

T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Hemşirelik Anabilim Dalı

Yüksek Lisans Tezi

**KADINLARDA RUHSAL HASTALIKLARA YÖNELİK İNANÇ VE
DAMGALAMANIN KUŞAKLARARASI AKTARIMI**

Ayşe Nur FİLİK

Danışman
Dr. Öğr. Üyesi Burcu CEYLAN

Konya-2022

T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Hemşirelik Anabilim Dalı

Yüksek Lisans Tezi

**KADINLARDA RUHSAL HASTALIKLARA YÖNELİK İNANÇ VE
DAMGALAMANIN KUŞAKLARARASI AKTARIMI**

Ayşe Nur FİLİK

Danışman
Dr. Öğr. Üyesi Burcu CEYLAN

Konya-2022

TEZ ONAY SAYFASI

Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi **Ayşe Nur FİLİK** 'in “**Kadınlarda Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnanç ve Damgalamanın Kuşaklararası Aktarımı**” başlıklı tezi tarafımızdan incelenmiş; amaç, kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

KONYA/28.06.2022

Tez Danışman	Dr. Öğr. Üyesi Burcu CEYLAN Necmettin Erbakan Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı	İmza
Jüri Üyesi	Prof. Dr. Deniz TANYER Selçuk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı	İmza
Jüri Üyesi	Dr. Öğretim Üyesi Tuba KORKMAZ ASLAN Necmettin Erbakan Üniversitesi Kâmil Akkanat Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı	İmza

Yukarıdaki tez, Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulunun 06/07/2022 tarih ve 14/03 sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Kısmet Esra NURULLAHOĞLU ATALIK

Enstitü Müdürü

İmza

BEYANAT

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

28/06/2022

Ayşe Nur FİLİK

BENZERLİK RAPORU

KADINLARDA RUHSAL HASTALIKLARA YÖNELİK İNANÇ VE DAMGALAMANIN KUŞAKLARARASI AKTARIMI

ORJİNALLİK RAPORU

% 14	% 11	% 4	% 5
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	acikbilim.yok.gov.tr İnternet Kaynağı	% 2
2	OBAN, Gül and KÜÇÜK, Leyla. "Ergenlerde ruhsal hastalıklara yönelik damgalamayı etkileyen etmenler", Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 2011. Yayın	% 1
3	acikerisim.erbakan.edu.tr İnternet Kaynağı	% 1
4	acikerisim.medipol.edu.tr İnternet Kaynağı	% 1
5	hipokampusakademi.com İnternet Kaynağı	% 1
6	kasaum.ankara.edu.tr İnternet Kaynağı	% 1
7	www.phdernegi.org İnternet Kaynağı	% 1
8	www.researchgate.net İnternet Kaynağı	% 1

ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR

Gerek lisans dönemimde gerekse tez çalışmamın her aşamasında rehberliğini, kıymetli bilgi birikimini benimle paylaşan, ilgisi ve enerjisi ile yolumu aydınlatan çok değerli hocam ve sayın danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Burcu CEYLAN'a en içten saygı ve teşekkürlerimi sunuyorum.

Yüksek lisans eğitimim boyunca üzerimde emeğini hissettiğim, bilgi birikimini benimle paylaşan değerli hocam Dr. Öğr. Üyesi Nesibe GÜNAY MOLU'ya çok teşekkürler ediyorum.

Araştırmanın en önemli parçası olan, çalışma grubunda yer alan öğrencilere, annelerine ve anneannelerine varlıkları ve işbirlikçi tutumları için çok teşekkür ediyorum.

Son olarak tüm eğitim hayatım boyunca üzerimde sonsuz emekleri olan her zaman desteklerini hissettiğim sevgili aileme çok teşekkür ediyorum.

Ayşe Nur FİLİK

İÇİNDEKİLER

Tez Kapağı ve İç Kapak	i
Tez Onay Sayfası	ii
Tez Beyan Sayfası	iii
Benzerlik Raporu	iv
Önsöz ve Teşekkür	v
İçindekiler	vi
Kısaltmalar Ve Simgeler Listesi	ix
Tablolar Listesi.....	x
ÖZET	xi
ABSTRACT	xii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Ruhsal Hastalık	3
2.2. İnanç Kavramı	5
2.2.1. Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnanç	5
2.3. Damgalama (Stigmatizasyon)	6
2.3.1. Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalama	6
2.4. Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnanç ve Damgalama ile Mücadele.....	9
2.5. Kuşaklararası Aktarım	10
2.5.1. Kuşak ve Aktarım Kavramı	10
2.5.2. Kuşaklararası Aktarılan Örüntüler	16
2.5.3. Kuşaklararası Aktarımın Kuramsal Çerçevesi	18
2.6. Kuşaklararası Aktarımında Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşiresinin Rolü	20
3. GEREÇ VE YÖNTEM	22
3.1. Araştırmanın Amacı	22
3.2. Araştırmanın Türü	22
3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	22
3.4. Araştırmanın Evreni	22
3.5. Araştırmanın Örnek Seçimi	22
3.6. Araştırmaya Alınma Kriterleri	23
3.7. Araştırmanın Dışlanma Kriterleri	23
3.8. Veri Toplama Tekniği ve Araçları	23
3.8.1. Bilgi Formu	23
3.8.2. Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlar Ölçeği (RHİÖ)	24

3.8.3. Damgalama (Stigma) Ölçeği (DÖ)	25
3.9. Verilerin Toplanması	26
3.10.Araştırmanın Değişkenleri	26
3.10.1.Bağımlı Değişkenler.....	26
3.10.2.Bağımsız Değişkenler	26
3.11.Araştırmanın Etik Boyutu	26
3.12.Araştırmanın Sınırlılıkları	26
3.13.Araştırma Soruları	27
3.14. Verilerin İstatistik Değerlendirmesi	27
4. BULGULAR	29
4.1. Tanımlayıcı Özelliklerin Dağılımı	30
4.2. Kuşaklara Göre Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	36
4.3. Öğrencilerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Karşılaştırma.....	37
4.4. Annelerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Karşılaştırma	42
4.5. Anneannelerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Karşılaştırma	49
4.6. Kuşaklar ile Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnanç ve Damgalama Puanları Arasında Korelasyon Analizi	55
4.7. Kuşakların Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnanç ve Damgalama Üzerine Etkisi ..	55
5. TARTIŞMA	56
5.1. Öğrenci, Anne ve Anneannelerin Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	56
5.2. Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnanç Ölçeği ve Alt Boyutlarına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	57
5.3. Damgalama Ölçeği ve Alt Boyutlara İlişkin Bulguların Tartışılması.....	60
5.4. Ölçeklerin Öğrenci, Anne ve Anneannelerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Dağılımına İlişkin Bulgularının Tartışılması	62
5.5. Öğrenci, Anne ve Anneanneden Oluşan Üç Kuşak Arasında İlişkinin Tartışılması.....	63
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	65
6.1. Sonuçlar	65
6.2. Öneriler	66
7. KAYNAKLAR	67
8. ÖZGEÇMİŞ.....	73
9. EKLER.....	74
EK 1: Bilgi Formu.....	74
EK 1a. Öğrenciler İçin Bilgi Formu.....	74

EK 1b. Anne-Anneanne İçin Bilgi Formu	76
EK 2: Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği-RHIÖ	78
EK 3: Damgalama Ölçeği-DÖ	80
EK 4: Bilgilendirilmiş Onay Formu.....	81
EK 5: Etik Kurul Onayı.....	82
EK 6: Hemşirelik Bölüm İzni	83
EK 7: Ölçek Kullanım İzinleri	84

KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ

DÖ: Damgalama Ölçeği

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

YLD: Years Lost with Disability (Özrürlükle Kaybedilen Yaşam Yılları)

HPA: Hipotalamik-Pitüiter Adrenal

PTSB: Post Travmatik Stres Bozukluğu

RHIÖ: Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlar Ölçeği

SPSS: Sosyal Bilimler İçin İstatistik Programı

TDK: Türk Dil Kurumu

WHO: World Health Organization

TABLolar LİSTESİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
Tablo 1. Normal Dağılım	27
Tablo 4.1. Tanımlayıcı Özelliklerin Dağılımı	30
Tablo 4.2. Kuşaklara Göre Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	36
Tablo 4.3.1. Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnanç Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Dağılımı	38
Tablo 4.3.2. Öğrencilerin Damgalama Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Dağılımı.	40
Tablo 4.4.1. Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnanç Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Dağılımı	42
Tablo 4.4.2. Damgalama Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Dağılımı.....	45
Tablo 4.5.1. Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnanç Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Dağılımı.....	49
Tablo 4.5.2. Damgalama Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Dağılımı.....	52
Tablo 4.6. Kuşaklar ile Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnanç ve Damgalama Puanları Arasında Korelasyon Analizi	55
Tablo 4.7. Kuşakların Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnanç ve Damgalama Üzerine Etkisi.....	55

ÖZET

T.C.

NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Kadınlarda Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnanç ve Damgalamanın Kuşaklararası Aktarımı

Ayşe Nur FİLİK

Hemşirelik Anabilim Dalı

Yüksek Lisans Tezi/ Konya -2022

Ruhsal hastalığa sahip bireylerin damgalamasında, olumsuz inanç ve tutumların önüne geçmede, daha olumlu inanç ve tutumlar geliştirmede ve ruhsal hastalığı olan bireylerin savunulmasında önemli rol oynadıkları için bu çalışmada kadın cinsiyetinden olan hemşirelik öğrencileri ele alınmıştır. Bu araştırma, kadınlarda ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve damgalamanın kuşaklararası aktarımını belirlemek amacıyla tanımlayıcı türde yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini, Konya Necmettin Erbakan Üniversitesi, Hemşirelik Bölümü kadın öğrencileri (n=79) ve kuşaklararası aktarımı belirlemek amacıyla da bu öğrencilerin iki üst kuşak ebeveynleri, anne (n=60) ve anneanne (n=28), oluşturmaktadır. Verilerin toplanmasında; bilgi formu, ruhsal hastalığa yönelik inanç ölçeği ve damgalama ölçeği kullanılmıştır. Veriler araştırmacı tarafından üç aşamada toplanmıştır. İlk aşamada veri toplama araçları öğrencilere yüz yüze sınıf ortamında uygulanmıştır. İkinci aşamada veri toplama araçları çevrimiçi düzenlenmiş öğrenciler yoluyla annelere, üçüncü aşamada ise anneannelere uygulanmıştır. Veriler ortalama, standart sapma, sayı ve yüzde olarak özetlenmiştir. Analizlerde, ki-kare analizi, fisher exact testi, tek yönlü varyans analizi, post hoc, bağımsız gruplarda t testi, korelasyon analizi ile lineer regresyon analizi kullanılmıştır. Etki büyüklüğünü hesaplamak için Cohen(d) ve Eta kare(η^2) katsayıları kullanılmıştır.

Araştırma bulgularına göre, öğrencilerin ruhsal hastalığa yönelik inanç ölçeği toplam puan ortalaması $48,06 \pm 13,55$, damgalama ölçeği toplam puan ortalaması $49,78 \pm 9,11$; annelerin, ruhsal hastalığa yönelik inanç ölçeği toplam puan ortalaması $53,25 \pm 17,86$, damgalama ölçeği toplam puan ortalaması $53,43 \pm 12,43$; anneannelerin, ruhsal hastalığa yönelik inanç ölçeği toplam puan ortalaması $57,60 \pm 16,56$, damgalama ölçeği toplam puan ortalaması $58,35 \pm 20,61$ 'dir. Kuşaklara göre; ruhsal hastalıklara yönelik inanç toplam puanları ile çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde puanları, damgalama toplam puanları ile ayrımcılık ve dışlama puanları, etiketleme puanları, psikolojik sağlık puanları istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermektedir ($p < 0,05$). Kuşakların, ruhsal hastalıklara yönelik inanç toplam düzeyini ($\beta = 4,855$) ve damgalama toplam düzeyini ($\beta = 4,158$) arttırdığı saptanmıştır.

Sonuç olarak; üst kuşaklarda ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve damgalama eğiliminin alt kuşağa göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Kuşaklarda ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve damgalama düzeyindeki artış gelecek kuşaklarda ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve damgalama düzeyindeki artışa sebep olduğu bulunmuştur. Bu sonuçlar doğrultusunda kuşaklararası psikopatolojik kısır döngünün kesintiye uğraması amacı ile ruhsal hastalıklar ile ilgili ailelere verilebilecek eğitimler ile aktarımın önüne geçilebilmesi sağlanabilir. Ayrıca kuşaklararası aktarımın doğasının net anlaşılabilmesi için benzer çalışmanın daha büyük bir örneklem büyüklüğü ile üç kuşağın benzer sayılarda temsil ettiği nitel tasarımla desteklenmiş bir çalışma ile yinelenmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Damgalama, hemşirelik öğrencileri, inanç, kuşaklararası aktarım, ruhsal hastalıklar

ABSTRACT

REPUBLIC OF TÜRKİYE

NECMETTİN ERBAKAN UNIVERSITY

HEALTH SCIENCES INSTITUTE

Intergenerational Transmission of Beliefs and Stigma against Mental Illness to Women

Ayşe Nur FİLİK

Department of Nursing

Master Thesis/ Konya-2022

Nursing students of the female gender were discussed in this study, as they play an important role in stigmatizing individuals with mental illness, preventing negative beliefs and attitudes, developing more positive beliefs and attitudes, and defending individuals with mental illness. This descriptive study was conducted to determine the intergenerational transmission of beliefs and stigma towards mental illnesses in women. The sample of the study consists of female students at Konya Necmettin Erbakan University, Department of Nursing (n=79) and the two upper generation parents of these students, mother (n=60) and grandmother (n=28), to determine the intergenerational transmission. In the collection of data, information form, belief scale for mental illness and stigmatization scale were used. In the first stage, data collection tools were applied to the students in a face-to-face classroom environment. In the second stage, the data collection tools were applied to the mothers through online organized students, and in the third stage, to the grandmothers. Data are summarized as mean, standard deviation, number, and percentage. Chi-square analysis, fisher exact test, one-way analysis of variance, post hoc, t test for independent groups, correlation analysis and linear regression analysis were used in the analyses. Cohen(d) and Eta squared(η^2) coefficients were used to calculate the effect size.

According to the research findings, the total mean score of the students on the belief scale towards mental illness was $48,06 \pm 13,55$, and the total mean score on the stigma scale was $49,78 \pm 9,11$; the mothers' total mean score on the belief scale for mental illness was $53,25 \pm 17,86$, and the total mean score on the stigma scale was $53,43 \pm 12,43$; The total mean score of the grandmothers' belief scale towards mental illness was $57,60 \pm 16,56$, and the total mean score of the stigma scale was $58,35 \pm 20,61$. According to the generations, there are statistically significant differences between belief total scores for mental illnesses and helplessness and interpersonal relations scores, stigmatization total scores, discrimination and exclusion scores, labeling scores, and psychological health scores ($p < 0,05$). It was determined that the generation increased the total level of belief towards mental illnesses ($\beta = 4.855$) and the total level of stigmatization ($\beta = 4.158$).

As a result, it has been found that the belief and stigmatization tendency towards mental illnesses is higher in the upper generations than in the lower generations. It has been found that the increase in the level of belief and stigmatization towards mental diseases in generations causes an increase in the level of belief and stigmatization towards mental diseases in future generations. In line with these results, with the aim of interrupting the intergenerational psychopathological vicious circle, it can be ensured that transmission can be prevented by trainings that can be given to families about mental illnesses. In addition, it is recommended to repeat the similar study with a larger sample size and a study supported by a qualitative design in which three generations are represented in similar numbers so that the nature of intergenerational transmission can be clearly understood.

Key Words: Belief, intergenerational transmission, mental illness, nursing students, stigmatization

1. GİRİŞ

Ruhsal hastalıklarla ilgili toplum geneline yayılmış mit olarak tanımlayabildiğimiz yanlış inançlar ve önyargılar bulunmaktadır. Bu olumsuz inançların ve önyargıların ruhsal hastalığı olan bireylerin yaşamını sürdürmede bir dizi engel oluşturduğu görülmektedir (Huang ve ark. 2020; Ran ve ark. 2021). Yanlış inançlar ve önyargılar ruhsal hastalığı olan bireylerin ve ailelerinin yaşamlarında en büyük engel olan damgalama davranışının altında yatan temel mekanizmalardan biridir (Evli 2021).

Ruhsal hastalığa yönelik damgalayıcı nitelikteki inanç ve davranışlarda kuşaklar boyunca süregelen bir etkiden söz edilmektedir (Granados-Gámez ve ark. 2017; Bekiroğlu 2021). İlkçağlardan günümüze kadar ruhsal hastalığı olan ve bu tanıyı edinmiş bireylere yönelik olumsuz inanç ve damgalama davranışının gelişmesi, kuşaklararası bilincin dışı aktarılmış bir dizi süreç olarak karşımıza çıkmaktadır (Asan 2019). Bireyin sosyalleşmeyi öğrendiği ilk ortam ailedir. Bu anlamda aile, bireyin davranışı ve algısı üzerinde büyük bir etkiye sahiptir (Cotei ve ark. 2014). Damgalama davranışını tetikleyen önemli mekanizmalardan biri kuşkusuz kültürdür ki içinde yaşanılan toplumun bize getirdiği gelenek, inançlar ve önyargılar bu kültür içerisinde harmanlanmaktadır ve kuşaklar boyunca aktararak günümüze kadar ulaşmaktadır (Özmen ve Erdem 2018). Birkaç kuşak boyunca gelişen bu aktarımın doğasının net anlaşılması, psikopatolojilerin kuşaklararası aktarımında altta yatan mekanizmaların tam anlamıyla anlaşılması önemlidir (Cents 2016). Böylece kuşakları arasındaki psikopatolojik kısır döngünün kesintiye uğraması sağlanabilir.

Toplumda görülen olumsuz inançlar, önyargılar ve damgalama tüm toplumu derinden etkilemektedir. Bu anlamda bir halk sağlığı sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır. Hemşireler, ruh sağlığı ekibinin mihenk taşıdır ve ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve damgalama davranışının bilincinde bir meslek grubudur. Hemşireler mesleğinin getirdiği birtakım rolleri hasta bireyin lehine olacak şekilde kullanırlar (Ceylan 2017). Bu noktada sağlık ekibinin önemli bir parçası olan hemşirelik mesleğinin gelecekteki uygulayıcıları olan hemşirelik öğrencileri de ruhsal hastalıklara yönelik mücadelede odak gruplardandır. Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinin rollerinden birisi de savunuculuk rolüdür. Bu rol, ruhsal hastalığa sahip hastaların ve ailelerinin korunması açısından önemlidir. Ruhsal hastalığa sahip bireylerin damgalamasında, olumsuz inanç ve tutumların önüne geçmede, daha olumlu

inanç ve tutumlar geliştirmede ruh sağlığı ve psikiyatri hemşirelerinin savunuculuk rolü öne çıkmaktadır.

Bu çalışmada, kadın cinsiyeti üzerinden aktarım değerlendirilmiş olumsuz inanç ve damgalama davranışının önlenmesinde rol alabilecek odak gruplardan biri olan hemşirelik öğrencileri ele alınmıştır. Kuşaklararası aktarımı ve ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve damgalama konusunu beraber ele alan bir çalışma olmaması literatürde bir boşluk olarak değerlendirilmiştir. Öğrencilerin, annelerin ve anneannelerin ruhsal hastalıklara yönelik inançları ve damgalama düzeyleri ve kuşaklararası ilişkinin olup olmadığı ve öğrencilerin, annelerin ve anneannelerin ruhsal hastalıklara yönelik inançları ve damgalama düzeylerinin sosyodemografik verilere göre değişip değişmediği sorularına yanıt bulmak için bu çalışmada, kadınlarda ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve damgalamanın kuşaklararası aktarımının olup olmadığı merak edilmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Ruhsal Hastalık

Duygu, akıl yürütme, iletişim, öğrenme, esneklik ve benlik saygısı ruh sağlığının temelini oluşturmaktadır (Çetinkaya Duman 2016; Çingöl ve ark. 2020). Ruh sağlığı sağlam diyebildiğimiz bireylerin kişiler arası ilişkileri, tutumları, duyguları, düşünceleri ve davranışları toplumla uyumludur. Ayrıca bu bireyler, doğru zaman, yer ve olaya uygun tepkiler geliştirebilirler (Murat ve ark. 2020). Kısaca ruh sağlığı, bireyin kendisi, başkaları ve çevresi ile olan uyumu şeklinde tanımlanmaktadır.

Ruhsal hastalıkta ise bireyin düşüncelerinde, duygularında ve davranışlarında tutarsızlık, aşırılık, yetersizlik, uygunsuzluklar ve genellikle önemli işlevsellik alanlarında sıkıntı veya bozulmalar görülmektedir (WHO 2022-. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>). Yine kültürel açıdan bireyin davranışlarının beklenenden uçarı olması ve bireyin davranışlarındaki aşırılık da ruhsal hastalık olarak tanımlanmaktadır (Çetinkaya Duman 2016). Ruhsal hastalığı olan bireyler toplumun normal olarak algıladığı ve sergilediği davranışlarda belirgin derecede sapmalar göstermektedir (Murat ve ark. 2020). Dolayısıyla bu bireylerin sosyal statüleri, sosyal kabulleri ve sosyal dışlanmaları, toplumların ruh sağlığına bakış açıları ile doğrudan ilişkilidir (Bekiroğlu 2021).

Ruhsal sağlık ve ruhsal hastalık kavramları toplumdan topluma, kültürden kültüre farklılık gösteren kavramlardır. Toplumlarda normal olarak tanımlanabilen duygu, düşünce, davranış normları dışında sergilenen her türlü aşırılık hoş karşılanmamaktadır. Toplum bu tür davranışları anormal olarak kabul etmekte ve bünyesinde barındırmak istememektedir. Ruhsal hastalıklar da belli düşünce, davranış ve duygu durumunda değişiklikler olduğu için bu bireyler toplum tarafından yargılanabilmekte ve soyutlanabilmektedir (Çetinkaya Duman 2016). Ruh sağlığı için etkili tedaviler uygulanmasına rağmen yaygın inançlar ve tutumlar ruhsal hastalıkları tedavi edilemez ve ruhsal hastalığı olan kişileri ise tehlikeli, akılsız ve karar verme yeteneğinden yoksun olarak göstermektedir (Çingöl ve ark. 2020). Dolayısıyla tüm bu durumlar ruhsal hastalığı olan bireylere karşı olumsuz inanç, tutum, önyargı ve damgalama davranışını geliştirmeye birer sebep sayılabilir.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), sağlık kuruluşlarına başvuran her dört kişiden birinin teşhis edilebilir ruh sağlığı sorunlarına sahip olduğunu ve küresel hastalık yükünün yaklaşık %13'ünün ruhsal hastalıklardan oluştuğunu bildirmektedir (World Health Organization, WHO 2017). Yine DSÖ'ne göre, 2020 yılı itibari ile bir milyona yakın bireyin hayatının bir döneminde ruhsal hastalık ile karşılaştığı, 40 saniyede bir bireyin bu sebeple intiharın eşiğine geldiği ve hayatını kaybettiği vurgulanmaktadır ([World Mental Health Day: an opportunity to kick-start a massive scale-up in investment in mental health \(who.int\)](#) 16 Eylül 2021).

Türkiye'de ruh sağlığı sorunlarının yaygınlığına ait çalışmalar 1990'lı yıllardan sonra yapılmaya başlanılsa da mevcut çalışmalar önemli ölçüde büyük bir hasta popülasyonunun olduğunu göstermektedir (Binbay ve ark. 2014; Ciydem ve Avcı 2022). Türkiye Ruh Sağlığı Profil Çalışması (1998), ülkemizde bugüne kadar yapılmış ilk ve tek genel nüfus örneklemeli bir çalışmadır ve hem çocukluk hem de erişkinler için ruhsal hastalıkların sıklığı hakkında bilgi vermektedir. Bu çalışma, Türkiye nüfusunun %17,2'sinin yaşam boyunca herhangi bir ruhsal hastalığa maruz kaldığını göstermektedir (Erol ve ark. 1998; Kılıç 2020). Hıfzıhıssa Mektebinin yaptığı Ulusal Hastalık Yükü Çalışması'nda ise, bölgelere göre ruhsal hastalıkların oranları değişmekle birlikte ruhsal hastalıkların, kardiovasküler hastalıklardan sonra %19'luk bir oranla ikinci sırayı takip ettiği belirtilmektedir (Sağlık Bakanlığı 2011). “Özürlülükle kaybedilen yaşam yılları'na (Years Lost with Disability-YLD)” bakıldığında ise büyük oranda sebep olan hastalık gruplarında ilk sırayı ruhsal hastalıkların aldığı görülmektedir. YLD'ye göre, ilk 20 hastalık arasında psikiyatrik hastalık oranı erkeklerde %16,2 kadınlarda %15,3 olarak belirtilmiştir (Sağlık Bakanlığı 2011).

