



International Journal of Social Sciences

ISSN:2587-2591

[DOI Number:http://dx.doi.org/10.30830/tobider.sayi.24.18](http://dx.doi.org/10.30830/tobider.sayi.24.18)

Volume 9/4

2025 p. 313-345

RUH SAĞLIĞI KURUMLARINDA ÇALIŞANLARIN SOSYAL YAŞAMDA RUHSAL HASTALIĞI OLAN BİREYLERE YÖNELİK TUTUMLARI

ATTITUDES OF EMPLOYEES IN MENTAL HEALTH INSTITUTIONS TOWARDS INDIVIDUALS WITH MENTAL ILLNESS IN SOCIAL LIFE

Buket DEMİREL*

Aynur ARSLAN**

ÖZ

Bu çalışmada amaç; ruh sağlığı kurumlarında çalışanların kurum dışındaki sosyal yaşamlarında, ruhsal hastalığı olan bireylere karşı tutumlarını farklı değişkenler açısından incelemektir. Çalışmada, nicel araştırma yöntemlerinden biri olan ilişkisel tarama modeli kullanılmıştır. Çalışmanın evrenini ruh sağlığı kurumlarında farklı meslek ve görevlerde çalışan 252 personel oluşturmuştur. Veriler, Kişisel Bilgi Formu ve Akıl Hastalarına Yönelik Tutum Ölçeği kullanılarak çevrimiçi ve yüz yüze ortamda toplanmıştır. Analizler SPSS Statistics programı ile yapılmış olup ölçek puan verileri normal dağılım göstermediğinden non-parametrik testler uygulanmıştır. Bağımsız Gruplar t Testi ve ANOVA Testi uygulanmıştır. Araştırma sonuçları ruh sağlığı kurumlarında çalışanların ruhsal hastalığı olan bireylerle sosyal yaşamdaki etkileşimlerinde, özellikle uzun süreli ilişkilerde ciddi oranda ön yargılara ve damgalayıcı tutumlara sahip olduklarını göstermektedir. Araştırma bulgularına göre yüksek eğitim seviyesine sahip olan, ruhsal hastalıklar ile ilgili eğitim alan, sağlık alanından mezun olan ve yaşamının büyük çoğunluğunu büyükşehirde yaşayarak geçirmiş olan katılımcıların sosyal yaşamlarında ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik tutumları diğer katılımcılara kıyasla daha olumlu bulunmuştur. Elde edilen bulgulardan yola çıkarak çalışma kapsamında; ruh sağlığı kurumlarında çalışanların olumsuz tutumlarını azaltmak amacıyla sosyal temas kuramı temelinde bir sosyal hizmet müdahalesinin oluşturulması; bilgi ve süpervizyon desteğinin sağlanması, kırsal alanda yaşayan halkın ruhsal hastalıklar ve damgalama konularında bilgilendirilmesi, hasta ve hasta yakınları ile iletişim konulu hizmet içi eğitimlerin ve

* Sosyal Hizmet Uzmanı, Ataköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, E-mail: buketdemirel3012@gmail.com, ORCID 0009-0002-5155-0857, Trabzon, Türkiye.

** Dr. Öğr. Üyesi, Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü, Sosyal Hizmetler Ana Bilim Dalı, E-mail: aynur.arslan@omu.edu.tr, ORCID 0000-0002-3654-2157, Samsun, Türkiye.

mesleki tükenmişliğe karşı destek ve danışmanlık hizmetlerinin planlanması önerilmiştir.

Anahtar Kelimeler: *Ruh Sağlığı Kurumlarında Çalışanlar, Ruhsal Hastalığı Olan Bireyler, Toplumsal Yaşam, Tutum, Sosyal Hizmet*

ABSTRACT

The aim of this study is to examine the attitudes of mental health institution employees towards individuals with mental illness in their social lives outside the institution, considering different variables. The study utilized a correlational survey model, a quantitative research method. The study population consisted of 252 personnel working in various professions and roles within mental health institutions. Data were collected online and in person using a Personal Information Form and the Attitude Towards Mental Illness Scale. Analyses were performed using SPSS Statistics, and since the scale scores did not show a normal distribution, non-parametric tests were applied. Independent Samples t-Test and ANOVA Test were used. The research results show that mental health institution employees have significant prejudices and stigmatizing attitudes towards individuals with mental illness in their social interactions, especially in long-term relationships. According to the research findings, participants with higher education levels, those who received training related to mental illnesses, those who graduated from health-related fields, and those who spent most of their lives in metropolitan areas had more positive attitudes towards individuals with mental illness in their social lives compared to other participants. Based on the findings, the study proposes the following: developing a social work intervention based on social contact theory to reduce negative attitudes among mental health professionals; providing information and supervision support; informing rural populations about mental illnesses and stigma; planning in-service training on communication with patients and their relatives; and developing support and counseling services to address professional burnout.

Keywords: *Employees in Mental Health Institutions, Individuals with Mental Illness, Social Life, Attitude, Social Work*

1.Giriş

Ruhsal hastalıklar dünya genelinde milyonlarca insanı etkileyen oldukça yaygın ve küresel bir sorundur. 2022 yılı Küresel Ruh Sağlığı Raporu, dünyada 970 milyon insanın bir çeşit ruhsal hastalıkla mücadele ettiğini göstermektedir. Rapora göre her yıl yaklaşık 8 milyon ölüm ruhsal bozukluklardan kaynaklanmaktadır ki bu, dünya genelindeki ölümlerin %14,3'ü demektir (Children's Hopechest, 2022).

Ruhsal hastalıklarda; bireyin duygu, düşünce ve davranışlarında aykırılıklar ve olağandışı sapmalar görülür. Bu tür davranışlar kişilerarası ilişkilerde uyumsuzluğa neden olabildiği için toplum tarafından “normal olmayan davranışlar” olarak kabul edilir (Bostancı, 2005). Davranışları toplumun genelinden farklı görülen insanlar olumsuz söylem ve tutumlarla, ön yargı ve stereotiplerle, ayrımcılığa ve etiketlenmeye maruz bırakılarak “öteki” statüsüne

yerleştirilirler. Bu damgalama bazen nesilden nesile aktarılır. Ruhsal hastalıklar, bireylerin en fazla damgalandığı sağlık sorunları arasındadır. Bu durum ruhsal hastalığı olan bireylerin ruh sağlığı hizmetlerine erişimlerini, yardım istemeye dair motivasyonlarını, hastalığı kabullenerek tedavi sürecine başlamayı ve sonuç olarak toplumsal yaşama entegrasyonu olumsuz etkileyebilmektedir (Üçok, 2003; Corrigan, 2004).

Toplumun ruhsal hastalığı olan insanlara karşı tutumu fiziksel hastalığı olan insanlara karşı tutumlarına kıyasla daha olumsuzdur. Ruhsal hastalığı olan bireylerin tutarsız, saldırgan ve öngörülmez davranışlara sahip olduklarına dair olumsuz algılar oldukça yaygındır (Taşkın, 2007). Bireysel kimlikleri yerine hastalıklarından kaynaklanan davranışlar ve çeşitli olumsuz sıfatlar ile tanımlanan bu bireyler sosyal yaşamlarında; aile kurmak, arkadaş edinmek, istihdam edilmek, eğitime devamlılık göstermek gibi topluma uyum ve adaptasyon konularında çeşitli güçlüklerle karşılaşmaktadır. Toplumla bütünleşemeyen bu bireyler, maruz kaldıkları davranışlar sebebiyle, kendilerine atfedilen olumsuz sıfatları zamanla içselleştirerek toplumdan izole bir yaşam sürmek zorunda kalabilmektedirler.

Araştırmalar ruhsal hastalığı olan bireylerin bakım ve tedavi aldıkları kurumlarda da damgalayıcı davranışlara maruz kaldıklarını göstermektedir (Bağ ve Ekinci, 2005; Günay vd., 2016; Özmen vd., 2003; Jorm vd., 1999; Şimşek Arslan ve Buldukoğlu, 2018). Ruhsal hastalığı olan bireyler, tedavi ve takip süreçlerinde ruh ve sinir hastalıkları hastanelerinde ya da farklı sağlık merkezlerinde çoğu zaman uzun dönemleri kapsayan ayaktan veya yatarak sağlık hizmeti alırlar. Ancak hastaların tam bir iyilik haline ulaşmalarında sadece medikal tedaviler yeterli değildir. Sağlık kurumlarında hasta ve personel arasındaki etkileşimin kalitesi de tedavinin başarısında, iyileşme ve rehabilitasyonda ve tedavinin devamlılığının sağlanmasında oldukça etkilidir. Fakat bu etkileşim her zaman olumlu ve sorunsuz gerçekleşmez. Ruh sağlığı personelinin hasta ve yakınlarıyla iletişim sorunları yaşamaları, ilk olarak söylemde başlayan daha sonra davranışlara kadar uzanan olumsuz tutumları hasta ve hasta yakınları üzerinde tedavi sürecini sekteye uğratmaya varan olumsuz etkiler bırakabilir (Açıkgöz ve Akkuş, 2018; Arkan vd., 2011; Dal vd., 2018; Gureje vd., 2015; İçağasıoğlu Çoban ve Attepe Özden, 2022). Tedavi sürecinde hizmet aldığı kişilerin olumsuz tutum ve davranışları ile karşılaşan hastalar, sağaltım başvurularında ve sağaltımın sürdürülmesinde çekingen davranmakta, bu durum ise tıbbi tedaviyi engelleyebilmektedir. Sağlık çalışanlarını uzman bir yol gösterici ve rol model olarak gören hasta yakınları da olumsuz tutumlardan etkilenerek tedavi sürecinde iş birliği yapmaktan kaçınabilirler. Bu bağlamda sağlık kurumu çalışanlarının ön yargı ve ötekileştirme içeren olumsuz tutumlarının personel, hasta ve hasta yakını ilişkisini etkilediğini tedaviye yönelik motivasyonları düşürdüğünü söylemek gerekir.

Literatürde sağlık çalışanlarının ruhsal hastalığı olan bireylerle kurum içindeki etkileşimini araştıran çok sayıda çalışma mevcuttur (Alpan vd., 2018; Boztilki vd., 2021; Karakaş vd., 2017; Solmaz Akkuş, 2019). Bu çalışmada ise amaç ruh sağlığı alanında çalışan ve hasta ve yakınlarıyla etkileşime giren tüm personelin (doktor, hemşire, sosyal hizmet uzmanı,

tıbbi sekreter, güvenlik görevlisi, temizlik personeli vb.) kurum dışındaki sosyal yaşamlarında ruhsal hastalığı olan bireylerle örneğin çarşıdaki, pazardaki, alışverişteki, yolculuktaki etkileşimlerinde tutumlarının ne olduğunu bütüncül bir bakış açısıyla ortaya koymaktır. Çünkü insan, doğumundan itibaren ailesinden, arkadaşlarından, okulundan, yaşadığı mahalleden ya da şehirden etkilenerak farklı değerlere ve bakış açılarına sahip olur. İnsan, yaşamının bir döneminde bu algıların bir bölümünü değiştirebilse de birçoğu yaşam boyunca kalıcılığını korur (Toker vd., 2021). Sosyal yaşamdaki bu tutumlar kurumsal yaşamdaki ilişkilerde de yansımalarını gösterir.

Damgalamanın önlenmesi ve etkilerinin azaltılması sosyal hizmetin müdahale konularından biridir. Sosyal hizmet bakış açısıyla yapılan bu çalışma bireylerin ruhsal hastalıklara ve hastalara karşı tutumlarının nasıl şekillendiğini anlayarak daha etkin ve insan odaklı hizmetlerin sunulmasını, bireysel ve toplumsal düzeyde ruhsal hastalıklara yönelik bakış açılarını olumlu yönde değiştirmeyi hedeflemektedir. Bu bağlamda çalışma iki temel sorunun yanıtını bulmayı hedeflemektedir:

- Ruh sağlığı alanında çalışan personelin kurum dışındaki sosyal yaşamlarında ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik tutumları nedir?
- Ruh sağlığı alanında çalışan personelin sosyal yaşamlarında ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik tutumları sosyo-demografik değişkenlere göre farklılık göstermekte midir?

2. Kuramsal ereve

2. 1. Ruhsal Hastalıklarda Damgalama Süreci: Tutum, Stereotipler, Ön Yargı ve Ayrımcılık

Dünya Sağlık Örgütü (2001)'ne göre damga; bir insanın toplumdan dışlanmasına, reddedilmesine ve ayrımcılığa maruz kalmasına sebep olan ve utanç duyulan onaylanmama işaretidir. Damgalamaya doğru ilerleyen süreçte bireyler kendilerinden farklı gördükleri insanlara birçok olumsuz söylem ve davranışta bulunarak onları ötekileştirmektedir. En sık görülen damgalama davranışları; olumsuz tutum, ayrımcılık, kalıp yargılar (stereotipler) ve ön yargılardır.

