

TOPLUM RUH SAĞLIĞI MERKEZLERİNDEN HİZMET ALAN AĞIR RUHSAL HASTALIĞA SAHİP BİREYLERİN ALGILADIKLARI SOSYAL DAMGALANMANIN İNCELENMESİ*

Seval BEKİROĞLU**
Filiz DEMİRÖZ***

ÖZ

Bu araştırma, Ankara ili örneğinde Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinden (TRSM) hizmet alan ağır ruhsal hastalığa sahip (ARHS) bireylerin algıladıkları sosyal damganlama düzeyini ve algıladıkları damganlama ile sosyodemografik özellikleri, hastalık süreçleri, TRSM'den hizmet alma süreçleri ve sosyal destek düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemeyi amaçlamaktadır. Araştırmanın örneklemini, Ankara ilinde bulunan 3 TRSM'den, en az 6 aydır hizmet alan, en az ayda bir olmak üzere merkeze düzenli gelen, DSM -IV-TR tanı ölçütlerine göre ağır ruhsal hastalıklardan birine ait teşhise sahip olan, ailesi ile beraber veya yalnız yaşayan ve araştırmaya gönüllü katılım sağlamak isteyen 138 ARHS birey oluşturmuştur. Araştırmanın verileri, Sosyodemografik Veri Formu, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Psikolojik Yardım Alma Nedeniyle Sosyal Damganlama Ölçeği aracılığıyla toplanmıştır. Verilerin incelenmesinde, Mann-Whitney U Testi ve Spearman Korelasyon Analizi kullanılmıştır. ARHS bireylerin algıladıkları sosyal damganmanın yüksek olmakla birlikte, erkeklerde kadınlara göre, birileri ile yaşayan bireylerde yalnız yaşayanlara göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu görülmüştür ($p<0,05$). ARHS bireylerin algıladıkları damganlama ile özel bir insan desteği arasında negatif yönlü zayıf (-.255), arkadaş desteği (-.371) ve toplam sosyal destek puanı (-.362) arasında negatif yönlü orta kuvvetli anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Elde edilen bulgular, TRSM'lerce ARHS bireylerin algıladıkları sosyal damganlamayı azaltmaya yönelik planlanacak ve gerçekleştirilecek damga karşıtı uygulamalarda, toplumsal cinsiyet kavramına, yaşam biçimi farklılıklarına ve sosyal destek sistemlerinin varlığına önemle yer verilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Toplum ruh sağlığı merkezi, ağır ruhsal hastalığa sahip birey, algılanan sosyal damganlama

EXAMINATION OF THE PERCEIVED SOCIAL STIGMA BY INDIVIDUALS WITH SEVERE MENTAL ILLNESS RECEIVING SERVICE FROM COMMUNITY MENTAL HEALTH CENTERS

ABSTRACT

The study aims to examine perceived sosyal stigma and the relationship between sociodemographic characteristics, disease processes, receiving service from Community Mental Health Centers (CMHCs), social support levels of individuals with Severe Mental Illness (SMI) who in CMHCs in Ankara. The sample consisted of 138 voluntarily individuals with SMI who have been receiving service for at least six months from CMHCs in Ankara, having a diagnosis of one of the severe mental disorder according to DSM-IV diagnosis criteria, living alone or with their families. The data were collected via the Sociodemographic Data Form, Stigma Scale for Receiving Psychological Help and Multidimensional Perceived Social Support Scale. Mann-Whitney U Test and Spearman Correlation Analysis were used to analyze the data. The social stigmatization of SMI individuals is high. Perceived social stigma was significantly higher in males than in females ($p < 0.05$). A significant negative correlation was found special person support (-.255), friend support (-.371) and total social support score (-.362) between the perceived stigma of individuals with SMI ($p < 0.01$). The findings provide some hints that can be useful for mental health professionals working with individuals with SMI in CMHCs. In the anti-stigmatization practices to be planned and implemented by CMHCs should emphasize the concept of gender, lifestyle differences, and the existence of social support systems.

Keywords: Community mental health center, individual with severe mental illness, perceived social stigma

* Bu çalışma, Seval BEKİROĞLU'nun Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet Anabilim Dalı'nda gerçekleştirdiği " Ekosistem Yaklaşımı Perspektifinden Ağır Ruhsal Hastalığa Sahip Bireylerin Sosyal İşlevselliğinin Karma Yöntem Tasarımıyla İncelenmesi" başlıklı doktora tez çalışması için toplanan verilere dayanmaktadır.

** Dr. Öğr. Görevlisi, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü, Ankara sevalbekiroglu@gmail.com

***Dr. Öğretim Üyesi, Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü Emekli Öğretim Üyesi, Ankara

GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ, 2011) de belirttiği üzere, dünyada en çok damgalanmaya maruz kalan kesim; bilişsel, yönetsel ve sosyal beceri alanlarındaki yıkıcı etkisi nedeniyle yeti yitimi ile giden şizofreni ve benzeri psikotik bozukluklar ve duygu durum bozuklukları gibi kronik seyreden (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011 a) ağır ruhsal hastalığa sahip bireylerdir (ARHS). Yaşamlarının hemen her alanında damgalanmayı yoğun olarak yaşayan bu bireylerin damgalanma biçimleri ise farklı ülkelerde veya bölgelerde neredeyse aynıdır (DSÖ, 2011).

Toplumda çoğu zaman ağır bir ruhsal hastalığa sahip olmak; kişisel bir eksiklik, zayıflık, sapma, düşük zeka, güvenilmezlik veya yetersizlik belirtisi olarak görülürken, ARHS bireylerin ise şiddet ve öngörülemez davranışlara sahip bireyler olarak görüldüğü bilinmektedir (Harrison ve Gill, 2010; Hawke, Parikh, ve Michalak, 2013). Ruhsal hastalığa sahip bireylere yönelik var olan yanlış inanç, olumsuz tutum ve davranışlar olarak kısaca tanımlanabilecek damgalamanın, ARHS bireylerin kendisinde, ailelerinde, sosyal çevrelerinde, sağlık profesyonelleri arasında olmak üzere toplumun genelinde yaygın olduğu yapılan birçok çalışma bulgusu ile ortaya konmuştur (Çam ve Bilge, 2013; Harrison ve Gill, 2010; Kök ve Demir, 2018).