Dünya Sağlık Örgütü 2001 yılında “toplumda üstesinden gelinmesi gereken en önemli tek engelin, zihinsel ve davranışsal bozukluklardan muzdarip kişilere yönelik damgalanma ve bununla bağlantılı ayrımcılık olduğunu” ilan etmiştir (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/42390> 19.06.2022). 66. Dünya Sağlık Asamblesi'nde belirlenen Kapsamlı Ruh Sağlığı Eylem Planında da ruhsal bozuklukların önlenebilir durumlar olduğu, bu hastalıklardan etkilenen bireylerin yüksek kalitede ve insan haklarına uygun nitelikte tedavi ve bakım almaları ve toplumda damgalama ile ayrımcılığın azaltılması yönünde her ulusun müdahale planının olması gerektiği vurgulanmaktadır

(<https://www.who.int/publications/i/item/9789240031029> 19.06.2022). Ülkemizde de yürürlüğe konulan Sağlık Bakanlığı Ulusal Eylem Planı'nın öncelikli amaçlarından birisi ruh sağlığının korunması ve bu nokta da ruhsal hastalığı olan bireylere olan damgalamanın önüne geçmektir (Sağlık Bakanlığı 2011). Yine aynı şekilde Ruh Sağlığı Yasa Taslağı da ruh sağlığının korunması, ruhsal yönden sağlıklı gelişimin sağlanmasını ana ilke edinmiştir (<https://psikiyatri.org.tr/uploadFiles/2811201717434-Ruh-Sagligi-Yasa-Taslagi.pdf> 29.03.2022). Ruhsal hastalıkların bu kadar belirgin olmasıyla birlikte, ruhsal hastalıkların toplum tarafından olumsuz inançlar, önyargı, damgalama ile yaklaşılan bir hastalık grubu olması muhtemeldir.

2.2. İnanç Kavramı

Türk Dil Kurumu (TDK)'nun tanımına göre “inanç” kalple inanmak demektir (<https://sozluk.gov.tr/> 18 Haziran 2021). İnançlar ve tutumlar bireyin gelişim sürecinde edinilmektedir. Tutumlar ve inançlar öncelikle ebeveyn etkisi yoluyla kazanılır. Bir kez oluşturulduktan sonra, bu fikirler, tutumlar ve inançlar genellikle sonraki yıllarda var olmaya devam edecektir. Fakat inançlar dokunulmaz veya zaman içinde değişmez değildir (Samari ve ark. 2018; Hansen ve ark. 2021). Genel inançlar, bir konu hakkındaki düşüncelerin kabul edilmesiyle oluşur ve bu daha sonra bireyin tutumları haline gelir. Bu sebeptendir ki bireylerin yaşı, cinsiyeti, içerisinde büyüdüğü çevre gibi etkenler, inançların ve tutumların üzerinde belirleyici role sahiptir (Öztürk ve ark. 2015; Murat ve ark. 2020).

2.2.1. Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnanç

Ruhsal hastalıklarla ilgili toplum geneline yayılmış mit olarak tanımlayabildiğimiz yanlış inançlar mevcuttur. Mitler, kuşaklar boyunca süregelen yanlış bilgilendirmenin birer sonucudur (Granados-Gámez ve ark. 2017). Ruhsal hastalığı olan bireylerin asla iyileşemeyeceği, normal bir yaşam süremeyeceği, herhangi bir işte çalışamayacağı, tehlikeli olduğu, kapalı bir alanda tutulması gerekliliği bunlardan bazılarıdır. Yanlış inançlar hastalığın gerçekte nasıl bir hastalık olduğunun bilinmemesine ve ruhsal hastalığı olan bireylerin neler yaşadığının anlaşılmasına neden olmaktadır (Çekiç ve Yüksel 2021). Ruhsal hastalıklara olan inançlarımız, ruhsal hastalığı olan bireyleri doğrudan ve dolaylı olarak etkilemektedir ve bireylerin yaşamını sürdürmede bir dizi engel teşkil etmektedir (Günay ve ark.

2016; Huang ve ark. 2020; Ran ve ark. 2021). Ruhsal hastalığı olan bireylere, toplumdaki diğer bireylerin önyargıları, olumsuz inançları bu yöndeki bakış açıları hasta bireylerin psikiyatrik yardım arama sürecini geciktirmekte, hastalığın kronikleşmesine ve olumsuz bir prognoz geliştirmesine, hastalığa olan uyumu ve beraberinde tedavi sürecini de olumsuz etkilemektedir (Öztürk ve ark. 2015; Murat ve ark. 2020; Şengün İnan ve ark. 2020). Olumsuz tepkiler devamında korku, hoşlanmama, öngörülmezlik ve tehlikelilik gibi yönleri beraberinde getirmektedir (Granados-Gámez ve ark. 2017). Halbuki ruhsal hastalığı olan bireylere olumlu inançlar geliştirmek hastalık, tedavi ve beraberinde rehabilitasyon süreçlerinin daha uyumlu ilerlemesine ve ruhsal bir hastalığı olan bireylerin topluma dahil olmasına katkı sağlayacaktır (Murat ve ark. 2020). Aynı zamanda olumlu inançlar ve davranışlar tedaviye katılımı ve devamlılığı kolaylaştırıcı rol üstlenmektedir. Ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz inançlarımız ve tutumlarımız beraberinde damgalama davranışına dönüşmektedir (Öztürk ve ark. 2015; Günay ve ark. 2016; Murat ve ark. 2020; Şengün İnan ve ark. 2020; Ciydem ve Avcı 2022).

2.3. Damgalama (Stigmatizasyon)

Damgalama (stigma), bireyin reddedilmesine, ayrımcılığa uğramasına ve toplumun birçok farklı alanına katılmaktan dışlanmasına neden olan bir utanç veya onaylanmama işareti olarak tanımlanmaktadır (Özmen ve Erdem 2018). Tarih boyunca kanser, tüberküloz, lepra, sifilis, epilepsi ve AIDS'in yanında ruhsal hastalıklar da damgalamaya maruz kalan hastalıklardan olmuştur (Özmen ve Erdem 2018; Bekiroğlu 2021). Damgalama, insanların hastalara karşı bir tavır takınacak ve onları toplumdan dışlayacak kadar ileri giden davranışlarının bütünüdür (Chang ve ark. 2017; Sari ve ark. 2018; Helmus ve ark. 2019). Damgalama (Stigma), kültürden kültüre ve kişiden kişiye önemli ölçüde değişmektedir (Bilge ve Palabiyik 2017). Damgalama, hastalık türlerinin yanı sıra kişilerin sosyal kapasitelerinden, işlevlerinden, kimliklerinden ve en önemlisi sahip oldukları aile yapısından da etkilenmektedir.

2.3.1. Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalama

Ruhsal hastalığı olan kişilerin genellikle saldırgan, tehlikeli, öngörülemeyen, çok fazla sorumluluk üstlenemeyen ve suç veya suç işlemeye daha yatkın olduğu algısı olumsuz inanç ve tutumlara, sonuçta damgalamanın ortaya çıkmasına neden

olmaktadır. Bu durum ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik korkuya ve sosyal mesafeye neden olmaktadır (Samari ve ark. 2018; Sari ve ark. 2018). Damgalama her ruhsal hastalık için de aynı değildir. Samari ve ark. (2018)'nın yaptığı çalışmada şizofreni hastaları depresyon veya anksiyete bozukluğu olanlara kıyasla daha tehlikeli olarak algılanmakta ve onlardan daha fazla sosyal mesafe oluşturulmaktadır. Bu çalışma aynı zamanda ruhsal hastalıkların türüne göre damgalamanın boyutunun da değiştiğini göstermektedir (Samari ve ark. 2018). Bu durum da damgalamada da bir hiyerarşisinin olduğunu gözler önüne sermektedir.

Damgalama süreçleri fiziksel hastalıkların yanı sıra toplum genelinde kötü birer hastalık olarak değerlendirildiği için ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik daha fazla olduğu görülmektedir (Günay ve ark. 2016; Murat ve ark. 2020). Bunun önemli sebeplerinden birisi, toplumun hastalıklarla alakalı olarak net bilgiye sahip olmaması, kulaktan dolma bilgiler ile önyargılı yaklaşmasındandır. Toplumun büyük çoğunluğu ruhsal hastalığı olan bir birey ile herhangi bir deneyim yaşamasa da olumsuz inanç ve tutum geliştirmekte ve damgalamaktadır (Öztürk ve ark. 2015). Eskiden bu yana ruhsal hastalığı olan bireylere birçok damgalayıcı “deli, tımarhanelik, manyak” gibi daha da uzayabilecek boyutlarda sözcükler ya da lakaplar kullanıldığını görmekteyiz. Hatta medya da bu tür kullanımların sıklıkla yapıldığı da görülmektedir (Malas 2019). Bazen bu damgalama davranışı hastalığın kendisi kadar tehlikeli olmaktadır (Bilge ve biyik 2017). Bazı toplumlar ruhsal hastalığı olan bireyleri bünyesinde barındırarak topluma dâhil etse de bazılarında insanlık dışı muamelelere maruz bırakıldığı ve toplum tarafından damgalandığı görülmektedir (Öztürk ve ark. 2015). Damgalama sadece ruhsal hastalığı olan bireylerin değil, ailesinin, çevresinin hatta birey ile ilişkisi olan bireylerin de dışlanmasına sebep olmaktadır (Dal ve ark. 2018). Bu düzeyde gösterilen damgalayıcı davranış örüntüsü bireylerin insani birtakım ihtiyaçlarının önüne geçmektedir (Arslantaş ve ark. 2019). Ruhsal hastalığa sahip bireylere yönelik damgalanma, kaliteli ruh sağlığı hizmetlerinin sağlanmasını engellemektedir (Tergesen ve ark. 2021). Daha önce yapılan bir araştırma, ruhsal hastalık teşhisi konan bireylerin %40'ının yeterli tıbbi bakıma erişemediğini ve çoğunun düşük kaliteli tıbbi bakım almaya eğilimli olduğunu göstermiştir (Ebrahimi ve ark. 2017). Ruhsal bir hastalık varlığı, işverenler tarafından işe alınma veya kendini toplum içinde özgürce ifade etme olasılığını engellemektedir (Latifeh ve ark. 2021). Bu düzeyde, ezici damgalama, hastaların psikiyatrik yardım veya değerlendirme aramasını

engellemekte, düşük benlik saygısı ve sosyal izolasyon ile sonuçlanan yaygın bir sosyal ayrımcılığa maruz bırakılmaktadır (Latifeh ve ark. 2021). Günümüzde de toplum tarafından sıklıkla damgalanan bireyler sosyal izolasyon, tedaviye uyumsuzluk, utanç ve düşük benlik saygısı yaşayacak şekilde bir damgalama davranışına maruz kalmaktadırlar (Huang ve ark. 2020; Murat ve ark. 2020; Zhang ve ark. 2020; Latifeh ve ark. 2021). Hastalık belirtisi yükseldikçe hasta bireye ailesine ve çevresine olan olumsuz inanç, önyargı ve buna bağlı damgalama davranışı artmaktadır (Dal ve ark. 2018).

Damgalama ruhsal hastalıkların tedavisinde dikkate alınması gereken önemli bir sorundur (Bilge ve Palabiyik 2017). Damgalama yaşam kalitesinde düşüşe, tedavi arama ve devam ettirmede gecikmelere, daha olumsuz prognoza yol açmaktadır. Bu nedenle, iyileşmeyi zorlaştırmakla birlikte sıklıkla hastalık belirtilerinin nüksetmesine sebebiyet vermektedir. Bununla birlikte bireyler daha düşük düzeyde sosyal işlevsellik, ayrımcılık, gelir kaybı, sosyal izolasyon, çaresizlik ve değersizlik duygularını yaşamaktadırlar (Sari ve ark. 2018). Toplum tarafından bu yönlü bir damgalanma davranışı ruhsal hastalığı olan bireylerde intihar davranışına da sebep olabilmektedir (Ran ve ark. 2021). Damgalanan bireyler sadece toplum tarafından değil içsel olarak kendilerine de damgalama davranışı gösterebilmektedirler (Huang ve ark. 2020). Bu da damgalamanın tek yönlü değil aksine çift yönlü bir kavram olduğunu göstermektedir (Malas 2019).

Ruhsal hastalığı olan kişilerin, yalnızca genel nüfus tarafından değil, aynı zamanda sağlık uzmanları ve öğrencileri tarafından da damgalayıcı inançlar ve ayrımcı tutumlar yaşayabileceğine dair bazı kanıtlar bulunmaktadır (Çam ve Bilge 2013; Avcil ve ark. 2016). Paradoksal gibi görünse de birinci basamak ve ruh sağlığı profesyonelleri, ruhsal hastalık tanısı konmuş kişilerle daha doğrudan ve sürekli temas halinde olanlar, ruh sağlığı sorunları olan kişilere karşı önyargı ve ayrımcı tutumlar ve damgalama geliştirmektedirler (Eiroa Orosa ve ark. 2021). Damgalama, sağlık profesyonellerinin ruhsal hastalığı olan kişilerle etkileşimini ve tıbbın tüm alanlarında sağlanan bakımın kalitesini olumsuz etkileyebilmektedir. Sağlık çalışanlarında ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz inançlar hasta bireyin tedavisini sürdürmelerinin önüne bir engeldir. Sağlık ekibinin büyük bir grubunu oluşturan hemşirelerin hastalarla yüksek düzeyde teması ve hastaların terapötik sonuçları üzerinde önemli bir etkisi vardır ve bu nedenle sağlık sisteminde kilit bir rol oynamaktadır. Bu nedenle,

hemşireler ve geleceğin hemşirelik profesyonelleri arasındaki damgalayıcı tutumlar, tıbbın her alanında ruhsal hastalığı olan kişilere verilen kaliteli bakımın önünde engel teşkil etmektedir (Samari ve ark. 2018; Fekih Romdhane ve ark. 2021).

Eskiden günümüze yaklaştıkça damgalama oranlarının daha da azaldığını görmek mümkündür. Ancak bu oranlar istenilen düzeyde değildir. Bu sebeptendir ki damgalama ile mücadele de etkinliğin ve farkındalığın artırılması gerekmektedir (Murat ve ark. 2020). Ruhsal hastalığı olan bireylere yaklaşımda, damgalama sürecini etkileyen her faktörün değerlendirilmesi ve bu faktörlerin azaltılmasına yönelik damgalama karşıtı müdahaleler gereklidir (Bekiroğlu 2021).

Damgalama süreci birçok faktörden etkilenebilmektedir (Dal ve ark. 2018). Damgalama davranışının altında yatan temel mekanizmalardan biri damgalamada kalıplaşmış inanç ve tutumların olumsuz düşünce ve davranış modellerine dönüşmesidir (Evli 2021). Damgalama davranışını inançlarımız, içerisinde bulunduğumuz kültür ve atalarımızdan bize kalan inanışlar etkileyebilmektedir (Helmus ve ark. 2019). Şu anda bile pek çok hastalıkla ilgili pek çok yanlış inanç hakimdir. Bu yanlış inançları şu an biz dahi biliyor olmamız bu yanlış inançların kuşaklar boyunca aktarılabilir olduğunu düşündürmektedir (Bekiroğlu 2021).

2.4. Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnanç ve Damgalama ile Mücadele

Damgalama üzerinde durulması gereken önemli bir problemdir (Üstün ve Şengün İnan 2018). Kişisel bir problemten öte toplumsal bir problemdir (Özmen ve Erdem 2018). Ruhsal hastalığa sahip bireylere karşı olumsuz inanç ve damgalayıcı tutumları değiştirmek için popüler modellerden biri eğitimidir. Eğitim yaklaşımlarının amacı, yanlış stereotipleri ruhsal hastalıklar hakkında gerçek bilgilerle değiştirmektir (Tergesen ve ark. 2021). Toplum eğitimleri ruhsal hastalıklara karşı olumsuz bilgi, inanç ve tutumların değişmesine yönelik planlanmalıdır. Bu bağlamda eğitim, ruhsal hastalıkların toplum tarafından anlaşılmasını sağlar, olumsuz yargıları ve damgalanmanın yıkıcı etkisini azaltır ve bireylere yönelik olumlu tutumlar sergilemeye yardımcı olur (Murat ve ark. 2020). Bu eğitim tamamen pozitif yönlü bir davranış değişikliği yaratmalıdır (Üstün ve Şengün İnan 2018).

Ruhsal hastalıklara karşı tutumda önemli ve etkili bir faktörlerden biri de hasta bireylerle temas halinde olmaktır. Damgalama karşıtı programlarda ruhsal hastalığı

olan kişilerle temas kurma fırsatı yaratılması damgalayıcı tutumlarının azalmasına destek olabilir (Ebrahimi ve ark. 2017).

Ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik olumsuz tutumların ve damgalamanın azaltılmasında önemli unsurlardan biri de medyadır. Medyayı destekleyici bir güce çevirmek önemlidir. Medya, ruhsal hastalığı olan bireylerin normal olmayan davranışlarını, saldırganlığını ve tehlikeli olduğunu vurgulayan ve olumsuz içerikler paylaşmamalıdır. Aksi halde toplumun ruhsal hastalıkların doğasını anlamasını zorlaştırabilmektedir (Zhang ve ark. 2020).

Dünyanın pek çok yerinde damgalama karşıtı kampanyalar yürütülmesine rağmen günümüzde dahi hala toplumun ruh sağlığı okuryazarlığının zayıf kaldığı ve pekiştirilmesi gerektiği vurgulanmaktadır (Huang ve ark. 2020). Toplumda damgalamaya ilişkin olumsuz inançların ve tutumların en aza indirgenmesinde topluma öncülük eden bazı meslek gruplarının önemi büyüktür. Bu bağlamda meslek gruplarınca ruhsal hastalıklara yönelik inanç, önyargı damgalama davranışının bilinmesi damgalama davranışının hızlı ve etkin değişimi açısından önemlidir. Örneğin; öğretmenler, sağlık çalışanları, polis, din görevlileri, medya çalışanları bu noktada oldukça önemli meslek gruplarıdır. Bu değişimin olabilmesi için eğitim öncelikli hedef arasında olmalıdır (Açıkgöz ve Akkuş 2018). Bu nedenle odak gruplardan olan hemşirelerin teorik eğitimi ve klinik yerleştirmeleri, hemşirelik öğrencilerinin ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik tutumlarının şekillenmesinde büyük sorumluluklar taşımaktadır (Samari ve ark. 2018). Psikiyatri hemşireliği eğitimi, teorik eğitim ve klinik yerleştirmeler sırasında bireysel ruhsal hastalıklarla ilgili kavram yanlışlarını ele alarak damgalanmayla daha etkili bir şekilde başa çıkabilir. Esasen, öğrencilerin profesyonel temas deneyimlerini zenginleştirmek, hemşirelik öğrencileri arasında damgalayıcı tutumları iyileştirmeye destek olacaktır (Samari ve ark. 2018).

2.5. Kuşaklararası Aktarım

2.5.1. Kuşak ve Aktarım Kavramı

Her birey toplumun en küçük yapı taşı olan bir aileye doğar, doğduğu aile içerisinde büyür, gelişir ve olgunlaşır. Aileyi birey ve toplumdan bağımsız düşünmek mümkün değildir. Birey, aile ve toplum üçlemesi birbiri ile doğrudan ilişki içerisinde. Bireyler ailenin şu an ki özelliklerinden ziyade geçmiş özelliklerinden

ve daha ilerisi olan kök aile diye adlandırılan yapılar ile etkileşim halindedir ve bunlar bireye bir yansıma oluşturur (Taşkiran Tepe 2018). Bireyler biyopsikososyal alanlarıyla bir bütündür ve bu alanlar birbirlerini etkilemektedir. Bireyler hiç kuşkusuz sosyal varlıklardır ve doğduğu andan itibaren bir topluma dâhil olmaktadır. Toplum, belli kuralları koymaktadır ve ister istemez bu kurallara uyulmasını beklemektedir. Fakat zaman ilerledikçe toplumun da beklentileri, ihtiyaçları hatta davranışları ve algıları da değişmektedir. Bu bahsedilen davranış ve algı farklılığı kuşak kavramı ile açıklanmakta ve “kuşak” kavramı için farklı bilimlere göre çeşitli tanımlamalar yapılmaktadır.

Türk Dil Kurumu Felsefe Terimleri Sözlüğü, kuşak kavramını, “aşağı yukarı benzer yıllarda doğmuş olup aynı çağın koşullarını sahip olan, dolayısıyla birbirine benzer sıkıntıları, yazgıları yaşamış, benzer ödevlerle yükümlü olmuş kişiler topluluğu” olarak tanımlamaktadır (<https://sozluk.gov.tr/> 18 Haziran 2021). Türk Dil Kurumu Toplumbilimi Terimleri Sözlüğü, kuşak kavramını, “yaklaşık 25-30 yıllık yaş kümelerini oluşturan bireyler öbeği, göbek, nesil, batın, jenerasyon” şeklinde tanımlamaktadırlar (<https://sozluk.gov.tr/> 18 Haziran 2021). Tarih Bilimleri Sözlüğüne göre, ise kuşak kavramı, “yeni bir anlayışta ve yeni bir yaşama duygusunda, yeni biçimlerde birleşen, eskiden belirgin çizgilerle ayrılan bireyler topluluğu” olarak ifade edilmektedir (<https://sozluk.gov.tr/> 18 Haziran 2021).

Lahaye, Pourtois ve Desmet, 2010; Taşkiran Tepe (2018)’den aktarıldığı şekilde, aktarım kavramı, Latince kökenli “transmissio, transmitto” kelimelerinden köken almaktadır. Aktarım “yol, geçiş, geçme” gibi kavramlarını çağrıştırmaktadır. Aktarım terimi genellikle aynı soydan iki kuşak bireyler arasında bir kuşaktan diğer kuşağa geçişte iz bırakarak kuşaklar boyunca neyin geçtiğini ifade eden bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır. Fakat bir aktarımdan söz edilebilmesi için aynı soydan geçen en az iki kuşaktan bahsetmek mümkündür. Bunun yanı sıra bir üst kuşaktan bir alt kuşağa neyin geçtiği de önemlidir. Bu şekilde tam bir aktarımdan bahsedebiliriz. Türk Dil Kurumu Hemşirelik Terimleri Sözlüğü, aktarım kavramını, “Bir durumda öğrenilenlerin veya öğrenme yaşantılarının bir başka durumdaki öğrenmeleri ya da kazanımları etkilemesi” olarak tanımlanmaktadır (<https://sozluk.gov.tr/> 18 Haziran 2021).

“Kuşaklararası aktarım” kavramı, daha geniş bir kavram olan “kuşaklararası ilişkiler” kavramının bir alt boyutu olarak karşımıza çıkmaktadır. Kuşaklararası

ilişkiler kavramı, bir ailedeki farklı kuşaklardaki bireyler arasındaki toplumsal aktarım olarak tanımlanabilir. Kuşaklararası aktarım, bir üst kuşaktaki ebeveynden başlayarak bir altındaki kuşağa tutum, inanç, alışkanlıklar ve davranışların sonuçlarının aktarılmasıdır (Taşkiran Tepe, 2018). Van-Ijzendoorn, 1992; Taşkiran Tepe (2018)'den aktarıldığı şekilde kuşaklararası aktarım nesnel olarak, daha önceden bilinmeyen bir önceki kuşağı tutum, inanç ve davranışları etkileyen bir dizi süreç olarak tanımlamaktadır.