Toplumun genelinde ruhsal hastalığa sahip insanlara karşı olumsuz tutumlar vardır (Avcil vd., 2016; Gerrig, 2012). Bu olumsuz tutum ve ön yargılar, ruhsal hastalığı olan kişi veya gruplara karşı bir "sosyal mesafe" oluşurmaktadır (Arkar, 1991). Ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik olumlu tutum hastaları rahatlatır, hastalıklarına karşı içgörü kazanmalarına katkı sağlar ve tedavi sürecine etkin katılımı destekler. Olumsuz tutumlar ise bireysel ve sosyal faktörlerden etkilenerak ruhsal hastalığı olan bireylerin hastalığı kabullenmesini, hekim-hasta ilişkisini, profesyonel destek almayı, tedaviyi ve rehabilitasyon sürecini de olumsuz etkilemektedir (Asan, 2019; Duman vd., 2019).

Tutumlar üç temel kavramla ifade edilebilir. Bu kavramlar stereotipler, ön yargı ve ayrımcılıktır (Bekiroğlu, 2021). Stereotip, insanların diğer insanlar hakkında fikir sahibi olurken onların kişiliğinin aksine dahil olduğu grubun özelliklerini referans alarak yaptıkları tahlildir. Bu durum insanlar hakkında yanlış ve çoğunlukla olumsuz genellemeler yapılmasına sebep olmaktadır (Yzerbyt ve Schadron, 2016). Hayward ve Bright (1997), ruhsal hastalığa sahip bireylerin toplumsal konumunu imgeleyen dört temel stereotipten şu şekilde bahsetmiştir: Tehlikelilik; ruhsal hastalığa sahip bireyler, tahmin edilemeyen eylemlerin öznesi ve her zaman şiddet uygulamaya meyilli kişiler olarak tasavvur edilirler. Kötü prognoz; ruhsal hastalığa sahip bireylerin hastalık sebeplerinin kronik olduğu düşünülür ve iyileşmeye dair umut göz ardı edilir. Hayırseverlik/ Paternalizm; ruhsal hastalığa sahip bireylere çocuk muamelesi yapılır ve bakıma muhtaç oldukları yönünde bir kalıp yargı gelişir. Suçlama; ruhsal hastalığa sahip bireyler, teşhis edilerek yaşadıkları ruhsal ve davranışsal sorunların tek sorumlusu olarak nitelendirilir.

Ön yargı ise, kalıp yargılar için dayanak oluşturur ve ikisinin birleşimi sonucunda farklı duygusal reaksiyonlar meydana gelir (Çiftçi vd., 2013). Ön yargılar, stereotipleri pekiştirir. Ön yargı ve stereotipler bir araya gelerek korku veya öfke biçiminde duygusal bir reaksiyona dönüşür. Bireye yönelik yapılan ayrımcılık sonucunda ise sözü edilen duygusal reaksiyon, tutum ve davranış biçiminde dışa vurulur (Taşkın, 2004). Ön yargı ve stereotipler ayrımcılığı besler. Ayrımcılık, damgalamanın davranışsal yönüdür (Thornicroft, 2008). Ayrımcılık; bir gruba ya da grubun üyelerine yönelik ön yargılarla güçlenen olumsuz tutum ve davranışların tamamını kapsayan bir süreçtir (Göregenli, 2013). Bireylerin sahip oldukları ırk, etnik köken, cinsiyet, cinsel yönelim vb. özelliklerinden kaynaklanan ön yargılı ve olumsuz davranışları ifade eder. Bu davranışlar, insanları belirli özelliklere dayalı olarak ayrımcı bir şekilde değerlendirmek, dışlamak veya farklı davranmak anlamına gelmektedir (Barker, 2003).

2.2. Damgalama (Stigmatizasyon)

Bryne (2001) damgayı, bir insanın diğer insanlardan uzaklaşmasına ve itibarsızlaşmasına sebep olan küçük düşürücü bir işaret olarak tanımlamıştır. Damgalama kuramının öncüsü Goffman (2019)'a göre ise damga, temel bir toplumsal olgunun, karakter ve davranışına dair kuralcı beklentilerin profilleştirilmesinin veya stereotipleştirilmesinin bir filizi ve uzantısıdır. Damgalanma ise, bir insanın toplumdaki diğer insanlardan farklı ve ayırt edici özellikleri taşıması sebebiyle toplumsal utanç duymasına yol açan gözden düşmesi durumudur.

Toplumda en çok damgalamaya maruz kalan kesim ruhsal hastalığı olan bireylerdir (WHO, 2011). Bu nedenle ruhsal hastalığı olan insanların maruz kaldığı damgalama ve buna bağlı ayrımcılığın önlenmesi önemli bir konudur (WHO, 2001). Ruhsal hastalık tanısı olan bireylerin karşılaştıkları iki tür sorun vardır. İlki duygudurumda yaşanan değişiklikler, halüsinasyon veya anksiyete vb. hastalık belirtileriyken ikincisi ise toplum tarafından

kendilerine yöneltilen damgalama ve ayrımcılıktır (Soygür vd., 2007). Sözü edilen ikinci sorun, hastalığın belirtilerinden çok daha sancılıdır. Damgalama, ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik olumsuz tutumu, kalıp yargıları ve ayrımcılığı beraberinde getirmesi sebebiyle kişiyi hem hastalıkla hem de toplumla mücadele etmek zorunda bırakmaktadır (Arkan vd., 2011). Çünkü ruhsal bozukluğu olan bireyler de toplumun birer parçasıdır ve toplumun kendilerine yönelik tutumunun farkındadır. Bu sebeple insanlar, tanının alındığı ilk andan itibaren sevilmeceği, istenmeyeceği ve saygı görmeyeceği endişesi yaşarlar. Bu durum kişinin sosyal desteğe en çok ihtiyaç duyduğu tedavi sürecinde yalnızlaşmasına sebep olmakta hastalığı kabullenmesini ve tedavi olma sürecini güçleştirmektedir (Sezer ve Kezer, 2013). Damgalama literatüründe çoğunlukla karşımıza çıkan damgalama türlerinden biri sosyal ya da diğer bir ifadeyle toplumsal damgalamadır. Sosyal damga, damgalanmış kişinin sosyal çevresinde oluşan bir yapıdır ve bu kişilerin karşılaşabileceği engeller anlamına gelmektedir. Sosyal çevresi içerisinde sosyal damgaya maruz kalan kişi, diğer insanlara kıyasla daha alt bir gruba ait olduğunu düşünerek temel ihtiyaçlara erişimde birtakım adaletsizliklerle karşılaşmaktadır (Ahmedani, 2011). Sosyal damga bireyde; düşük özsaygı, değersizlik hissi, içe kapanıklık ve depresyon gibi problemlere sebep olarak tedavi sürecini olumsuz etkilemektedir (Türkmen vd., 2015) Sosyal damgaya maruz kalan insanlar, benlik algılarını ve davranışlarını toplumun beklentileri ekseninde şekillendirme eğilimindedir (Heffernan, 2006). Bu durum insanların kendi hisleri ve fikirleri ile hareket etmeleri yerine diğer kişi veya grupların istek ve beklentilerine göre “el alem ne der” kaygısıyla davranışlarını sınırlamalarına, moral bozukluğuna, iş ve gelir kaybına, sosyal uyumun bozulmasına ve psikiyatrik tedaviye uyumun azalmasına neden olmaktadır (Çam ve Çuhadar, 2011). Bir süre sonra sosyal damgalamaya paralel olarak, içselleştirilmiş damgalama gelişir ve birey kendisi hakkında damgalayıcı tutum, duygu, düşünce, korku, ön yargı ve inançlar geliştirir (Simmons vd., 2015). Bir damganın damgalı kişiden, yakın çevresinde etkileşimde bulunduğu diğer insanlara sıçrama eğilimini Goffman (2019) fahri damgalama olarak tanımlamaktadır. Yani damgalı bireyle bir ilişki içerisinde olan aile üyeleri, arkadaşları, akrabaları da damgalı bireyler gibi olumsuz tutum ve davranışlara maruz kalabilmektedirler.

2.3. Ruhsal Hastalığı Olan Bireylere Yönelik Damgalamanın Sonuçları

Damganın ruhsal hastalığı olan bireylere yansması, gündelik sıradan konularda dahi bireylerin kendilerine güvenmemeleridir. Damgaya maruz kalan insan, kendine yönelik güven duygusunun sarsılmasıyla beraber hareket edecek gücü kendinde bulamayarak eylemsizleşir. Bu durumun ardından umutsuzluk ve başarısızlık duygusunun yoğun olarak hissedildiği evrede kişinin benliğine dair olumlu referanslar zedelenir ve öz-benlik yıkıma uğrar (Demir ve Buz, 2023). Diğer bir deyişle kişinin öğrenci, ebeveyn, evlat, kardeş, çalışan ve eş gibi benliklerinin yerini hasta, tehlikeli, işe yaramaz ve beceriksiz gibi olumsuz benliklerinin alması kişide umut, özsaygı, öz yeterlilik ve özgüvende azalma, depresif belirtiler, sosyalleşmekten kaçınma gibi olumsuz sonuçlara sebebiyet verebilmektedir (Corrigan ve Rao, 2012; Yanos vd., 2008).

Ruhsal hastalık tanısı almak tanıdan daha çok, toplumdaki ön yargıdan dolayı bireylerin bakım, eğitim, iş hayatından ve toplumsal hayattan dışlanma gibi birçok sorunla karşılaşmasına neden olmaktadır (İçağasıoğlu Çoban ve Attepe Özden, 2022). Damgalama, hastalarda toplumsal boyutta içe kapanmaya, hastalığı ve tedaviyi reddetmeye, olumsuz terapötik ilişkilere, tedavinin ertelenmesine, destek isteme davranışında geç kalmaya ve sınırlı yaşam standartlarına sebep olmaktadır (Angermeyer vd., 2003; Knaak vd., 2017). Bu durumlar, hastaların iyileşme sürecini olumsuz yönde etkilemektedir (Meise vd., 2001).

Ruhsal hastalığı olan bireyler, damga sonucunda ekonomik, psikolojik ve sosyal olmak üzere pek çok problemle karşılaşmaktadır. Bu problemler damgalamaya maruz kalmış bireylerin gündelik yaşam pratiklerini, sosyal ilişkilerini ve sosyalleşme süreçlerini olumsuz yönde etkilemektedir (Uzunaslan, 2016). Damga sebebiyle sosyal ilişkileri olumsuz etkilenen ruhsal hastalığı olan bireylerin söylemleri; “adam yerine konmamak”, “özel ilişkilere dahil edilmemek”, “okuldan tecrit”, “görmezden gelinmek”, “yakınlarının kendilerine baktıklarında kahrolduklarını görmek”, “küfürlü konuşmalara maruz kalmak”, “şizofren gibi tanı ile anılarak kimliksizleştirilmek” ve “tanı aldıktan sonra işten kovulmak ya da vasıfsız işlerde çalıştırılmak” şeklindedir (Demir ve Buz, 2023; Goffman, 2019). Bu söylemlerin farkında olan, sosyal ilişkiler kurmakta güçlük çeken ve çevresinden olumlu geri dönüş alamayan ruhsal bozukluğu olan birey kendini geri çekme eğiliminde bulunur. Bunun sonucunda birey şüpheli, endişeli ve bunalımlı biri haline dönüşür. Toplumda karşılaştığı diğer insanlara karşı da bir güvensizlik hisseder çünkü karşılaştığı yabancı kişilerin de onu diğerleri gibi ruhsal hastalığı sebebiyle hangi kategoriye yerleştireceğini bilememektedir. Ruhsal hastalık tanısı almış birey maruz kaldığı damgalanma sonucunda moral bozukluğu, işsizlik, yoksulluk, sosyal uyumda zorluk, benlik saygısında azalma ve sosyal çevrede küçülme gibi birçok olumsuz durumla karşı karşıya kalmaktadır (Uzunaslan, 2016).

2.4. Ayrımcılık ve Ön Yargının Önlenmesi: Sosyal Temas Kuramı

Sosyal Temas Kuramı, Gordon Allport'un (1954) *Ön yargının Doğası* isimli kitabında farklı grupların ya da farklı grup üyelerinin arasında ön yargı ve kalıp yargılar sebebiyle oluşan sınırların anlamlı sosyal temas ve etkileşim yoluyla azalarak ortadan kalkabileceğini ileri sürdüğü Temas Hipotezi ile ortaya çıkmıştır. Allport'un ortaya koyduğu bu hipotezden yola çıkarak Pettigrew (1998), gruplar arası temas kuramını geliştirmiştir. Allport, sosyal temas hipotezinde sosyal temas ile insanların dış grup üyelerine yönelik ön yargılarının azalabileceğini önermiştir. Bahsedilen ön yargının sosyal temas ile azalabilmesi için belirli koşulların sağlanması gerekmektedir. Bu koşullar; eşit statü, ortak hedefler, gruplar arası iş birliği ve yetkililerin, hukukun ya da geleneklerin desteği şeklindedir. Eşit statü, grupların benzer durum ve şartlarda olması gerektiğini vurgulamaktadır (Allport, 1954). Pettigrew (1998) eşit statü kavramının tanımlanmasının güç olduğunu ancak önemli unsurun, grupların eşit düzeyde beklenti ve algılara sahip olması gerektiğini vurgulamaktadır. Hogg ve Vaughan (2008), eşit düzeyde algı ve beklentilere sahip olmayan, farklı sosyal statülere

sahip gruplar arasında oluşan sosyal temasın olumsuz tutumların pekiştirilmesine hatta ön yargı ve ayrımcılığın üretilmesine sebep olabileceğini belirtmiştir. Ortak hedefler; sosyal temas yoluyla insanların ön yargılarını azaltmak için hedef odaklı ve etkin bir çaba gerektiğini vurgulamaktadır (Pettigrew, 1998). Ortak bir amacın varlığı grup içi ilişkilerin iyileştirilmesini ve başarılı olma yolunda mücadele edilmesini sağlayabilmektedir (Brewer ve Miller, 1996; Pettigrew, 1998). Gruplar arası iş birliği, ön yargı ve ayrımcılığın ortadan kaldırılmasında belirli bir amacın gerçekleştirilmesi için grupların rekabet değil iş birliği halinde olması gerektiğini savunmaktadır (Bozoğlan, 2019). Yetkililerin, hukukun ya da geleneklerin desteği ise, sosyal temastan kaçınan grupların belirli otorite unsurları tarafından desteklenerek kuracakları temasın devamlılığının ve olumlu tutumlarının artırılmasıdır (Bozoğlan, 2019).