Bazı çalışmalarda (Dickerson, Sommerville, Origoni, Ringel, ve Parente, 2002; Gerlinger ve diğerleri, 2013; Świtaj, Chrostek, Grygiel, Wciórka ve Anczewska, 2016) damgalamanın; algılanan, deneyimlenen ve içselleştirilmiş damgalama, bazı çalışmalarda (Corrigan, 2004; Hawke ve diğerleri, 2013) ise yapısal, sosyal ve içselleştirilmiş damgalama olmak üzere üç düzeyde tanımlandığı görülmektedir. ARHS bireylerde damgalamayı ele alan çalışmalar incelendiğinde ise, ARHS bireylerin en yoğun olarak algılanan damgalamayı yaşadığı belirtilmektedir (Dickerson ve diğerleri, 2002; Gerlinger ve diğerleri, 2013). Buna göre algılanan damgalanma; bireyin yaşadığı toplum içerisinde hangi gruba dahil olduğuna ve damgalanmış bir grubun üyesi olarak kendisini görmeye ilişkin inancını ifade etmektedir. Algılanan damgalamanın, ARHS bireylerin benlik saygılarını azaltarak kendilerini toplumun bir üyesi olarak hissetmelerini engellediği, dolayısıyla da toplumsal hayattan giderek daha fazla kaçınır hale gelmelerine neden olduğu bilinmektedir (Gerlinger ve diğerleri, 2013). Bu yönüyle de algılanan damgalanmanın sosyal damgalanmaya eşlik ederek bireylerin hayatları üzerinde daha çok olumsuz etkiye sahip olduğu söylenebilir. Öyle ki yapılan birçok çalışma, ARHS bireylerin toplum tarafından damgalandığına ilişkin algısının yüksek olmasının, onların yaşam kalitesi, sosyal işlevselliği, benlik saygısı, depresyon düzeyi, sosyal destek ve tedavi uyumu üzerindeki olumsuz etkiyi gözler önüne sermektedir (Bozan; 2019; Corrigan ve diğerleri, 2009; Hawke ve diğerleri., 2013; Gerlinger ve diğerleri, 2013; Livingston ve Boyd, 2010; Kök ve Demir, 2018).

ARHS bireylerin hayatları üzerinde birçok olumsuz etkiye sahip olan damgalanma, DSÖ (2013) ve liderliğindeki uluslararası gelişmelerle paralel bir şekilde Türkiye'de de Ulusal Ruh Sağlığı Politikası (URSP, 2006) ve Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (URSEP, 2011b) ile birlikte mücadele edilmesi gereken ve bu yönüyle önemle üzerinde durulan konulardan biri olmuştur. Öyle ki, URSP ve URSEP ilkeleri doğrultusunda açılmaya başlanan toplum ruh sağlığı merkezlerinin (TRSM) en önemli hizmet sunumları arasında, ARHS bireylere yönelik damgalama ve ayrımcılığı ortadan kaldırmaya yönelik faaliyetlerin gerçekleştirilmesi yer almaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011a). Bu yönüyle, toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri kapsamında, ARHS bireylere yönelik uygulanan veya uygulanacak olan tedavi programının en önemli çıktılarından birinin bu bireylerin yaşadığı damgalanma sorununu çözmek veya azaltmak olduğu söylenebilir.

Ulusal alan yazın incelendiğinde, tedavi programı kapsamında en önemli hizmet hedefleri arasında damga karşıtı savunuculuk faaliyetlerinin yürütülmesi yer alan TRSM'lerden hizmet alan ARHS bireylerin damgalanma durumlarının, toplumsal tutumların kabul edilerek içselleştirilmesini ifade eden içselleştirilmiş damgalanma özelinde çoğunlukla ele alındığı görülmektedir (Albayrak, 2018; Bozan, 2019; Gevher, 2018). Yapılan bu çalışmalar, ARHS bireylerde içselleştirilmiş damgalanma düzeyinin yüksek olmakla birlikte sosyal işlevsellikleri, iyileşme düzeyleri ve bazı sosyodemografik özellikleri arasındaki ilişkiye dikkat çekmiştir. Öte yandan tedavi uyumu üzerinden önemli etkileri bulunan, ARHS bireylerin psikolojik yardım almalarından ötürü toplum tarafından damgalandıklarına ilişkin algıladıkları sosyal damgalanmayı inceleyen çalışmalara rastlanmamıştır. Bu durum, özellikle

gerçekleştirilecek damga karşıtı müdahalelerde kullanılacak müdahale stratejilerini belirlemede, kişilerin algıladıkları damgalanma ile ilişkili faktörlere dair daha kapsamlı bir değerlendirmeye ihtiyacın olduğunu düşündürmüştür. Öyle ki, kişilerin hangi özelliklerinin algıladıkları sosyal damgalanma ile ilişkili olduğu bilinmeden gerçekleştirilecek damga karşıtı uygulamaların stratejisinin belirsiz olacağı, bu yönüyle de etkinliğinin az olacağı veya hiç olmayacağı düşünülmektedir. Bu nedenle bu çalışmada, TRSM'lerden hizmet alan ARHS bireylerin algıladıkları sosyal damgalanma düzeyini ve algıladıkları damgalanma ile sosyodemografik özellikleri, hastalık süreçleri, TRSM'den hizmet alma süreçleri ve sosyal destek düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemek amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Çalışma Grubu

Araştırmanın örneklemini; Ankara ili örneğinde, 3 TRSM'den en az 6 aydır hizmet alan ve en az ayda bir olmak üzere merkeze düzenli gelen, DSM-IV-TR tanı ölçütlerine göre ağır ruhsal hastalıklardan birine ait teşhise sahip olan, ailesi ile beraber veya yalnız yaşayan, konuşmada ve anlamada güçlük yaşamayan, araştırmaya gönüllü katılım sağlamak isteyen 138 ARHS birey oluşturmuştur. Katılımcılara Yenimahalle TRSM (44), Etimesgut TRSM (31) ve Sincan TRSM'den (63) oranlı küme örnekleme yöntemi ile ulaşılmıştır.

Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri, 15 Mayıs – 15 Ağustos 2017 tarihleri arasında, hizmet alınan TRSM'de, bizzat araştırmacı tarafından yüz yüze görüşmeler yoluyla aşağıda yer alan veri toplama araçları aracılığıyla toplanmıştır.