Kuşaklararası aktarım kavramı, Holocaust'u yaşayan bireylerin yavrularında birtakım belirtilerin görülmesi ve bunun gözlemlenmesi neticesinde literatüre ilk adımını atmıştır. Sonrasında Vietnam savaşında gazi olmuş bireylerin çocuklarında travmaya ilişkin semptomların görülmesi, daha sonrasında ise Aborjinler, Ermeniler gibi birçok toplumda belirtilerin bu şekilde gözlemlenmesiyle kavram giderek derinleşmiştir. Fakat travma ve kuşaklararası aktarım kavramı üzerine yoğunlaşmıştır (Karatay 2020). Kuşaklararası aktarım kavramı geçmişten günümüze gelindiğinde farklı alanlarda pek çok farklı çalışmaya konu olmuştur. Son yıllarda daha çok karşımıza çıktığını söyleyebiliriz. Tıp biliminin ilerlemesi ve bu alanda yapılan birçok gelişme neticesinde bu kavram gelişim ve değişim göstermiştir. Örneğin önceden hastalıkların etiyojileri, biyolojik temellere dayandırılırken günümüzde biyolojik etiyojilerin yanı sıra sosyal ve çevresel faktörlerinde fazlaca tartışıldığını hatta üzerinde daha fazla durulmaya başlandığını söylemek yanlış olmayacaktır (Taşkiran Tepe 2018).

Bireyin sosyalleşmeyi öğrendiği ilk ortam ailedir. Bu anlamda ebeveynlerin davranış şekilleri ve özellikleri bireyin yetişkinliğe kadar kişilik oluşumunda önemli bir yere sahiptir. Hiç kuşkusuz aile bireyin davranışı ve algısı üzerinde en büyük etkiye sahiptir (Cotei ve ark. 2014). Ailede başlayan bu eğitime, yaygın eğitim denmektedir. Önyargılar, inançlar, değerler, tutumlar, kültür hiç tartışılmaz ve kuşaklar bunu ön koşul olarak kabul eder. İçinde yaşadığımız toplumlarda bunu ön koşul olarak kabul etmektedir. Bireyde kırılma bile toplumun bunu kabul etmesi oldukça zordur ve kırılması güçtür. Bu anlamda özü ve kökeni psikolojiktir. Çok öncelerden inanç olarak kabul ettiğimiz pek çok bilgi zihnimize mevcuttur. Örneğin; ateşe su dökülmemesi, eşige oturmamak, gece tırnak kesmemek, aynı şekilde gece sakız çiğnememek gibi daha da uzayabilir bu olgular. Bu olguları hala sayabiliyorsak ya da zihnimizin bir köşesinde kalmış ve bazen yapmamamız için zihnimize bize direniyorsa bu bize

kuşaklar önceden aktarılmış diyebiliriz. Günümüzde dahi kuşaklararası bilgi aktarımı belirleyicidir. Bir önceki kuşaklar tüm davranış ve bilgi birikimini gelecek kuşaklara aktarır. Aynı şekilde ruhsal hastalığı olan bireylerin toplum tarafından damgalanması, bu bireylere bakış açısı noktasında oldukça önyargılı davranılması da bize tutumların ve inançların kuşaklararası aktarıldığını göstermektedir. Kuşaklararası aktarıma odaklanan birçok teori ailenin önemini çarpıcı bir şekilde vurgulamaktadır. Aile kalıplarının kuşakları arasındaki aktarımında vurgulanan ana temanın bilinçli veya bilinçsiz düzeylerde psikolojik bir aktarım olduğudur (Lew Wiesel 2007).

Günümüzde psikiyatrik bozuklukların görülme oranı git gide artmaktadır. Bu şekilde bir yaygınlık oranı endişe vericidir. Psikiyatrik bozuklukların etiolojisinden bahsederken öncelikle biyolojik ve genetik faktörler tartışılmaktadır. Genetik faktörlerin psikopatolojide önemli bir belirleyici olduğunu aile, evlat ve ikiz çalışmalarında görmekteyiz. Aynı zamanda bu psikopatolojilerde ebeveynlerinde önemli birer risk faktörü olarak değerlendirildiğini de söylemeliyiz (Cents 2016). Her yaş dönemi birbirinden farklı özellikleri beraberinde getirir ve bu şekilde değişir ve gelişir. Bebeklik döneminde başlayan simbiyotik ilişki, zamanla kendini anne ile bağımsız görme süreçleri ile devam eder. Fakat farkında olmadan anne ile benzeşim yapmaya devam eder. Anne gibi davranma, annenin verdiği tepkileri verme gibi davranış örüntüleri ile kendini gösterir. Bu durum o birey büyüyüp ebeveyn olduktan sonra kendi çocuklarına da annelerinden gelen o davranış örüntüleri ile yaklaşma şeklinde ilişkiler bir kuşaktan diğerine aktarılır (Taşkırhan Tepe 2018). Çocuklar ebeveynlerine bağımlıdır. Bu noktada gelişim dönemlerinde ebeveyn davranışları çocuğun gelişimsel dönüm noktalarına ulaşması anlamında çok önemlidir (Cents 2016). Çocukluk döneminde görülen psikopatoloji daha sonra yetişkinlik döneminde görülecek olan psikopatolojinin öncüsüdür. Bu da demek oluyor ki; birbirini takip eden kuşaklar boyunca ailesel bir patolojik döngünün olduğudur. Örneğin; anksiyete bozukluğu olan ebeveynlerin çocuklarında anksiyete bozukluğu olmayan ebeveynlere göre bozukluğu geliştirme riski yüksektir. Bunun yanı sıra ebeveynlerin davranış örüntüleri de çocuklarına aktarılmaktadır. Aynı şekilde depresif belirtileri daha yoğun yaşayan ebeveynler, daha sert bir tarzda davranmakta daha fazla reddedici ve düşmanca tavırlar sergilemektedir (Cents 2016). Genel nüfusla karşılaştırıldığında, çocukluk çağı istismarının en şiddetli biçimlerine maruz kalan ciddi ruhsal hastalığı olan kişilerin, daha sonra diğer insanlara karşı şiddet içeren davranışlarda bulunma

riskinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (Petrovic ve Injac Stevovic 2021). Duruma sadece bebeklik, çocukluk ve devamı niteliğinde bakılmamalıdır. Doğum öncesi de önemlidir. Doğum sonrası ortam, sadece önemli bir gelişim bağlamı değildir. Aynı zamanda ebeveynin erken dönemdeki yaşam sıkıntılarına karşı da dayanıksızdır. Olumsuz çocukluk deneyimlerinin yetişkinliğe kadar devam eden bireyde bıraktığı olumsuz psikolojik baskı ile, sergilediği optimal ebeveyn çocuk ilişkilerine de etkili olduğu söylenmektedir. Örneğin; ebeveyn psikopatolojisi, katı ebeveynlik uygulamaları, kötü muamele ve istismarla ilişkilendirilebilmektedir. Olumsuz yaşam deneyimlerine maruz kalan ebeveynlerin, gebelik esnasında bu deneyimlerin yavruya aktarılabildiği görülmüştür. Hamilelik esnasında anne ve fetüs plasenta yolu ile iletişim kurmaktadır. Olumsuz yaşam deneyimleri ve stres hormonlarının değişimi plasenta yolu ile fetüse aktarılabilmektedir. Bunu söylerken olumsuz yaşam deneyimlerinin kuşaklararası aktarımında biyolojik bir yol olan stresin birincil yanıt sistemi olan hipotalamik-pitüiter-adrenal (HPA) ekseninden bahsedilmektedir. Bu eksenin erken dönemde olumsuz yaşam deneyimlerinin yaşam boyu etkileri olduğu gösteren, stresin de kuşaklararası aktarıldığının bir göstergesidir. Araştırmalar, şiddet ve istismar gibi travmatik çocukluk olaylarına maruz kalan bireylerin ileriki yaşamlarında şiddet davranışı sergileme riskinin arttığını göstermiştir. Bu fenomen, şiddetin kuşaklararası aktarımı olarak kabul edilmiştir (Petrovic ve Injac Stevovic 2021). Olumsuz çocukluk deneyimlerinin, kuşaklararası aktarımında psikolojik, sosyal ve fizyolojik sekellerinin bir nesilden diğerine aktarımının sosyal öğrenme, kalıtsal faktörler ve biyolojik değişiklikler yoluyla gerçekleşebileceği öne sürülmüştür (Thomas 2018). Bunlar ise ebeveynlerin büyürken yaşadıklarına benzer ebeveynlik davranışları sergilediklerinin bir göstergesidir. Bu tarz davranışların kuşaklararası aktarımına ilişkin yapılan çalışmalar, gözlemsel, deneysel öğrenmeyi ve genetik faktörlerin bir arada barındığına işaret etmektedir (Cents 2016). Psikopatolojiler, aynı ailede birden fazla kuşak boyunca tekrarlandığında bir aktarımdan bahsetmek mümkündür (Cents 2016). Kuşaklararasıdaki bu aktarım bilinçsizce ve duygusal olarak gerçekleşmektedir (Prager 2016). Aile, ruh sağlığı ve ruhsal hastalıklar için bir mirastır. Genler yolu ile aktarım kadar ailesel aktarımda o kadar önemlidir (Taşkırın Tepe 2018). Kuşaktan kuşağa aktarılan ve kendini davranış kalıpları, hastalık semptomları olarak gösteren aktarım, sadece maruz olan kuşağı değil sonraki kuşakları da etkilemektedir (Lev Wiesel 2007). Bu aslında bir üst kuşaktan bir alt kuşağa doğru bir bulaşma demektir. Ruhsal hastalığı olan ebeveynlerin, çocuklarında ruhsal hastalık

gelişme riski oldukça fazladır. Burada hem gen aktarımından hem de ailesel bir aktarımdan bahsetmek mümkündür (Erdim ve ark. 2015). Bu konu çeşitli araştırmalarla değerlendirilmiştir. Örneğin; ebeveynleri alkol kötüye kullanan ailelerde yetişen çocukların bilişsel ve duygusal sorunları daha sık görüldüğü ek olarak daha sık davranış sorunları yaşadıkları ergenlik ve yetişkinlik döneminde zihinsel bir bozukluk geliştirme eğilimi gösterdikleri belirlenmiştir (Petrovic ve Injac Stevovic 2021). Yine doğumdan iki yaşına kadar olan bebeklerin çeşitli risk faktörlerine maruz kalmasının ve anne depresyonunun yedi yaşındaki çocuk psikopatolojisi üzerindeki etkisini araştıran boylamsal bir çalışma, anne depresyonuna maruz kalmanın yanı sıra, her bir ek risk faktörü, çocuk psikopatolojisi olasılığını en az %20 artırdığı bulunmuştur (Barker ve ark. 2012).

Ebeveynlik, geniş ve çok boyutlu bir kavramdır ve birçok çalışma ebeveynliğin kuşaklararası aktarımında arabulucu rolünden bahsetmektedirler (Barnje ve ark. 2020). Ebeveynlik, ruh sağlığı açısından belirleyici kabul edilir (Chen ve Kaplan 2004). Kuşaklararası aktarım, doğrudan veya basit bir yolla gerçekleşmez. Psikopatolojiler ve ebeveynlik davranışları kuşaklar boyunca aktarılır. Psikopatolojinin kuşaklararası aktarımını önlemek amacıyla, yalnızca bireye odaklanmak yerine aileye odaklanmak daha doğrudur. Ebeveynlik davranışı, yavrulara psikopatoloji aktarımında önemli basamaklardan birisidir ve kuşaklar boyunca birbirini izler (Barnje ve ark. 2020). Başkalarına yönelik şiddetin ve başkalarına yönelik korkunun, ebeveynler ve çocuklar arasında hem açık hem de örtük olarak iletildiğini söylemek mümkündür (Prager 2016). Psikopatolojilerin yanı sıra destekleyici bir ebeveynlik sergileyen bireylerin çocuklarında daha iyi bir akademik kariyer ve daha iyi bir psikososyal gelişim ve bunun yanında daha doğru, uygun davranış örüntüleri gelişir (Chen ve Kaplan 2004). Bu aktarım bir üst kuşaktan bir alt kuşağa genetik ve genetik olmayan yollarla aktarılır. Genetik olmayan faktörler çevresel faktörler olarak da değerlendirilebilir buna “kültürel aktarım” denilebilir (Barnje ve ark. 2020). Ebeveynliğin kuşaklar boyunca aktarıldığına bu anlamda kuşaklararası sürekliliğini koruduğu ve bir üst kuşağın göstermiş olduğu davranış kalıplarının bir alt kuşakta görülmesi aktarımın bir göstergesidir (Chen ve Kaplan 2004).

Kuşaklararası aktarım, bir ebeveynden gelen özellik, tutum, inanç ya da bir davranış örüntüsünün yavruya genetik ya da kültürel bir aktarım vasıtasıyla

aktarılması ve bir sonraki kuşakta görülmesidir. Sonuç olarak, kuşaklar boyunca aynı davranışı veya özelliği bu aktarım neticesinde görmekteyiz. Ebeveynlerin ve çocukların sürekli aynı ortamda bulunması kuşaklararası devamlılığı teşvik eden faktörlerdendir. Bu ortak kullanılan çevreden kaynaklanmaktadır. Sosyoekonomik faktör, geniş bir aile ortamı olması, kültürel farklar gibi bağlamlarda şekillenir. Bireylerin bu anlamda hep birlikte olmaları bu davranış kalıplarının pekişmesine ve yaşam boyunca kırılması zor hatta değiştirilemez olmasına dahası kuşaklar boyunca bu davranış kalıplarının aktarılmasına sebep olmaktadır. Ebeveynler çocukları ile ortak bir genetik paylaşırlar. Ortak paylaşılan bu genler çevre ve gen kombinasyonu ile şekillenir. Buna göre; sosyal öğrenme teorisine uygun olarak aktarım çocukların, ebeveynlerinin sergilediği davranışları görmesi ve önce taklit ederek daha sonra bu modeli pekiştirmesi ve öğrenmesi yoluyla gerçekleşmektedir. Fakat şunu da söylemek gerekirse kuşaklararası olan bu aktarım her ailede gerçekleşmeyebilir. Yapılan araştırmalar aktarımın olmasını artıran ve azaltan faktörlerden bahsetmektedirler. Bu artıran ve azaltan faktörlerin bilinmesi ile altta yatan mekanizmalar daha net anlaşılabilir olacaktır. Kuşaklararası aktarımda alttan yatan temel mekanizmayı anlayabilmek için her iki ebeveyni de içeren uzun süreli ölçümlere ihtiyaç vardır. Kuşaklararası aktarımı artıran faktörler içinde belli durumsal özellikler yer almaktadır. Bunlara düşük sosyoekonomik durum, medeni durum gibi örnek verilebilir. Ayrıca çevresel etkilere daha duyarlı olan bireylerde kuşaklararası aktarım daha güçlüdür (Branje ve ark. 2020).

Bazen etrafımızda şaşırıp kalırız. Böyle annelik mi olur neden böyle yapıyorlar? Şeklindeki soruları sormuşuzdur. Ebeveynlik kuşaklar boyunca aktarılır. Ebeveynler bir kuşağa kendisi nasıl yetiştirildi ise o bireye nasıl ebeveynlik edildiyse, kendisinininkine benzer şekilde ebeveynlik yapmaktadır. Kötü muamele, ihmal ve istismara maruz kalan ebeveynler kendi yavrularına da bu şekilde bir davranım örüntüsü gösterirler (Belsky ve ark. 2009).

2.5.2. Kuşaklararası Aktarılan Örüntüler

Kuşaklararası aktarımı sadece belli davranış örüntülerine odaklanmamak gerekir. Psikopatolojiler, travma, önyargı, tutum, değerler ve inançlarda kuşaktan kuşağa aktarılır ve bu aktarım bir nesilden daha fazla sürer. Bu aktarım sürecinin net anlaşılması gerekir (Cents 2016). Düzensiz ve uygunsuz kişilerarası ilişkiler, çocuklara kötü muamele, ihmal, istismar, duygusal istikrarsızlık çocukların gelişimini

bir anlamda etkiliyorsa, kuşaklar boyunca bir aktarım söz konusu olmaktadır (Brooke Kars 2017). Daha önceden yapılan birçok araştırma sonuçlarına göre madde kullanımı, suç ve şiddet de kuşaklar boyunca aktarılmaktadır (Dunlep ve ark. 2002).

Kuşaklararası aktarımın bağlanma kuramı ve ruh sağlığı arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmada, ruh sağlığı ve bağlanma örüntülerinin ilişkili olduğunu ve ruh sağlığı problemlerinin çeşitli faktörler aracılığıyla kuşaktan kuşağa aktarıldığı görülmüştür (Taşkiran Tepe 2018). Lew Wiesel (2007), Holocaust'un etkileri üzerine yaptığı çalışmanın sonuçları, Holocaust'dan kurtulanların yaşadığı savaş travmasının üçüncü nesile kadar aktarılabilirdiği görülmüştür. Dunlep ve ark. (2002), dört kuşağın tanımlandığı vaka çalışması sonucuna göre, mevcut davranış normlarının kuşaklar boyunca tekrarlanabilir olduğudur. Shria (2019), çalışmasında Holocaust'u yaşayan ve devamında post travmatik stres bozukluğu (PTSB) olan ebeveynlerin çocuklarının psikolojik stres düzeyleri arasında ilişki ve kuşaklar boyunca sağlıklı davranışlara ilişkin belirtiler olduğu bulunmuştur. Ortaokul öğrencileri üzerinden deprem travmasının kuşaklararası aktarımının incelendiği çalışmada, deprem travmasının kuşaklararası aktarımında ebeveynlerde aşırı koruyuculuk, hep mevcut tehlike korkusu, duygu ve endişeleri çocuğa yansıtma, yerine koyma tepkileri görülürken; çocuklarda çocuğun ebeveyn rolüne bürünmesi, travma mağduru ailelerin durumuna ilişkin yüksek farkındalık, travmayı deneyimlemişçesine içselleştirme tepkileri yaşadığı görülmüştür. Alkol kullanım bozukluğunun üç kuşakta incelendiği bir çalışma sonuçları, etkilenen erkekler ve kadınlar alkol kullanım bozukluğu risklerini torunlarına eşit olarak aktardıkları görülmüştür (Kendler ve ark. 2017). Gilladi ve ark. (2019), Holokosttan kurtulanların Amerikalı/Kanadalı çocukları ve soykırımdan kurtulanların torunları üzerinden ilerleyen üç kuşak çalışma sonuçlarına göre; soykırımdan kurtulanların çocukları ve torunları, kontrollerden önemli ölçüde daha yüksek ikincil travma stresi yaşadıkları gözlemlenmiştir. Literatüre ters bir bulgu ise; Holokost kurtulanları, soykırımdan kurtulanların çocukları ve soykırımdan kurtulanların torunları ile yapılmış çalışmada ise; travmanın kuşaklar boyu aktarılmadığı bulunmuştur (Sagi-Schwartz ve ark. 2003). Fridman ve ark. (2011), Holokost'tan kurtulanların İsraili yetişkin çocukları ile karşılaştırma grubu arasında fiziksel, psikolojik ve bilişsel işlevleri açısından hiçbir fark bulunmamıştır.

2.5.3. Kuşaklararası Aktarımın Kuramsal Çerçevesi

Kuşaklararası aktarımda, Murray Bowen'in "Aile Sistemleri Teorisi" kuşaklararası aktarılan davranışların nasıl geliştiği konusunu teorik bir temele oturtmaktadır. Murray Bowen aileyi temelde duygusal bir sistem olarak tanımlamıştır. Bu duygusal sistem içinde ise ortaya çıkan tutum, inanç, davranış, değerler ve duygusal süreçlerin kuşaktan kuşağa aktarılarak bir devamlılıktan söz etmektedir (Boyacı 2020). Bowen, teorisinde ailenin karmaşık bir ağ olduğundan bahsetmektedir (Taşkiran Tepe 2018). Aynı zamanda teorisinde kronik bir kaygıdan söz etmektedir. Bu kaygı, bazı bireylerin ailelerinden bir önceki kuşaktan aktarımı söz konusudur (Özabacı ve Erkan 2020). Ailedeki her bireyin bu sistemde duygu, düşünce ve davranış üçlemesinde belli izler bırakmaktadır. Bu bağlamda Bowen'a göre aile sisteminde görülen herhangi bir sorunun diğer kuşaklarda da görülme ihtimali yüksektir (Boyacı 2020). Aile sistemleri teorisini açıklarken, kronik kaygıya işaret etmek amacıyla birbiri ile ilişkili olan altı kavram da tanımlamaktadır. Bunlar; benliğin farklılaşması, duygusal üçgenler, kardeş pozisyonu, duygusal kesilme, toplumsal duygusal süreç ve çok nesilli duygusal süreç kavramlarıdır. Bu kavramlardan "çok nesilli duygusal süreçler" aile bağlamında kuşaklararası nasıl bir aktarım olduğu konusunda açıklayıcı bilgiler vermektedir (Taşkiran Tepe 2018; Özabacı ve Erkan 2020). Bowen'e göre kuşaklar kendilerini tekrarlamaya meyillidirler. Stresle başa çıkma becerileri, bu stresle mücadelede kullandıkları stratejiler de kuşaklararası aktarım gösterme eğilimindedirler. Bowen aktarımdan söz edilebilmesinin şartı olarak ise en az üç kuşağın incelenmesinin gerekli olduğunu dile getirmektedir (Özabacı ve Erkan 2020).

Aile, çocukların erken dönemden itibaren sağlıklı bir kişilik özelliği geliştirebildikleri, sosyalleşebildikleri, toplumsal değer ve yargıların öğrendikleri toplumun en küçük bir o kadarda özellikli yapısıdır. Bu bağlamda rol model oluşturma ve aktarım aile etrafında temellenir. Her kuşağın kendine özgü belli başlı değer yargıları vardır ve bu değer yargıları yetişilen aile bağlamında şekillenir. Hele ki birkaç kuşağın bir arada yaşadığı geniş aile olarak adlandırdığımız ailelerde daha net anlaşılabilir. Örneğin; büyükanne, anne ve kız olmak üzere üç kuşağın bir arada olması, aralarında bulunan iletişim her bir kuşak için de farklı hissiyata sahip olmaktadır (Altan ve Tarhan 2018).