Sosyal temasın ön yargıyı azaltmadaki işlevini anlamak için yapılan araştırmalarda, sosyal temasın diğer grup üyelerine karşı duygusal tepkileri, kaygı ve korkuyu azaltırken empati duygusunu arttırdığı anlaşılmıştır (Pettigrew ve Tropp, 2008; Stephan ve Finlay, 1999; Stephan ve Stephan, 1985). Sosyal temas gereklidir ancak etkili bir sonuç alınabilmesi için belirli koşullar sağlanmalıdır. Örneğin, iki farklı grup üyesi ara sıra selamlaşıyor veya sadece karşılaştıkları zaman havadan sudan konuşuyorsa birbirleri hakkında yeni bir şeyler öğrenmek için fırsatlar çok azdır ve etkili sosyal temas için bu karşılaşmalar yeterli değildir. Bunu kabul eden araştırmacılar gruplar arası arkadaşlığın olumlu etkilerinin ön yargıdan daha büyük olduğunu ileri sürerek “arkadaşlık potansiyelinin” önemine vurgu yapmaktadır (Pettigrew, 1998). Arkadaşlık potansiyelinin yanında insanların hangi ortamda etkileşimde buldukları da önemlidir. Bir kişi ya da grubun belirli bir ortam veya şartlar altında etkileşimde bulunması halinde sınırlı düzeyde bilgi sahibi olunur. Yapılan araştırmalar da kısıtlı bir ortamda gruplar arası olumlu deneyimler yaşansa dahi gruba yönelik var olan olumsuz tutumların sürdürülebildiğini ortaya koymaktadır. Bu sebeple etkili temas için farklı koşul ve ortamlarda olumlu deneyimlerle gerçekleşen bir temas gereklidir (Schneider, 2004; akt. Mrekajova, 2018).

2.5. Ayrımcılık Karşısı Sosyal Hizmet

Ayrımcılık karşıtı sosyal hizmet; birey, grup, toplum ve toplulukların sahip oldukları biyolojik, sosyo-kültürel, dini ve etnik çeşitliliklerinden dolayı maruz kaldıkları sözlü ya da sözsüz tüm olumsuz düşünce ve davranışlar ile baş etmelerini ve güçlenmelerini sağlayan, toplumsal değişimi ve gelişimi amaç edinen bir uygulamadır (Cankurtaran ve Beydili, 2016). Ayrımcılık karşıtı sosyal hizmet uygulamaları birey, grup ve topluluklarda mevcut olan biyolojik, psikolojik, sosyal, etnik, kültürel vb. farklı özellikler sebebiyle maruz kalınan sözlü ve sözsüz tüm olumsuz tutum ve davranışlar ile bireylerin mücadele etme kapasitelerini arttıran bir uygulamadır (Cankurtaran ve Beydili, 2016). Bu yaklaşım, sosyal hizmet uzmanlarının yapısal dezavantajları gözlemleyerek hem bireysel hem de kurumsal düzeyde var olan ayrımcılığın hangi müdahalelerle azaltılacağını ya da ortadan kaldıracağını açıklayan bir uygulamadır. Ayrımcılık karşıtı sosyal hizmet hak

savunuculuğu rolüyle yaşadığı kültürdeki ruhsal hastalığı olan bireylere karşı, toplumsal algıların ve ayrımcılıkların farkında olunmasına, mevcut algıların birey ve toplum nezdinde azaltılmasına, ayrımcılık sebebiyle hizmetlere ulaşım konusunda sorun yaşayan müracaatçıların haklarına ve hizmetlere ulaşımının kolaylaştırılmasına, ekonomik ve toplumsal eşitsizliklerle mücadele ederek mevcut güç eşitsizliklerinin en aza indirgenmesine katkı sağlamaktadır (Sheafor ve Horejsi, 2016; Tek, 2019). Sosyal hizmetin ruh sağlığındaki odağı ruhsal hastalığı olan bireyler, onların çevresindeki insanlar, bu bireylerin toplumsal bağlamı ve ruhsal hastalığın biyo-psiko-sosyal sonuçlarıdır (AASW, 2014). Ruh sağlığı alanında sosyal hizmet uygulaması, yardıma gereksinim duyan ruhsal hastalığa sahip bireyden başlayarak hastanın ailesi, iş, okul ve arkadaş çevresi ile hayatını sürdürdüğü toplumu bütün olarak ele alır. Sosyal hizmet uzmanları damgalamanın yıkıcı etkilerini azaltmak, damgalamaya maruz kalan birey ve grupların iyilik halini arttırmak için damgalamayı önlemeye yönelik eğitimlerle farkındalık yaratma, mesleki uygulamada duyarlılık, ruhsal hastalığı olan bireylerin haklarını savunma ve onları güçlendirme ilkeleri kapsamında bu bireylerin daha saygılı, onurlu ve destekleyici bir toplumda hayatlarını sürdürmelerine yardımcı olur (Bahar ve Savaş, 2013).

3. Yöntem

3.1. Araştırmanın Modeli

Araştırma, nicel araştırma yöntemlerinden biri olan ilişkisel tarama modeli ile gerçekleştirilmiştir. İlişkisel tarama modelleri, iki veya daha fazla değişken arasındaki ilişkiyi ve/veya derecesini belirlemeyi amaçlayan ve bilimsel araştırma sürecinde güvenilir ve geçerli bilgiye ulaşmayı sağlayan temel bir yöntemdir (Karasar, 2012).

3.2. Çalışma Grubu

Araştırmanın evrenini, Türkiye’de ruh sağlığı kurumlarında farklı meslek ve görevlerde çalışan personel oluşturmaktadır. Örneklem hacminin belirlenmesinde literatürde çeşitli pratik kurallar bulunmaktadır. Bu kurallardan biri ölçek çalışmalarında örneklem hacminin her ölçek maddesinin minimum 5-10 katı olması gerektiği yönündeki (Akbulut ve Çapık, 2022; Kabakçı Yurdakul, 2013; Tavşancıl, 2010) öneridir. Bu öneri doğrultusunda çalışmanın örnekleme, Işıklı (1998) tarafından geliştirilen, Akıl Hastalarına Yönelik Tutum Ölçeği’nin 22 maddesi bulunması nedeniyle ölçek madde sayısının 10 katı kadar alınmış ve $22 \times 10 = 220$ olarak belirlenmiştir. Çalışma kapsamında, basit tesadüfi örnekleme yöntemiyle seçilen ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan 252 personelden veri toplanmıştır. Çalışma grubunu oluşturan 118 personel çevrimiçi anket, 134 personel ise yüz yüze anket yoluyla katılım sağlamıştır. Yapılan incelemede 16 veri toplama aracında formların eksik ve/veya hatalı veriler içermesi sebebiyle araştırma 236 kişi ile tamamlanmıştır.

3.3. Veri Toplama Araçları

Çalışmada veri toplama aracı olarak iki form kullanılmıştır. Birinci form araştırmacı tarafından oluşturulan ve katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine yönelik tanımlayıcı tipte sorulardan oluşan Kişisel Bilgi Formudur. Bu form, “cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, en uzun süre yaşanan yer, sosyo-ekonomik düzey, iş çevresi dışında iletişimde bulunulan ruhsal engelli bir kişi olma durumu, mezun olunan bölüm, çalışılan kurumdaki görev, uzmanlık alanı (varsa), ilgili görevde çalışma süresi, şu an da görev yapılan kurumda çalışma süresi, daha öncesinde ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik herhangi bir etkinliğe katılma durumu, çalışılan kurumda ruhsal hastalığı olan birey ve aileleriyle iletişim konusunda sorun yaşama durumu, ruhsal hastalığı olan bireylerle iletişime yönelik eğitim almak yönünde isteklilik” şeklindeki değişkenleri kapsamaktadır.

İkinci form ise Işıklı (1998) tarafından geliştirilen ve katılımcıların tutumlarını ölçmeye yönelik, Akıl Hastalarına Yönelik Tutum Ölçeği'dir. Ölçekte bir ruhsal hastalık tipi tanımlanarak buna yönelik tutumlar ölçülmektedir. Ölçeğin madde sayısı 22'dir. “Kısa Süreli İlişkiler Faktörü” ve “Uzun Süreli İlişkiler Faktörü” olmak üzere iki faktörden oluşmaktadır. Bu faktörler kendi içinde tutarlıdır. Kısa süreli ilişki faktörü “*tanımlanan insan tipiyle ilgili daha kısa süreli sosyal ilişkiye ve katılımcının kişisel alanına karşı tehdit unsuru olarak görmediği durumlara örneğin; ruhsal hastalığı olan bireyin çalıştığı bakkal dükkanından alışveriş yapmak, sohbet etmek, yolda karşılaştığında konuşmak gibi kişisel alanını çok fazla tehdit etmeyen kısa süreli sosyal ilişkileri tanımlamaktadır. Uzun süreli ilişkiler faktörü ise “tanımlanan insan tipiyle daha uzun süreli ve yakın sosyal ilişkiyi işaret ettiği örneğin; ruhsal hastalığı olan bireyle yedi saat gibi uzun bir şehirlerarası yolculukta bir arada bulunmak, komşu olmak, hasta birey kuaför/berber olsa ona saçını kestirmek, şoförü olduğu taksiye binmek gibi uzun süreli ve daha yakın sosyal ilişkiler kurmayı gerektiren durumlara ilişkin daha uzun süreli sosyal ilişkileri tanımlamaktadır.*

Akıl Hastalarına Yönelik Tutum Ölçeği 5'li Likert Tipi bir ölçektir. Ölçeğin puanlamasında, olumlu ifadeler için “Tamamen Katılıyorum=5, Katılıyorum=4, Fikrim Yok=3, Katılmıyorum=2 ve Hiç Katılmıyorum=1” şeklinde kodlama yapıldıktan sonra olumsuz ifadelerin yer aldığı 1, 3, 7, 9, 11, 13, 14, 16, 17, 18, 19 ve 21. maddeler dönüştürülerek toplam puan hesaplanır. Ölçekten alınabilecek en küçük puan 22, en yüksek puan 110'dur. Yüksek puan, olumlu tutumu ifade etmektedir.

Yapılan güvenilirlik analizi sonucunda ölçeğin Cronbach Alfa değeri 0.898 olarak bulunmuştur. Cronbach Alfa katsayısının 0.80 ile 1.00 aralığında olması ölçek güvenilirliğinin yüksek ve ölçekteki maddelerin birbirleri ile tutarlılığı olduğunu göstermektedir (Yıldız ve Uzunsakal, 2018).

3.4. Veri Toplama Süreçleri

Araştırmanın verileri 01.10.2023 – 01.06.2024 tarihleri arasında yüz yüze ve çevrimiçi ortamda toplanmıştır. Çevrimiçi ortamda Google Formlar aracılığıyla hazırlanan formlar ruh sağlığı kurumlarında çalışan meslek gruplarını bünyesinde barındıran derneklerin sosyal medya platformları üzerinden paylaşılmıştır.

3.5. Verilerin Analizi

Araştırma kapsamında elde edilen verilerin analizi SPSS 22 İstatistik Paket Programı ile gerçekleştirilmiştir. Ölçek puan verileri normal dağılım göstermediğinden iki bağımsız grup ortalamalarının farkının önemliliği için bağımsız gruplar Mann-Whitney U-Test (z-test) istatistiği kullanılmıştır. İki'den fazla grup ortancalarının farklılığı için tek yönlü varyans analizi Kruskal-Wallis Ki Kare ($KW - \chi^2$) testi kullanılmıştır. Önemli bulunan grupların ikili karşılaştırmalarında ise Mann-Whitney U-Test (z-test) istatistiği kullanılmıştır. Ölçek puanları arasındaki ilişki Spearman'ın korelasyonu ile incelenmiştir. Elde edilen betimleyici istatistik sonuçları araştırmanın amacına ve araştırma sorularına uygun bir biçimde tablolarla özetlenmiş ve sunulmuştur.

