikirdir.					
4.“Ruhsal hastalık” ifadesi beni rahatsız eder.					
5.Ruhsal hastalığı olan bir bireyin, sorumluluğu az olan bir işte çalışması gerekir.					
6.Ruhsal hastalığı olan bireylerin suç işleme olasılığı daha fazladır.					
7.Ruhsal hastalıklar tekrarlayıcıdır.					
8.Ruhsal hastalık teşhisi alırsam; patronumun, arkadaşlarımla ve başkalarının, hakkımda düşünecekleri şeyler beni endişelendirir.					
9.Ruhsal hastalık teşhisi konmuş bireyler, hastalıklarının olumsuzluklarını ömür boyu yaşayacaklardır.					
10.Bir kez ruhsal hastalık tedavisi alan bireyler, gelecekte tekrar tedaviye gereksinim duyma eğilimindedirler.					
11.Ruhsal hastalığı olan bireylerin dakik olma veya sözünde durma gibi toplumsal kurallara uyması zordur.					
12.İnsanlar daha önce ruhsal hastalık tedavisi alan bir birey ile yakın arkadaşlık kurduğumu bilseydi, utanırdım.					
13.Bana zarar verebileceği nedeniyle, ruhsal hastalığı olan bireyden korkarım.					
14.Ruhsal hastalığı olan bir bireyin iyi anne- baba olma olasılığı daha düşüktür.					
15.Ailemden bir bireyin ruhsal hastalığı olsa, utanırım.					
16.Ruhsal hastalığın tamamen iyileşebileceğine inanmıyorum.					
17.Sorumluluk alamadıkları için ruhsal hastalığı olan bireylerin kendi başlarına yaşayabilmeleri çok uygun değildir.					
18.Çoğu birey ruhsal hastalığı olan bir bireyle, bile bile arkadaşlık kurmaz.					
19.Ruhsal hastalığı olan bireylerin davranışları önceden tahmin edilemez.					
20.Ne kadar tedavi edilirse edilsin, ruhsal hastalığın iyileşmesi mümkün değildir.					
21.Çalışma ekibimdeki ruhsal hastalığı olan bir bireyin yaptığı işe güvenemem.					

Ek 3. Sağlık Çalışanları İçin Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalama Ölçeği

SAĞLIK ÇALIŞANLARI İÇİN RUHSAL HASTALIKLARA YÖNELİK DAMGALAMA ÖLÇEĞİ (SÇ-RHYDÖ)

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1. Ruhsal hastalığa sahip birine kıyasla fiziksel hastalığa sahip birine yardım etmekte daha rahatım.	☐	☐	☐	☐	☐
2. Eğer ruhsal hastalığa sahip biri fiziksel belirtilerden şikâyetçiye, (örneğin; bulantı, sırt ağrısı ya da baş ağrısı), bu durumu büyük ihtimalle ruhsal hastalıklarına bağladım.	☐	☐	☐	☐	☐
3. Eğer birlikte çalıştığım bir iş arkadaşım yönetebildiği bir ruhsal hastalığı olduğunu söyleseydi, onunla çalışmaya aynı şekilde istekli olurum.	☐	☐	☐	☐	☐
4. Ruhsal hastalıktan dolayı tedavi görüyor olsaydım, bunu hiçbir meslektaşuma açıklamazdım.	☐	☐	☐	☐	☐
5. Tedavimi üstlenen sağlık çalışanının işyerimle bir bağlantısı yoksa ruhsal hastalığım için yardım aramayı daha kolay kabul ederim.	☐	☐	☐	☐	☐
6. Ruhsal bir hastalığım varsa ve bununla başa çıkamıyorsam bunu zayıflık olarak görürüm.	☐	☐	☐	☐	☐
7. Ruhsal bir hastalığım olsa yardım aramaya isteksiz olurum.	☐	☐	☐	☐	☐
8. Ruhsal hastalığını yönetebilen bir kişi; iş için en uygun kişi ise işverenler onu işe almalıdır.	☐	☐	☐	☐	☐
9. Bir hekimin ruhsal bir hastalık nedeniyle tedavi görmüş olduğunu bilseydim, yine de o hekime giderdim.	☐	☐	☐	☐	☐
10. Ruhsal bir hastalığım olsaydı, arkadaşlarıma söylerdim.	☐	☐	☐	☐	☐
11. Ruhsal hastalığı olan bireylere umut aşılacak sağlık çalışanlarının sorumluluğundadır.	☐	☐	☐	☐	☐
12. Profesyonel inançlarıma rağmen, ruhsal hastalığı olan insanlara karşı olumsuz tepkiler verebiliyorum.	☐	☐	☐	☐	☐
13. Ruhsal hastalığı olan bireylere yardım etmek için yapabileceğim çok az şey var.	☐	☐	☐	☐	☐
14. Ruhsal hastalığı olan bireylerin yarısından fazlası iyileşmek için yeteri kadar çabalamıyor.	☐	☐	☐	☐	☐
15. Ruhsal hastalığı olan bireyler, toplum için nadiren risk oluşturur.	☐	☐	☐	☐	☐
16. Ruhsal hastalıklar için en iyi tedavi ilaçtır.	☐	☐	☐	☐	☐
17. Ruhsal hastalığı olan bir kişi durumunu yönetebiliyor olsa bile çocuklarla çalışmasını istemezdim.	☐	☐	☐	☐	☐
18. Sağlık çalışanlarının, ruhsal hastalığı olan kişilerin savunucusu olmasına gerek yoktur.	☐	☐	☐	☐	☐
19. Ruhsal hastalığı olan bir kişinin komşu olmasında bir sakınca görmem.	☐	☐	☐	☐	☐
20. Ruhsal hastalığı olan birine merhamet göstermekte zorlanırım.	☐	☐	☐	☐	☐