Sosyo-demografik Veri Formu: Araştırmacı tarafından geliştirilen form, ARHS bireylerin sosyo-demografik özelliklerine, hastalık sürecine, TRSM'den hizmet alma sürecine ilişkin verilerin elde edilmesine yönelik toplam 54 adet sorudan oluşmuştur.

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ): Zimet ve ark.(Zimet, Dahlem, Zimet, & Farley, 1988) tarafından geliştirilen ölçeğin, Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Eker ve Akar (1999) tarafından yapılırken, ilerleyen dönemde gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği Eker (2001) tarafından yenilenmiştir. Bir öz bildirim ölçeği olan ÇBASDÖ, her biri 4 maddeyi içeren aile, arkadaş ve özel bir insan olmak üzere desteğin kaynağına ilişkin üç alt boyutu içeren 7 aralıklı Likert tipte toplam 12 maddeden oluşmaktadır. Üç alt ölçeğin toplanması ile elde edilen ölçeğin toplam puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu, düşük olması ise sosyal desteğin az olduğunu ifade etmektedir. Ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0.66 olarak bulunmuştur (Eker, 2001). Bu çalışmada ise ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0.80 olarak bulunmuştur.

Psikolojik Yardım Alma Nedeniyle Sosyal Damgalanma Ölçeği (PYANSDÖ): Psikolojik yardım almaya yönelik bireyin sosyal damgalanma algısını değerlendirmek amacıyla Komiya, Good ve Sherrod (Komiya, Good ve Sherrod, 2000) tarafından geliştirilen ölçek Topkaya (2011) tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır. Ölçek dördümlü likert tipinde toplam 5 maddeden oluşmaktadır. Ölçekten elde edilebilecek en düşük puan 5, en yüksek puan ise 20'dir. Ölçekten alınan puanın yüksekliği, kişilerin psikolojik yardım alması durumunda toplum tarafından damgalanacağına ilişkin algısının yüksek olduğunu, puanın düşüklüğü ise damgalanacağına ilişkin algısının düşük olduğunu ifade etmektedir. Ölçeğin Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı 0.80 olarak bulunmuştur (Topkaya, 2011). Bu çalışmada ise ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0.82 olarak bulunmuştur.

Uygulama

Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan alınan etik kurul onayından sonra, araştırmanın gerçekleştirilmek istendiği TRSM'lerin bağlı oldukları İl Sağlık Müdürlüğü aracılığıyla hastane Başhekimliklerinden uygulama izni alınmıştır. Gerekli izinler alındıktan sonra araştırmacı tarafından ilgili TRSM'lere gidilerek, merkez sorumlu hekimi başta olmak üzere

merkezde görevli meslek elemanlarına (psikolog, sosyal hizmet uzmanı, hemşire) çalışma hakkında ön bilgi verilmiştir.

Veri toplama işlemi sırasında, öncelikle tüm ARHS bireylere araştırma hakkında bilgi verilerek araştırmaya katılmak isteyip istemedikleri sorulmuştur. Araştırmaya katılmayı kabul eden ARHS bireylerle hizmet aldıkları merkezde, yukarıda bahsedilen veri toplama araçları aracılığıyla, 15 Mayıs 2017- 15 Ağustos 2017 tarihleri arasında araştırmacı tarafından yapılan yüz yüze görüşmelerle veriler toplanmıştır.

Verilerin Analizi

Araştırma verileri, Sosyal Bilimler İçin İstatistik Programı (SPSS 20.0) ile bilgisayar ortamına aktarılmış, değişkenler yeniden kodlanmış, betimsel analizler (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma) yapılmıştır. Verilerin normal dağılım gösterip göstermediğini test etmek için Kolmogorov-Smirnov Testi yapılmıştır. Normal dağılım göstermediği ($p<0,05$) bulunan verilerin analizinde non-parametric testler tercih edilmiştir. ARHS bireylerin damgalanma durumları ile sosyo-demografik özellikleri arasındaki farklılıkların incelenmesinde “Mann-Whitney U Testi”, sosyo-demografik özellikleri, hastalık süreci, hizmet alma süreci ve algıladıkları sosyal destek düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi için “Sperman Korelasyon Analizi” yapılmıştır.

BULGULAR

Bu çalışmaya katılan ARHS bireyler; çoğunlukla (%73) erkek, ortalama 44 yaşında, hiç evlenmemiş (%46.4), temel eğitim düzeyinde eğitim almış (%85,5), ortalama 2500 TL üstü gelire sahip (%54.3), çalışmayan (%65.2) kişilerdir. ARHS bireylerin 2 ile 37 yıl arasında değişen hastalık süreleri ortalama 16.5 yıl, 1- 5 yıl arasında değişen TRSM’den hizmet alma süreleri ise ortalama 2.81 yıldır. ARHS bireylerin ÇBASDÖ puan ortalamaları incelendiğinde, en yüksek sosyal desteği ailelerinden (22.52 ± 5.47) almakla birlikte, algıladıkları sosyal desteğin ortanın üstünde olduğu (53.04 ± 12.91), bu yönüyle algıladıkları desteğin yüksek olduğu görülmüştür. PYANSDÖ puan ortalamaları incelendiğinde ise, ARHS bireylerin algıladığı damgalanmanın ortanın üstünde olduğu (12.16), bu yönüyle de kişilerin psikolojik yardım almalarından dolayı toplum tarafından damgalandığına ilişkin algısının yüksek olduğu anlaşılmıştır (Tablo 1).

Tablo 1. ARHS bireylere ilişkin tanımlayıcı bilgiler

	Sayı	%		Min-max	Ortalama-ss
<i>Cinsiyet</i>			<i>Yaş</i>	22-68	44.19-10.11
Kadın	36	26.1			
Erkek	102	73.9			
<i>Medeni durum</i>			<i>Hastalık süresi</i>	2-37 yıl	16.50-8.11
Hiç evlenmemiş	64	46.4			
Evli	48	35.5			
Boşanmış veya dul	26	18.1			
<i>Öğrenim durumu</i>			<i>TRSM’den hizmet alma süresi</i>	1-5 yıl	2.81-1.21
Temel eğitim	118	85.5			
Temel üstü eğitim	20	14.5			
<i>Hane Geliri</i>			<i>ÇBASDÖ puanları</i>		
(ortalama 2500 TL)			Aile desteği	4-28	22.52-5.47
Ortalama üstü	75	54.3	Özel bir insan desteği	4-28	16.04-6.22
Ortalama altı	63	45.7	Arkadaş desteği	4-28	14.27-7.13
			Algılanan sosyal destek	22-84	53.04-12.91
<i>Çalışma Durumu</i>			<i>PYANSDÖ puanları</i>		
Çalışmıyor	90	65.2			
Çalışıyor	30	21.7			
Emekli	18	12.1			

Çalışmaya katılan ARHS bireylerin PYANSDÖ puanı ile cinsiyetleri ve yaşam biçimleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Erkeklerin PYANSDÖ puanları kadınlarınkinden, birileri ile yaşayan ARHS bireylerin PYANSDÖ puanları yalnız yaşayan bireylerden anlamlı derecede daha fazladır. Öte yandan istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamasına ($p>0,05$)

rağmen medeni durum açısından evli, çalışma durumu açısından ise çalışmayan ARHS bireylerin görece daha yüksek PYANSÖ puanına sahip olduğu gözlemlenmiştir (Tablo 2).