Bandura'nın öne sürdüğü "Sosyal Öğrenme Teorisi" bize, öğrenmenin öncelikle bir gözlem, daha sonra taklit etme ve model olarak alma süreçleri ile gerçekleşmektedir (Altan ve Tarhan 2018). İlk defa Bandura tarafından ünlü Bobo oyuncak bebek deneyinde gözlemsel öğrenme gösterilmiştir. Deneyde; çocuklar sıra ile oturturulmuştur ve yetişkin bir modelin her yumruk attığında yeniden eski haline dönen şişme bobo bebeğin yumruklandığı ve tekmelendiği film izletilmiştir. 10 dakika sonra ise çocuklar, bobo bebeğe benzer ve bobo bebeğin olduğu başka bir odaya götürülmüş ve oynamaları için bırakılmıştır. Bu modeli seyreden çocuklar oyun oynarken oldukça şiddetli davranış göstermişlerdir ve filmde izledikleri davranışları taklit etmişlerdir. Sonuç olarak; başkalarını gözlemleyerek ve rol model alarak öğreniriz. Yalnızca maruz kalmak bile öğrenme için yeterlidir (Tabak ve Özen 2017). Bu bağlamda şiddette, istismara ve ihmale maruz kalmak bile öğrenilir ve daha sonraki kuşaklara aktarımı söz konusu olabilir. Çocuklar, aile içerisinde büyür ve ailede ise en yakın olduğu bireyler ise koşulsuz anne ve babadır. Bu anlamda çocuklar, erken dönemde ebeveynlerin sergilediği davranış kalıplarını gözlemler ve bu gözlemler neticesinde taklitler yaparak öğrenir. Zaman içerisinde de bu pekişir ve çocuğun kendi davranış örüntüsü haline gelir. Bu noktada inançlar, değerler, beceriler, gelenek ve görenekler gibi faktörler sosyal öğrenme bağlamında öğrenilir ve davranış kalıplarımız haline gelir (Altan ve Tarhan 2018). Altan ve Tarhan (2018), büyükannelerin torunlarına yaşam boyu büyüme ve gelişme sürecinde hangi değerler ve becerileri aktardığını belirlemek amacıyla yapılmış nitel bir çalışma sonucunda, aktarılan bu değerler ve becerilerin sosyal öğrenme kuramı ile doğru orantılı olduğu bulunmuştur. Aynı zamanda istenilen davranışın pekişmesi için de önce o davranışın sergilenmesi ve bu şekilde öğrenilebileceği vurgulanmıştır. Alkol kullanım davranışının ebeveynlerden çocuklara kuşaklararası aktarımının incelendiği bir çalışmada ebeveynlerin, alkol içme davranışının çocuklarına aktarılmasında doğrudan bir araç olmadığını, ancak ebeveyn davranışının çocuklarının davranışlarını bilişsel yolla etkilediğini göstermektedir (Campbell ve Oei 2010). Sigaranın kuşaklararası geçişinin incelendiği bir çalışma da ise, sosyal öğrenme kuramına göre hem kız hem de erkek çocukların anne tarafından sigara içme alışkanlığı kazanmaları için ana kanal annelerinin davranışlarını gözlemlemek ve taklit etmek olduğu çocuklar tütün tüketimini yetişkin davranışının normal bir biçimi olarak görme eğiliminde oldukları görülmüştür (Pasqualini ve ark. 2019). Cotei ve ark. (2014), alkolizmin kuşaklararası aktarımının incelendiği bir çalışmada, alkolizmin kuşaklararası aktarımı tek başına

tüketimin yanı sıra ebeveynlerin alkol tüketiminin çocuklara davranış kalıbı olarak aktarıldığını göstermektedir. Melchior ve ark. (2010), yaptığı çalışmada gençlerin düzenli sigara içme davranışında annenin sigara içme davranışı, babanın sigara içmesinden daha güçlü bir şekilde ilişkili olduğu görülmüştür.

Kuşaklar boyunca süregelen bu patolojik aktarımın doğasının net anlaşılması ruh sağlığı uzmanlarından birisi olan hemşireler içinde oldukça önemlidir. Kuşaklararası belli kuramsal temeller üzerinde gerçekleşen bu aktarımda ruh sağlığı ve psikiyatri hemşiresine de sorumluluklar düşmektedir.

2.6. Kuşaklararası Aktarımında Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşiresinin Rolü

Kuşaklararası aktarım konusu ülkemizde başta psikoloji alanında olmak üzere sınırlı (Balcı 2016; Güngör 2018; Taşkiran Tepe 2018; Özgür 2019; Kutlu 2020) sayıda çalışmaya konu olmuştur. Bu konunun ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliğinin de önemli bir parçası olarak düşünebiliriz. Kuşaklar boyunca aktarılan tutum, inanç ve davranış örüntülerinin bilinmesi, ruh sağlığı uzmanlarından olan ruh sağlığı hemşirelerine yarar sağlayacaktır. Bunu bilmek aileden kuşaklara olan aktarımın nasıl gerçekleştiğini, nelerin aktarılabildiğini saptamak ve bu durumlara farklı bakış açısı geliştirmesine katkı sağlayacaktır. Literatür incelendiğinde; hemşirelik öğrencileri ile yapılan çalışmalarda öğrencilerin en son teknolojileri kullanabilecekleri özel alanlarda çalışmak istedikleri ve psikiyatri hemşireliğinin en az tercih edilen alan olduğu bildirilmektedir. Öğrencilerin kariyer planlamasında psikiyatri hemşireliğini tercih etmemelerinin nedeni olarak ruh sağlığı sorunu olan bireylere, psikiyatri kliniğine ve psikiyatri hemşireliğine yönelik olumsuz tutum gösterilmektedir. Aynı zamanda psikiyatri hemşireliğinin giderek yok olma tehlikesiyle karşı karşıya olduğu vurgulanmaktadır (Ong ve ark. 2017). Yeni mezun hemşireler için ruh sağlığı ve psikiyatri alanını en son tercih edilen alanlardan biridir. Bunun sebebi de ruhsal hastalıklara yönelik olan damgalamadır (Duman ve ark. 2017).

Hemşireler sadece klinik hemşireleri olarak değil aynı zamanda okul sağlığı hemşireliği, halk sağlığı hemşireliği, toplum ruh sağlığı hemşireliği alanlarında da görev alabilmektedir. Bu bağlamda hemşirelerde doğru noktalarda bulunmaktadır. Ruh sağlığına ilişkin tüm hastalıklarda bir aktarım olduğunu söyleyebiliriz. Riskli grupların saptanması ve bu gruplara verilecek eğitimler primer koruyucu önlemler

arasında sayılabilir. Primer koruyucu ruh sağlığı hizmetleri kapsamında hastalık oluşmadan önlem alınmış olacak bu şekilde ruh sağlığı korunmuş olacaktır ve ülkemiz için de ise ruh sağlığına ayrılan maliyet azalmış olacaktır. Tüm bu aktarımlara bakıldığı zaman ruhsal hastalıkların oluşması ve pekişmesinde sacın ayağını oluşturmaktadır. Direkt değilse bile indirekt olarak hemşireleri de etkilemektedir. Alan olarak farklı olsa dahi ruh sağlığı çatısı altında toplanmak gerekliliğine inanmaktayım bu anlamda aktarımların önüne geçmek için belli uygulamalar ve önleme müdahaleleri yapılabilir. Amacımız; kuşaklararası psikopatolojik kısır döngünün kesintiye uğramasıdır. Bu sebeptendir ki, birkaç kuşak boyunca gelişen bu aktarımın doğasının net anlaşılması, psikopatolojilerin kuşaklararası aktarımında altta yatan mekanizmaların tam anlamıyla anlaşılması gerekmektedir (Cents 2016). Örneğin; ailelere verilecek eğitimler bu aktarımların önüne geçebileceğini düşünmekteyim. Aynı şekilde yüksek riskli aileler için belli müdahale programları düzenlenmesi bu aktarımın önlenmesine yardımcı olacaktır. Şu örneği vermek de yanlış olmayacaktır ki büyü, sihir, hoca, muska gibi hastalıktan şifa bulmak için bilimsel tanı ve tedaviye dirençli hasta grupları, bu olaylardan, kişilerden yardım aramaktadır. Bunlar batıl inançların bir ürünüdür ve doğrudan hastalığı ve hastalık sürecini etkilemektedir. Kliniklerde bu tür hasta grupları fazlaca görülmektedir ki hastalar bu inançlar doğrultusunda ilaç uyumsuzlukları ile alevlenme dönemleri yaşamaktadırlar ve relapslarla sık sık yineleyen yatışları olmaktadır. Bu durumda hasta ile yirmi dört saat birlikte olan hemşireleri etkilemektedir. Sonuç olarak, inançlarımız ve tutumlarımız hastalığımıza ve tedaviye uyumumuzu etkilemektedir bunlar ise bize kuşaklar önce aktarılmış bir mirastır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, kadınlarda ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve damgalamanın kuşaklararası aktarımını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Türü

Bu araştırma tanımlayıcı türdedir.

3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Konya Necmettin Erbakan Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Bölümü'nde yürütülmüştür.

Necmettin Erbakan Üniversitesi, 20 fakülte, 8 meslek yüksekokulu, 28 araştırma merkezi, 4 enstitü ve Yabancı Diller Yüksekokulu ile eğitim veren bir kurumdur. Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Bölümü ise, Hemşirelik Esasları, İç Hastalıkları Hemşireliği, Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği, Halk Sağlığı Hemşireliği, Hemşirelikte Öğretim ve Hemşirelikte Yönetim olmak üzere dokuz ana bilim dalından oluşmaktadır. Hemşirelik Bölümü'nde yaklaşık 600 öğrenci eğitim almaktadır.

3.4. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini hemşirelik bölümü öğrencileri ve kuşaklararası aktarımı belirlemek amacıyla da bu öğrencilerin iki üst kuşak ebeveynleri oluşturmaktadır. Geleceğin dinamik sağlık ekibinin mihenk taşı olacak genç hemşirelik öğrencilerin hali hazırda Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği eğitimini almadıkları ve toplumu temsil ettikleri düşünülerek birinci sınıf hemşirelik öğrencileri ile iki üst kuşak ebeveynleri araştırma evrenini oluşturmaktadır.

3.5. Araştırmanın Örnek Seçimi

Kuşaklararası aktarım kavramı genel olarak anne-kız örüntüsü odağında ilerlemekte ve anne vasıtasıyla bir alt kuşağa genetik geçişin yanı sıra kuşaklararası birçok örüntünün aktarılabilir olmasından ötürü bu araştırma üç kuşak kadın cinsiyeti üzerinden düşünülmüştür. Hemşirelik bölümü birinci sınıf kız öğrencileri (n=117) anlaşılabilirlik, kültürel farklılık ve ulaşım sorunu yaşamamak adına 12 yabancı uyruklu

kız öğrenci de araştırma dışı bırakılmıştır. 26 öğrenci araştırmaya katılmak istememiştir. Anneler (n=79) ve anneannelerinin (n=55) bu araştırma kapsamına alınması planlanmıştır. Fakat annelerin 19'unun ve anneannelerin 27'sinin; sağ olmama, formu dolduramayacak kadar ciddi sağlık problemlerinin olması (felç, Alzheimer gibi) ve dil sorunu olması, çalışmaya katılmak istememeleri gibi sebepler neticesinde çalışmaya katılmamışlardır. Bu nedenle sınırlı ve az sayıda bir evreni kapsadığı düşünülerek evrenin tamamının araştırma kapsamına alınması planlanmış ve "Tam Sayım Örnekleme Yöntemi" kullanılmıştır.

3.6. Araştırmaya Alınma Kriterleri

Hemşirelik bölümü birinci sınıfta öğrenim gören ve araştırmaya katılmayı kabul eden tüm kız öğrenciler, anneleri ve anneanneleri alınacaktır.

3.7. Araştırmanın Dışlanma Kriterleri

Yabancı uyruklu öğrenciler, erkek öğrenciler, katılımcıların okumayı ve anlamayı engelleyecek zihinsel problemlerinin olması araştırmanın dışlanma kriterini oluşturmaktadır.

3.8. Veri Toplama Tekniği ve Araçları

3.8.1. Bilgi Formu

Bilgi formu, incelenen literatüre dayandırılarak (Öztürk ve ark. 2015; Günay ve ark. 2016; Granados-Gómez ve ark. 2017; Dal ve ark. 2018; Yıldırım ve ark. 2018) araştırmacı tarafından hem öğrenciler hem de anne ve anneanneler olmak üzere iki form oluşturulmuş, öğrenciler için yaş, aile yapısı, en uzun süre yaşadığı yer, gelir durumu algısı, anne ve anneannesinin yaşayıp yaşamadığı, yakın çevresinde ruhsal hastalık tanısı olan biri olup olmadığı gibi "Sosyo-Demografik" özellikleri içeren 7 soru ve daha önce ruhsal hastalığı olan bireylere karşı neler hissettiği, ruhsal hastalıklarla ilgili bilgi edinip edinmediği, edindiyse nereden edindiği, ruhsal hastalıkların temel sebebinin ne olduğu gibi "Ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve damgalama" özelliklerini içeren 4 sorudan oluşmaktadır. Anne ve anneannelere yönelik olan formda ise; yaş, aile yapısı, en uzun süre yaşadığı yer, eğitim durumu, gelir durumunu nasıl algıladığı, yakın çevresinde ruhsal hastalık tanısı olan biri olup olmadığı gibi "Sosyo-Demografik" özellikleri içeren 6 soru ve daha önce ruhsal hastalığı olan bireylere karşı neler hissettiği, ruhsal hastalıklarla ilgili bilgi edinip edinmediği, edindiyse nereden edindiği, ruhsal hastalıkların temel sebebinin ne olduğu

gibi “Ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve damgalama” özelliklerini içeren 4 sorudan oluşmaktadır.

3.8.2. Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlar Ölçeği (RHİÖ)

RHİÖ, ruhsal hastalıklara yönelik inançları ölçmektedir. Hirai ve Clum tarafından 2000 yılında geliştirilen, Bilge ve Çam (2008), tarafından Türkçeye uyarlanıp geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır. Ölçekten alınabilecek puan 0-105 arasında değişmektedir. Ölçekten elde edilecek toplam puan ve her alt boyut için elde edilebilecek yüksek puan olumsuz inancı ifade etmektedir. “Tehlikelilik Alt Ölçeği (TAÖ)”, “Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma Alt Ölçeği (ÇKİB)”, “Utanma Alt Ölçeği (UAÖ)” olmak üzere 3 alt boyuttan oluşmaktadır. 21 maddeden oluşan 6’lı likert tipinde bir ölçektir. “Tamamen katılmıyorum: 0”, “Çoğunlukla katılmıyorum: 1”, “Kısmen katılmıyorum: 2”, “Kısmen katılıyorum: 3”, “Çoğunlukla katılıyorum: 4”, “Tamamen katılıyorum: 5” şeklinde olmak üzere 0’dan 5’e kadar derecelendirmeye sahiptir. Geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında ölçeğin Cronbach’s Alpha katsayısı 0,82 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnanç ölçeğinin güvenilirliği Cronbach’s Alpha=0,89 bulunmuştur.

Tehlikelilik Alt Ölçeği: Ölçeğin tehlikelilik alt boyutu, ruhsal hastalığı olan bireylerin ve ruhsal hastalıkların tehlikeli olduğunu ifade eder. RHİÖ’nün 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 13. maddeleri bu alt boyutu içermektedir. Bu alt boyuttan alınabilecek puan 0-40 arasında değişmektedir. Bu çalışmada Cronbach’s Alpha katsayısı 0,71 olarak bulunmuştur.

Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma Alt Ölçeği: Ölçeğin çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt boyutu, ruhsal hastalıkların kişilerarası ilişkileri etkilemesi ve buna bağlı olarak da çaresizlik hissini yaşamayı ifade eder. RHİÖ’nün 8, 9, 10, 11, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21. maddeleri bu alt boyutu içermektedir. Bu alt boyuttan alınabilecek toplam puan 0-55 arasında değişmektedir. Bu çalışmada Cronbach’s Alpha katsayısı 0,80 olarak bulunmuştur.

Utanma Alt Ölçeği: Ölçeğin utanma alt boyutu, ruhsal hastalığa sahip bireylerin yaşamış olduğu utanma duygusunu ifade eder. RHİÖ’nün 12, 15. maddeleri bu alt boyutu içermektedir. Bu alt boyuttan alınabilecek toplam puan 0-10 arasında değişmektedir. Bu çalışmada Cronbach’s Alpha katsayısı 0,69 olarak bulunmuştur.

3.8.3. Damgalama (Stigma) Ölçeği (DÖ)

DÖ, ruhsal hastalıklara yönelik damgalama, ayrımcılık, dışlama ve önyargıyı ölçmektedir. DÖ, Yaman ve Güngör (2013), tarafından geliştirilen geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır. . DÖ'den alınabilecek puan 22-110 arasında değişmektedir. Ölçek puanı için; 55 puan altında olan bireylerin damgalama eğiliminin düşük, üzerinde olan bireylerin ise damgalama eğiliminin yüksek olduğu yorumu söylenmektedir. Ölçekte ters puanlanmış madde bulunmamaktadır. DÖ, “Ayrımcılık ve Dışlama”, “Etiketleme”, “Psikolojik Sağlık”, “Önyargı” olmak üzere 4 alt boyuttan oluşmaktadır. 22 maddeden oluşan 5’li likert tipinde bir ölçektir. “Kesinlikle katılmıyorum: 1”, “Katılmıyorum: 2”, “Kısmen katılıyorum: 3”, “Katılıyorum: 4”, “Tamamen katılıyorum: 5” şeklinde puanlanmak üzere 1’den 5’e kadar derecelendirmeye sahiptir. Geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında ölçeğin Cronbach’s Alpha katsayısı 0,84 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada DÖ’nün güvenilirliği Cronbach’s Alpha=0,92 bulunmuştur.

Ayrımcılık ve Dışlama Faktörü: Ölçeğin ayrımcılık ve dışlama alt boyutu, bireylerin ayrımcılık ve dışlama algılarını ölçmektedir. DÖ’nün 10, 17, 18, 19, 20, 21. Maddeleri bu alt boyutu içermektedir. Bu alt boyuttan alınabilecek toplam puan 6-36 arasında değişmektedir. Bu çalışmada Cronbach’s Alpha katsayısı 0,77 olarak bulunmuştur.

Etiketleme Faktörü: Ölçeğin etiketleme alt boyutu bireylerin etiketleme eğilimini ölçmektedir. DÖ’nün 3, 4, 5, 7, 8, 9. Maddeleri bu alt boyutu içermektedir. Bu alt boyuttan alınabilecek toplam puan 6-36 arasında değişmektedir. Bu çalışmada Cronbach’s Alpha katsayısı 0,68 olarak bulunmuştur.

Psikolojik Sağlık Faktörü: Ölçeğin psikolojik sağlık alt boyutu psikolojik sorunları olan bireylere yönelik olan damgalamayı ölçmektedir. DÖ’nün 11, 12, 13, 16, 22. maddeleri bu alt boyutu içermektedir. Bu alt boyuttan alınabilecek toplam puan 5-30 arasında değişmektedir. Bu çalışmada Cronbach’s Alpha katsayısı 0,66 olarak bulunmuştur.

Önyargı Faktörü: Ölçeğin önyargı alt boyutu bireylere önyargı oluşturacak durumların damgalama eğilimini ölçmektedir. DÖ’nün 1, 2, 6, 14, 15. Maddeleri bu alt boyutu içermektedir. Bu alt boyuttan alınabilecek toplam puan 5-30 arasında değişmektedir. Bu çalışmada Cronbach’s Alpha katsayısı 0,54 olarak bulunmuştur.

3.9. Verilerin Toplanması

İlk aşama veri toplama araçlarının öğrencilere araştırmacı tarafından, 26/11/2021 tarihinde sınıf ortamında yüz yüze dağıtılarak doldurmaları istenmiş ve toplanmıştır. İkinci aşamada veri toplama araçları çevrimiçi düzenlenmiş öğrenciler yoluyla 28/12/2021 tarihinde annelerine ulaşılmış, üçüncü ve son aşamada ise çevrimiçi anketin 28/01/2022 tarihinde anneannelere uygulanması sağlanmıştır.

3.10. Araştırmanın Değişkenleri

3.10.1. Bağımlı Değişkenler

Ruhsal hastalıklara yönelik inançlar ölçeğinden elde edilecek toplam puan ve ölçeğin alt boyutlarına ilişkin puanlar, Damgalama (Stigma) ölçeği toplam puanı ve alt boyutlarına ilişkin puanlar bu araştırmanın bağımlı değişkenleridir.

3.10.2. Bağımsız Değişkenler

Yaş, eğitim durumu, gelir durumu algısı, aile tipi, en uzun süre yaşadığı yer, yakın çevresinde ruhsal hastalık tanısı olan biri olup olmadığı, ruhsal hastalığı olan bireylere karşı ne hissettiği, ruhsal hastalıkların temel sebebinin ne olduğu düşündüğü, ruhsal hastalıklara yönelik bilgi edinilip edinilmediği, edindiyse nereden edindiği ve öğrencilerin, annelerin ve anneannelerin sahip oldukları kuşak bu araştırmanın bağımsız değişkenleridir.

3.11. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın yürütülebilmesi için Necmettin Erbakan Üniversitesi Etik Kurul'dan 03.11.2021 tarih ve 2021/15-95 sayılı etik kurul onayı, Necmettin Erbakan Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi'nden 16.11.2021 tarih ve 117374 sayılı kurum izini alınmıştır. Katılımcıların bilgilendirilmiş rızaları yazılı olarak alınmış, çevrimiçi onaylar ise hazırlanan çevrimiçi anket formunun ön bölümünde belirtilmiştir. Ayrıca araştırmada kullanılan ölçekler için Türkçe geçerlik ve güvenilirliğini yapan yazarlardan izinler alınmıştır.

3.12. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın Necmettin Erbakan Üniversitesi, Hemşirelik bölümü birinci sınıf kız öğrencileri ile yapılıyor olması, öğrenciler üzerinden anne ve anneannelere ulaşıyor olması, anne ve anneannelere formu iletecek öğrencilerin anne ve anneannelerinin; sağ olmaması, formu dolduramayacak kadar ciddi sağlık

problemlerinin olması (felç, Alzheimer gibi) ve dil sorunu olması, çalışmaya katılmak istememeleri, ailevi problemlerin olması gibi sebepler neticesinde çalışmaya katılımın az olması bu çalışmanın sınırlılığdır.

3.13. Araştırma Soruları

1. Öğrencilerin, annelerinin ve anneannelerinin ruhsal hastalıklara yönelik inançları ve damgalama düzeyleri nedir?
2. Öğrencilerin, annelerinin ve anneannelerinin ruhsal hastalıklara yönelik inançları ve damgalama düzeyleri sosyodemografik özelliklere göre değişmekte midir?
3. Öğrenci, anne ve anneanneden oluşan üç kuşak arasında ilişki var mıdır?

3.14. Verilerin İstatistik Değerlendirmesi

Araştırmada elde edilen veriler bilgisayar ortamında SPSS 22.0 istatistik programı aracılığıyla değerlendirilmiştir. Araştırmaya katılanların tanımlayıcı özelliklerinin belirlenmesinde frekans ve yüzde analizlerinden, ölçeğin incelenmesinde ortalama ve standart sapma istatistiklerinden faydalanılmıştır. Araştırma değişkenlerinin normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemek üzere Kurtosis (Basıklık) ve Skewness (Çarpıklık) değerleri incelenmiştir.

Tablo 1. Normal Dağılım

	Basıklık	Çarpıklık
Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnanç Toplam	0,184	-0,314
Tehlikelilik	-0,561	-0,376
Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	-0,211	-0,201
Utanma	0,845	0,468
Damgalama Toplam	-0,055	0,146
Ayrımcılık ve Dışlama	0,741	0,559
Etiketleme	-0,781	0,164
Psikolojik Sağlık	0,280	0,134
Önyargı	-0,795	-0,276

İlgili literatürde, değişkenlerin basıklık çarpıklık değerlerine ilişkin sonuçların +1.5 ile-1.5 (Tabachnick ve Fidell 2013), +2.0 ile-2.0 (George ve Mallery 2010) arasında olması normal dağılım olarak kabul edilmektedir. Araştırma değişkenlerinin normal dağılım gösterdiği saptanmıştır. Verilerin analizinde parametrik yöntemler

kullanılmıştır. Bağımsız gruplarda kategorik değişkenlerin oranları arasındaki farklar Ki-Kare ve Fisher exact testleri ile analiz edilmiştir.

Öğrencilerin tanımlayıcı özelliklerine göre ölçek düzeylerindeki farklılaşmaların incelenmesinde t-testi, tek yönlü varyans analizi (Anova) ve post hoc (Tukey, LSD) analizlerinden faydalanılmıştır.

Etki büyüklüğünü hesaplamak için Cohen(d) ve Eta kare(η^2) katsayıları kullanılmıştır. Etki büyüklüğü gruplar arasındaki farkın önemli kabul edilecek büyük bir fark olup olmadığını göstermektedir. Cohen değeri 0.2: küçük; 0.5: orta; 0.8: büyük olarak, eta kare değeri 0.01: küçük; 0.06: orta; 0.14: büyük olarak değerlendirilmektedir (Büyüköztürk ve ark. 2018).

Kuşaklar ile ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve damgalama puanları arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere korelasyon analizinden; kuşak ile ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve damgalama düzeyleri arasındaki neden sonuç ilişkisini belirlemek üzere regresyon analizinden faydalanılmıştır.

4. BULGULAR

Kadınlarda ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve damgalamanın kuşaklararası aktarımını incelemek amacıyla aşağıdaki bulgular sunulmuştur.

Öğrencilerin yaş ortalaması $18,96\pm1,88$, annelerin $45,12\pm5,36$ ve anneannelerin $68,61\pm4,82$ bulunmuştur.