3.6. Araştırmanın Etik Boyutu

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu'nun 28.07.2023 tarihli ve 2023-688 sayılı kararına istinaden anket ve ölçek çalışmalarının yapılması amacıyla etik onay ve gerekli izinler alınmıştır. Yüz yüze anketler sağlık kurumlarından gerekli izinler alınarak uygulanmıştır.

4. Bulgular

Araştırmaya, ruh sağlığı kurumlarında çalışan çeşitli görev ve meslek gruplarından toplam 236 gönüllü personel katılmıştır. Bu bölümünde, katılımcıların sosyo-demografik özelliklerini gösteren tanıtıcı bulgular ve Işıklı (1998) tarafından geliştirilen Akıl Hastalarına Yönelik Tutum Ölçeğine ait bulgular sunulmaktadır.

4.1. Tanıtıcı Bulgular

Tablo 1. Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri

Özellik	Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet		
Kadın	137	58.1
Erkek	99	41.9
Toplam	236	100.0
Yaş Grubu		
18-30	120	50.8

Tablo 1 (Devamı)

31- 40	65	27.5
41-50	43	18.2
51+	8	3.4
Toplam	236	100.0
Medeni Durum		
Evli	114	48.3
Bekâr	122	51.7
Toplam	236	100.0
Eğitim Düzeyi		
İlköğretim	11	4.7
Lise	43	18.2
Ön lisans	49	20.8
Lisans	82	34.7
Lisanüstü	51	21.6
Toplam	236	100.0
Yaşadığı Yer		
Köy-Kasaba	70	29.7
Şehir-Kent	101	42.8
Büyükşehir-Metropol	65	27.5
Toplam	236	100.0
Ekonomik Durum		
Alt	16	6.8
Orta	206	87.3
Üst	14	5.9
Toplam	236	100.0
Ruhsal Engelli Yakını Olma Durumu		
Ailemde var	23	9.7
Yakın çevremde var	41	17.4
Yok	172	72.9
Toplam	236	100.0
Mezun Olunan Bölüm		
Sağlık alanıyla ilgili bölüm	171	72.5
Sağlık alanı dışındaki bölümler	27	11.4
Bölümü yok	38	16.1
Toplam	236	100.0
Uzmanlık Alanı		
Ruh sağlığı alanında uzmanlığı var	28	11.9
Ruh sağlığı alanında uzmanlığı yok	208	88.1
Toplam	236	100.0
Toplam alışma Süresi		
+1 yıl	66	28.0
2-5 yıl	71	30.1
6-10 yıl	32	13.6

Tablo 1 (Devamı)

11-20 yıl	57	24.2
21 yıl +	10	4.2
Toplam	236	100.0
Halen Görev Yaptığı Kurumda Çalışma Süresi		
+1 yıl	93	39.4
2-5 yıl	71	30.1
6-10 yıl	21	8.9
11-20 yıl	48	20.3
21 yıl +	3	1.3
Toplam	236	100.0
Çalışırken Ruhsal Hastalığı Olan Birey ve Aileleriyle İletişim Kurmakta Güçlük		
Evet	69	29.2
Hayır	167	70.8
Toplam	236	100.0

Çalışmaya katılan ruh sağlığı personelinin %58.1'i kadın, %41.9'u erkektir. Katılımcıların %50.8'i 18-30 yaş aralığında, %27.5'i ise 31-40 yaş aralığındadır. Medeni duruma göre ise %48.3'ünün evli, %51.7'sinin bekar olduğu görülmektedir. Katılımcıların, %34.7'si lisans, %21.6'sı lisansüstü, %20.8'i ön lisans ve %4.7 katılımcı ilköğretim düzeyinde eğitim almıştır. Çalışmaya katılan ruh sağlığı personelinin %42.8'inin şehir veya kentte, %29.7'sinin köy veya kasabada en uzun süre yaşadığı anlaşılmaktadır. Sosyoekonomik durumları değerlendirildiğinde, katılımcıların %87.3'ü kendisini orta gelir grubunda tanımlamaktadır. Sosyal yaşamında ruhsal engelli bir tanıdığına sahip olma durumuna bakıldığında, katılımcıların %72.9'unun ruhsal engelli bir tanıdığı olmadığı, %17.4'ünün yakın çevresinde ve %9.7'sinin ise ailesinde ruhsal engelli bir birey bulunduğu görülmektedir. Katılımcıların mezun oldukları mesleki alanlara bakıldığında, %72.5'inin sağlık alanından, %11.4'ünün sağlık alanı dışındaki bir bölümden mezun olduğu, %16.1 katılımcının ise herhangi bir mesleki eğitiminin olmadığı görülmektedir. Sağlıkla ilgili alanlardan mezun olanların %11.9'unun ruh sağlığı alanında uzmanlığı bulunurken %88.1'inin diğer sağlık alanlarında uzmanlığının olduğu görülmektedir (Tablo 1).

Katılımcıların toplam çalışma süreleri değerlendirildiğinde, %30.1'inin 2-5 yıl arasında, %28'inin 1 yıl veya daha az, %24.2'sinin 11-20 yıl arasında görev yaptığı belirlenmiştir. Halen çalışmakta oldukları kurumda çalışma sürelerine bakıldığında ise %39.4'ünün 1 yıl veya daha az, %30.1'inin 2-5 yıl arasında, %20.3'ünün 11-20 yıl arasında aynı kurumda görev yaptığı görülmektedir. Katılımcıların çalışma ortamında ruhsal hastalığı olan bireyler ve aileleriyle iletişimde sorun yaşama durumlarına bakıldığında, %70.8'inin sorun yaşamadığı, %29.2'sinin ise iletişimde sorun yaşadığı belirlenmiştir (Tablo 1).

Tablo 2. Katılımcıların meslek ve görev dağılımı

Meslek/Görev	Sayı (n)	Yüzde (%)
Eczacı	5	2.1
Güvenlik Görevlisi	28	11.9
Hekim	14	5.9
Hemşire	43	18.2
Klinik Destek Elemanı	9	3.8
Mutfak Personeli	5	2.1
Psikolog	15	6.4
Sosyal Hizmet Uzmanı	19	8.1
Teknisyen	6	2.5
Temizlik görevlisi	18	7.6
Tıbbi Sekreter	24	10.2
Uzman Hekim	16	6.8
Diğer	34	14.4
Toplam	236	100

Tablo 2'ye göre çalışmaya katılanların %18.2'si hemşire, %11.9'u güvenlik görevlisi, %8.1'i sosyal hizmet uzmanı, %7.6'sı temizlik görevlisi, %6.8'i uzman hekim, %5.9'u hekim, %2.5'i teknisyen, %2.1'i mutfak personeli ve %14.4'ü ise diğer meslek gruplarındandır.

4.2. Akıl Hastalarına Yönelik Tutum Ölçeğine Ait Bulgular

Tablo 3. Katılımcıların akıl hastalarına yönelik tutum ölçeğine dair ortalama puanları

	Min.	Max.	Ort. (\bar{X})
Kısa Süreli ilişkiler Faktörü	11	55	3.522 (77.48)
Uzun Süreli ilişkiler Faktörü	11	55	2.852 (62.74)
Akıl Hastalarına Yönelik Tutum Ölçeği	22	110	3.187 (70.11)

Katılımcıların, Akıl Hastalarına Yönelik Tutum Ölçeği'nden aldıkları toplam puan ortalamasının 70.11 olduğu görülmektedir. Bu sonuç, katılımcıların akıl hastalarına yönelik tutumlarında genel olarak kararsız ya da orta düzeyde olduklarını göstermektedir. Katılımcıların sosyal yaşamda ruhsal hastalığı olan bireylerle kısa süreli ve kişisel alanı

çok fazla tehdit etmeyen sosyal ilişkilere yönelik ifadelerle verdikleri yanıtların ortalama puanı 77.48 iken, uzun süreli ve yakın sosyal ilişkilere yönelik ifadelerle verdikleri yanıtların ortalama puanı 62.74'tür. Bu sonuç, ruh sağlığı kurumlarında çalışanların sosyal yaşamda ruhsal hastalığı olan bireylerle kısa süreli sosyal ilişkilere yönelik tutumlarının, uzun süreli sosyal ilişkilere kıyasla daha olumlu olduğunu göstermektedir (Tablo 3).

Ruh sağlığı kurumlarında çalışanların ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik sosyal yaşamdaki tutumlarında cinsiyet değişkenine göre (MW-U=-1.090 p=0.276; p>0.05), yaş değişkenine göre (KW- χ^2 =2.106; SD=3 ile p=0.551; p>0.05), medeni durum değişkenine göre (MW-U=-0.411 p=0.681; p>0.05), ekonomik durum değişkenine göre KW- χ^2 =4.105; SD=2 ile p=0.128; p>0.05) ve ruhsal engelli bir yakını olma durumuna göre (KW- χ^2 =3.411; SD=2 ve p=0.182; p>0.05) anlamlı düzeyde bir farklılık saptanamamıştır (Tablo 3).

Tablo 4. Katılımcıların eğitim düzeyine göre ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik tutumları

	Eğitim Düzeyi	Sayı	Ort. (\bar{X})	SS	Min.	Max.	KW- χ^2 Test
Kısa Süreli İlişki	İlköğretim	11	32.36	6.90	21.00	46.00	42.561 SD=4 P=0.000
	Lise	43	34.93	8.42	13.00	54.00	
	Ön lisans	49	35.90	8.87	14.00	55.00	
	Lisans	82	39.43	8.64	16.00	55.00	
	Lisansüstü	51	44.96	7.59	25.00	55.00	
	Toplam	236	38.74	9.14	13.00	55.00	
Uzun Süreli İlişki	İlköğretim	11	27.36	7.13	14.00	36.00	20.384 SD=4 P=0.000
	Lise	43	29.79	8.17	13.00	51.00	
	Ön lisans	49	28.71	8.74	16.00	51.00	
	Lisans	82	31.93	9.07	11.00	55.00	
	Lisansüstü	51	35.22	7.37	15.00	54.00	
	Toplam	236	31.37	8.70	11.00	55.00	
Genel	İlköğretim	11	59.73	12.01	40.00	80.00	36.189 SD=4 P=0.000
	Lise	43	64.72	15.01	26.00	105.00	
	Ön lisans	49	64.61	16.35	31.00	106.00	
	Lisans	82	71.35	16.50	27.00	110.00	
	Lisansüstü	51	80.18	13.24	50.00	105.00	
	Toplam	236	70.11	16.47	26.00	110.00	

Ruh sağlığı kurumlarında çalışanların ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik sosyal yaşamdaki tutumları eğitim düzeyine göre incelendiğinde en az bir eğitim düzeyinin ölçek puan ortancasının diğerlerinden anlamlı düzeyde farklı olduğu saptanmıştır (KW- χ^2 =36.189; SD=4 ile p=0.000, p<0.05). Eğitim düzeyleri arasındaki farklılığın belirlenmesinde Mann-Whitney U testi kullanılmış olup lisansüstü eğitim düzeyine sahip katılımcıların diğer değişkenlere göre ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik tutumlarının (ort. 80.18) daha olumlu olduğu saptanmıştır. Lisans eğitim düzeyine sahip katılımcıların ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik tutumlarının (ort. 71.35) ise ilköğretim, lise ve ön lisans

eğitim düzeyine sahip katılımcılardan daha olumlu olduğu saptanmıştır. Alt faktörlere bakıldığında; kısa süreli ilişki faktörüne göre katılımcıların tutumları ile eğitim düzeyleri arasında anlamlı düzeyde bir farklılık ($KW-\chi^2 = 42.561$; $SD=4$ ile $p=0.000$) ($p<0.05$) bulunmuştur. Buna göre lisansüstü eğitim düzeyine sahip katılımcıların diğer gruplara kıyasla ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik tutumları kısa süreli ilişkilerde daha olumludur ($p<0.05$). Uzun süreli ilişki faktörüne göre de katılımcıların tutumları ile eğitim düzeyleri arasında anlamlı düzeyde bir farklılık ($KW-\chi^2 = 20.384$; $SD=4$ ile $p=0.000$) ($p<0.05$) bulunmuştur. Buna göre ise lisansüstü (ort. 35.22) eğitim düzeyine sahip katılımcıların ön lisans (ort. 28.71) eğitim düzeyine sahip katılımcılara kıyasla ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik uzun süreli ilişkilerdeki tutumları daha olumludur ($p<0.05$) (Tablo 4).