Tablo 2. ARHS bireylerin sosyo-demografik özelliklerine göre psikolojik yardım alma nedeniyle sosyal damgalanma ölçeği puanları arasındaki farklılığın incelenmesi

Değişken		N	Ortalama	ss	Z	p
<i>Cinsiyet</i>	Kadın	36	11.38	3.27		
	Erkek	102	12.44	2.87	-2.309	0.021*
<i>Medeni durum</i>	Evli olanlar	48	12.52	2.68		
	Evli olmayanlar	90	11.97	3.15	-1.325	0.185
<i>Çalışma durumu</i>	Çalışan	20	12.00	2.77		
	Çalışmayan	118	12.19	3.05	-.079	0.937
<i>Yaşam biçimi</i>	Birileri ile yaşayan	124	12.36	3.03		
	Yalnız yaşayan	14	10.42	2.06	-2.67	0.014*

Evli olmayanlar: hiç evlenmemiş, boşanmış, dul; Temel eğitim: ilköğretim ve lise; Temel üstü eğitim: önlisans, lisans ve üstü; *: p<0,05

Katılımcıların PYANSÖ puanları ile algıladıkları özel bir insan desteği arasında negatif yönlü zayıf (-.255), arkadaş desteği (-.371) ve toplam ÇBASÖ puanları (-.362) arasında negatif yönlü orta kuvvetli anlamlı bir ilişki bulunmuştur (p<0.01). Öte yandan anlamlı ilişki olmamasına rağmen, ARHS bireylerin yaşı, eğitim düzeyi, TRSM'den hizmet alma süresi, hizmetlere dair memnuniyet düzeyi ve aile desteği yükseldikçe PYANSÖ puanları düşerken, hane geliri ve hastalık süresi yükseldikçe PYANSÖ puanlarının arttığı gözlemlenmiştir (Tablo 3).

Tablo 3. ARHS bireylerin sosyo -demografik özellikleri, hastalık süreçleri, TRSM'den hizmet alma süreçleri ve algıladıkları sosyal destek düzeyleri ile PYANSÖ puanları arasındaki korelasyon analizleri (Spearman)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1 PYANSÖ	-										
2 Yaş	-0.028										
3 Eğitim	-0.015	-.279**									
4 Hane geliri	0.087	-0.014	.255**								
5 Hastalık süresi	0.098	.499**	-0.055	0.055							
6 TRSM'den hizmet alma süresi	-0.116	-0.082	0.005	0.104	0.007						
7 Hizmetlere dair memnuniyet	-0.155	.201*	-.224**	-0.039	0.097	0.001					
8 Özel bir insan	-.255**	-0.02	0.05	0.06	-0.146	0.166	0.129				
9 Arkadaş	-.371**	0.095	0.019	0.046	-0.011	0.086	0.141	.343**			
10 Aile	-0.104	0.092	-0.163	0.107	-0.091	0.149	0.152	0.156	0.084		
11 ÇBASÖ Toplam	-.362**	0.12	-0.053	0.092	-0.096	0.135	.219**	.700**	.749**	.530**	-

PYANSÖ: Psikolojik Yardım Alma Nedeniyle Sosyal Damgalanma Ölçeği, ÇBASÖ: Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği
*:p<0.05; **: p<0.01

TARTIŞMA

Bu çalışmada, TRSM'lerden hizmet alan ARHS bireylerin algıladıkları sosyal damgalanma düzeyi ve algıladıkları damgalanmanın bireylerin sosyo-demografik özellikleri, hastalık süreçleri, TRSM'den hizmet alma süreçleri ve sosyal destek düzeyleri ile ilişkisi incelenmiştir. Analizler sonucunda, TRSM'lerden hizmet alan ARHS bireylerin algıladıkları damgalanmanın ortanın üstünde olduğu, bu yönüyle de kişilerin psikolojik yardım alma nedeniyle sosyal damgalanma algısının yüksek olduğu anlaşılmıştır. ARHS bireylerde damgalanmayı (algılanan, deneyimlenen, içselleştirilmiş damgalanma) ele alan 1994-2011 yılları arasındaki 54 bilimsel çalışma verilerinin sistematik incelendiği bir çalışmada (Gerlinger ve diğerleri, 2013), bu çalışmanın bulguları ile benzer şekilde ARHS bireylerin en yaygın damgalanma türü olarak algılanan damgalanmayı deneyimlediği ve algıladıkları damgalanmanın yüksek olduğu bildirilmiştir.

ARHS bireylerin yüksek düzeyde algıladıkları sosyal damgalanmanın, düşük sosyoekonomik düzeyde, düşük eğitim düzeyinde, kırsalda ve çalışmayan kişiler arasında daha yaygın olduğu bilinmektedir (Çam ve Bilge, 2013; Sen, Taskin, Özmen, Aydemir ve Demet, 2003). Buradan hareketle, bu çalışmanın katılımcılarının çoğunlukla düşük eğitim düzeyine sahip olduğu ve çalışmadığı bulguları göz önünde bulundurulduğunda, bu durumun algıladıkları damgalamada risk faktörü olduğu söylenebilir. Öyle ki anlamlı ilişki bulunmamasına rağmen eğitim düzeyi ile algılanan damgalanma arasında negatif yönlü ilişkinin olduğunun görülmesi bu düşüncüyü destekler niteliktedir. Bu açıdan değerlendirildiğinde ise, hastalık hakkındaki bilinçlendirme/ bilgilendirme etkinlikleri başta olmak üzere gerçekleştirilecek damga karşıtı çalışmaların daha anlaşılabilir olması ve bu yönüyle etkinliğinin sağlanmasında, kişilerin eğitim seviyeleri göz önünde bulundurularak yapılandırılmasının önemli olduğu söylenebilir. Bu yönüyle damga karşıtı uygulamalar kırsal alanı ve eğitim seviyesi düşük insanları da kapsayacak şekilde planlanmalıdır. Özellikle gerçekleştirilecek çalışmalarda, teorik eğitimlerin eğitim seviyesi düşük insanlarca anlaşılmasının daha güç olacağı, bu nedenle de kamu spotları gibi her kesimin anlayabileceği eğitim materyallerinin kullanılmasının tercih edilmesi gerektiği söylenebilir.