Tablo 4.1. Tanımlayıcı Özelliklerin Dağılımı

		Öğrenci		Anne		Anneanne		Toplam		p
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Aile Yapısı	Çekirdek	67	%84,8	52	%86,7	16	%57,1	135	%80,8	X ² =13,086 p=0,011
	Geniş	8	%10,1	7	%11,7	9	%32,1	24	%14,4	
	Parçalanmış	4	%5,1	1	%1,7	3	%10,7	8	%4,8	
En Uzun Yaşanılan Yer	Köy	12	%15,2	11	%18,3	16	%57,1	39	%23,4	X ² =22,544 p=0,000
	İlçe	27	%34,2	17	%28,3	3	%10,7	47	%28,1	
	Şehir, Büyükşehir	40	%50,6	32	%53,3	9	%32,1	81	%48,5	
Eğitim Durumu	Öğrenci	79	%100,0	0	%0,0	0	%0,0	79	%47,3	X ² =204,618 p=0,000
	Okur-yazar Değil	0	%0,0	5	%8,3	12	%42,9	17	%10,2	
	Okur-yazar	0	%0,0	4	%6,7	5	%17,9	9	%5,4	
	İlkokul	0	%0,0	36	%60,0	8	%28,6	44	%26,3	
	Lise	0	%0,0	9	%15,0	2	%7,1	11	%6,6	
	Yüksekokul ve Üstü	0	%0,0	6	%10,0	1	%3,6	7	%4,2	
Gelir Durumu	Kötü	5	%6,3	3	%5,0	2	%7,1	10	%6,0	X ² =2,258 p=0,688
	Orta	71	%89,9	52	%86,7	23	%82,1	146	%87,4	
	İyi	3	%3,8	5	%8,3	3	%10,7	11	%6,6	
Yakın Çevrede Ruhsal Hastalığı Olan Birey Varlığı	Evet	12	%15,2	20	%33,3	7	%25,0	39	%23,4	X ² =6,322 p=0,042
	Hayır	67	%84,8	40	%66,7	21	%75,0	128	%76,6	

Tablo 4.1. Tanımlayıcı Özelliklerin Dağılımı (Devam).

		Öğrenci		Anne		Anneanne		Toplam		p
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Ruhsal Hastalığa Yönelik Duygular										
Korku	Evet	22	%27,8	19	%31,7	9	%32,1	50	%29,9	$X^2=0,315$ p=0,854
	Hayır	57	%72,2	41	%68,3	19	%67,9	117	%70,1	
Acıma	Evet	17	%21,5	16	%26,7	12	%42,9	45	%26,9	$X^2=4,785$ p=0,091
	Hayır	62	%78,5	44	%73,3	16	%57,1	122	%73,1	
Tedirginlik	Evet	47	%59,5	28	%46,7	11	%39,3	86	%51,5	$X^2=4,255$ p=0,119
	Hayır	32	%40,5	32	%53,3	17	%60,7	81	%48,5	
Utanma	Evet	1	%1,3	0	%0,0	3	%10,7	4	%2,4	$X^2=10,192$ p=0,006
	Hayır	78	%98,7	60	%100,0	25	%89,3	163	%97,6	
Şefkat	Evet	37	%46,8	38	%63,3	21	%75,0	96	%57,5	$X^2=8,020$ p=0,018
	Hayır	42	%53,2	22	%36,7	7	%25,0	71	%42,5	
Merak	Evet	26	%32,9	8	%13,3	3	%10,7	37	%22,2	$X^2=10,132$ p=0,006
	Hayır	53	%67,1	52	%86,7	25	%89,3	130	%77,8	
Daha Önce Ruhsal Hastalıklar Hakkında Bilgi Edinme	Evet	50	%63,3	30	%50,0	13	%46,4	93	%55,7	$X^2=3,610$ p=0,164
	Hayır	29	%36,7	30	%50,0	15	%53,6	74	%44,3	

Tablo 4.1. Tanımlayıcı Özelliklerin Dağılımı (Devam).

		Öğrenci		Anne		Anneanne		Toplam		p
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Ruhsal Hastalıklar Hakkında Bilgi Edinme Yolları										
İnternet Araştırması	Evet	33	%66,0	13	%43,3	2	%15,4	48	%51,6	X ² =11,800 p=0,003
	Hayır	17	%34,0	17	%56,7	11	%84,6	45	%48,4	
Geleneksel Medya	Evet	15	%30,0	9	%30,0	7	%53,8	31	%33,3	X ² =2,862 p=0,239
	Hayır	35	%70,0	21	%70,0	6	%46,2	62	%66,7	
Sosyal Medya	Evet	24	%48,0	10	%33,3	0	%0,0	34	%36,6	X ² =10,448 p=0,005
	Hayır	26	%52,0	20	%66,7	13	%100,0	59	%63,4	
Arkadaş	Evet	9	%18,0	4	%13,3	4	%30,8	17	%18,3	X ² =1,851 p=0,396
	Hayır	41	%82,0	26	%86,7	9	%69,2	76	%81,7	
Eğitim	Evet	17	%34,0	3	%10,0	0	%0,0	20	%21,5	X ² =10,538 p=0,005
	Hayır	33	%66,0	27	%90,0	13	%100,0	73	%78,5	

Tablo 4.1. Tanımlayıcı Özelliklerin Dağılımı (Devam).

		Öğrenci		Anne		Anneanne		Toplam		p
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Ruhsal Hastalıkların Nedenleri										
Genetik Geçiş	Evet	30	%38,0	29	%48,3	9	%32,1	68	%40,7	$X^2=2,541$
	Hayır	49	%62,0	31	%51,7	19	%67,9	99	%59,3	$p=0,281$
Çocukluktan Kalan Travmalar	Evet	77	%97,5	50	%83,3	21	%75,0	148	%88,6	$X^2=12,949$
	Hayır	2	%2,5	10	%16,7	7	%25,0	19	%11,4	$p=0,002$
Geçirilmiş Hastalıklar	Evet	36	%45,6	18	%30,0	17	%60,7	71	%42,5	$X^2=7,941$
	Hayır	43	%54,4	42	%70,0	11	%39,3	96	%57,5	$p=0,019$
Tanrıdan Gelen Ceza	Evet	3	%3,8	2	%3,3	3	%10,7	8	%4,8	$X^2=2,604$
	Hayır	76	%96,2	58	%96,7	25	%89,3	159	%95,2	$p=0,272$
Doğüstü Güç	Evet	2	%2,5	1	%1,7	3	%10,7	6	%3,6	$X^2=4,999$
	Hayır	77	%97,5	59	%98,3	25	%89,3	161	%96,4	$p=0,082$

X^2 =Ki-Kare Analizi

Öğrencilerin %84,8'inin, annelerin %86,7'sinin ve anneannelerin %57,1'inin çekirdek aile yapısına sahip olduğu; en uzun yaşanan yere göre, öğrencilerin %50,6'sının, annelerin %53,3'ünün şehir, büyükşehir ve anneannelerin %57,1'inin köy olduğu; eğitim durumuna göre; öğrencilerin %100,0'ünün öğrenci, annelerin %60,0'ünün ilkökul ve anneannelerin %42,9'unun okur-yazar olmadığı, öğrencilerin %89,9'unun orta, annelerin %86,7'sinin orta ve anneannelerin %82,1'inin orta gelir durumu algısı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Yakın çevrede ruhsal hastalığı olan birey varlığına göre; öğrencilerin %84,8'inin, annelerin %66,7'sinin ve anneannelerin %75,0'inin yakın çevresinde ruhsal hastalığı olan birey olmadığı; ruhsal hastalığa yönelik korku duygusuna, öğrencilerin %27,8'inin, annelerin %31,7'sinin ve anneannelerin %32,1'inin evet, cevabı verdikleri; acıma duygusuna, öğrencilerin %21,5'inin, annelerin %26,7'sinin ve anneannelerin %42,9'unun evet, cevabı verdikleri; tedirginlik duygusuna, öğrencilerin %59,5'inin, annelerin %46,7'sinin ve anneannelerin %39,3'ünün evet cevabı verdikleri; utanma duygusuna, öğrencilerin %1,3'ünün evet annelerin %100,0'ünün hayır ve anneannelerin %10,7'sinin evet cevabı verdikleri; şefkat ile duygusuna, öğrencilerin %46,8'inin, annelerin %63,3'ünün ve anneannelerin %75,0'inin evet cevabı verdikleri; merak duygusuna, öğrencilerin %32,9'unun, annelerin %13,3'ünün ve anneannelerin %10,7'sinin evet cevabı verdikleri; öğrencilerin %63,3'ünün, annelerin %50,0'sinin ve anneannelerin %46,4'ünün daha önce ruhsal hastalıklar hakkında bilgi sahibi olduğu bulunmuştur ($p>0,05$).

Ruhsal hastalıklar hakkında bilgi edinme yollarında; internet araştırması yoluna, öğrencilerin %66,0'sının, annelerin %43,3'ünün ve anneannelerin %15,4'ünün evet, cevabı verdikleri; geleneksel medya ile bilgi edinme yoluna, öğrencilerin %30,0'unun, annelerin %30,0'unun ve anneannelerin %53,8'inin evet, cevabı verdikleri; sosyal medya yoluna, öğrencilerin %48,0'inin, annelerin %33,3'ünün evet ve anneannelerin %100,0'ünün hayır cevabı verdikleri; arkadaş yoluna, öğrencilerin %18,0'inin, annelerin %13,3'ünün ve anneannelerin %30,8'inin evet cevabı verdikleri; eğitim yoluna, öğrencilerin %34'ünün, annelerin %10'unun ve anneannelerin %100'ü hayır cevabını verdiği görülmektedir ($p<0,05$).

Ruhsal hastalıkların nedenlerinde; genetik geçiş nedenine, öğrencilerin %38,0'inin, annelerin %48,3'ünün ve anneannelerin %32,1'i evet cevabı verdikleri; çocukluktan kalan travmalar nedenine, öğrencilerin %97,5'inin, annelerin %83,3'ünün

ve anneannelerin %75,0'i evet cevabı verdikleri; geçirilmiş hastalıklar nedenine, öğrencilerin %45,6'sının, annelerin %30,0'unun ve anneannelerin %60,7'sinin evet cevabı verdikleri; tanrıdan gelen ceza nedenine, öğrencilerin %3,8'inin, annelerin %3,3'ünün ve anneannelerin %10,7'sinin evet cevabı verdikleri; doğüstü güç nedenine, öğrencilerin %2,5'inin, annelerin %1,7'sinin ve anneannelerin %10,7'sinin evet cevabını verdiği görülmektedir ($p>0,05$).

Tablo 4.2. Kuşaklara Göre Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Gruplar	Öğrenci		Anne		Anneanne		F	p	Fark
	Ort	Ss	Ort	Ss	Ort	Ss			
Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnanç Toplam	48,06	13,55	53,25	17,86	57,60	16,56	4,369	0,014	3>1
Tehlikelilik	21,88	6,59	22,83	7,85	25,57	5,56	2,927	0,056	
Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma Utanma	24,91	8,51	28,80	10,78	30,21	10,57	4,337	0,015	2>1 3>1
Damgalama Toplam	49,78	9,11	53,43	12,43	58,35	20,61	4,828	0,009	3>1
Ayrımcılık ve Dışlama	8,10	2,54	9,45	3,37	11,21	5,67	8,466	0,000	2>1 3>1 3>2
Etiketleme	13,40	3,66	14,71	4,26	16,28	7,06	4,340	0,015	3>1
Psikolojik Sağlık	12,15	2,78	13,25	4,03	14,46	5,66	4,038	0,019	3>1
Önyargı	16,12	3,43	16,01	4,04	16,39	4,09	0,095	0,910	

Tek Yönlü Varyans Analizi

Kuşaklara göre ruhsal hastalıklara yönelik inanç toplam puanları anlamlı farklılık göstermektedir ($F_{(2, 164)}=4,369$; $p<0,05$). Farkın nedeni; anneannelerin ruhsal hastalıklara yönelik inanç toplam puanlarının ($\bar{x}=57,60$), öğrencilerin ruhsal hastalıklara yönelik inanç toplam puanlarından ($\bar{x}=48,06$) yüksek olmasıdır.

Kuşaklara göre çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma puanları anlamlı farklılık göstermektedir ($F_{(2, 164)}=4,337$; $p<0,05$). Farkın nedeni; annelerin çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma puanlarının ($\bar{x}=28,80$), öğrencilerin çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma puanlarından ($\bar{x}=24,91$) yüksek olmasıdır. Anneannelerin çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma puanlarının ($\bar{x}=30,21$), öğrencilerin çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma puanlarından ($\bar{x}=24,91$) yüksek olmasıdır.

Kuşaklara göre damgalama toplam puanları anlamlı farklılık göstermektedir ($F_{(2, 164)}=4,828$; $p<0,05$). Farkın nedeni; anneannelerin damgalama toplam puanlarının ($\bar{x}=58,35$), öğrencilerin damgalama toplam puanlarından ($\bar{x}=49,78$) yüksek olmasıdır.

Kuşaklara göre ayrımcılık ve dışlama puanları anlamlı farklılık göstermektedir ($F_{(2, 164)}=8,466$; $p<0,05$). Farkın nedeni; annelerin ayrımcılık ve dışlama puanlarının ($\bar{x}=9,45$), öğrencilerin ayrımcılık ve dışlama puanlarından ($\bar{x}=8,10$) yüksek olmasıdır. Anneannelerin ayrımcılık ve dışlama puanlarının ($\bar{x}=11,21$), öğrencilerin ayrımcılık ve dışlama puanlarından ($\bar{x}=8,10$) yüksek olmasıdır. Anneannelerin ayrımcılık ve dışlama puanlarının ($\bar{x}=11,21$), annelerin ayrımcılık ve dışlama puanlarından ($\bar{x}=9,45$) yüksek olmasıdır.

Kuşaklara göre etiketleme puanları anlamlı farklılık göstermektedir ($F_{(2, 164)}=4,340$; $p<0,05$). Farkın nedeni; anneannelerin etiketleme puanlarının ($\bar{x}=16,28$), öğrencilerin etiketleme puanlarından ($\bar{x}=13,40$) yüksek olmasıdır.

Kuşaklara göre psikolojik sağlık puanları anlamlı farklılık göstermektedir ($F_{(2, 164)}=4,038$; $p<0,05$). Farkın nedeni; anneannelerin psikolojik sağlık puanlarının ($\bar{x}=14,46$), öğrencilerin psikolojik sağlık puanlarından ($\bar{x}=12,15$) yüksek olmasıdır.

Kuşakların tehlikelilik, utanma, önyargı puanları kuşaklara göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

4.3. Öğrencilerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Karşılaştırma

Öğrencilerde ruhsal hastalıklara yönelik inanç puanlarının tanımlayıcı özelliklere göre farklılaşma durumunu incelemek için yapılan analiz sonuçları aşağıda Tablo 4.3.1’de verilmiştir.

Tablo 4.3.1. Öğrencilerin Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnanç Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Dağılımı

Demografik Özellikler	n	Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnanç Toplam	Tehlikelilik	Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	Utanma
Aile Yapısı					
Çekirdek	67	48,67±13,31	22,00±6,62	25,38±8,47	1,28±1,94
Geniş	8	46,62±16,11	22,37±7,30	23,12±8,72	1,12±2,23
Parçalanmış	4	40,75±13,47	19,00±5,16	20,50±9,32	1,25±2,50
F=		0,690	0,409	0,815	0,023
p=		0,505	0,666	0,447	0,978
En Uzun Yaşanılan Yer					
Köy	12	49,66±12,15	22,66±6,88	26,00±7,49	1,00±1,75
İlçe	27	51,88±15,22	23,33±6,20	27,37±9,87	1,18±1,52
Şehir, Büyükşehir	40	45,00±12,26	20,67±6,68	22,92±7,44	1,40±2,30
F=		2,252	1,426	2,397	0,220
p=		0,112	0,247	0,098	0,803
Yakın Çevrede Ruhsal Hastalığı Olan Birey Varlığı					
Evet	12	43,08±12,58	19,58±6,20	22,66±9,21	0,83±1,94
Hayır	67	48,95±13,61	22,29±6,61	25,31±8,38	1,34±1,98
t=		-1,391	-1,321	-0,992	-0,823
p=		0,168	0,191	0,324	0,413
Daha Önce Ruhsal Hastalıklar Hakkında Bilgi Edinme					
Evet	50	46,82±14,12	21,38±6,70	24,30±8,76	1,14±1,94
Hayır	29	50,20±12,44	22,75±6,40	25,96±8,09	1,48±2,02
t=		-1,072	-0,895	-0,837	-0,742
p=		0,287	0,374	0,405	0,460

F: Anova Testi; t: Bağımsız Gruplar T-Testi; PostHoc:Tukey, LSD

Öğrencilerin ruhsal hastalıklara yönelik inanç toplam, tehlikelilik, çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma, utanma puanları aile yapısı, en uzun yaşanan yer, yakın çevrede ruhsal hastalığı olan birey varlığı ve daha önce ruhsal hastalıklar hakkında bilgi edinme durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Öğrencilerin Damgalama puanlarının tanımlayıcı özelliklere göre farklılaşma durumunu incelemek için yapılan analiz sonuçları Tablo 4.3.2'de verilmiştir.

Tablo 4.3.2. Öğrencilerin Damgalama Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Dağılımı

Demografik Özellikler	n	Damgalama Toplam	Ayrımcılık ve Dışlama	Etiketleme	Psikolojik Sağlık	Önyargı
Aile Yapısı						
Çekirdek	67	49,43±8,90	7,95±2,35	13,25±3,71	12,06±2,63	16,16±3,34
Geniş	8	48,25±8,44	7,50±1,60	13,62±3,58	12,25±3,53	14,87±4,32
Parçalanmış	4	58,75±11,58	11,75±4,50	15,50±3,00	13,50±4,12	18,00±2,82
F=		2,159	4,910	0,720	0,503	1,136
p=		0,122	0,010	0,490	0,607	0,327
PostHoc=			3>1, 3>2 (p<0,05)			
En Uzun Yaşanılan Yer						
Köy	12	52,75±6,70	8,50±1,88	14,08±3,42	12,75±2,86	17,41±1,92
İlçe	27	53,03±10,30	9,07±3,21	14,37±3,78	12,85±3,00	16,74±3,72
Şehir, Büyükşehir	40	46,70±7,94	7,32±1,92	12,55±3,53	11,50±2,51	15,32±3,43
F=		5,133	4,339	2,307	2,295	2,460
p=		0,008	0,016	0,107	0,108	0,092
PostHoc=		1>3, 2>3 (p<0,05)	2>3 (p<0,05)			
Yakın Çevrede Ruhsal Hastalığı Olan Birey Varlığı						
Evet	12	47,16±7,19	7,25±1,54	12,25±3,86	11,91±2,42	15,75±2,66
Hayır	67	50,25±9,38	8,25±2,65	13,61±3,61	12,19±2,86	16,19±3,56
t=		-1,081	-1,266	-1,189	-0,316	-0,411
p=		0,283	0,209	0,238	0,753	0,683
Daha Önce Ruhsal Hastalıklar Hakkında Bilgi Edinme						
Evet	50	48,38±8,25	7,96±2,39	12,74±3,42	11,80±2,48	15,88±3,40
Hayır	29	52,20±10,14	8,34±2,80	14,55±3,83	12,75±3,20	16,55±3,50
t=		-1,825	-0,647	-2,168	-1,485	-0,837
p=		0,072	0,520	0,033	0,142	0,405

F: Anova Testi; t: Bağımsız Gruplar T-Testi; PostHoc:Tukey, LSD

Öğrencilerin damgalama toplam puanı aile yapısı, yakın çevrede ruhsal hastalığı olan birey varlığı, daha önce ruhsal hastalıklar hakkında bilgi edinme durumuna göre anlamlı farklılık göstermezken ($p>0,05$), damgalama toplam puanları en uzun yaşanan yere göre anlamlı farklılık göstermektedir ($F=5,133$; $p<0,05$; $\eta^2=0,119$). Farkın nedeni en uzun yaşanan yer köy olanların damgalama toplam puanlarının en uzun yaşanan yer şehir, büyükşehir olanların damgalama toplam puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0,05$). En uzun yaşanan yer ilçe olanların damgalama toplam puanlarının en uzun yaşanan yer şehir, büyükşehir olanların damgalama toplam puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0,05$).

Öğrencilerin damgalama ölçeği ayrımcılık ve dışlama alt boyut puanı ile yakın çevrede ruhsal hastalığı olan birey varlığı, daha önce ruhsal hastalıklar hakkında bilgi edinme durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Öğrencilerin ayrımcılık ve dışlama puanları aile yapısına göre anlamlı farklılık göstermektedir ($F=4,910$; $p<0,05$; $\eta^2=0,114$). Farkın nedeni aile yapısı parçalanmış ayrımcılık ve dışlama puanlarının çekirdek aile olanların ayrımcılık ve dışlama puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0,05$). Aile yapısı parçalanmış ayrımcılık ve dışlama puanlarının geniş aile olanların ayrımcılık ve dışlama puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0,05$). Öğrencilerin ayrımcılık ve dışlama puanları en uzun yaşanan yere göre anlamlı farklılık göstermektedir ($F=4,339$; $p<0,05$; $\eta^2=0,102$). Farkın nedeni en uzun yaşanan yer ilçe olanların ayrımcılık ve dışlama puanlarının en uzun yaşanan yer şehir, büyükşehir olanların ayrımcılık ve dışlama puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0,05$).

Öğrencilerin damgalama ölçeği etiketleme alt boyut puanı ile aile yapısı, en uzun yaşanan yer, yakın çevrede ruhsal hastalığı olan birey varlığı durumuna göre anlamlı farklılık göstermezken ($p>0,05$), daha önce ruhsal hastalıklar hakkında bilgi edinme durumuna göre fark anlamlıdır ($p<0,05$). Daha önce ruhsal hastalıklar hakkında bilgi edinenlerin etiketleme puanları ($x=12,74$), daha önce ruhsal hastalıklar hakkında bilgi edinmeyenlerin etiketleme puanlarından ($x=14,55$) düşük bulunmuştur ($t=-2,168$; $p<0,05$; $d=0,506$; $\eta^2=0,058$).

Öğrencilerin damgalama ölçeği psikolojik sağlık ve önyargı alt boyut puanı ile aile yapısı, en uzun yaşanan yer, yakın çevrede ruhsal hastalığı olan birey varlığı ve daha önce ruhsal hastalıklar hakkında bilgi edinme durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

4.4. Annelerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Karşılaştırma

Tablo 4.4.1. Annelerin Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnanç Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Dağılımı

Demografik Özellikler	n	Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnanç	Tehlikelilik	Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde	Utandırma
		Toplam		Bozulma	
Ort±SS					
Yaş					
40 ve Altı	14	44,07±22,67	19,85±10,03	23,42±13,31	0,78±1,67
41-44	22	53,04±16,31	23,72±6,96	27,45±9,95	1,86±2,00
45 ve Üzeri	24	58,79±14,19	23,75±7,09	33,16±8,29	1,87±2,30
F=		3,232	1,324	4,306	1,476
p=		0,047	0,274	0,018	0,237
PostHoc=		3>1 (p<0,05)		3>1 (p<0,05)	
Aile Yapısı					
Çekirdek	52	52,84±18,46	22,71±8,09	28,51±11,17	1,61±2,11
Diğer	8	55,87±14,00	23,62±6,50	30,62±8,22	1,62±1,99
t=		-0,443	-0,304	-0,511	-0,012
p=		0,659	0,762	0,611	0,990
En Uzun Yaşanılan Yer					
Köy	11	59,00±15,19	24,27±7,10	33,00±8,45	1,72±2,72
İlçe	17	47,17±22,39	20,23±9,33	24,88±13,31	2,05±2,13
Şehir, Büyükşehir	32	54,50±15,50	23,71±7,14	29,43±9,58	1,34±1,82
F=		1,668	1,331	2,084	0,665
p=		0,198	0,272	0,134	0,518

Tablo 4.4.1. Annelerin Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnanç Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Dağılımı (Devam).