Tablo 5. Katılımcıların en uzun süre yaşadıkları yere göre ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik tutumları

	Yaşadığı Yer	Sayı	Ort. (\bar{X})	SS	Min.	Max.	KW- χ^2 Test
Kısa Süreli İlişki	Köy-Kasaba	70	35.04	9.33	13.00	55.00	17.646 SD=2 P=0.000
	Şehir-Kent	101	39.63	8.18	14.00	55.00	
	Büyükşehir- Metropol	65	41.34	9.24	16.00	55.00	
	Toplam	236	38.74	9.14	13.00	55.00	
Uzun Süreli İlişki	Köy-Kasaba	70	29.84	8.18	13.00	51.00	4.026 SD=2 P=0.134
	Şehir-Kent	101	31.67	8.06	15.00	55.00	
	Büyükşehir- Metropol	65	32.54	9.99	11.00	54.00	
	Toplam	236	31.37	8.70	11.00	55.00	
Genel	Köy-Kasaba	70	64.89	16.27	26.00	106.00	11.683 SD=2 P=0.003
	Şehir-Kent	101	71.31	14.80	31.00	110.00	
	Büyükşehir- Metropol	65	73.88	17.95	27.00	106.00	
	Toplam	236	70.11	16.47	26.00	110.00	

Katılımcıların ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik sosyal yaşamdaki tutumları en uzun süre yaşanan yer değişkenine göre incelenmiş ve katılımcıların en uzun süre yaşadıkları yerler arasında anlamlı düzeyde bir farklılık saptanmıştır ($KW-\chi^2 = 11.683$; $SD=2$ ile $p=0.003$). Buna göre köy-kasabada yaşayanların ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik tutumları (ort. 64.89) şehir-kent ve büyükşehir-metropolde yaşayanlara göre daha olumsuz bulunmuştur ($p>0.05$). Alt faktörlere göre katılımcıların kısa süreli ilişki faktörüne yönelik tutumları en uzun süre yaşadıkları yer değişkeninde anlamlı düzeyde bir farklılık ($KW-\chi^2 = 17.646$; $SD=2$ ile $p=0.000$) ($p<0.05$) göstermektedir. Buna göre köy-kasabada yaşayan (ort. 35.04) katılımcıların diğer gruplara kıyasla (ort. 39.63 ve 41.34) ruhsal hastalığı olan

bireylere yönelik kısa süreli ilişkilerdeki tutumları daha olumsuz bulunmuştur ($p>0.05$). Uzun süreli ilişki faktöründe anlamlı düzeyde bir farklılık bulunamamıştır (Tablo 5).

Tablo 6. Katılımcıların mezun oldukları bölümlere göre ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik tutumları

	Bölüm	Sayı	Ort. (\bar{X})	SS	Min.	Max.	KW- χ^2 Test
Kısa Süreli İlişki	Sağlık alanıyla ilgili bir bölüm	171	40.06	9.04	14.00	55.00	14.188 SD=2 P=0.001
	Sağlık alanı dışındaki bölümler	27	37.93	7.72	16.00	53.00	
	Bölümü yok	38	33.37	8.69	13.00	46.00	
	Toplam	236	38.74	9.14	13.00	55.00	
Uzun Süreli ilişki	Sağlık alanıyla ilgili bir bölüm	171	31.96	9.01	11.00	55.00	4.159 SD=2 P=0.125
	Sağlık alanı dışındaki bölümler	27	31.59	7.21	15.00	48.00	
	Bölümü yok	38	28.53	7.82	13.00	44.00	
	Toplam	236	31.37	8.70	11.00	55.00	
Genel	Sağlık alanıyla ilgili bir bölüm	171	72.03	16.76	27.00	110.00	10.114 SD=2 P=0.006
	Sağlık alanı dışındaki bölümler	27	69.52	13.45	31.00	101.00	
	Bölümü yok	38	61.89	14.78	26.00	86.00	
	Toplam	236	70.11	16.47	26.00	110.00	

Katılımcıların tutumları mezun oldukları bölümlere göre incelenmiştir. Sağlık alanıyla ilgili veya sağlık alanı dışındaki bir bölümden mezun olanların ortancası diğerlerinden farklı ($KW-\chi^2=10.114$; $SD=2$ ve $p=0.006$) bulunmuştur ($p<0.05$). Farklılığın yönüne bakıldığında mesleki bir eğitimi olmayanların ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik tutumlarının (ort. 61.89) diğer değişkenlere göre daha olumsuz olduğu tespit edilmiştir ($p>0.05$). Ölçek alt boyutlarına göre kısa süreli ilişki faktöründe katılımcıların ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik tutumları ile mezun oldukları bölüm değişkeni arasında anlamlı düzeyde bir farklılık ($KW-\chi^2 = 14.188$; $SD=2$ ile $p=0.001$) bulunmuştur ($p<0.05$). Sağlık alanıyla ilgili bir bölümden mezun olan (ort. 40.06) katılımcıların mesleki eğitimi olmayan (ort. 33.37) katılımcılara kıyasla ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik kısa süreli ilişki faktörüne göre tutumları daha olumlu bulunmuştur ($p>0.05$). Uzun süreli ilişki faktörüne göre katılımcıların mezun oldukları bölüm arasında anlamlı düzeyde bir farklılık bulunamamıştır ($KW-\chi^2 = 4.159$; $SD=2$ ile $p=0.006$) (Tablo 6).

Tablo 7. Katılımcıların toplam çalışma sürelerine göre ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik tutumları

	Toplam Çalışma Süresi	Sayı	Ort. (\bar{X})	SS	Min.	Max.	KW- χ^2 Test
Kısa Süreli İlişki	+1 yıl	66	37.27	8.50	16.00	55.00	11.126 SD=4 P=0.025
	2-5 yıl	71	39.94	8.82	14.00	55.00	
	6-10 yıl	32	41.97	10.19	16.00	55.00	
	11-20 yıl	57	36.82	9.59	13.00	55.00	
	21 yıl +	10	40.50	5.93	30.00	49.00	
	Toplam	236	38.74	9.14	13.00	55.00	
Uzun Süreli İlişki	+1 yıl	66	30.51	8.61	15.00	55.00	6.475 SD=4 P=0.66
	2-5 yıl	71	31.52	8.09	15.00	51.00	
	6-10 yıl	32	34.34	9.49	11.00	51.00	
	11-20 yıl	57	30.18	8.92	13.00	54.00	
	21 yıl +	10	33.20	8.65	17.00	42.00	
	Toplam	236	31.37	8.70	11.00	55.00	
Genel	+1 yıl	66	67.79	15.68	31.00	110.00	10.045 SD=4 P=0.040
	2-5 yıl	71	71.46	15.46	31.00	105.00	
	6-10 yıl	32	76.31	18.09	27.00	106.00	
	11-20 yıl	57	67.00	17.28	26.00	105.00	
	21 yıl +	10	73.70	14.05	52.00	91.00	
	Toplam	236	70.11	16.47	26.00	110.00	

Ruh sağlığı kurumlarında çalışanların ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik sosyal yaşamdaki tutumları katılımcıların toplam çalışma sürelerine göre incelenmiş ve aralarında anlamlı farklılık olduğu (KW- $\chi^2=10.045$; SD=4 ve p=0.040, p<0.05) tespit edilmiştir. Buna göre 6-10 yıl arasında çalışanların ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik tutumları (ort. 76.31), +1 yıl ile 11-20 yıl arası çalışanlara göre daha olumlu bulunmuştur (p>0.05). Katılımcıların toplam çalışma süreleri kısa süreli ilişki faktöründe de anlamlı düzeyde farklılık (KW- $\chi^2 = 11.126$; SD=4 ile p=0.025) göstermiştir (p<0.05). 2-5 yıl (ort. 39.94) arasında çalışan katılımcıların ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik kısa süreli ilişki faktörüne göre tutumları 11-20 yıl (ort. 36.82) arasında çalışanlara kıyasla daha olumludur (p>0.05). Uzun süreli ilişki faktörüne göre ise katılımcıların tutumu ile toplam çalışma süreleri arasında anlamlı düzeyde bir farklılık bulunamamıştır (Tablo 7).

Tablo 8. Katılımcıların halen görev yaptıkları kurumda çalışma sürelerine göre ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik tutumları

	Halen Görev Yapılan Kurumda Çalışma Süresi	Sayı	Ort. (\bar{X})	SS	Min.	Max.	KW- χ^2 Test
Kısa Süreli İlişki	+1 yıl	93	39.06	9.21	16.00	55.00	14.683 SD=4 P=0.005
	2-5 yıl	71	40.75	8.76	14.00	55.00	
	6-10 yıl	21	40.33	9.74	17.00	55.00	
	11-20 yıl	48	34.48	8.39	13.00	53.00	
	21 yıl +	3	38.33	4.16	35.00	43.00	
	Toplam	236	38.74	9.14	13.00	55.00	
Uzun Süreli İlişki	+1 yıl	93	31.45	8.67	11.00	55.00	6.247 SD=4 P=0.181
	2-5 yıl	71	32.59	8.85	15.00	51.00	
	6-10 yıl	21	33.38	9.55	22.00	54.00	
	11-20 yıl	48	28.54	7.54	13.00	44.00	
	21 yıl +	3	31.00	12.17	17.00	39.00	
	Toplam	236	31.37	8.70	11.00	55.00	
Genel	+1 yıl	93	70.51	16.51	27.00	110.00	11.702 SD=4 P=0.020
	2-5 yıl	71	73.34	16.25	31.00	105.00	
	6-10 yıl	21	73.71	17.06	42.00	106.00	
	11-20 yıl	48	63.02	14.90	26.00	95.00	
	21 yıl +	3	69.33	15.53	52.00	82.00	
	Toplam	236	70.11	16.47	26.00	110.00	

Katılımcıların tutumları ile halen görev yaptıkları kurumda çalışma sürelerine göre yapılan incelemede aralarında anlamlı bir farklılık olduğu (KW- $\chi^2 = 11.702$; SD=4 ve p=0.020, p<0.05) tespit edilmiştir. 11-20 yıl arasında çalışanların ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik tutumlarının (ort. 63.02), +1 yıl, 2-5 yıl ve 6-10 yıl arası çalışanlardan daha olumsuz olduğu tespit edilmiştir (p>0.05). Kısa süreli ilişki faktörüne göre incelendiğinde de aralarında anlamlı düzeyde bir farklılık (KW- $\chi^2 = 14.683$; SD=4 ile p=0.005, p<0.05) bulunmuştur. Halen görev yaptıkları kurumda 2-5 yıl (ort. 40.75) arasında çalışan katılımcıların kısa süreli ilişkilerde ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik sosyal yaşamdaki tutumları, 11-20 yıl (ort. 34.48) arasında çalışanlara kıyasla daha olumludur (p>0.05). Uzun süreli ilişki faktörüne göre katılımcıların tutumları ile halen görev yaptıkları kurumda çalışma süreleri arasında anlamlı düzeyde bir farklılık bulunamamıştır (Tablo 8).

Tablo 9. Katılımcıların çalışma ortamında ruhsal hastalığı olan birey ve aileleriyle iletişim sorunu yaşama durumuna göre ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik tutumları

	İletişimde Sorun Yaşama	Sayı	Ort. (\bar{X})	SS	Min.	Max.	MW-U (ztest)
Kısa Süreli İlişki	Evet	69	35.97	9.50	13.00	55.00	-2.690 P=0.007
	Hayır	167	39.89	8.77	13.00	55.00	
	Toplam	236	38.74	9.14	13.00	55.00	
Uzun Süreli İlişki	Evet	69	29.04	8.65	11.00	51.00	-2.727 P=0.006
	Hayır	167	32.33	8.56	11.00	55.00	
	Toplam	236	31.37	8.70	11.00	55.00	
Genel	Evet	69	65.01	16.64	26.00	106.00	-2.948 P=0.003
	Hayır	167	72.22	15.98	26.00	110.00	
	Toplam	236	70.11	16.47	26.00	110.00	

Katılımcıların, çalıştıkları kurumda ruhsal hastalığı olan birey ve aileleriyle iletişim kurmakta güçlük yaşama durumları ile ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik sosyal yaşamdaki tutumları incelenmiştir. Mann-Whitney U (MW-U) testi sonuçlarına göre, iletişim konusunda sorun yaşayan ve yaşamayan katılımcılar arasında anlamlı düzeyde farklılık tespit edilmiştir (MW-U=-2.948, $p = 0.003$, $p < 0.05$). Buna göre, iletişim konusunda sorun yaşamayan katılımcıların ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik tutumları (ort. 72.22), diğer gruba kıyasla daha olumludur ($p < 0.05$). Katılımcıların, ruhsal hastalığı olan birey ve aileleriyle iletişim kurmakta güçlük yaşama durumları ile ölçeğin, kısa süreli ilişki (MW-U=-2.690 $p=0.007$; $p < 0.05$) ve uzun süreli ilişki (MW-U=-2.727 $p=0.006$; $p < 0.05$) faktörü arasında da anlamlı düzeyde farklılık bulunmuştur. Buna göre iletişimde sorun yaşamayanların ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik tutumları sorun yaşayanlara kıyasla daha olumludur ($p > 0.05$) (Tablo 9).