Damgalamanın ARHS bireylere ve hastalıklara yönelik yanlış inançlardan veya bilgisizlikten kaynaklandığı (Corrigan, 2009) gerçeği de göz önünde bulundurulduğunda, toplumu bilinçlendirme çalışmaları hiç şüphesiz ki oldukça önemlidir. Ancak algılanan damgalanma, bireyin deneyimlerinin kendi düşünce süzgecinden geçtiği ve bu yönüyle onun inandığı şeyi ifade ettiğinden öncelikle, kişinin kendisine ve hastalığa ilişkin inancını değiştirmeye yönelik psikoterapi çalışmalarının yapılması gerekmektedir. Damgalama ile güçlendirme arasında negatif ilişki bulunduğu, güçlendirmenin koruyucu faktör olarak damgalamayı azalttığını gösteren birçok çalışma (Sibitz ve diğerleri, 2011; Vauth, Kleim, Wirtz, ve Corrigan, 2007) bulgusundan hareketle, ARHS bireylere yönelik damga karşıtı çalışmalarda öncelikle bireyleri güçlendirmeye odaklanılmalıdır. Özellikle, TRSM’lerce verilen hizmetlerden çok hizmetlere katılımın damgalama ile daha yakından ilişkili olduğunu gösteren birçok çalışma (Verhaeghe ve Bracke, 2007) bulguları göz önünde bulundurulduğunda, ARHS bireylerin hastalığa ilişkin inancını pozitif yönde değiştirmeye ve onları güçlendirmeye odaklanan psikoterapi çalışmalarının gerçekleştirilmesinin ve bu çalışmalara hizmet alan tüm ARHS bireylerin katılımının sağlanmasının oldukça önemli olduğu söylenebilir. Öyle ki, ARHS bireylere yönelik gerçekleştirilen psikoeğitim grup çalışmasının bireylerin algıladıkları damgalanmayı ve baş etme becerilerini anlamlı derecede arttırdığı yapılan çalışmalarda bildirilmiştir (Shin & Lukens, 2002). Yine kişilerin toplumla temasını arttıran etkinlikler gerçekleştirilerek, olumsuz deneyimlerin yerini olumlu deneyimlerin alması sağlanmaya çalışılabilir. Toplumu bilgilendirmeye yönelik ise, ruhsal hastalıklar hakkında sözel anlatımların yanı sıra, yazılı (broşür vb.) ve görsel (kamu spotları vb) materyallerin kullanıldığı eğitici çalışmaların yapılması önerilebilir.

ARHS bireylerin algıladıkları sosyal damgalanma ile TRSM’den hizmet alma süreci (hizmet alma süresi, hizmetlere dair memnuniyet düzeyi) arasında anlamlı ilişkiye rastlanmamıştır. Çalışma bulgularını destekler nitelikte Verhaeghe ve Bracke (2007) 47 rehabilitasyon merkezinde gerçekleştirdikleri çalışmalarında, damgalamanın hizmet alan merkezin özellikleri (verilen hizmetler ve hasta popülasyonu) ile çok az ilgiliyken, kişilerin özellikleri (mevcut ruh sağlığı, psikoterapi aktivitelere katılım) ile daha çok ilişkili olduğunu bildirmişlerdir. Buradan hareketle, TRSM’lerce ARHS bireylerin hastalığa ilişkin inancını pozitif yönde değiştirmeye ve onları güçlendirmeye odaklanan psikoterapi çalışmalarının planlanması ve gerçekleştirilmesi kadar, ARHS bireylerin bu çalışmalara katılımının sağlanmasının da oldukça önemli olduğu söylenebilir. Öte yandan bu çalışmanın bulguları ile benzer şekilde literatürde, TRSM’den hizmet alma süreci ile ARHS bireylerin damgalanma durumu arasında anlamlı ilişkinin olmadığı bildirilmiştir (Albayrak, 2019). TRSM’lerden hizmet alan ARHS bireylerle poliklinikte takibi yapılan bireylerin damgalanma düzeylerinin karşılaştırıldığı bir çalışmada ise, anlamlı farklılık olmamakla birlikte TRSM’den hizmet alan bireylerin damgalanma düzeylerinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Gevher, 2018). Buradan hareketle, TRSM’lerce verilen hizmetlerin ARHS bireylerin algıladıkları damgalanmada bir fark yaratmaktan uzak olduğu kadar yetersiz olduğu da söylenebilir.

Araştırma sonucunda elde edilen bir diğer bulgu, ARHS bireylerin algıladıkları damgalanma ile cinsiyetleri (erkeklerde kadınlara göre anlamlı yüksek) ve yaşam biçimleri (birileri ile yaşayanların