Demografik Özellikler	n	Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnanç	Tehlikelilik	Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde	Utanma
		Toplam		Bozulma	
Ort±SS					
Eğitim Durumu					
İlkokul Altı	9	50,77±9,37	20,00±3,42	29,33±8,26	1,44±1,81
İlkokul	36	55,86±16,87	24,00±7,73	30,08±10,23	1,77±2,29
Lise ve Üzeri	15	48,46±23,16	21,73±9,69	25,40±13,14	1,33±1,75
F=		1,009	1,134	1,011	0,270
p=		0,371	0,329	0,370	0,764
Yakın Çevrede Ruhsal Hastalığı Olan Birey Varlığı					
Evet	20	55,75±14,96	23,40±5,82	31,65±10,42	0,70±1,34
Hayır	40	52,00±19,20	22,55±8,75	27,37±10,81	2,07±2,24
t=		0,764	0,392	1,461	-2,516
p=		0,448	0,696	0,149	0,005
Daha Önce Ruhsal Hastalıklar Hakkında Bilgi Edinme					
Evet	30	54,20±18,09	23,96±8,03	29,16±11,02	1,06±1,57
Hayır	30	52,30±17,87	21,70±7,64	28,43±10,72	2,16±2,39
t=		0,409	1,119	0,261	-2,103
p=		0,684	0,268	0,795	0,041

F: Anova Testi; t: Bağımsız Gruplar T-Testi; PostHoc:Tukey, LSD

Annelerin ruhsal hastalıklara yönelik inanç toplam puanları aile yapısı, en uzun yaşanılan yer, eğitim durumu, yakın çevrede ruhsal hastalığı olan birey varlığı, daha önce ruhsal hastalıklar hakkında bilgi edinme durumuna göre anlamlı farklılık göstermezken ($p>0,05$), yaşa göre anlamlı farklılık göstermektedir ($F=3,232$; $p<0,05$; $\eta^2=0,102$). Farkın nedeni yaş 46 ve üzeri olanların ruhsal hastalıklara yönelik inanç toplam puanlarının yaş 40 ve altı olanların ruhsal hastalıklara yönelik inanç toplam puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0,05$).

Annelerin ruhsal hastalıklara yönelik inanç ölçeği tehlikelilik alt boyut puanları yaş, aile yapısı, en uzun yaşanılan yer, eğitim durumu, yakın çevrede ruhsal hastalığı olan birey varlığı, daha önce ruhsal hastalıklar hakkında bilgi edinme durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Annelerin ruhsal hastalıklara yönelik inanç ölçeği çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt boyut puanları aile yapısı, en uzun yaşanılan yer, eğitim durumu, yakın çevrede ruhsal hastalığı olan birey varlığı, daha önce ruhsal hastalıklar hakkında bilgi edinme durumuna göre anlamlı farklılık göstermezken ($p>0,05$), yaşa göre anlamlı farklılık göstermektedir ($F=4,306$; $p<0,05$; $\eta^2=0,131$). Farkın nedeni yaş 45 üzeri olanların çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma puanlarının yaş 40 ve altı olanların çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0,05$).

Annelerin ruhsal hastalıklara yönelik inanç ölçeği utanma alt boyut puanları yaş, aile yapısı, en uzun yaşanılan yer, eğitim durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Yakın çevrede ruhsal hastalığı olan bireye sahiplerin utanma puanları ($x=0,70$), yakın çevrede ruhsal hastalığı olan bireye sahip olmayanların utanma puanlarından ($x=2,07$) düşük bulunmuştur ($t=-2,516$; $p<0,05$; $d=0,689$; $\eta^2=0,098$). Daha önce ruhsal hastalıklar hakkında bilgi edinenlerin utanma puanları ($x=1,06$), daha önce ruhsal hastalıklar hakkında bilgi edinmeyenlerin utanma puanlarından ($x=2,16$) düşük bulunmuştur ($t=-2,103$; $p<0,05$; $d=0,543$; $\eta^2=0,071$).

Tablo 4.4.2. Annelerin Damgalama Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Dağılımı

Demografik Özellikler	n	Damgalama Toplam	Ayrımcılık ve Dışlama	Etiketleme	Psikolojik Sağlık	Önyargı
Yaş						
40 ve Altı	14	53,92±9,69	10,50±2,87	14,92±3,79	12,64±3,93	15,85±4,07
41-45	22	49,54±14,58	8,68±3,67	13,68±4,36	11,95±4,52	15,22±3,89
46 Üzeri	24	56,70±11,11	9,54±3,32	15,54±4,39	14,79±3,17	16,83±4,18
F=		1,982	1,266	1,119	3,277	0,915
p=		0,147	0,290	0,334	0,045	0,406
PostHoc=					3>2 (p<0,05)	
Aile Yapısı						
Çekirdek	52	53,15±12,73	9,30±3,37	14,57±4,35	13,21±4,24	16,05±4,08
Diğer	8	55,25±10,84	10,37±3,50	15,62±3,73	13,50±2,44	15,75±4,02
t=		-0,441	-0,830	-0,644	-0,187	0,198
p=		0,661	0,410	0,522	0,853	0,843
En Uzun Yaşanılan Yer						
Köy	11	63,63±10,06	11,00±4,17	17,36±3,93	17,27±3,58	18,00±3,34
İlçe	17	50,05±11,65	8,76±2,46	14,94±4,72	11,47±3,59	14,88±3,42
Şehir, Büyükşehir	32	51,71±12,06	9,28±3,43	13,68±3,80	12,81±3,54	15,93±4,40
F=		5,307	1,579	3,318	9,376	2,065
p=		0,008	0,215	0,043	0,000	0,136
PostHoc=		1>2, 1>3 (p<0,05)		1>3 (p<0,05)	1>2, 1>3 (p<0,05)	

Tablo 4.4.2. Annelerin Damgalama Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Dağılımı (Devam).

Demografik Özellikler	n	Damgalama Toplam	Ayrımcılık ve Dışlama	Etiketleme	Psikolojik Sağlık	Önyargı
Eğitim Durumu						
İlkokul Altı	9	51,00±12,95	9,88±3,98	13,11±4,19	13,55±3,81	14,44±2,50
İlkokul	36	54,77±12,37	9,63±3,37	15,11±4,09	13,63±3,82	16,38±4,25
Lise ve Üzeri	15	51,66±12,71	8,73±3,12	14,73±4,74	12,13±4,68	16,06±4,26
F=		0,525	0,462	0,787	0,761	0,827
p=		0,594	0,633	0,460	0,472	0,442
Yakın Çevrede Ruhsal Hastalığı Olan Birey Varlığı						
Evet	20	53,00±13,58	9,45±3,72	14,70±4,60	12,65±4,10	16,20±4,47
Hayır	40	53,65±12,00	9,45±3,24	14,72±4,14	13,55±4,01	15,92±3,87
t=		-0,189	0,000	-0,021	-0,812	0,246
p=		0,851	1,000	0,983	0,420	0,807
Daha Önce Ruhsal Hastalıklar Hakkında Bilgi Edinme						
Evet	30	54,26±11,23	9,33±3,11	15,03±3,81	13,36±3,66	16,53±3,98
Hayır	30	52,60±13,67	9,56±3,67	14,40±4,70	13,13±4,43	15,50±4,10
t=		0,516	-0,265	0,572	0,222	0,988
p=		0,608	0,792	0,569	0,825	0,327

F: Anova Testi; t: Bağımsız Gruplar T-Testi; PostHoc:Tukey, LSD

Annelerin damgalama ölçeği toplam puanları yaş, aile yapısı, eğitim durumu, yakın çevrede ruhsal hastalığı olan birey varlığı, daha önce ruhsal hastalıklar hakkında bilgi edinme durumuna göre anlamlı farklılık göstermezken ($p>0,05$), en uzun yaşanan yere göre anlamlı farklılık göstermektedir ($F=5,307$; $p<0,05$; $\eta^2=0,157$). Farkın nedeni en uzun yaşanan yer köy olanların damgalama toplam puanlarının en uzun yaşanan yer ilçe olanların damgalama toplam puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0,05$). En uzun yaşanan yer köy olanların damgalama toplam puanlarının en uzun yaşanan yer şehir, büyükşehir olanların damgalama toplam puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0,05$).

Annelerin damgalama ölçeği ayrımcılık ve dışlama alt boyut puanları yaş, aile yapısı, en uzun yaşanan yer, eğitim durumu, yakın çevrede ruhsal hastalığı olan birey varlığı, daha önce ruhsal hastalıklar hakkında bilgi edinme durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Annelerin damgalama ölçeği etiketleme alt boyut puanları yaş, aile yapısı, en uzun yaşanan yer, eğitim durumu, yakın çevrede ruhsal hastalığı olan birey varlığı, daha önce ruhsal hastalıklar hakkında bilgi edinme durumuna göre anlamlı farklılık göstermezken ($p>0,05$), en uzun yaşanan yere göre anlamlı farklılık göstermektedir ($F=3,318$; $p<0,05$; $\eta^2=0,104$). Farkın nedeni en uzun yaşanan yer köy olanların etiketleme puanlarının en uzun yaşanan yer şehir, büyükşehir olanların etiketleme puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0,05$).

Annelerin damgalama ölçeği psikolojik sağlık alt boyut puanları aile yapısı, eğitim durumu, yakın çevrede ruhsal hastalığı olan birey varlığı, daha önce ruhsal hastalıklar hakkında bilgi edinme durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Annelerin psikolojik sağlık puanları yaşa göre anlamlı farklılık göstermektedir ($F=3,277$; $p<0,05$; $\eta^2=0,103$). Farkın nedeni yaş 46 ve üzeri olanların psikolojik sağlık puanlarının yaş 41-45 olanların psikolojik sağlık puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0,05$). Annelerin psikolojik sağlık puanları en uzun yaşanan yere göre anlamlı farklılık göstermektedir ($F=9,376$; $p<0,05$; $\eta^2=0,248$). Farkın nedeni en uzun yaşanan yer köy olanların psikolojik sağlık puanlarının en uzun yaşanan yer ilçe olanların psikolojik sağlık puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0,05$). En uzun yaşanan yer köy olanların psikolojik sağlık puanlarının en uzun yaşanan yer şehir, büyükşehir olanların psikolojik sağlık puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0,05$).

Annelerin damgalama ölçeği önyargı alt boyut puanları yaş, aile yapısı, en uzun yaşanılan yer, eğitim durumu, yakın çevrede ruhsal hastalığı olan birey varlığı, daha önce ruhsal hastalıklar hakkında bilgi edinme durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

4.5. Anneannelerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Karşılaştırma

Tablo 4.5.1. Anneannelerin Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnanç Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Dağılımı

Demografik Özellikler	n	Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnanç	Tehlikelilik	Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde	Utanma
		Toplam		Bozulma	
Ort±SS					
Yaş					
60-70	18	54,55±13,80	24,77±4,98	28,27±9,49	1,50±1,94
71-80	10	63,10±20,28	27,00±6,49	33,70±12,01	2,40±3,47
t=		-1,326	-1,014	-1,317	-0,885
p=		0,196	0,320	0,199	0,464
Aile Yapısı					
Çekirdek	16	59,31±16,59	25,56±5,76	31,37±9,80	2,37±2,96
Diğer	12	55,33±16,98	25,58±5,53	28,66±11,78	1,08±1,78
t=		0,622	-0,010	0,664	1,336
p=		0,540	0,992	0,513	0,193
En Uzun Yaşanılan Yer					
Köy	16	63,37±12,12	27,50±4,64	33,81±8,36	2,06±2,40
İlçe ve Şehir	12	49,91±18,98	23,00±5,81	25,41±11,62	1,50±2,84
t=		2,288	2,278	2,226	0,566
p=		0,031	0,031	0,035	0,576
Eğitim Durumu					
Okur-yazar Değil	12	61,33±19,49	27,58±6,33	30,58±11,38	3,16±3,15
Okur-yazar	16	54,81±14,00	24,06±4,53	29,93±10,29	0,81±1,42
t=		1,032	1,717	0,157	2,656
p=		0,312	0,098	0,876	0,030

Tablo 4.5.1. Anneannelerin Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnanç Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Dağılımı (Devam).

Demografik Özellikler	n	Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnanç	Tehlikelilik	Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde	Ütanma
		Toplam	Ort±SS	Bozulma	
Yakın Çevrede Ruhsal Hastalığı Olan Birey Varlığı					
Evet	7	63,42±16,13	29,28±5,52	32,57±10,34	1,57±2,14
Hayır	21	55,66±16,63	24,33±5,11	29,42±10,78	1,90±2,73
t=		1,077	2,177	0,674	-0,292
p=		0,292	0,039	0,506	0,772
Daha Önce Ruhsal Hastalıklar Hakkında Bilgi Edinme					
Evet	13	52,84±12,76	23,92±5,05	27,38±8,31	1,53±2,18
Hayır	15	61,73±18,71	27,00±5,74	32,66±11,94	2,06±2,91
t=		-1,444	-1,493	-1,337	-0,536
p=		0,161	0,147	0,193	0,597

F: Anova Testi; t: Bağımsız Gruplar T-Testi; PostHoc:Tukey, LSD

Anneannelerin ruhsal hastalıklara yönelik inanç ölçeği toplam puanları yaş, aile yapısı, eğitim durumu, yakın çevrede ruhsal hastalığı olan birey varlığı, daha önce ruhsal hastalıklar hakkında bilgi edinme durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). En uzun yaşanan yer köy olanların ruhsal hastalıklara yönelik inanç toplam puanları ($x=63,37$), en uzun yaşanan yer ilçe ve şehir olanların ruhsal hastalıklara yönelik inanç toplam puanlarından ($x=49,91$) yüksek bulunmuştur ($t=2,288$; $p<0,05$; $d=0,874$; $\eta^2=0,168$).

Anneannelerin ruhsal hastalıklara yönelik inanç ölçeği tehlikelilik alt boyut puanları yaş, aile yapısı, eğitim durumu, daha önce ruhsal hastalıklar hakkında bilgi edinme durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). En uzun yaşanan yer durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p>0,05$). En uzun yaşanan yer köy olanların tehlikelilik puanları ($x=27,50$), en uzun yaşanan yer ilçe ve şehir tehlikelilik puanlarından ($x=23,00$) yüksek bulunmuştur ($t=2,278$; $p<0,05$; $d=0,870$; $\eta^2=0,166$). Yakın çevrede ruhsal hastalığı olan birey varlığı durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p>0,05$). Yakın çevrede ruhsal hastalığı olan bireye sahiplerin tehlikelilik puanları ($x=29,28$), yakın çevrede ruhsal hastalığı olan bireye sahip olmayanların tehlikelilik puanlarından ($x=24,33$) yüksek bulunmuştur ($t=2,177$; $p<0,05$; $d=0,950$; $\eta^2=0,154$).

Anneannelerin ruhsal hastalıklara yönelik inanç ölçeği çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt boyut puanları yaş, aile yapısı, eğitim durumu, yakın çevrede ruhsal hastalığı olan birey varlığı, daha önce ruhsal hastalıklar hakkında bilgi edinme durumuna göre anlamlı farklılık göstermezken ($p>0,05$) en uzun yaşanan yer durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p>0,05$). En uzun yaşanan yer köy olanların çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma puanları ($x=33,81$), en uzun yaşanan yer ilçe ve şehir çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma puanlarından ($x=25,41$) yüksek bulunmuştur ($t=2,226$; $p<0,05$; $d=0,850$; $\eta^2=0,160$).

Anneannelerin ruhsal hastalıklara yönelik inanç ölçeği utanma alt boyut puanları yaş, aile yapısı, eğitim durumu, en uzun yaşanan yer, yakın çevrede ruhsal hastalığı olan birey varlığı, daha önce ruhsal hastalıklar hakkında bilgi edinme durumuna göre anlamlı farklılık göstermezken ($p>0,05$), eğitim durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p>0,05$). Okur-yazar olmayanların utanma puanları ($x=3,16$), eğitim durumu okur-yazar utanma puanlarından ($x=0,81$) yüksek bulunmuştur ($t=2,656$; $p<0,05$; $d=1,014$; $\eta^2=0,213$).

Tablo 4.5.2. Anneannelerin Damgalama Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Dağılımı

Demografik Özellikler	n	Damgalama Toplam	Ayrımcılık ve Dışlama	Etiketleme	Psikolojik Sağlık	Önyargı
Yaş						
60-70	18	57,22±17,66	10,94±5,05	16,33±6,13	14,55±5,11	15,38±3,23
71-80	10	60,40±26,05	11,70±6,92	16,20±8,86	14,30±6,84	18,20±4,98
t=		-0,385	-0,332	0,047	0,112	-1,813
p=		0,704	0,743	0,963	0,911	0,081
Aile Yapısı						
Çekirdek	16	63,62±22,43	12,68±6,99	17,81±7,41	15,93±5,87	17,18±3,78
Diğer	12	51,33±16,22	9,25±2,26	14,25±6,29	12,50±4,94	15,33±4,41
t=		1,606	1,633	1,340	1,637	1,195
p=		0,120	0,081	0,192	0,114	0,243
En Uzun Yaşanılan Yer						
Köy	16	63,87±15,13	11,56±4,13	18,43±5,39	15,75±4,55	18,12±3,00
İlçe ve Şehir	12	51,00±25,05	10,75±7,44	13,41±8,19	12,75±6,70	14,08±4,31
t=		1,690	0,369	1,956	1,412	2,924
p=		0,103	0,715	0,061	0,170	0,007
Eğitim Durumu						
Okur-yazar Değil	12	60,83±19,58	11,33±6,66	17,08±5,36	14,91±4,85	17,50±3,80
Okur-yazar	16	56,50±21,80	11,12±5,04	15,68±8,23	14,12±6,34	15,56±4,22
t=		0,543	0,094	0,510	0,360	1,252
p=		0,592	0,926	0,614	0,722	0,222

Tablo 4.5.2. Anneannelerin Damgalama Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Dağılımı (Devam).

Demografik Özellikler	n	Damgalama Toplam	Ayrımcılık ve Dışlama	Etiketleme	Psikolojik Sağlık	Önyargı
			Ort±SS			
Yakın Çevrede Ruhsal Hastalığı Olan Birey Varlığı						
Evet	7	57,14±14,93	9,85±3,38	16,85±4,59	14,42±3,86	16,00±4,54
Hayır	21	58,76±22,50	11,66±6,26	16,09±7,80	14,47±6,23	16,52±4,04
t=		-0,177	-0,724	0,243	-0,019	-0,288
p=		0,861	0,476	0,810	0,985	0,776
Daha Önce Ruhsal Hastalıklar Hakkında Bilgi Edinme						
Evet	13	51,53±18,09	9,69±4,30	14,53±6,38	12,46±5,36	14,84±3,55
Hayır	15	64,26±21,41	12,53±6,50	17,80±7,48	16,20±5,50	17,73±4,16
t=		-1,684	-1,340	-1,230	-1,813	-1,956
p=		0,104	0,192	0,230	0,081	0,061

F: Anova Testi; t: Bağımsız Gruplar T-Testi; PostHoc:Tukey, LSD

Anneannelerin damgalama ölçeği toplam puanları ile ayrımcılık ve dışlama, etiketleme, psikolojik sağlık alt boyut puanları yaşı, aile yapısı, en uzun yaşılan yer, eğitim durumu, yakın çevrede ruhsal hastalığı olan birey varlığı, daha önce ruhsal hastalıklar hakkında bilgi edinme durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Anneannelerin damgalama ölçeği önyargı alt boyut puanları yaşı, aile yapısı, eğitim durumu, yakın çevrede ruhsal hastalığı olan birey varlığı, daha önce ruhsal hastalıklar hakkında bilgi edinme durumuna göre anlamlı farklılık göstermezken ($p>0,05$), en uzun yaşılan yer durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p>0,05$). En uzun yaşılan yer köy olanların önyargı puanları ($x=18,12$), en uzun yaşılan yer ilçe ve şehir olanların önyargı puanlarından ($x=14,08$) yüksek bulunmuştur ($t=2,924$; $p<0,05$; $d=1,117$; $\eta^2=0,247$).

Tablo 4.6. Kuşaklar ile Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnanç ve Damgalama Puanları Arasında Korelasyon Analizi

	Kuşak	
Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnanç Toplam	r	0,325**
	p	0,004
Damgalama Toplam	r	0,335**
	p	0,002

*<0,05; **<0,01; Korelasyon Analizi

Kuşak, ruhsal hastalıklara yönelik inanç toplam, damgalama toplam, puanları arasında korelasyon analizleri incelendiğinde; ruhsal hastalıklara yönelik inanç toplam ile kuşak arasında $r=0.325$ pozitif zayıf ($p=0,004<0.05$), damgalama toplam ile kuşak arasında $r=0.335$ pozitif zayıf ($p=0,002<0.05$) düzeyde korelasyon bulunmuştur.

Tablo 4.7. Kuşakların Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnanç ve Damgalama Üzerine Etkisi

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	β	t	p	F	Model (p)	R²
Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnanç Toplam	Sabit	48,155	28,937	0,000	8,767	0,004	0,045
	Kuşak	4,855	2,961	0,004			
Damgalama Toplam	Sabit	49,644	36,494	0,000	9,624	0,002	0,049
	Kuşak	4,158	3,102	0,002			

Lineer Regresyon Analizi

Kuşak ile ruhsal hastalıklara yönelik inanç arasındaki neden sonuç ilişkisini belirlemek üzere yapılan regresyon analizi anlamlı bulunmuştur ($F=8,767$; $p<0,05$). Ruhsal hastalıklara yönelik inanç toplam düzeyindeki toplam değişim %4,5 oranında kuşak tarafından açıklanmaktadır ($R^2=0,045$). Kuşak ruhsal hastalıklara yönelik inanç toplam düzeyini arttırmaktadır ($\beta=4,855$). Diğer bir ifade ile kuşakta geçmişe doğru bir birimlik artış ruhsal hastalıklara yönelik inançta 4,85 birim artışa neden olmaktadır.

Kuşak ile damgalama arasındaki neden sonuç ilişkisini belirlemek üzere yapılan regresyon analizi anlamlı bulunmuştur ($F=9,624$; $p<0,05$). Damgalama toplam düzeyindeki toplam değişim %4,9 oranında kuşak tarafından açıklanmaktadır ($R^2=0,049$). Kuşak damgalama toplam düzeyini arttırmaktadır ($\beta=4,158$). Diğer bir ifade ile kuşakta geçmişe doğru bir birimlik artış damgalamada 4,15 birim artışa neden olmaktadır.

5. TARTIŞMA

Kadınlarda ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve damgalamanın kuşaklararası aktarımını belirlemek amacıyla yapılan bu araştırma ilgili literatür ile tartışılmıştır.

5.1. Öğrenci, Anne ve Anneannelerin Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırmanın bulguları doğrultusunda öğrenciler, ruhsal hastalığı olan bireylere karşı en yüksek oranda tedirginlik, şefkat ve merak; anneler ve anneanneler şefkat, tedirginlik acıma ve korku duygularını hissetmektedirler. Literatüre bakıldığında benzer sonuçlar elde edilmiştir (Öztürk ve ark. 2015; Günay ve ark. 2016; Murat ve ark. 2020; Şengün İnan ve ark. 2020; Huang ve ark. 2020; Ran ve ark. 2021; Ciydem ve Avcı 2022). Öğrencilerin yüksek düzeyde tedirginlik hissetmelerinin sebebi birinci sınıf öğrencisi olmaları, ruhsal hastalıklara yönelik eğitim almamış olmaları olduğu düşünülmüştür. Anne ve anneannelerin yüksek düzeyde şefkat duygusu hissetmelerinin sebebi anne olmanın şefkatle yakından ilişkisinin olması ayrıca ruhsal hastalıklara yönelik eğitim almamış olmaları olduğu düşünülmüştür. Gür ve Küçük (2016), ruhsal hastalığı olan bireylere karşı kadın cinsiyetinde iyimserlik ve şefkat duygusunun baskın olduğunu belirtmişlerdir.