5. Tartışma

Bu araştırmada Akıl Hastalarına Yönelik Tutum Ölçeğinden elde edilen genel puan ortalaması 70.11, alt ölçeklerde uzun süreli ilişkiler faktöründen alınan ortalama puan 62.74 ve kısa süreli ilişkiler faktöründen alınan ortalama puan ise 77.48'dir. Özüş'ün (2020), psikoloji mezunu olan bireyler ile diğer lisans bölümlerinden mezun olanların akıl hastalığı olan bireylere yönelik tutumlarını incelediği çalışmasında ise elde edilen ortalama toplam puan 56.03'tür. Bu çalışmanın sonuçları, ruh sağlığı kurumlarında çalışan katılımcıların ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik sosyal yaşamdaki tutumlarının (ort. 70.11), genel olarak ortalama düzeyde olduğunu göstermektedir. Alt faktörlere bakıldığında ruhsal hastalığı olan bireylerle kişisel alanı çok fazla tehdit etmeyen kısa süreli ilişkilerin daha olumlu olduğu, yakın sosyal ilişkiler kurmayı gerektiren uzun süreli ilişkilerin ise ortalamanın altında olumsuz olduğu görülmektedir. Bu sonuçlara göre, ruh

sağlığı kurumlarında çalışanların ruhsal hastalığı olan bireylere karşı sosyal yaşamdaki tutumlarının genel olarak orta düzeyde olduğu ancak ön yargılı ve damgalayıcı tutumlarının da var olduğu görülmektedir. Atina’da bir psikiyatri hastanesi çalışanlarıyla yapılan çalışmada da, personelin ruhsal hastalığı olan kişileri diğer insanlar gibi görmekte zorlandıkları ve uzun süreli ilişkilere karşı daha olumsuz tutumlara sahip oldukları bulunmuştur (Economou vd., 2020). Amerika’da yapılan bir çalışmada ise sağlık personelinin, şizofreni hastalarının tehlikeli olduğuna dair algılarının olduğu ve iş ve kişisel ilişkilerinde hizmet verdikleri kişilerle sosyal mesafenin korunmasını istedikleri bulunmuştur (Stuber vd., 2014). Bu çalışmanın genel sonuçlarına bakıldığında ruh sağlığı kurumlarında çalışanların sosyal yaşamda ruhsal hastalığı olan bireylerle kısa süreli ilişkileri daha güvenli bulduklarını ve daha olumlu tutum içinde olduklarını, uzun süreli ilişkileri ise riskli gördükleri ve daha fazla ön yargıya sahip olduklarını söylemek gerekir. Katılımcıların eğitim durumları ile ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik tutumları arasında istatistiki açıdan anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Eğitim düzeyine göre tutumların genel ortalamasına bakıldığında; lisansüstü eğitim düzeyine sahip katılımcıların diğer eğitim düzeylerine göre ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik sosyal yaşamdaki tutumları (ort. 80.18) çok daha olumludur. Lisans eğitim düzeyine sahip katılımcıların ise ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik sosyal yaşamdaki tutumları (ort.71.35); ilköğretim (ort. 59.73), lise (ort. 64.72) ve ön lisans (ort. 64.61) eğitim düzeyine sahip katılımcılardan daha olumludur. Eğitim düzeyine göre yapılan analizde alt faktörlere bakıldığında; kişisel alanı çok fazla tehdit etmeyen kısa süreli ilişkilerde lisansüstü eğitim düzeyine sahip katılımcıların diğer eğitim düzeylerine kıyasla ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik tutumlarının daha olumlu olduğu; uzun süreli ve yakın sosyal ilişkiler kurmayı gerektiren durumlara ilişkin uzun süreli ilişki faktörüne göre ise yine lisansüstü eğitim düzeyine sahip katılımcıların tutumlarının ön lisans eğitim düzeyine sahip katılımcılara kıyasla daha olumlu olduğu görülmektedir. Araştırma sonuçlarına göre yüksek eğitim düzeyine sahip katılımcıların diğerlerine kıyasla daha olumlu tutuma sahip olduğu görülmektedir. Benzer araştırmaların sonuçları incelendiğinde; Durat vd.nin (2017), şizofreni hastalığına sahip yakını olan bireylerin şizofreni hastalığına ilişkin tutumlarını incelediği çalışmasında lise ve üniversite eğitim düzeyine sahip katılımcıların ilköğretim düzeyine sahip katılımcılara kıyasla şizofreniye ilişkin tutumlarının daha olumlu olduğunu; Bağ’ın (2003), sağlık personelinin ruhsal hastalığa sahip bireylere yönelik tutumlarını incelediği çalışmasında katılımcıların eğitim düzeyi arttıkça korku/dışlama gibi negatif tutumlarının azaldığını iyi niyet gibi pozitif tutumlarının arttığını, Tay vd.nin (2004) Singapur’da bir psikiyatri hastanesinde çalışan hemşirelerin ruhsal hastalığı olan kişilere yönelik tutumlarının araştırıldığı bir çalışmada ise ileri düzey diplomaya sahip hemşirelerin daha olumlu tutumlara sahip oldukları sonucuna ulaşmıştır. Benzer araştırmalar, çalışmamızın yüksek eğitim düzeyine sahip katılımcıların ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik tutumlarının görece daha olumlu olduğu sonucunu desteklemektedir. Görüldüğü gibi ruhsal hastalıklara yönelik tutumların ve algıların eğitim düzeyi ile güçlü bir ilişkisi vardır ve eğitim düzeyi arttıkça tutumlar olumlu yönde değişmektedir. Bu bağlamda ruh sağlığı kurumlarında

çalışan tüm personelin, ruhsal hastalığı olan bireylere ilişkin sosyal yaşamdaki tutumlarının iyileştirilmesinde eğitimin önemli bir araç olduğu ortadadır.

Katılımcıların en uzun süre yaşadıkları yere göre ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik tutumları karşılaştırıldığında; köy-kasabada yaşayan katılımcıların (ort. 64.89), şehir-kent (ort. 71.31) ve büyükşehir-metropolde yaşayanlara (ort. 73.88) kıyasla daha olumsuz tutumlara sahip oldukları görülmektedir. Çalışmada ölçek alt faktörlerine göre kısa süreli ilişki faktöründe köy-kasabada yaşayan katılımcılar, diğer gruplara kıyasla ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik daha olumsuz tutumlara sahiptir. Bu faktörde; ruhsal hastalığı olan bireylerin çalıştığı dükkândan alışveriş yapmak, onlarla sohbet etmek, yolda karşılaştığında konuşmak gibi katılımcıların kişisel alanını çok fazla tehdit etmeyen daha kısa süreli sosyal ilişkiler değerlendirilmektedir. Kaya (2012), Edirne’de yer alan aile sağlığı merkezlerinde çalışan sağlık personelinin ruhsal hastalığa karşı inanç ve tutumlarını incelediği çalışmada kırsalda yaşayan sağlık çalışanlarının ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik olumsuz tutumun daha fazla olduğunu; Bilge ve Çam (2013) Türkiye’de ruhsal hastalığa/hastaya yönelik inanç, tutum ve damgalama sürecini inceledikleri sistematik derleme çalışmasında kırsal kesimde yaşayanların ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik inanç ve tutumlarının daha olumsuz ve damgalayıcı olduğunu saptamışlardır. Bu durumun şehir ve büyükşehirlerin heterojen yapıda olmasıyla, sayıca fazla ve farklı özelliklere sahip insanları bünyesinde barındırması sebebiyle buralarda yaşayanların “anormal” olarak tanımlanan farklı insanlara daha çok aşına olmaları ve köylere nazaran ruhsal hastalığı olan bireylerle daha sık karşılaşmaları ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Ayrıca büyükşehirlerde eğitim düzeyinin daha yüksek olması, ruhsal hastalıklarla ilgili farkındalığı geliştirecek imkanların fazla olması, ilişkilerin kırsala göre daha yüzeysel olması gibi faktörlerin de tutum ve algıları etkilediği söylenebilir. Yukarıda tartışılan diğer sosyo-demografik faktörlerde olduğu gibi en uzun süre yaşanan yere göre de ölçeğin uzun süreli ilişki boyutunda tutum ortalamaları daha düşüktür ve bu alt boyuttaki ilişkilerde ön yargı ve damgalamanın tüm personelde daha fazla olduğu görülmektedir.

Katılımcıların mezun oldukları bölümün sağlık alanında olup olmama durumuyla, ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik sosyal yaşamdaki tutumları arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Sağlık alanında (ort.72.03) ve sağlık alanı dışında (ort. 69.52) bir mesleki bölümden mezun olan katılımcıların tutumları herhangi bir mesleki eğitimi olmayan (genellikle ilköğretim ve lise mezunu olan) katılımcılara (ort. 61.89) kıyasla daha olumludur. Kısa süreli ilişki faktörüne göre sağlık alanıyla ilgili bir bölümden mezun olan katılımcıların herhangi bir mesleki eğitimi olmayan katılımcılara kıyasla ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik sosyal yaşamdaki tutumları daha olumlu bulunmuştur. Uzun süreli ilişki faktörüne göre ise katılımcıların ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik tutumları ile mezun oldukları bölüm değişkeni arasında anlamlı düzeyde bir farklılık bulunamamıştır ve tutumlar orta düzeyde olumlu bulunmuştur. Ulaşılan bu bulgular sağlık alanından ve sağlık alanı dışında yüksek eğitim düzeyine sahip katılımcıların ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik tutumlarının görece daha olumlu olduğu sonucumuzu desteklemektedir. Back

Yaman vd.nin (2023) üniversite öğrencileri ile yürüttükleri bir çalışmada sağlık alanında öğrenim gören öğrenciler ile diğer fakültelerde öğrenim gören öğrencilerin ruhsal hastalıklara yönelik tutumları karşılaştırılmış ve sağlık alanında öğrenim gören öğrencilerin tutumlarının diğer fakültelerdeki öğrencilere kıyasla daha anlayışlı davranma eğiliminde oldukları bulunmuştur. Stuber vd.nin (2014) çalışmasında ruh sağlığı profesyonellerinin ruhsal sorunları olan kişilere karşı tutumları Amerikan halkıyla karşılaştırıldığında önemli ölçüde daha olumlu tutumlara sahip oldukları sonucuna ulaşılmıştır. Yuan vd.nin (2017) Singapur'da yaptıkları çalışmada ise genel popülasyonla karşılaştırıldığında ruh sağlığı profesyonellerinin ruhsal hastalığa karşı önemli ölçüde daha olumlu tutumları olduğu ancak 'sosyal mesafe' puanlarının genel popülasyondan farklı olmadığı görülmüştür. Ulusal ve uluslararası literatürde sağlık çalışanlarının ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik olumlu tutumlarını ortaya koyan çok az çalışma vardır. Bu çalışmanın sonuçlarında da sağlık alanı mezunu olan profesyonellerin diğer gruplara göre daha olumlu tutumları olmasına rağmen, olumsuz tutum ve ön yargıların da özellikle uzun süreli ilişkilerde önemli ölçüde var olduğu görülmektedir. Uzun süreli ilişki faktörünün ortalamalarının daha olumsuz olması ve mezuniyet bölümleri arasında anlamlı bir fark olmaması tüm katılımcıların sosyal yaşamda ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik benzer tutumlarının olduğunu göstermektedir. Bu sonuçlar tüm dünyada, ruhsal hastalıkları en iyi tanıyan ve ruhsal hastalığı olan bireylerin topluma kazandırılmasında en önemli görevi yerine getiren sağlık çalışanlarının toplumdaki diğer bireyler gibi ön yargılara sahip olduğunu göstermektedir.

Katılımcıların ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik tutumları, toplam görev süreleri ile ve halen çalıştıkları ruh sağlığı kurumundaki çalışma sürelerine göre ayrı ayrı incelenmiştir. Buna göre her iki değişkende de istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Toplam çalışma süresi 6-10 yıl arasında olan katılımcıların ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik genel tutum ortalamaları (ort. 76.31), +1 yıl (ort. 67.79) ve 11-20 yıl arasında çalışan katılımcılara (ort. 67.00) kıyasla daha olumludur. Kısa süreli ilişki faktörüne göre 2-5 yıl arasında çalışan katılımcıların ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik tutumları 11-20 yıl arasında çalışanlara kıyasla daha olumlu bulunmuştur. Bu sonuçlar çalışma yılının ruhsal hastalıklara yönelik sosyal yaşamdaki tutumlarda etkili olduğunu, işe yeni başlayan personel ile 10 yıl üzerinde çalışan personelin tutumlarının olumsuz olduğunu gösteriyor. Halen çalışılan kurumdaki çalışma süresine göre ise 11-20 yıl arasında çalışan katılımcıların sosyal yaşamda ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik genel tutum puanları +1 yıl, 2-5 yıl ve 6-10 yıl arasında çalışan katılımcılara kıyasla daha olumsuz bulunmuştur. Kısa süreli ilişki faktörüne göre 2-5 yıl arasında çalışan katılımcıların ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik tutumları 11-20 yıl arasında çalışanlara kıyasla daha olumludur. Tüm bu sonuçlara göre katılımcıların toplam çalışma yılına ve halen çalıştıkları ruh sağlığı kurumundaki çalışma yılına göre özellikle kısa süreli ilişkilerinde farklılık saptanmıştır. Çalışma yılı 2-5 yıl arasında olanların ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik tutumlarının daha olumlu olduğu görülmektedir. Çalışma yılı arttıkça ortalama tutum puanının azalması yani tutumların biraz daha olumsuz olması katılımcıların tükenmişlik düzeyi ile

açıklanabilir (Demir, 2019). Tay vd. (2004) ise daha uzun yıllara dayanan deneyime sahip hemşirelerin ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik tutumlarının daha olumlu olduğu sonucuna ulaşmıştır.