yalnız yaşayan bireylere göre anlamlı derecede daha yüksek) dışındaki sosyo-demografik özellikleri arasında anlamlı farklılığın olmadığı görülmüştür. Bu çalışmanın bulgularından farklı olarak, cinsiyet ve yaşam biçimi ile ARHS bireylerin algıladıkları damgalama arasında anlamlı farklılığın olmadığı literatürde belirtilmektedir (Gerlinger ve diğerleri, 2013; Sibitz ve diğerleri, 2011; P Świtaj, Wciórka, Smolarska-Świtaj ve Grygiel, 2009). Öte yandan çalışma bulguları ile benzer şekilde, ARHS bireylerin medeni durumu, yaşı, eğitim düzeyi, çalışma durumu, gelir düzeyi (Dickerson ve diğerleri, 2002) ile algıladıkları damgalanma arasında anlamlı ilişkinin olmadığı yapılan birçok çalışmada bildirilmiştir (Gerlinger ve diğerleri, 2013; Sibitz ve diğerleri, 2011; P Świtaj ve diğerleri, 2009). Bu çalışmada erkeklerin kadınlara göre algıladıkları damgalanmanın daha yüksek olduğu bulgusu ise, erkeklerden beklenen toplumsal cinsiyet rollerinin (erkeğin çalışan ve eve para getiren kişi rolü) etkisi ile sosyal hayata daha fazla katılım sağlamak zorunda kalması ve bunun sonucu olarak damgalayıcı davranış ve tutumları daha çok yaşaması ile açıklanabilir. Birileri ile yaşayan ARHS bireylerin algıladıkları damgalanmanın daha yüksek olması ise, yaşadıkları hanedeki kişilerin olumsuz tutum ve davranışları ile açıklanabilir. Öyle ki, ARHS bireylere yönelik olumsuz tutum ve davranışların kişilerin ailelerinde de yaygın olduğu literatürde belirtilmektedir (Çam ve Bilge, 2013). Bu durum ARHS bireylerin algıladıkları damgalanmanın azaltılmasına yönelik yapılacak müdahalelerin, özellikle erkek bireylerin yaşadıkları hanedeki diğer aile bireylerini de içermesi gerektiğini vurgular niteliktedir.

Literatürdeki ARHS bireylerin algıladıkları damgalanma ile hastalık süreleri arasında anlamlı ilişki olmadığını bildiren çalışma bulguları (Gerlinger ve diğerleri, 2013; Sibitz ve diğerleri, 2011; P Świtaj ve diğerleri, 2009) ile benzer şekilde, bu çalışmada da hastalık süresi ile algılanan damgalanma arasında anlamlı ilişkiye rastlanmamıştır. Bu yönüyle, kişilerin algıladıkları sosyal damgalanmanın hastalığa sahip olmayla daha çok ilişkili olduğu söylenebilir. Öte yandan literatürde, ARHS bireylerin içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri ile hastalık süreleri arasında pozitif ilişki olduğu belirtilmektedir (Albayrak, 2009; Kim ve diğerleri, 2015).

Araştırma bulgularından bir diğeri de, özel bir insan desteği ve arkadaş desteği olmak üzere ARHS bireylerin algıladıkları sosyal destek düzeyi arttıkça algıladıkları damgalanmanın da anlamlı derecede azaldığını göstermektedir. Özel bir insan ve arkadaş desteği daha çok kişilerin sosyalleşme imkanı bulduğu dış çevrenin varlığını ifade ettiğinden bu durum, onların toplumla daha çok temas etmesini sağlayarak, hem toplumdaki olumsuz inanç ve tutumların değişmesine, hem de kendilerinin içselleştirdikleri birtakım duygularının değişmesine olanak vermesi ile aile desteğinden daha çok etkili olduğu söylenebilir. Öte yandan çalışma bulguları ile benzer şekilde alan yazındaki çalışmalar da, ARHS bireylerin sosyal destek düzeyi arttıkça algıladıkları damgalamanın azaldığını göstermektedir (Gerlinger ve diğerleri, 2013; Hawke ve diğerleri, 2013). Öyle ki Davis ve Brekke'nin (2014) de belirttiği üzere, başlarda ARHS bireylerin hastalık süreci ile baş etme denildiğinde daha çok negatif semptomlara ve hastalığın belirtilerine odaklanılırken, şimdilerde yapılan birçok çalışma, hastalığın tedavisi, kişilerin tedaviye uyumu, yaşam kalitesi ve sosyal işlevselliği ile pozitif ilişkiye sahip olduğu için sosyal destek sistemlerine odaklanılmaktadır. Bu yönüyle, yapılacak damga karşıtı müdahalelerde de ARHS bireylerin sosyal destek sistemlerine odaklanılmalıdır. Özellikle ARHS bireyleri güçlendirmeye yönelik gerçekleştirilecek müdahaleler, onların sosyal ağlarını ve bu ağlarla ilişkilerini güçlendirmeyi de içermelidir. Kişilerin sosyal hayata katılımını arttırmak üzere, toplumsal temas alanlarını genişletmeye odaklanılmalıdır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışma sonuçları, TRSM'lerden hizmet alan ARHS bireylerin algıladıkları sosyal damgalanmanın yüksek olduğunu göstermekle birlikte, TRSM'lerin bireylerin algıladıkları sosyal damgalanma üzerindeki etkisine yönelik bir söylemde bulunma konusunda yetersizdir. Bu nedenle, TRSM'den hizmet alan bireylerin algıladıkları sosyal damgalanmayı nasıl etkilediğini ortaya çıkarmaya yönelik kontrol grupları ile yapılacak kesitsel çalışmalar gibi farklı araştırma yöntemleri ile planlanacak çalışmaların gerçekleştirilmesinin önemli olduğu düşünülmektedir.

Yine bu çalışmanın sonuçlarından hareketle, TRSM'lerce ARHS bireylerin algıladıkları sosyal damgalanmayı azaltmaya yönelik planlanacak ve gerçekleştirilecek damga karşıtı uygulamalarda, toplumsal cinsiyet kavramına, yaşam biçimi farklılıklarına ve sosyal destek sistemlerinin varlığına

önemle yer verilmelidir. Damga karşıtı uygulamalarda; erkek, ailesi ile yaşayan ve düşük sosyal destek düzeyine sahip ARHS bireylerin daha hassas grubu oluşturduğu göz önünde bulundurulmalıdır. Bu yönüyle, genel anlamda algıladıkları sosyal damgalanmanın yüksek olduğu görülen ARHS bireyler içerisinde de, daha incinebilir kişilerin olabileceği fark edilmeli ve bu kişilere yönelik ayrıca müdahaleler gerçekleştirilmelidir. Erkek olmalarının, aileleri ile yaşamlarının ve yetersiz sosyal destek sistemlerine sahip olmalarının bu kişilerin algıladıkları sosyal damgalanmayı hangi yönleri ile etkilediği ve bu konuda neler yapılabilir üzerinde daha detaylıca çalışılmalıdır.