Ek 4. Empatik Eğilim Ölçeği

Aşağıda 20 cümle bulunmaktadır. Bir cümledeki ifadeyi kendinize Tamamen Uygun bulduğunuzu düşünüyorsanız 5'e, Oldukça Uygun bulduğunuzu düşünüyorsanız 4'e, Oldukça Aykırı bulduğunuzudüşünüyorsanız 2'ye, Tamamen Aykırı bulduğunuzu düşünüyorsanız 1'e, eğer bir cümleye ilişkin olarak Kararsızlık belirtecekseniz 3'e çarpı koyunuz.	Tamamen Aykırı	Oldukça Aykırı	Kararsızım	Oldukça Uygun	Tamamen Uygun
1. Çok sayıda dostum var.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
2. Film seyrederken bazen gözlerim yaşarır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
3. Sıklıkla kendimi yalnız hissederim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
4. Bana dertlerini anlatanlar yanımdan ferahlamış ayrılırlar.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
5. Başkalarının problemleri beni kendi problemlerim kadarilgilendirir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
6. Duygularımı başkalarına iletmekte güçlük çekerim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
7. İnsanların film seyrederken ağlamaları tuhafıma gider.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
8. Birisiyle tartışırken bazen, dikkatim onun söylediklerinden çokvereceğim cevap üzerine yoğunlaşır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
9. Çevrede çok sevilen bir insanım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
10. Televizyondaki filmler mutlu sona ulaşınca rahatlarım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
11. Düşüncelerimi başkalarına iletmekte güçlük çektiğim olur.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
12. İnsanların çoğu bencildir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
13. Sinirli bir insanım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
14. Genellikle insanlara güvenirim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
15. İnsanlar beni tam olarak anlayamıyorlar.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
16. Girişken bir insanım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
17. Bir yakınıma derdimi anlatmak beni rahatlatır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
18. Genellikle hayatımdan memnunum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
19. Yakınlarım bana sık sık derdini anlatırlar.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
20. Genellikle keyfim yerindedir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

ETİK KURUL KARARI



T.C.
GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
BİLİMSEL ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİĞİ KURULU

Sayı : E-95674917-108.99-215228

Konu : Etik Kurul Onay

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Gülin YAZICI ÇELEBİ

"SAĞLIK ÇALIŞANLARININ RUHSAL HASTALIKLARA YÖNELİK İNANÇLARININ, DAMGALAMA VE EMPATİK EĞİLİM DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ: AĞRI İLİ ÖRNEĞİ" konulu etik kurul başvurunuz; Gümüşhane Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu'nun 25/10/2023 tarih ve **2023/5** sayılı toplantısında görüşülmüş olup; projenin yürürlükteki mevzuata uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Günay ÇAKIR
Kurul Başkanı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu : 0ONV-DD61-0VGO

Belge Doğrulama Adresi : <https://ebyssorgu.gumushane.edu.tr/>

Adres:
Telefon No : Fax No :
e-Posta : İnternet Adresi : <http://www.gumushane.edu.tr/>
Kep Adresi : gumushaneuniversitesi@hs01.kep.tr

Bilgi İçin : Özge GÖKAY
Memur
Dahili No:



ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı : Mehmet Fatih TAŞDAN

Eğitim Durumu

Lisans Öğrenimi : Selçuk Üniversitesi, Sosyal Hizmet Bölümü

Yüksek Lisans Öğrenimi :

Bildiği Yabancı Diller : İngilizce

Bilimsel Faaliyetler ve Yayınlar :

İş Deneyimi

Stajlar : Ağrı Aile ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü

Projeler :

Çalıştığı Kurumlar : Kars Halk Sağlığı Müdürlüğü, Ağrı Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Tarih :