Katılımcıların çalıştıkları kurumda ruhsal hastalığı olan birey ve aileleriyle iletişim konusunda sorun yaşama durumları ile sosyal yaşamda ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik tutumları karşılaştırıldığında; sorun yaşamayan katılımcıların tutumlarının (ort. 72.22) sorun yaşayan katılımcılara (ort. 65.01) kıyasla daha olumlu olduğu bulunmuştur. Kısa süreli ilişki ve uzun süreli ilişki alt boyutları ile incelendiğinde ise ruhsal hastalığı olan bireyler ve aileleriyle iletişim konusunda sorun yaşamayanların ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik tutumları diğer gruba kıyasla daha olumlu bulunmuştur. Bu sonuç, ruh sağlığı kurumlarında çalışanların kurum içinde ruhsal hastalığı olan birey ve aileleriyle iletişim konusunda yaşamış olduğu olumsuz deneyimlerin sosyal yaşamdaki ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz tutumlarla ilişkili olduğunu göstermektedir. .

Araştırma sonucunda katılımcıların ruhsal hastalığı olan bireylere karşı sosyal yaşamdaki tutumlarının genel olarak kişisel alanı çok fazla tehdit etmeyen kısa süreli yüzeysel ilişkilerde görece daha olumlu, uzun süreli ilişkilerde ise daha olumsuz olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Yapılan farklı araştırmalarda, sosyal temasın diğer grup üyelerine karşı duygusal tepkileri, kaygı ve korkuyu azaltırken empati duygusunu ve olumlu tutumların geliştirilmesini arttırdığı anlaşılmıştır (Stephan ve Finlay, 1999; Stephan ve Stephan, 1985; Pettigrew ve Tropp, 2008). Kısa süreli ilişkilerde farklı toplumsal gruptan bireyler birbirleriyle temas kurmaya başladığı andan itibaren, ön yargıya neden olan kalıp yargıların farkına varılır, “öteki” olarak mesafeli yaklaşılan grubun aslında o kadar da “kötü” olmadığı anlaşılır (Çuhadar Gürkaynak, 2012). Ancak bu kısa karşılaşma olumlu tutumların gelişmesi için her zaman yeterli değildir. İki farklı grup üyesi ara sıra selamlaşıyor veya sadece karşılaştıkları zaman havadan sudan konuşuyorsa birbirleri hakkında yeni bir şeyler öğrenmek için fırsatları çok azdır ve etkili sosyal temas için bu karşılaşmalar yeterli değildir. Yapılan bazı araştırmalar kısıtlı bir ortamda gruplar arası olumlu deneyimler yaşansa dahi gruba yönelik var olan olumsuz tutumların sürdürülebildiğini ortaya koymaktadır (Pettigrew, 1998). Bu durumda diğer grupla olumlu tutum geliştirebilmek için uzun süreli ilişkiler kurabilmek; onlar hakkında bilgi sahibi olmak, uygun koşullarda grup üyeleri ile duygusal bağ, empati, yakınlık ve dostluk kurmak ve buna istekli olmak gibi yaklaşımlar ruhsal hastalıklara ve ruhsal hastalığa sahip kişilere yönelik ön yargıların ve ayrımcı tutumun azaltılmasında etkili olabilecek yaklaşımlardır.

6. Sonuç ve Öneriler

Araştırma sonuçları ruh sağlığı kurumlarında çalışanların ruhsal hastalığı olan bireylerle sosyal yaşamdaki tutumlarında genel olarak kararsız davrandıklarını ve halen ciddi oranda ön yargılara sahip olduklarını göstermektedir. Alt faktörlere göre değerlendirildiğinde katılımcıların tutum ortalamaları kişisel alanı çok fazla tehdit etmeyen kısa süreli, yüzeysel

ilişkilerde görece daha yüksek ve olumludur. Sosyal yaşamda güvene dayalı yakın sosyal ilişkiler kurmayı gerektiren uzun süreli ilişkilerde ise tutumlar daha olumsuzdur ve uzun süreli ilişkilere yönelik tutumlarda sağlık alanında eğitim almış olan personel ile diğer personel arasında tutumlar açısından anlamlı bir farklılık yoktur. Bu durum ruh sağlığı kurumlarında çalışanların ruhsal hastalığı olan bireylerle sosyal yaşamdaki etkileşimlerinde, özellikle uzun süreli ilişkilerde ön yargılara ve damgalayıcı tutumlara sahip olduklarını göstermektedir.

Bu çalışmanın sonuçlarına göre ruh sağlığı kurumlarında çalışan personelin önemli sayılabilecek bir oranda olumsuz tutumları mevcuttur. Sosyal yaşamda ruhsal hastalığı olan bireylere karşı olumsuz tutumları olan personel, kurum ortamında bu hastalara hizmet vermektedir. Hastalar, yaşadıkları damgalanma, ön yargılar sebebiyle tanı almak, tıbbi tedaviye devam etmek ve ilaç kullanmak konusunda çekimser davranabilmektedir. Bu durum da tedavi sürecini ve toplumsal entegrasyonu olumsuz etkilemektedir. Bu sebeple ruh sağlığı kurumlarında çalışanların, ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik sosyal ve kurumsal hayattaki tutumlarını iyileştirmek önemlidir. Çalışmanın sonuçları ışığında şu önerilerde bulunulabilir;

Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü ve bu müdürlüğe bağlı Ruh Sağlığı Daire Başkanlığı tarafından ruhsal hastalıklarla ilgili tüm kurum ve kuruluşlarında (Örneğin; Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastaneleri, Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri, Psikiyatri Polikliniği ve Psikiyatri Servisi bulunan hastaneler) çalışan tüm personele yönelik ruhsal hastalığı olan bireyleri damgalama ve damgalama sonuçlarını içeren yüz yüze ve belirli aralıklarla devam eğitimleri planlanmalıdır. Bu eğitimlere ruhsal hastalığı olan bireyler davet edilerek yaşanan damgalama vakaları, mevcut sorunlar ve talepler birinci ağızdan aktarılabilir. Ruhsal hastalığı olan bireyleri damgalamaya yönelik personel tutumları daha geniş popülasyonda aralıklı olarak analiz edilerek sonuçlara göre çözüm önerileri geliştirilmelidir.

Ruh sağlığı kurumlarında çalışanların sosyal yaşamlarında ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik olumsuz tutumlarını azaltmak amacıyla sosyal temas kuramı temelinde bir sosyal hizmet müdahalesi oluşturulmalıdır. Ruh sağlığı kurumlarında çalışanlar ile ruhsal hastalığı olan bireyler güvenli, destekleyici ve kontrollü ortamlarda bir araya gelerek yapılandırılmış etkileşim sağlanabilir. Bu etkileşimler yaşantı temelli hikâye paylaşımı oturumları, rol değişimi ve empati atölyeleri, ortak bir proje oluşturularak iş birliğinin sağlanması, yansıtıcı süpervizyon oturumlarının düzenlenmesi şeklinde gerçekleştirilebilir. Tüm bu süreçlerin ise bir sosyal hizmet uzmanı tarafından yürütülmesi önerilmektedir.

Ruh sağlığı alanında hizmet veren ruh sağlığı ve hastalıkları/ruh ve sinir hastalıkları hastanelerinde göreve yeni başlayacak ve henüz bu alanda tecrübesi olmayan tüm personele alanında uzman kişiler tarafından yüz yüze olarak “ruhsal hastalıkların tanımları ve türleri, ruhsal hastalığa sahip bireyler ve aileleriyle iletişim, ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik damgalamanın nedenleri ve sonuçları, damgalayıcı dil ve davranışlar” ile ilgili kapsamlı ve detaylı eğitimlerin düzenli olarak verilmelidir,

Ruh sağlığı kurumlarında çalışan tüm personele yönelik ruhsal hastalığı olan bireylerle çalışma, ruhsal hastalıklar hakkında bilgi ve süpervizyon eğitimleri planlanarak personelin güçlendirilmesine yönelik çalışmalar yürütülmelidir. Ruh sağlığı alanında görevde çalışma süresine göre personelin mesleki tükenmişliklerini önlemek amacıyla grup terapileri, destek ve danışmanlık hizmetlerinin sunulması, iş yükü fazla ise azaltılması ve sosyal faaliyetlerin düzenlenmesi gerekir.

Toplum ruh sağlığı merkezleri aracılığıyla kırsal bölgelerde yaşayan halkın ruhsal hastalıklar hakkında bilgilendirilmesi ve bu bölgelerdeki halka yönelik ruhsal hastalığı olan bireyleri damgalama ile mücadele çalışmalarının yürütülmesi,

Damgalamayı önlemek ve erken yaşta bilinçlendirmek amacıyla ilk ve ortaokul müfredatına damgalama, ruhsal hastalık ve ruhsal hastalığı olan bireylerle ilgili dersler eklenmesi,

Ruh sağlığı kurumlarında çalışanların hasta ve hasta yakınlarıyla iletişim konusunda yaşadıkları sorunları minimum düzeye indirmek için destekleyici ve yargılayıcı olmayan iletişim teknikleri, empati, sabır ve anlayış becerilerini geliştirmeye yönelik hizmet içi eğitimlerin düzenlenmesi,

Toplumun ruhsal hastalığı olan bireylerle sosyal temasta bulunmasının olumlu tutumları arttırdığı bilgisi dikkate alınarak farkındalık oluşturulabilecek özel gün ve haftalarda ruhsal hastalığı olan birey, ruh sağlığı kurumlarında çalışanlar ve halkın sosyal yaşamda bir arada bulunarak iletişim ve etkileşim kurmalarını sağlayacak sosyal etkinliklerin planlanmasıdır.

Kaynaklar

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.

Ahmedani, B. K. (2011). Mental health stigma: society, individuals, and the profession. *Journal of Social Work Values and Ethics*, 8(2), 4-1.

Akbulut, Ö. ve Çapık, C. (2022). Çok değişkenli istatistiksel analizler için örneklem büyüklüğü. *Journal of Nursology*, 25 (2), 111-116.

Allport G. 1954. *The Nature of Prejudice*. Boston, MA: Addison-Wesley.

Alpan, A., Kocamanoğlu, E., Yüce, F., Akçakmak, G., Günbal, M., Elif, A. ve Albayrak, S. (2018). Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencilerinin şizofreni hastalığına karşı tutumları. *Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 20(1), 8-17.

Angermeyer, M. C., Schulze, B. ve Dietrich, S. (2003). Courtesy stigma: A focus group study of relatives of schizophrenia patients. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38, 593-602.

- Arkan, B., Bademli, K. ve Duman, Z. Ç. (2011). Sağlık çalışanlarının ruhsal hastalıklara yönelik tutumları: Son 10 yılda Türkiye'de yapılan çalışmalar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(2), 214-231.
- Arkar, H. (1991). Akıl hastasının sosyal reddedilimi. *Düşünen Adam*, 4(3), 6-9.
- Asan, Ö. (2019). Ruhsal hastalıklar ve damgalama; toplumda, medyada, sağlık çalışanlarda ve her yerde... *Sakarya Tıp Dergisi*, 9(2), 199-205.
- Australian Association of Social Workers. (2014). *Practice Standards for Mental Health Social Workers 2014*. Canberra: Australian Association of Social Workers.
- Avcil, C., Bulut, H. ve Sayar, G. H. (2016). Psikiyatrik hastalıklar ve damgalama. *Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, (2), 175-202.
- Bacık Yaman, G., Kumbul, H., Köyüstü, B., Hüseyinov, İ. ve Özdamar Ünal, G. (2023). Üniversite öğrencilerinin ruhsal hastalıklara yönelik tutumları ve empati ile ilişkisi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 30(4), 662-671.
- Bağ, B. ve Ekinci, M. (2005). Sağlık personelinin ruhsal sorunları olan bireylere yönelik tutumlarının araştırılması. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 3(11), 107-127.
- Bağ, B. (2003). *Sağlık personelinin ruhsal sorunları olan bireylere yönelik tutumlarının araştırılması*. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora Tezi, Erzurum.
- Bahar, G. ve Savaş, H. A. (2013). Ruh sağlığı çalışmalarında sosyal hizmet mesleğinin rolü. In *Yeni Symposium* 51(2), 83-90.
- Barker, L. R. (2003). *The social work dictionary* (3rd ed.). Washington DC: NASWC.
- Bekiroğlu, S. (2021). Ruhsal hastalığa sahip bireylere yönelik damgalama: Etkileyen faktörlere ve bireyler üzerindeki etkilerine dair kavramsal bir çalışma. *OPUS International Journal of Society Researches*, 17(33), 595-618.
- Bilge, A. ve Çam, O. (2013). Türkiye'de ruhsal hastalığa / hastaya yönelik inanç, tutum ve damgalama süreci: sistematik derleme. *Journal of Psychiatric Nursing*, 4(2), 91-101.
- Bostancı, N. (2005). Ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik stigma ve bunun azaltılmasına yönelik uygulamalar. *Düşünen Adam*, 18(1), 32-38.
- Bozoğlan, M. (2019). *Sosyal mesafenin önyargı ve ayrımcılık üzerine etkisi: Türkiye'deki Türk, Kürt ve Arap etnik grupları üzerine bir çalışma*. Basılmamış Yüksek Lisans