Toplumun ARHS bireyler hakkındaki yanlış bilgilerinin veya inanışlarının beraberinde damgalamayı getirdiğinden hareketle, toplumda var olan bu yanlış inanışları değiştirmeye ve bilgi eksikliğini gidermeye yönelik bilgilendirme çalışmaları yapılması oldukça önemlidir. Öte yandan sadece bilgilendirme çalışmaları ile ARHS bireylere yönelik toplumda var olan damgalamanın azalacağını beklemek de gerçekçi olmayacaktır. Bu nedenle damga karşıtı uygulamaların odağında, öncelikle ağır ruhsal hastalıklara ve bu bireylerin yaşadıkları zorluklara ilişkin içgörü oluşturma yer almalıdır. Kişilerin, hem hastalıklar hakkında doğru bilgi edinmeleri, hem de ARHS bireylerin yaşadıkları sorunlara ilişkin empati geliştirmeleri sağlanmalıdır. Bunun için ise, teorik eğitim yerine uygulamalı eğitimler yapılmalı, ARHS bireylerin toplumsal alana katılımları arttırılmaya çalışılmalıdır. Toplumsal temas ve eğitim çalışmaları ile özellikle toplumda ARHS bireylere yönelik var olan “kötü davranan, şiddete meyilli birey” imajının yıkılarak ARHS bireylerin “çalışan, anne, baba, vatandaş, komşu, arkadaş” gibi sosyal rolleri ile öne çıkmaları sağlanmalıdır.

Yine ARHS bireylere yönelik olumsuz tutumların en çok kırsal alanlarda ve eğitim seviyesi düşük insanlarda daha fazla olduğu göz önünde bulundurulduğunda, yapılacak damga karşıtı uygulamalar kırsal alanı ve eğitim seviyesi düşük insanları da kapsayacak şekilde planlanmalıdır. Özellikle teorik eğitimlerin eğitim seviyesi düşük insanlarca anlaşılması daha güç olduğundan kamu spotları gibi görsel eğitim meteryallerinin kullanılması tercih edilmelidir.

KAYNAKLAR

- Albayrak, E. (2019). *Toplum ruh sağlığı merkezine kayıtlı olan hastaların içselleştirilmiş damgalanma ve iyileşme düzeylerinin incelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.
- Bozan, M. (2019). *Toplum ruh sağlığı merkezinden hizmet alanların içselleştirilmiş damgalanma ve sosyal işlevsellik durumlarının incelenmesi: Eskişehir örneği*. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Corrigan, P.W., Larson, J.E. & Rusch, N. (2009). Self-stigma and the “why try” effect: impact on life goals and evidence-based practices. *World Psychiatry*, 8, 75–81.
- Çam, O., & Bilge, A. (2013). Türkiye’de ruhsal hastalığa/hastaya yönelik inanç, tutum ve damgalama süreci: Sistemik derleme. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 4(2), 91-101.
- Davis, L. & Brekke, J. (2014). Social support and functional outcome in severe mental illness: The mediating role of proactive coping. *Psychiatry Research*, 215(1), 39-45.
- Dickerson, F. B., Sommerville, J., Origoni, A. E., Ringel, N. B., & Parente, F. (2002). Experiences of stigma among outpatients with schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, 28(1), 143-155.
- Eker, D. (2001) . Çok boyutlu algılanan sosyal destek olceginin gozden gecirilmis formunun faktor yapisi, gecerlik ve guvenirligi. *Turk Psikiyatri Dergisi*, 12, 17-25.
- Gerlinger, G., Hauser, M., De Hert, M., Lacluyse, K., Wampers, M., & Correll, C. U. (2013). Personal stigma in schizophrenia spectrum disorders: a systematic review of prevalence rates, correlates, impact and interventions. *World Psychiatry*, 12(2), 155-164.
- Gevher, E.E. (2018). *Toplum ruh sağlığı merkezinde ve poliklinikte takip edilen remisyondaki şizofreni hastalarının içselleştirilmiş damgalanma ve çocukluk çağı travmaları açısından değerlendirildiği karşılaştırmalı bir çalışma*. Uzmanlık Tezi, Katip Çelebi Üniversitesi, İzmir.

- Harrison, J., & Gill, A. (2010). The experience and consequences of people with mental health problems, the impact of stigma upon people with schizophrenia: a way forward. *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*, 17(3), 242-250.
- Hawke, L. D., Parikh, S. V., & Michalak, E. (2013). Stigma and bipolar disorder: a review of the literature. *Journal of affective disorders*, 150(2), 181-191.
- Kim, W. J., Song, Y. J., Ryu, H. S., Ryu, V., Kim, J. M., Ha, R. Y., ... & Cho, H. S. (2015). Internalized stigma and its psychosocial correlates in Korean patients with serious mental illness. *Psychiatry Research*, 225(3), 433-439.
- Komiya, N., Good, G. E., & Sherrod, N. B. (2000). Emotional openness as a predictor of college students' attitudes toward seeking psychological help. *Journal of counseling psychology*, 47(1), 138.
- Kök, H., & Demir, S. (2018). Şizofreni ve bipolar bozukluğu olan hastalarda içselleştirilmiş damgalanma, benlik saygısı ve algılanan sosyal destek. *Cukurova Medical Journal*, 43(1), 114-122.
- Livingston, J.D., Boyd, J.E. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: a systematic review and meta- analysis. *Social Science and Medicine* 71, 2150–2161.
- Sen, F. S., Taskin, E. O., Özmen, E., Aydemir, Ö., & Demet, M. M. (2003). Türkiye'de kırsal bir bölgede yaşayan halkın depresyona ilişkin tutumları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 4(3), 133-143.
- Shin, S.-K., & Lukens, E. P. (2002). Effects of psychoeducation for Korean Americans with chronic mental illness. *Psychiatric services*, 53(9), 1125-1131.
- Sibitz, I., Amering, M., Unger, A., Seyringer, M., Bachmann, A., Schrank, B., Woppmann, A. (2011). The impact of the social network, stigma and empowerment on the quality of life in patients with schizophrenia. *European psychiatry*, 26(1), 28-33.
- Świtaj, P., Chrostek, A., Grygiel, P., Wciórka, J., & Anczewska, M. (2016). Exploring factors associated with the psychosocial impact of stigma among people with schizophrenia or affective disorders. *Community Mental Health Journal*, 52(3), 370-378.
- Świtaj, P., Wciórka, J., Smolarska-Świtaj, J., & Grygiel, P. (2009) . Extent and predictors of stigma experienced by patients with schizophrenia. *European psychiatry*, 24(8), 513-520.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2006). *Türkiye Cumhuriyeti ulusal ruh sağlığı politikası*. Ankara
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2011a). *Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge*. Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Ankara.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2011b). *Ulusal ruh sağlığı eylem planı (2011-2023)*. Ankara.
- Topkaya, N. (2011). *Psikolojik yardım alma niyetinin sosyal damgalanma, tedavi korkusu, beklenen yarar, beklenen risk ve tutum faktörleriyle modellenmesi*. Doktora Tezi. Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Üniversitesi, İzmir.
- Vauth, R., Kleim, B., Wirtz, M., & Corrigan, P. W. (2007). Self-efficacy and empowerment as outcomes of self-stigmatizing and coping in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 150(1), 71-80.
- Verhaeghe, M., & Bracke, P. (2007). Organizational and individual level determinants of stigmatization in mental health services. *Community Mental Health Journal*, 43(4), 375-400.
- World Health Organization. (2011). *World report on disability*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. (2013). *Mental health action plan 2013–2020*. Geneva: WHO
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of personality assessment*, 52(1), 30-41.