Öğrenciler ruhsal hastalıklar hakkında bilgi edinme yollarından yüksek oranda internet araştırması ve sosyal medyayı; anne ve anneanneler ise geleneksel medya (Gazete, TV vb.) ve arkadaş aracılığını kullandıklarını belirtmişlerdir. Yaş farkından da kaynaklı olarak öğrencilerin teknolojiye daha yakın olmaları sebebi ile ruhsal hastalıklar hakkında bilgi edinirken internet araştırmasını sıklıkla kullanırken, anneanneler geleneksel medyayı kullandıkları düşünülmüştür. Görgün Baran (2019), göre de bunun sebebinin internet kullanımı açısından büyük ebeveynler ve gençler arasında farklılıkların olması büyük ebeveynlerin internet kullanımı için gerekli internet ve ekipmanlara sahip olmaması ve olsa da kullanma yeteneğine sahip olmamaları olarak düşünülmüştür.

Öğrenciler, anneler ve anneanneler ruhsal hastalıkların oluşum sebeplerine çocukluktan kalan travmaların, genetik geçişin ve geçirilmiş hastalıkların neden olduğunu düşünmüşlerdir. Buna ek olarak anneanneler düşük oranda olsa da tanrıdan gelen ceza ve doğüstü güç olduğunu düşünmektedirler. Bunun sebebinin ruhsal hastalıklar ile ilgili mutlak doğru bilgi sahibi olmamaları, öğrencilerin ve annelerin

yüksek oranda, anneannelerin ise tamamının daha önce ruhsal hastalıklarla ilgili eğitim almamaları olarak düşünülmüştür. Ruhsal hastalıklar ile ilgili eğitim almamaları ve mutlak doğru bilgiye sahip olmamanın ruhsal hastalığı olan bireylerin tehlikeli ve öngörülmez bireyler olarak algılanması tedirginlik duygusunun yaşanmasına neden olmaktadır (Öztürk ve ark. 2015; Günay ve ark. 2016; Murat ve ark. 2020; Şengün İnan ve ark. 2020; Ciydem ve Avcı 2022). Ruhsal hastalıklara hakkında doğru bilgiye ulaşmak bireylerde ruhsal hastalıklara karşı daha olumlu inanç ve tutum oluşturmaktadır. Olumlu inanç ve tutum geliştirme de aynı düzeyde damgalama davranışının önüne geçmektedir (Öztürk ve ark. 2015; Günay ve ark. 2016; Murat ve ark. 2020; Şengün İnan ve ark. 2020; Huang ve ark. 2020; Ran ve ark. 2021; Ciydem ve Avcı 2022).

5.2. Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnanç Ölçeği ve Alt Boyutlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Ebeveynlik, ülkemizin en önemli toplumsal rollerinden biri olarak görülmektedir. Türk kültüründe büyük ebeveynler, kentsel yaşamın, iş hayatının zorlukları göz önüne alındığında torunların bakımını üstlenmektedirler. (Arpacı ve Tezel Şahin 2015). Büyük ebeveynler torunları için rol model olabilmektedirler. Torunlarına bakım ve sevgi verirken onlara geçmiş yaşamın getirdiği bilgi ve tecrübelerine dayanarak pek çok şey öğretmektedirler. Pek çok çocuk büyük ebeveynleri ile karşılıklı yoğun bir etkileşim halindedir. Fakat kuşakların değişimi ile ebeveynler ile çocuklar arasındaki bu ilişkinin boyutu da değişmektedir. Pekesen ve ark. (2021) göre, yaşam süresinin uzaması ile birçok kuşak eş zamanlı var olabilmektedir. Zamanın ilerlemesi, teknolojinin hızla gelişmesi ile büyük ebeveynler ve alt kuşakları arasında kuşak farklılığı ve sosyal sınırlılıklar meydana gelebilmektedir. Bu bağlamda dönemin getirdiği değerler ve inançlar zamanla değişebilmektedir. Büyük ebeveynler değişime uğrayan kültürel yapıyı kabul etmek de zorluk yaşamaktadırlar. Kuşaklararası görüş farklılıklarına sebep olmaktadır.

Öğrenciler, anneler ve anneannelerden oluşan üç kuşağa göre; ruhsal hastalıklara yönelik inanç ölçeği toplam puanları, anlamlı farklılık göstermektedir. Farkın sebebi, anneannelerin ruhsal hastalıklara yönelik inanç toplam puanlarının öğrencilerin puanlarından yüksek olmasındandır. Bazı çalışmalar da yaş ilerledikçe bireylerin ruhsal hastalıklara karşı daha olumlu tutum geliştirdikleri görülmüştür (Çam ve Bilge 2013). Fakat bu çalışma literatüre tezat bir bulgu ortaya koymuştur.

Anneannelerin ruhsal hastalıklara yönelik inanç puanları annelerden, annelerin ruhsal hastalıklara yönelik inanç puanları öğrencilerin ruhsal hastalıklara yönelik inanç puanlarından yüksek bulunmuştur. Yaş ilerledikçe ruhsal hastalıklarla ilgili deneyimler ile ruhsal hastalığı olan bireylere karşı daha olumlu tutumlar oluşturulurken, bazen ise olumsuz tutumlar ve reddedilme davranışı gösterilebilmektedir (Malas 2019). Bu durum da kadınların zihinsel olarak sağlıklı bir toplum yaratmada ve sürdürmede önemli bir rolü olduğunu düşündürmektedir.

Öğrenciler, anneler ve anneannelerden oluşan üç kuşağa göre; çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma puanları arasında anlamlı bir farklılık vardır. Farkın sebebi anneannelerin çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma puanlarının öğrencilerin puanlarından ve annelerin çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma puanlarının öğrencilerin puanlarından yüksek olmasındandır. Anneannelerin puanlarının kız öğrencilerin puanlarından yüksek olmasının sebebi eğitim durumu, ruhsal hastalıklar hakkında bilgi sahibi olma durumlarının birbirinden farklı olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Anneannelerin yarısından fazlası ruhsal hastalıklar hakkında bilgi edinmemiş olup öğrencilerin üçte ikisi ruhsal hastalıklar hakkında bilgi edinmiştir. Ayrıca anneannelerin tamamının ruhsal hastalıklar hakkında hiçbir eğitim almadıkları, öğrencilerin üçte ikisinin ise ruhsal hastalıklar hakkında daha önce eğitim aldıkları görülmüştür.

Yakın çevresinde ruhsal hastalığı olan birey varlığında utanma puanları yakın çevrede ruhsal hastalığı olan birey olmayanların utanma puanlarından düşük bulunmuştur. Ruhsal hastalıklar hakkında doğru bilgi sahibi olmak, ailesinde veya yakın çevresinde ruhsal hastalığı olan bireylerle yakın temas kurmak olumsuz inanç ve tutumların önüne geçebilir, damgalamayı azaltabilir. Böylece ruhsal hastalıklar, fiziksel hastalıklarda olduğu gibi “hastalık” olarak değerlendirilebilir, ruhsal hastalığı olanlarda “insan” olarak değerlendirilebilir ve utanç duygusunun önüne geçilebilir. Günay ve ark. (2016), yaptığı çalışmanın bulguları doğrultusunda öğrencilerin ruhsal hastalıklara yönelik inançlarının olumluya yakın olduğu bu durumun öğrencilerin ailesinde ve çevresinde herhangi bir ruhsal hastalık olmasının bu inancı etkilediği görülmüştür. Arslantaş ve ark. (2021), ortaöğretim öğretmenlerinde yaptıkları çalışmada yakın çevresinde ruhsal hastalığa sahip bir bireyin olması, ruhsal hastalıklara olan bakış açısını daha olumlu etkilediği, ruhsal hastalıklara yönelik

inançlar olumsuzlaştıkça ruhsal hastalığa sahip bireylere yönelik sosyal mesafenin de arttığı görülmüştür.

Okur-yazar olmayan anneannelerin utanma puanları, okuryazarların utanma puanlarından yüksek bulunmuştur. Bireylerin sahip oldukları eğitim önemli bir faktördür. Ruhsal hastalıklara karşı olumsuz inanç ve damgalamanın önüne geçmede eğitimin önemli olduğu görülmüştür. Eğitim sayesinde ruhsal hastalıklara karşı gelişen stereotipiler gerçek bilgi ile değişecektir. Bu sebeple ruh sağlığı okuryazarlığının bu yaş grubunda geliştirilmesi gerektiği düşünülmektedir. Çalışmaya katılan anneannelerin eğitim durumu da göz önüne alındığında, anneannelerin yarısına yakını okur-yazar değildir. Geri kalan diğer kısım ise ilkokul mezunudur. Bu sebeple daha olumsuz tutum geliştirdikleri düşünülmektedir.

Kırcı Ercan ve Delibaş (2020), psikolojik danışmanlar üzerinde yaptıkları çalışmada; psikolojik danışmanların toplum temelli eğitim almalarına karşın ruhsal hastalıklara sahip bireyleri tehlikeli olarak algıladıkları, Çekiç ve Yüksel (2021), hemşirelik öğrencilerinin ruhsal hastalık kavramına ilişkin çalışmanın sonucuna göre; öğrencilerin ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz yönlü metaforlarının oldukça fazla olduğu, Yıldırım ve ark. (2018), acil serviste çalışan hemşirelerin ruhsal hastalıklara yönelik orta düzeyde denilebilecek bir inanç ve tutuma sahip oldukları, Arslantaş ve ark. (2019), lise öğrencilerin ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz inancın ve aynı şekilde mesafe koyma eğiliminin fazla olduğu, Fekih Romdhane ve ark. (2021), hemşirelik öğrencileri ve sağlık hizmeti dışından öğrenciler arasında ruhsal hastalığı olan kişilere yönelik bilgi, tutum ve davranışların incelendiği bir çalışmada; hemşirelik öğrencileri arasında, sağlık hizmeti vermeyen öğrencilere göre daha fazla olumsuz tutum eğilimi olduğu görülmüştür. Gerçekten de hemşirelik öğrencileri, sağlık hizmeti vermeyen öğrencilere göre ruhsal hastalıklar hakkında daha aşina ve bilgili olmalarına rağmen, ruhsal hastalığı olan kişilere karşı iki boyutta önemli ölçüde daha fazla olumsuz inanç ve tutuma sahip olma eğiliminde oldukları belirtilmiştir.

Duman ve ark. (2017), yaptığı çalışma da geleneksel öğrenme yerine probleme dayalı öğrenme yöntemi ruhsal hastalıklara karşı olumlu tutum geliştirmede daha etkili olduğu belirtilmiştir. Şengün İnan ve ark. (2020), akran eğitim programının üniversite öğrencilerinin ruhsal hastalıklara yönelik inançlarına etkisinin incelendiği bu çalışmada; akran eğitiminin ruhsal hastalıklara yönelik inançlarında olumlu yönde değişimler oluşturduğu, yapılan bir çalışma da ise; psikiyatri hemşireliği dersinin

öğrencilerin ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz inançlarını azaltmada ve olumlu psikiyatri hemşireliği algılarını artırmada etkili olduğunu göstermiştir. Bu bağlamda, hemşirelik öğrencilerinin eğitimlerinin ilk yıllarından itibaren ruhsal hastalıklara ve psikiyatri hemşireliğine yönelik tutumlarını ve onları etkileyen faktörleri inceleyen çalışmaların yapılması ruhsal hastalıklara olan tutumlarının ve farkındalıklarının artırılması önemlidir (Ciydem ve Avcı 2022). Benzer bir çalışmada ise; psikiyatri hemşireliği dersinin öğrencilerin ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz inançlarını azaltmada ve olumlu psikiyatri hemşireliği algılarını artırmada etkili olduğunu, Çingöl ve ark. (2020), psikiyatri hemşireliğine yönelik hastanelerdeki uygulama, öğrencilerin ruh sağlığı sorunlarına yönelik inanç ve tutumlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa yol açmamış, yine de ruh sağlığı sorunlarına yönelik inançlar üzerinde olumlu etkileri olduğu ve demografik ve bireysel farklılıkların etkilerini ortadan kaldırarak olumlu bir değişime sebep olduğu, Esen Danacı ve ark. (2016), psikiyatri ile ilgili teorik ve klinik anlamda eğitim görmemiş tıp fakültesindeki öğrencilerin şizofreniye yönelik tutumlarının incelendiği beş yıllık bir izlem çalışmasında, beşinci sınıfta psikiyatri stajı sonrasında şizofreni hastalıklarına karşı tutumların olumlu yönde değiştiği görülmüştür.

5.3. Damgalama Ölçeği ve Alt Boyutlara İlişkin Bulguların Tartışılması

Öğrenciler, anneler ve anneannelerden oluşan üç kuşağa göre; damgalama toplam puanları, ayrımcılık ve dışlama, etiketleme puanları, psikolojik sağlık puanları anlamlı farklılık göstermektedir. Farkın sebebi, üst kuşakların damgalama puanlarının, etiketleme puanlarının, psikolojik sağlık puanlarının öğrencilerin puanlarından yüksek olmasındandır. Damgalama toplam puanının alt kuşaklara inildikçe azaldığı görülmektedir. Bunun sebebi ise; teknolojinin ilerlemesi ile çok çeşitli kaynaklardan bilgiye kısa sürede ve doğru bir şekilde ulaşma imkânı ve eğitim seviyesinin yükselmesi ile daha farkındalık sahibi bireylerin yetişmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Damgalama ile ilgili olarak yapılan çalışmalara göre yetişkin bireylerin üstüne daha genç kesimlerde ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz inanç ve damgalama davranışı görülmektedir (Şengün İnan ve ark. 2020). Ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz inanç ve damgalamaya ilişkin eğilimlerinin çalışmamızla tezat sonuçları ortaya koymuştur.

Daha önce ruhsal hastalıklar hakkında bilgi edinen öğrencilerin etiketleme puanları edinmeyenlerin etiketleme puanlarından düşük bulunmuştur. Daha önce

ruhsal hastalıklar hakkında bilgi edinen annelerin utanma puanları edinmeyen annelerin utanma puanlarından düşük bulunmuştur. Ruhsal hastalıklar hakkında bilgi edinmek, ruhsal hastalıkların gerçekte nasıl bir hastalık olduğunun semptomlarını ve semptomların getirmiş olduğu sürecin daha net anlaşılmasına ve böylelikle olumsuz inanç ve tutumların azalmasına, damgalama davranışının önüne geçmede önemli olduğu düşünülmektedir. Oban ve Küçük (2011), yaptıkları çalışmaya göre; cinsiyet, ekonomik durum, yakın çevrede ruhsal hastalığı olan birey varlığı gibi faktörler arasında anlamlı fark bulunmazken, daha önce ruhsal hastalıklar hakkında bilgi alma noktasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Murat ve arkadaşlarının yaptığı çalışma sonuçları göstermiştir ki; erkek bireylerde damgalama oranları ve ruhsal hastalıklar konusunda eğitim almamış öğrencilerin damgalama oranlarının daha yüksek olduğu görülmüştür (Murat ve ark. 2020). Öğrenciler tarafından grup oluşturularak yapılan ruh sağlığı bozuklukları ile ilgili kısa filmlerin, ruhsal hastalığı olan hastanın damgalanmasını önlemede olumlu bir etkiye sahip olduğu ve öğrenciler, ruh sağlığı ve ruhsal hastalıklarla ilgili kısa filmler çekerek, ruhsal hastalığı olan hastaların damgalanmalarını önleyen empati kurmayı öğrendiği görülmüştür (Bilge ve Palabiyik 2017). Bu bağlamda, hemşirelik öğrencilerinin eğitimlerinin ilk yıllarından itibaren ruhsal hastalıklara ve psikiyatri hemşireliğine yönelik tutumlarını ve onları etkileyen faktörleri inceleyen çalışmaların yapılması ve damgalanma ile mücadele konusunda farkındalıklarının artırılması önemlidir (Ciydem ve Avcı 2022).

Antistigma müdahalelerin yapıldığı pek çok çalışmada göstermiştir ki, damgalama sürecinde eğitimin önemi yadsınamaz. Eğitim ruhsal hastalıkların toplum tarafından daha net anlaşılmasını sağlar. Damgalama da farkındalık düzeyleri oluşacak damgalama davranışının yıkıcı etkisi azalacaktır (Ebrahimi ve ark. 2017; Açıkgoz ve Akkuş 2018; Samari ve ark. 2018; Üstün ve Şengün İnan 2018; Asan 2019; Çingöl ve ark. 2020; Murat ve ark. 2020; Hansen ve ark. 2021; Latifeh ve ark. 2021; Tergesen ve ark. 2021). Damgalama ile mücadelede bir eğitimin uygulandığı bir çalışmada, öğrenciler pek çok proje üretmişler ve damgalama ile mücadelede görev üstlenmişlerdir. Uygulama sonunda ise öğrenciler, önyargıya ve damgalamaya ilişkin belli farkındalık düzeylerinin oluştuğunun, sorumluluk bilincinin arttığını belirtmişlerdir (Üstün ve Şengün İnan 2018). Büyükbayram Arslan ve ark. (2020), çalışmasında ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği dersi alan öğrencilerin damgalamaya ilişkin olumlu tutum ve inanç geliştirme anlamında daha iyi düzeyde olduğu ve hem

teorik hem klinik uygulama becerisini geliştiren öğrencilerin sorumlulukların farkında olduğu damgalama davranışına ilişkin farkındalıklarının genişlediği, Thonon ve ark. (2016), ruhsal hastalıklardan biri olan şizofreni ile alakalı olan bir belgeselin damgalamanın bilişsel, duyuşsal ve davranışsal boyutlarına etkisinin deney ve kontrol grubu ile değerlendirildiği çalışmada; sadece deney grubundaki katılımcıların olumsuz inançlarında ve sosyal mesafe davranışında azalma olduğu belirtilmiştir. Bu da deneyimlenen bir olayın bile bireyde inançların ve tutumların değişmesine katkıda bulunduğunu göstermektedir.

5.4. Ölçeklerin Öğrenci, Anne ve Anneannelerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Dağılımına İlişkin Bulgularının Tartışılması

Öğrencilerin damgalama toplam puanları ve ayrımcılık ve dışlama puanları, annelerin damgalama toplam puanları, etiketleme puanları, psikolojik sağlık puanları en uzun yaşanan yere göre anlamlı farklılık göstermektedir. Farkın sebebi, en uzun yaşanan yer köy olanların şehir, büyükşehirde yaşayanlardan ve en uzun yaşanan yer ilçe olanların şehir ve büyükşehir olanların puanlarından yüksek olmasındandır. Çalışmamıza ters bir bulgu ise Tümer ve ark. (2019), çalışmasında; kentsel bölgede yetişen bireylerin, kırsal çevrede yetişen bireylere oranla ruhsal hastalıklara daha olumsuz inanç ve tutum geliştirdikleri görülmüştür. Kentsel bölgede yetişenlerin dışlama alt ölçek puanları kırsal kesimde yetişenlerin puanlarından yüksek bulunmuştur. Taşkın ve ark. (2006), kırsal kesimde etiketleme ve damgalama davranışının kentsel bölgelere oranla daha önemli düzeyde olduğu görülmüştür. Kırsal kesimde yaşayan halkı ruhsal hastalıklara yönelik tutumları genel olarak daha olumsuzdur. Kentte daha fazla olumsuz inanç ve damgalamanın görülmesini sebebi, kentsel bölgelerde endüstriyellemenin getirdiği yaşam tarzı, apartman hayatları, kişilerarası ilişkilerde azalma, ata ekil yapıdan uzaklaşma ve daha bağımsız yaşam tarzını benimsemenin bunun bir sonucunun olabileceği düşünülmüştür.

Birçok çalışma sosyo demografik değişkenlerin ruhsal hastalıklara yönelik inançlara olan etkisinin incelendiği çalışmalarda yaş, cinsiyet, sosyoekonomik durum, eğitim düzeyi gibi faktörler incelenmiştir (Taşkın ve Özmen 2004; Akgün Çıtak ve ark. 2010; Ünal ve ark. 2010; Sari ve Yuliastuti 2018). Bazı araştırmalar hemşirelik öğrencileri arasında akıl hastalığına yönelik tutumları etkileyen faktörleri incelemiş ve yaş, cinsiyet, etnik köken, eğitim düzeyi ve aile gelirinin akıl hastalığına yönelik tutumlarla ilişkili olduğunu bildirmiştir (Akgün Çıtak ve ark. 2010; Ünal ve ark. 2010;

Sari ve Yuliastuti 2018). Bazı sosyodemografik özelliklerin ruhsal hastalıklara yönelik tutumları etkilemediğine yönelik bilgilerde bulunmaktadır (Taşkın ve Özmen 2004; Akgün Çıtak ve ark. 2010; Günay ve ark. 2016; Şahin Tarım ve Yılmaz 2018; Arslantaş ve ark. 2019). Murat ve ark. (2020) yaptığı çalışmanın sonuçlarına göre; erkeklerin kadınlara göre damgalanma olasılığı daha yüksek olduğu bulunmuştur. Tam tezat bir çalışma sonuçları ise; kadın hemşirelik öğrencilerinin erkek hemşirelik öğrencilerine göre daha olumlu olduğunu bulmuşlardır (Günay ve ark. 2016). Bu çalışmaların aksi yönünde; Sönmez ve ark. (2018) çalışmalarında cinsiyet ile ruhsal hastalığa yönelik inançlar arasında anlamlı bir ilişki bulamamışlardır. Aynı sonuçlara benzer şekilde Oban ve Küçük (2011), çalışmasında da cinsiyet arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Bu çalışma, kadın cinsiyet üzerinden ilerlediği için cinsiyetin belirleyiciliği yoktur.

5.5. Öğrenci, Anne ve Anneanneden Oluşan Üç Kuşak Arasında İlişkinin Tartışılması

Kuşaklar literatürde “Sessiz Kuşak, Baby Boomers, X Kuşağı, Y Kuşağı, Z Kuşağı ve Alfa Kuşağı” olarak sınıflandırılmıştır. Çalışmamız X, Y ve Z kuşağı üzerinden ilerlemektedir. Toplumun yaşam tarzları, hayata bakış açıları, beklentileri, değer ve yargıları kuşaklara göre değişiklik göstermektedir (Azak ve ark. 2018; Alan ve ark. 2020).

X kuşağı, 1965-1980 yılları arasında doğan kuşaktır. “Kayıp kuşak” olarak da bilinmektedir. X kuşağı hedef odaklı çalışmayı seven, esnek, dengeli, bireyselci, bağlılıkları zayıftır. Kendilerini topluma zıt olarak görmektedirler. Y kuşağı, 1980-2000 yılları arasında doğan kuşaktır. “Gelecek kuşağı”, “Dijital kuşak” olarak da bilinmektedir. Y kuşağı değişime kolayca uyum sağlayabilen, teknolojiyi kullanmada daha başarılı, bilgiye kolay ve hızlı erişebilen, öğrenme arzusuna sahip, fikir paylaşımına açık ve yenilikçi özelliklere sahiptir. Z kuşağı, 2000 yılından sonraki yıllarda doğan kuşaktır. “İnternet kuşağı” ve “Kristal kuşak” olarak da bilinmektedir. Z kuşağı gerçekçi, yaratıcı, işbirlikçi olma bilgiyi hızlı işleme, teknolojik ürünleri fazla kullanma özelliklerine sahiptir (Çetin ve Karalar 2016; Yılmaz Esencan ve Özdil 2017; Sarıoğlu Özmen 2017; Alan ve ark. 2020).