- Tezi. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı, İstanbul.
- Boztilki, M., Ardıç, E., Gamiř, B. ve evik, E. (2021). Sağlık Bilimleri Fakóltesi öğrencilerinin psikiyatrik hastalıklara ilişkin algı ve tutumları. *MANAS Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 10(4), 2449-2458.
- Brewer, M. B. ve Miller, N. (1996). *Intergroup relations* (p. 61). Buckingham: Open University Press.
- Bryne, P. (2001). Psychiatric Stigma. *British Journal of Psychiatry*, 178, 281-284.
- Cankurtaran, Ö. ve Beydili, E. (2016). Ayrımcılık karşıtı sosyal hizmet uygulamasının gerekliliği üzerine. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 27(1), 145-160.
- Children's Hopechest. (2022). Global Mental Health Statistics. Erişim Tarihi: 14 Nisan 2025. <https://www.hopechest.org/global-mental-health-statistics/>
- Corrigan, P. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist*, 59(7), 614.
- Corrigan, P. W. ve Rao, D. (2012). On the self-stigma of mental illness: Stages, disclosure and strategies for change. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 57(8), 464-469.
- am, O. ve uhadar, D. (2011). Ruhsal hastalığa sahip bireylerde damgalama süreci ve içselleştirilmiş damgalama. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2(3), 136-140.
- Çiftçi, A., Jones, N. ve Corrigan, P. W. (2013). Mental health stigma in the Muslim community. *Journal of Muslim Mental Health*, 7(1), 17-32.
- Çuhadar Gürkaynak, E. (2012). *Toplumsal temas: Önyargı ve ayrımcılığı anlamak için bir sosyal değişim aracı olarak kullanılabilir mi?*. K. Çayır ve M. Ayan Ceyhan (Der.). *Ayrımcılık: Çok boyutlu yaklaşımlar* (s. 255-265). İstanbul: Bilgi Üniversitesi Yayınları.
- Dal, Ü., Güleriyüz, İ. O., Ülker, E. ve Demiray, T. (2018). Hemşirelik öğrencilerinin ruhsal hastalıklara yönelik inançları. *Hemşirelik Bilimi Dergisi*, 1(2), 14-18.
- Demir, A. G. (2019). *Bir ruh sağlığı ve sinir hastalıkları hastanesinde çalışanlarda iş doyumunu ve tükenmişlik arasındaki ilişki*. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitü İşletme Anabilim Dalı Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı Yüksek Lisans tezi, İstanbul.

- Demir, M. M. ve Buz, S. (2023). Eleştirel sosyal hizmet çerçevesinde şizofreni tanılı kişilerin ve yakınlarının damgalanma deneyimleri: Zonguldak örneği. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 34(4), 869-893.
- Duman, B., Çolak, B., Özdemir, N. S., Özkasap, S. N., Sabahi, S. İ., Şahinoğlu, B. M., Taşçı, D., Tatar, M. M., Ünalp, C., Kar, İ. ve Kumbasar, H. (2019). Tıp eğitiminin ruhsal hastalıklara yönelik tutumlara etkisi. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, 23(4), 141-149.
- Durat, G., Atmaca Duygu, G., Açıl Cengiz, H. ve Oksal Aydemir, H. (2017). Şizofreni hastası olan hasta yakınlarının şizofreniye ilişkin tutumları. *Osmangazi Tıp Dergisi*, 39(1), 43-50.
- Economou, M., Peppou, L. E., Kontoangelos, K., Palli, A., Tsaliagkou, I., Legaki, E. M., ... ve Papageorgiou, C. (2020). Mental health professionals' attitudes to severe mental illness and its correlates in psychiatric hospitals of Attica: The role of workers' empathy. *Community Mental Health Journal*, 56, 614-625.
- Gerrig, R.J. ve Zimbardo, P.G. (2012). Psikoloji ve Yaşam. İstanbul: Nobel yayınevi. 46-54.
- Goffman, E. (2019). *Damga: Örselenmiş kimliğin idare edilişi üzerine notlar*. Geniş Ş., Ünsaldı L. ve Ağırşanlı S. N. 3(çev.), Ankara: Heretik Yayınları.
- Göregenli, M. (2013). Ayrımcılık Çok Boyutlu Yaklaşımlar, Derleyenler: Kenan Çakır Müge Ayan Ceyhan. *İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları*.
- Gureje, O., Abdulmalik, J., Kola, L., Musa, E., Yasamy, M. T ve Adebayo, K. (2015). Integrating mental health into primary care in Nigeria: Report of a demonstration project using the mental health gap action programme intervention guide. *BMC Health Services Research*, 15(1), 1-8.
- Günay, S., Bekitkol, T., Ekitli, B. G. ve Yıldırım, S. (2016). Bir hemşirelik fakültesindeki öğrencilerin ruhsal hastalığa yönelik inançlarının belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 7(3), 129-134.
- Hayward P. ve Bright J.A. (1997). Stigma and mental illness; A review and critique. *Journal of Mental Health*, 6(4), 345-354.
- Heffernan, K. (2006). Social work, new public management and the language of 'service user'. *British Journal of Social Work*, 36(1), 139-147.
- Hogg, M. A. ve Vaughan, G. M. (2008). *Social psychology*. England: Pearson Prentice Hall.

- Işıklı, S. (1998). *Toplumdaki bireylerin akıl hastalarına karşı tutumlarını ölçen bir psikometrik aracın geliştirilmesi*. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitimde Psikolojik Hizmetler Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- İçağasıoğlu oban, A. ve Attepe Özden, S. (drl.). (2022) *Psikiyatrik sosyal hizmet*. Ankara: Nobel Yayınevi.
- Jorm A. F., Korten A. E., Jacom P. A., Christensen H. ve Henderson S. (1999). Attitudes towards people with a mental disorder: a survey of Australian public and health professionals. *Aust N Z J Psychiatry*, 33:77-83.
- Kabakçı Yurdakul, Işıl. (2013). *Evren ve Örneklem*. Kurt, A.A. (Der.). *Bilimsel Araştırma Yöntemleri*. (s.75-91). Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Açık Öğretim Fakültesi Yayını.
- Karakaş, S. A., 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.
- Karasar, N. (2012). *Bilimsel Araştırma Yöntemi: Kavramlar, İlkeler, Teknikler*. Ankara: XXI. B. Nobel Yayın Dağıtım.
- Kaya, C. (2012). *Edirne ilinde aile sağlığı merkezlerinde sağlık çalışanlarının ruhsal hastalığa karşı inanç ve tutumları*. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Edirne.
- Knaak, S., Mantler, E. ve Szeto, A. (2017). Mental illness-related stigma in healthcare: Barriers to access and care and evidence-based solutions. *Healthcare Management Forum*, 30(2), 111-116.
- Meise, U., Sulzenbacher, H. ve Hinterhuber, H. (2001). Das Stigma der Schizophrenie: Versuche zu dessen Überwindung. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie*, 69, 75-80.
- Mrekajova, E. (2018). *Bir yabancı karşısında: Etkili kültürlerarası etkileşim imkanlarının değerlendirilmesi (Bursa Uludağ Üniversitesi örneği)*. Bursa Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyoloji Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Bursa.
- Özmen, E., Özmen, D., Taşkın, E. O. ve Demet, M. M. (2003). Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin depresyona yönelik tutumları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 4(87), 87-97.

- Özüş, A. (2020). *Psikoloji mezunlarının akıl hastalığı olan bireylere karşı tutumlarının incelenmesi*. Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Pettigrew, T. F. (1998). Intergroup contact theory. *Annual Review of Psychology*, 49(1), 65-85.
- Pettigrew, T. F. ve Tropp, L. R. (2008). How does intergroup contact reduce prejudice? Meta-analytic tests of three mediators. *European Journal of Social Psychology*, 38(6), 922-934.
- Schneider, D. J. (2004). *The psychology of stereotyping*. New York: Guilford.
- Sezer, S. ve Kezer, F. (2013). Psikolojik Yardım Aramada Yakın Çevre Damgalaması Ölçeği'nin bir Türk örnekleminde geçerlilik ve güvenilirliği. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 46(1), 181-201.
- Sheafor, B. W. ve Horejsi, C. R. (2016). *Sosyal hizmet uygulaması: Temel teknikler ve ilkeler*. Nika Yayınevi.
- 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(6), 407-412.
- Solmaz Akkuş, D. (2019). *Ruh sağlığı ve hastalıkları hastanesi çevresinde yaşayan bireylerin hastane ve hastalara yönelik tutumlarının değerlendirilmesi: Manisa örneği*. Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sosyal Hizmet Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Manisa.
- Soygür H., Alptekin K., Atbaşoğlu E.C. ve Herken H. (2007). *Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar*. 1. Baskı. Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları.
- Stephan, W. G. ve Finlay, K. (1999). The role of empathy in improving intergroup relations. *Journal of Social Issues*, 55(4), 729-743.
- Stephan, W. G. ve Stephan, C. W. (1985). Intergroup anxiety. *Journal of Social Issues*, 41(3), 157-175.
- 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.

- Şimşek Arslan, B. ve Buldukoğlu, K. (2018). Ruhsal hastalık deneyiminden büyüme mümkün müdür?: Psikiyatri hemşireliği bakış açısından bir gözden geçirme. *Sakarya University Journal of Holistic Health*, 1(1), 16-27.
- Taşkın, E. O. (2004). Damgalama, ayrımcılık ve ruhsal hastalık. *3P Dergisi*, 12(3), 5–12.
- Taşkın, E.O. (Ed.). (2007). *Ruhsal hastalıklara yönelik tutumlar ve damgalamayı etkileyen etmenler. Stigma ruhsal hastalıklara yönelik tutumlar ve damgalama*. İzmir: I. B. Meta Basım Matbaacılık.
- Tavşancıl, E. (2014). *Tutumların ölçülmesi ve SPSS ile veri analizi*. Ankara: Nobel Yayınevi.
- Tay, S. C., Pariyasami, S., Ravindran, K., Ali, M. I. A. ve Rowsudeen, M. T. (2004). Nurses' attitudes toward people with mental illnesses in a psychiatric hospital in Singapore. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 42(10), 40–47.
- Tek, S. (2019). Irkçılık karşıtı sosyal hizmet uygulaması. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 30(3), 1142-1165.
- Thornicroft, G. (2008). Stigma and discrimination limit access to mental health care. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 17(1), 14-19.
- Toker, T., Atabay, E., Tosun, E., Yılmaz, E., Öztürk, M. ve Ateşçi, F. (2021). Tıp fakültesi öğrencilerinde psikolojik damgalama eğilimi: Bir özel çalışma modülü örneği. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 34(3), 253-261.
- Türkmen, S. N., Kumaşoğlu, Ç. ve Akyol, T. (2015). Alkol ve madde bağımlılığı tedavi ve eğitim merkezi (AMATEM) biriminde yatan bireylerde içselleştirilmiş damgalama ve yaşam kalitesi. *Bağımlılık Dergisi*, 16(4), 182-191.
- Uzunbaş, Ş. (2016). *Ortopedik ve görme engelli bireylerin farklılığa yönelik görüşlerinin damgalama kuramı çerçevesinde incelenmesi*. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sosyal Hizmet Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Üçok, A. (2003). Şizofreni hastası neden damgalanır?. *Klinik Psikiyatri*, Ek: 1, 3-8.
- World Health Organization. (2001). The World Health Report 2001: Mental health: new understanding, new hope. <https://www.who.int/news/item/28-09-2001-the-world-health-report-2001-mental-disorders-affect-one-in-four-people> Erişim 10 Eylül 2024

- World Health Organization. (2011). World report on disability. <https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/sensory-functions-disability-and-rehabilitation/world-report-on-disability> Erişim: 19 Eylül 2024
- Yanos, P. T., Roe, D., Markus, K. ve Lysaker, P. H. (2008). Pathways between internalized stigma and outcomes related to recovery in schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatric Services*, 59(12), 1437-1442.
- Yıldız, D. ve Uzunsakal, E. (2018). Alan araştırmalarında güvenilirlik testlerinin karşılaştırılması ve tarımsal veriler üzerine bir uygulama. *Uygulamalı Sosyal Bilimler Dergisi*, 2(1), 14-28.
- Yuan, Q., Picco, L., Chang, S., Abdin, E., Chua, B. Y., Ong, S., ... ve Subramaniam, M. (2017). Attitudes to mental illness among mental health professionals in Singapore and comparisons with the general population. *PloS One*, 12(11).
- Yzerbyt, V. ve Schadron, G. (2016). Kalıpyargılar ve sosyal yargı. (Çev., İbrahim Işıtan). *Kültür ve Sanat Araştırmaları Dergisi*, 5(3), 203-243.