EXTENDED ABSTRACT

As the World Health Organization (WHO)¹ points out, the most stigmatized people in the world are individuals with chronic² and severe mental illness (SMI) such as schizophrenia and similar psychotic disorders & mood disorders that go with disability due to their disruptive effect on cognitive, management and social skills. The stigmatization patterns of these individuals who suffer from being stigmatized nearly in all areas of their lives are almost the same in different countries or regions.¹ When the national literature is analysed, there are no studies found examining the stigmatization perceived by the individuals with SMI who receive service from the community mental health centers (CMHCs) that aim to carry out anti-stigma advocacy activities which are among their most important service objectives within the scope of the treatment program. This situation raises the need for knowledge because it is important to know the factors related to the stigmatization that people perceive so as to determine the intervention strategies to be used in anti-stigma activities. Therefore, this study aims to examine the level of social stigmatization discerned by the individuals with SMI receiving service from CMHCs, as well as the relation between the perceived stigmatization and the sociodemographic features, their disease process, the process of getting service from CMHCs, and their social support levels. The sampling of the study consists of 138 individuals with SMI who have received service from one of the 3 CMHCs at least for 6 months and regularly visit the center at least once in a month in the sample city of Ankara, diagnosed with one of the severe mental illnesses according to the DSM-IV-TR diagnosis criteria, living with their family or alone, having no trouble with speaking and understanding, and volunteering to participate in the study. The participants were reached out from Yenimahalle CMHC (44), Etimesgut CMHC (31) and Sincan CMHC (61) through proportional cluster sampling method. After obtaining the ethics board approval from Hacettepe University Non-interventional Clinical Research Ethics Board, the permits for the practice were received from the chief physicians' offices of the hospitals through the City Health Directorate which the CMHCs where the study is wanted to be conducted are liable to. The data of the study were collected via the face-to-face interviews by the researcher herself between May 15 and August 15 at the CMHC where the service is received. The data collection tools are Sociodemographic Data Form, Multidimensional Scale of Perceived Social Support, and Stigma Scale for Receiving Psychological Help. The study's data were transferred into the electronic environment via Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 2.0), the variables were re-coded, the descriptive analyses (number, percentage, average, standard deviation) were performed. Kolmogorov-Smirnov Test was made to determine whether or not the data demonstrate normal distribution. At the analysis of the data found not demonstrating normal distribution ($p < 0,05$), non-parametric tests were preferred. While Mann-Whitney U Test was practised at the examination of the differences between the stigmatization status of the individuals with SMI and their sociodemographic features, Spearman Correlation Analysis was made in order to research the relation among the sociodemographic features, disease process, the process of getting service, and the social support levels that they perceive. Considering the sociodemographic features of the individuals with SMI who participate in the study; it was seen that the majority is male (73%), 44 years old on the average, has never been married before (46.4%), primary school graduate (85.5%), has income more than 2500TL on the average (54.3%), and not working (65.2%). The disease process of the individuals with SMI, which varies between 2 and 37 years, is 16.5 years on the average, while the process of getting service from CMHCs, which varies between 1 and 5 years, is 2.81 years on the average. When the scores of the individuals with SMI at the Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) were evaluated, it was seen that they receive the highest social support from their families (22.52 ± 5.47), the social support that they perceive is above the average (53.04 ± 12.91), and the support they discern is therefore high in this aspect. On the other hand, when the score averages at the Stigma Scale for Receiving Psychological Help (SSRPH) were examined, it was understood that the stigmatization that the individuals with SMI perceive is above the average (12.16) and their perception regarding being stigmatized by the society due to getting psychological help is high. There is a statistically meaningful difference between the SSRPH scores of the individuals with SMI and their genders & lifestyles ($p < 0.05$). The SSRPH scores of the males are significantly higher than the those of the females, while the individuals with SMI who live with someone have considerably higher SSRPH scores than the individuals with SMI who live alone have. On the other hand, despite the fact that no difference which can be statistically important was found ($p > 0.05$), it was observed that the individuals with SMI who are married in terms of marital status and those who are not working in terms of the status of working have relatively higher SSRPH scores (Table 2). Besides, a negatively weak relation (-0.255) between the participants' SSRPH scores and special human support which they perceive was found,

and there is a negatively moderate and meaningful relation between the friend support (-.371) and the total MSPSS scores (-.362) ($p < 0.01$). On the other hand, despite the fact that there is no important relation, when the age and education level of the individuals with SMI, their process of getting service from CMHC, the satisfaction level of the service, and the family support increase, the SSRPH scores decrease; moreover, when the household income and the disease process increase, the SSRPH scores increase too. These study results show that the social stigma perceived by the individuals with SMI who receives service from the CMHCs is high and they are insufficient at making a statement about the effects of the CMHCs on the social stigma the individuals perceive. Therefore, it is thought to be important to conduct studies which will be planned with different research methods with control groups such as cross-sectional studies, so as to find out how receiving service from CMHCs affects the social stigma that the individuals perceive. Based on the results of the study, the notion of gender, lifestyle differences, and the existence of the social support systems should be importantly included at the anti-stigma practices which will be planned and carried out by the CMHCs in order to reduce the social stigma that the individuals with SMI perceive. It should be considered at the anti-stigma practices that the more vulnerable group is the individuals with SMI who are male, living with family, and having a low level of social support. From this aspect, it should be realized that there may be more vulnerable ones among the individuals with SMI who are seen having a high level of social stigma they perceive in general, and additional interventions should be performed for these people. How being male, living with family, and not having insufficient social support systems affect the social stigma that these people perceive and what else can be made about this topic should be examined in more detail.