Kuşak ile ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve damgalama arasında pozitif zayıf bir ilişki bulunmuştur. Kuşak ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve damgalama düzeyini

arttırmaktadır. Ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve damgalama düzeyi yaş arttıkça artmaktadır. Tutumlara en fazla etki eden sosyodemografik etmenlerden birisinin yaş olduğu ve genellikle daha genç olmanın daha olumlu tutumlarla ilişkilendirildiği belirtilmektedir. Ayrıca ruhsal hastalıkları tanıma, tedavi ve prognoz konusunda yaşlıların daha bilgisiz ve kötümser olduğu, tedaviye başvurma ve ilaç tedavisi konusunda daha dirençli olunduğu, hastaların tehlikeli olabileceği inancının daha yüksek olduğu, yaşlıların toplum baskısı ve etiketlenme konusunda daha fazla endişe duydukları ve hoşgörüsüz olunduğu belirtilmektedir (Taşkın ve Özmen 2004; Baral ve ark. 2022). Literatürde ülkemizde z kuşak olarak tanımlayacağımız lise ve üniversite öğrencileri ile yapılan çeşitli çalışmalarda ruhsal hastalıklara yönelik inanç (Dal ve ark. 2018; Şahin Tarım ve Yılmaz 2018; Arslantaş ve ark. 2019; Duman ve ark. 2019; Köşger ve Altınöz 2019; Malas ve Kırpınar 2019; Çalık Koyak ve Arslantaş 2020) damgalama (Toker Uğurlu ve ark. 2020; Erdoğan ve ark. 2021) düzeyleri ve x ve y kuşak olarak tanımlayacağımız yetişkin gruplarda ruhsal hastalıklara yönelik inanç (Yıldırım ve ark. 2018; Demir Gökmen ve Okanlı 2019; Kırıcı Ercan ve Delibaş 2020) ve damgalama (Eker ve ark. 2010; Çam ve ark. 2014) düzeyleri ile ilgili çelişkili sonuçlara rastlanmıştır. Kuşak vurgusu açısından bu çalışmanın tersi olarak Büyükbayram ve ark. (2017), yaptıkları psikiyatri kliniğinde çalışanlar üzerinde yaptıkları çalışmada, y kuşağı hemşirelerin x kuşağı hemşirelerine göre ruhsal hastalıklara karşı daha olumsuz tutuma sahip oldukları ancak alkol ve madde kullanan bireylere karşı daha olumlu bir tutuma sahip olduklarını bulmuşlardır. Eğitim seviyesinin yükselmesinin ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz inanç ve damgalama düzeyinin azalmasının bir sonucu olduğunu düşündürmektedir. Z kuşağı, sosyal medyayı, sosyalleşme dışında ağırlıklı olarak araştırma ve iş birliği yapmak için kullanmaktadır (Sarıoğlu ve Özgen 2018). Ayrıca genç nesillerin daha yüksek düzeyde sağlık ve ruh sağlığı okuryazarlığına sahip olduğu, ruhsal hastalıkların belirti ve bulgularını daha iyi tanımlayabildikleri ve nereden yardım arayabilecekleri konusunda bilgi sahibi oldukları belirtilmektedir (Akalin ve ark. 2021, Baral ve ark. 2022). Bu durumun ruhsal hastalıklara yönelik inancın ve damgalamanın genç yaşlarda ileri yaşlardan daha düşük olmasının nedeni olabilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Bu araştırmada kadınlarda ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve damgalamanın kuşaklararası aktarımını belirlemek amacıyla yapılan araştırma bulgularına göre;

Çalışmaya katılan öğrencilerin ruhsal hastalıklara yönelik duygularına bakıldığında sırasıyla tedirginlik, şefkat ve merak duyguları; annelerin ruhsal hastalıklara yönelik duygularına bakıldığında sırasıyla şefkat, tedirginlik ve acıma duyguları; anneannelerin şefkat, acıma ve tedirginlik duyguları hissettikleri, öğrencilerin yarısından fazlası, annelerin yarısı, anneannelerin yarısına yakını daha önce ruhsal hastalıklar ile ilgili bilgi edindikleri, ruhsal hastalıklar ile ilgili daha önce bilgi edinen öğrencilerin yarısından fazlası internet aracılığıyla, annelerin yarıya yakın kısmı internet aracılığıyla, anneannelerin yarısından fazlasının geleneksel medya aracılığıyla bilgi edindiği, ruhsal hastalıkların sebebine ise öğrenciler, anneler ve anneanneler yüksek oranda çocukluktan kalan travmalar yanıtını verdikleri saptanmıştır.

Aile yapısı, en uzun yaşanan yer, eğitim durumu, yakın çevrede ruhsal hastalığı olan birey varlığı, ruhsal hastalıklara yönelik duygularda; utanma, şefkat, merak, ruhsal hastalıklar hakkında bilgi edinme yollarında; internet, sosyal medya, eğitim ruhsal hastalıkların sebeplerinde; çocukluktan kalan travmalar, geçirilmiş hastalıklar ile kuşaklararası arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

Üst kuşakların bir alt kuşağa göre ruhsal hastalıklara yönelik inanç ölçeği toplam ile çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma, damgalama toplam, ayrımcılık ve dışlama, etiketleme ve psikolojik sağlık puanlarının yüksek olduğu saptanmıştır.

Daha önce ruhsal hastalıklar hakkında bilgi edinenlerin etiketleme puanları, daha önce ruhsal hastalıklar hakkında bilgi edinmeyenlerin puanlarından düşük olduğu, yakın çevrede ruhsal hastalığı olan bireye sahiplerin utanma puanları, sahip olmayanlara göre daha düşük olduğu, daha önce ruhsal hastalıklar hakkında bilgi edinenlerin utanma puanlarının, edinmeyenlere göre düşük olduğu saptanmıştır.

Okur-yazar olmayanların utanma puanları, okur-yazar olanların utanma puanlarından yüksek olduğu, yakın çevrede ruhsal hastalığı olan bireye sahip olanların tehlikelilik puanları olmayanların tehlikelilik puanlarından yüksek olduğu saptanmıştır.

Kuşak, ruhsal hastalıklara yönelik inanç toplam düzeyini ve damgalama toplam düzeyini arttırdığı saptanmıştır.

6.2. Öneriler

Kadınlarda ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve damgalamanın kuşaklararası aktarımını belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada öneriler,

- Kuşaklararasıda psikopatolojik kısır döngünün kesintiye uğraması amacı ile ruhsal hastalıklar ile ilgili ailelere verilebilecek eğitimler ile aktarımın önüne geçilebilmesi,

- Ebeveynlere verilecek olan erken ebeveynlik eğitimi neticesinde ebeveynlik davranışlarında değişiklikler olabilir. Ebeveynlere primer koruma kapsamında iyi anne baba olma eğitimi verilmesi bu noktada oldukça önemlidir. Bu bağlamda, psikopatoloji riski olan ailelere ve bireylere yönelik olacak şekilde önleme ve müdahale programlarının, eğitimlerin düzenlenmesi,

- Hem sosyal medya hem geleneksel medyanın gücünden yararlanarak, iş birliği ile psikiyatrinin ve ruhsal bozuklukların medyadaki görünümünü değiştirecek etkinliklerin düzenlenmesi,

- Erkek cinsiyeti üzerinden ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve damgalamanın kuşaklararası aktarımının değerlendirilmesi,

- Kuşaklararası aktarımın doğasının net anlaşılabilmesi için benzer çalışmanın daha büyük bir örneklem büyüklüğü ile üç kuşağın benzer sayılarda temsil ettiği nitel tasarımıyla desteklenmiş bir çalışma ile yinelenmesi,

- Farklı yaş gruplarında ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve damgalamanın önlenmesine yönelik girişimsel çalışmalar yapılması önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

- Huang D, Yang LH, Pescosolido BA. Understanding the public's profile of mental health literacy in China: a nation wide study. *BMC Psychiatry*, 2019; 19: 20.
- Ran MS, Hall BJ, Su TT, Prawira B, Breth-Petersen M, et al. Stigma of mental illness and cultural factors in pacific rimregion: A systematic review. *BMC Psychiatry*. 2021;21(1):8.
- Evli M. Ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve tutum ilişkisinde psikiyatri hemşireliği eğitiminin etkisi. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, 2021; 4(1): 64-74.
- Granados-Gámez G, LópezRodríguez MD, CorralGranados A, Márquez-Hernández VV. Attitudes and beliefs of nursing students toward mental disorder: the significance of direct experience with patients. *Perspect PsychiatrCare*. 2017;53(2):135-43.
- Bekiroğlu, S. Ruhsal hastalığa sahip bireylere yönelik damgalama: Etkileyen faktörlere ve bireyler üzerindeki etkilerine dair kavramsal bir çalışma. *Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*, 2021; 17(33): 595-618.
- Asan Ö. Ruhsal hastalıklar ve damgalama; toplumda, medyada, sağlık çalışanlarında, her yerde... *Sakarya Tıp Dergisi*, 2019; 9(2): 199-205.
- Cotei AG, Ion AI, Damian SI, Neagu M, Ioan BG. Like parent, like child? Considerations on intergenerational transmission of alcoholism. *Revista Romaneasca Pentru Educatie Multidimensionala*, 2014; 6(2): 39-53.
- Özmen S, Erdem R. Damgalamanın kavramsal çerçevesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 2018; 23(1): 185-203.
- Cents, R. "Like mother, like child? Intergenerational transmission of psychopathology; a focus on genes and parenting". Erasmus University Rotterdam, 2016.
- Ceylan B. Temas hipotezine dayalı eğitim programının hemşirelik öğrencilerinde şizofreniye yönelik inanç, damgalama ve sosyal mesafe davranışları üzerine etkisi. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Konya, 2017 (Tez Danışmanı: Prof. Dr. Ayşe Özcan).
- Çetinkaya Duman Z, Ruhsal sağlık ve ruhsal hastalık. *Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Temelleri Kanıta Dayalı Uygulama Bakım Kavramları*, Townsend MC. (ed). Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi, 2016.
- Çingöl N, Karakaş M, Zengin S, Çelebi E. The effect of psychiatric nursing students' internships on their beliefs about and attitudes toward mental health problems; a single-group experimental study, *Nurse Education Today*, 2020; 84: 104243.
- Murat M, Öz A, Güner E, Köse S. The Relationship between University Students' Beliefs toward Mental Illness and Stigmatization. *Florence Nightingale J Nurs*. 2020; 28(2): 194-204.
- <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders> (19.06.2022)
- WHO. Mental health atlas 2017. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2018.
- [World Mental Health Day: an opportunity to kick-start a massive scale-up in investment in mental health \(who.int\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders) (16 Eylül 2021).
- Binbay T, Direk N, Aker T, Akdavar Y, Alptekin K ve ark. Türkiye'de psikiyatrik Epidemiyoloji: Yakın zamanlı araştırmalarda temel bulgular ve gelecek için öneriler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2014; 25(4): 264-81.
- Ciydem E, Avcı D. Effects of the psychiatric nursing course on students' beliefs toward mental illness and psychiatric nursing perceptions in Turkey. *Perspect Psychiatr Care*. 2022;58(1):348-54.
- Erol N, Kılıç C, Ulusoy M. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu Eksen Tanıtım Ltd. Şti. 1998, Ankara.
- Kılıç C. Türkiye'de ruhsal hastalıkların yaygınlığı ve ruhsal tedavi ihtiyacı konusunda neredeyiz? *Toplum ve Hekim*, 2020; 35(3): 179-87.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı. ISBN: 978-975-590-391-0, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 847. Ankara: 2011.

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/42390> (19.06.2022)

<https://www.who.int/publications/i/item/9789240031029> (19.06.2022)

Ruh Sağlığı Yasa Taslağı, <https://psikiyatri.org.tr/uploadFiles/2811201717434-Ruh-Sagligi-Yasa-Taslagi.pdf>, Erişim Tarihi: 29.03.2022.

<https://sozluk.gov.tr/> Erişim Tarihi:18 Haziran 2021.

Samari E, Seow E, Chua BY, Ong HL, Abdin E, et al. Stigma towards people with mental disorders: Perspectives of nursing students. 2018; 32(6): 802-8.

Hansen A, McGarry D, Johnson A, Roche MA. The impact of an undergraduate students' culture on their learning about mental health: A scoping review. *Nurs Health Sci.* 2021;23(2):352-61.

Öztürk A, Kaçan Softa H, Ulaş Karaahmetoğlu G. Kastamonu üniversitesinde öğrenim gören hemşirelik öğrencilerinin ruhsal hastalıklara karşı inançları ve psikiyatri hemşireliği dersinin etkisi. *Uluslararası Hakemli Psikiyatri ve Psikoloji Araştırma Dergisi*, 2015; 4: 146-66.

Dal Ü, Gülerüz İÖ, Ülker E, Demiray T. Hemşirelik öğrencilerinin ruhsal hastalıklara yönelik inançları. *Hemşirelik Bilimi Dergisi*, 2018; 1(2):14-18.

Çekiç Y, Yüksel R. Hemşirelik öğrencilerinin ruhsal hastalık kavramına ilişkin metaforları: Kalitatif bir çalışma. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2021; 12(2): 85-92.

Günay S, Bekitkol T, Beycan Etikli G, Yıldırım S. Bir hemşirelik fakültesindeki öğrencilerin ruhsal hastalıklara yönelik inançlarının belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2016; 7(3): 129-34.

Şengül İnan F, Günüşen N, Çelik İnce S, Çetinkaya Duman Z. Hemşirelik öğrencileri tarafından uygulanan akran eğitim programının üniversite öğrencilerinin ruhsal hastalıklara yönelik inançlarına etkisi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 2020; 13(3): 142-47.

Chang S, Ong HL, Seow E, Chua BY, Abdin E, et al. Stigma towards mental illness among medical and nursing students in Singapore: a cross-sectional study, *BMJ Open* 2017; 7(12): 1-11.

Sari SP, Yuliastuti E. Investigation of attitudes toward mental illness among nursing students in Indonesia. *Int J Nurs Sci.* 2018;5(4):414-18.

Helmus K, Schaars IK, Wierenga H, de Glint E, vanOs J. Decreasing Stigmatization: Reducing the Discrepancy Between "Us" and "Them". An Intervention for Mental Health Care Professionals. *Front Psychiatry.* 2019; 10:243.

Bilge A, Palabiyik Ö. The effect of short films about mental health and disorders on preventing stigmatization in nursing education, *Archives of Psychiatric Nursing*, 2017; 31(1): 88-92.

Malas EM. Ruhsal bozuklara karşı stigma-derleme. *MANAS Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 2019; 8(1): 1203-21.

Arslantaş H, Çalık Koyak H, Sarı E. Lise öğrencilerinin ruhsal hastalıklarına yönelik inanç ve sosyal mesafelerini etkileyen faktörler. *Çukurova Medical Journal*, 2019; 44(4): 1272-83.

Arslantaş H, Abacıgil F, Yüksel R, Adana F, Sarı E, ve ark. Ortaöğretim öğretmenlerinde ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve sosyal mesafeyi etkileyen faktörler. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2021; 24: 523-36.

Tergesen CL, Gurung D, Dhungana S, Risal A, Basel P, et al. Impact of service user video presentations on explicit and implicit stigma toward mental illness among medical students in nepal: A randomized controlled trial, 2021; 18(4):2143.

Ebrahimi H, Jafarabadi MA, Areshtanab HN, Pourabbas M, Dehghan A, et al. Comparing mental illness stigma among nurses in psychiatric and non-psychiatric wards in Tabriz University of Medical Sciences. *Acta Facultatis Medicae Naissensis*, 2017; 34(1): 13-22.

Latifeh Y, Jaredh MW, Nasri L, Shriedy D, Al-Mahdi A, et al. Knowledge, stigma, and beliefs toward mental illnesses among school teachers in Damascus. *Int J SocPsychiatry*, 2021.

Zhang Z, Sun K, Jatchavala C, Koh J, Chia Y, et al. Overview of stigma against psychiatric illnesses and advancements of anti-stigma activities in six asian societies. *Int J Environ Res Public Health.* 2019;17(1):280.

- Çam O, Bilge A. Türkiye’de ruhsal hastalığa/hastaya yönelik inanç, tutum ve damgalama süreci: Sistematik derleme. *Journal of Psychiatric Nursing*, 2013; 4(2): 91-101.
- Avcil C, Bulut H, Sayar GH. Psikiyatrik hastalıklar ve damgalama. *Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 2016; 2(2): 175-202.
- Eiroa-Orosa FJ, Lomascolo M, Tosas-Fernández A. Efficacy of an intervention to reduce stigma beliefs and attitudes among primary care and mental health professionals: two cluster randomised-controlled trials. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(3):1214.
- Fekih-Romdhane F, Saidi M, Chaabane MA, Cheour M. Knowledge, attitude and behaviours toward people with mental illness among Tunisian nursing students and nonhealth care students: A cross-sectional study, *Collegian*, 2021.
- Üstün B, Şengün İnan F. Psikiyatri hemşireliği uygulamalarına bir örnek: Damgalamayla mücadele eğitim programı. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 2018; 15(2): 131-35.
- Açıkgöz F, Akkuş D. Ruhsal hastalıklarda damgalama ile mücadele: anahtar rol üstlenen meslekler. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 2018; 8(3): 142-46.
- Taşkıran Tepe H. Kuşaklararası aktarımın bağlanma kuramı ve ruh sağlığı arasındaki ilişki kapsamında sosyal hizmet bakış açısı ile incelenmesi. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Ankara, 2018 (Danışman: Prof. Dr. Emine ÖZMETE).
- Karatay G. Tarihsel/toplumsal travmada ve kuşaklararası aktarımın biçimleri üzerine. *Sted*, 2020; 29(5): 373-79.
- Lev Wiesel R. Intergenerational transmission of trauma across three generations. *Qualitative Social Work*, 2007; 6(1): 75-94.
- Petrovic M, Injac Stevovic L. Intergeneration transmission of violence in forensic patients with a diagnosis of schizophrenia and psychosis: was parental alcoholic abuse a significant factor? *Front Psychiatry*, 2021; 12: 765279.
- Thomas JC. The intergenerational transmission of stress: investigating mediators and moderators of the association between maternal adverse childhood experiences and child development, Doctoral Thesis. University of Calgary, Calgary, 2018.
- Gobodo-Madikizela P. (ed.) *Breaking Intergenerational Cycles of Repetition A Global Dialogue on Historical Trauma and Memory*. Prager J. *Disrupting the Intergenerational Transmission of Trauma: Recovering Humanity, Repairing Generations*. Barbara Budrich Publishers, Toronto, 2016, s: 12-27.
- Erdim L, İnal S, Bozkurt G. Psikiyatrik hastalığı olan ebeveynle yaşamının çocuklar üzerine etkisi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 2015; 2(2): 233-40.
- Barker ED, Copeland W, Maughan B, Jaffee SR, Uher R. Relative impact of maternal depression and associated risk factors on offspring psychopathology. *Br J Psychiatry*. 2012; 200(2): 124-9.
- Branje S, Geeroerts S, Zeeuw EL, Derlemens AM, KoopmanVahoeff ME, et al. Intergenerational transmission: Theoretical and methodological issues and an introduction to four dutch kohorts, *Develop Mental Cognitive Neuroscience*, 2020; 45.
- Chen Z, Kaplan HB. Intergenerational transmission of constructive parenting, *Journal of Marriage and Family*, 2004: 17-31.
- Belsky J, Conger R, Capaldi DM. The intergenerational transmission of parenting: Introduction to the special section. *Developmental Psychology*, 2009; 45(5): 1201-4.
- Brooke Kars S. Borderline personality disorder and the role of intergenerational transmission of child maltreatment between mothers and adolescent, University of Tennessee, Knoxville, Master Thesis, 2017.
- Dunlep E, Golub A, Johnson BD, Wesley D. Intergenerational transmission of conduct norms for drugs, sexual exploitation and violence: A case study. *Brit. J. Criminal*, 2002; 42: 1-20.
- Shrira A. Parental PTSD, health behaviors and successful aging among offspring of holocaust survivors. *Psychiatry Research*. 2019; 271: 65.

- Kendler KS, Ohlsson H, Sundquist J, Sundquist K. Transmission of alcohol use disorder across three generations: A Swedish national study. *Psychological Medicine*. 2018; 48(1): 33-42.
- Giladi L, Bell TS. Protective factors for intergenerational transmission of trauma among second and third generation Holocaust survivors. *Psychol Trauma*. 2012;5(4):384-91.
- Sagi-Schwartz A, Van IJzendoorn MH, Grossmann KE, Joels T, Grossmann KE, et al. Attachment and traumatic stress in female holocaust child survivors and their daughters. *Am J Psychiatry*. 2003;160(6):1086-92.
- Fridman A, Bakermans-Kranenburg MJ, Sagi-Schwartz A, Van IJzendoorn MH. Coping in old age with extreme childhood trauma: aging Holocaust survivors and their offspring facing new challenges. *Aging Ment Health*. 2011;15(2):232-42
- Boyacı M. Aile danışmanlığı kuram uygulama ve araştırma. 1. Baskı, Ankara: Pegem Akademi, 2020, s:55-62.
- Özabacı N, Erkan Z. Aile danışmanlığı kuram ve uygulamalara genel bir bakış. 5. Baskı, Ankara: Pegem Akademi, 2020, s:37-53.
- Altan S, Tarhan S. Büyükkanneden toruna: Yaşam boyu öğrenme sürecinde değer ve beceri aktarımı. *Bartın Üniversitesi Eğitim Araştırma Dergisi*, 2018; 2(1): 26-42.
- Upton D. Hemşireler ve sağlık profesyonelleri için psikolojiye giriş. Tabak RS, Özen Y. (Eds.), Ankara: Palme Yayıncılık, 2017, s:27-71.
- Campbell JM, Oei TP. The intergenerational transference of alcohol use behaviour from parents to offspring: a test of the cognitive model. *Addict Behav*. 2010; 35(7): 714-6
- Pasqualini M, Pieroni L, Tomassini C. How much and why does the mum matter? Mechanism explaining the intergenerational transmission of smoking. *Advances in Life Course Research*, 2019; 40: 99-107.
- Melchior M, Chastang JF, Mackinnon D, Galéra C, Fombonne E. The intergenerational transmission of tobacco smoking--the role of parents' long-term smoking trajectories. *Drug Alcohol Depend*. 2010; 107(2-3): 257-60.
- Balcı L. Deprem travmasının kuşaklararası aktarımının ortaokul öğrencileri üzerinden incelenmesi. Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Rehberlik ve Psikolojik Danışma, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2016 (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Azize Nilgün Canel).
- Güngör A. Travmanın kuşak aşkın aktarımı: Marmara depreminde hayatta kalanların bilişsel, duygusal ve davranışsal aktarımının incelenmesi. TED Üniversitesi Lisansüstü Programlar Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2018 (Danışman: Doç. Dr. Tuğba Uzer Yıldız).
- Özgür N. Bulgaristan göçmeni yetişkinlerde travmanın kuşaklararası aktarımı ile benlik saygısı arasındaki ilişkide sosyal desteğin rolü, Işık Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Klinik Psikoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2019 (Danışman: Prof. Dr. Feryal Çam Çelikel).
- Kutlu E. İki ardıl kuşakta kadında değer aktarımı: göçmen olan ve olmayan gruplarda bir inceleme. Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Bursa, 2020 (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Ahu Öztürk).
- Bilge A, Çam O. Ruhsal hastalığa yönelik inançlar ölçeğinin geçerliği ve güvenilirliği. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2008; 9: 91-6.
- Yaman E, Güngör H. Damgalama (Stigma) ölçeği geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Değerler Eğitimi Dergisi*, 2013; 11(25): 251-70.
- Tabachnick BG, Fidell LS. *Using Multivariate Statistics* (sixth ed.) Pearson, Boston, 2013.
- George D, Mallery, M. *SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference*, 17.0 update (10a ed.) Boston: Pearson, 2010.
- Büyüköztürk Ş, Çokluk Ö, Köklü N. *Sosyal bilimler için istatistik*, Ankara: Pegem Akademi, 2018.
- Gür K, Küçük L. Kadınların Ruhsal hastalıklara yönelik tutumları: İstanbul kırsalından bir örnek. *İran Kızılâyı Med J*. 2016;18(5): e22267.

- Görgün Baran A. Kuşaklararası bilgi transferindeki değişimler: yaşlılar ile gençler arasındaki dijital bölünme. 10. Ulusal Yaşlılık Kongresi, 2019; 104-112: e-ISBN: 978-975-6992-86-9.
- Arpacı F, Tezel Şahin F. Yaşlı bireylerin yaşlı ve çocuk etkileşimine ilişkin görüşleri. Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi. 2015; 19(1): 231-46.
- Pekesen M, Çelik D, Türkmen AS. Nesillerarası etkileşim kapsamında yaşlı yetişkinlerin çocuk kavramına ilişkin yaklaşımları ve metaforik algıları. Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi. 2021; 18(42): 5250-75.
- Kırcı Ercan S, Delibaş DH. Okul psikolojik danışmanların ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve tutumları. İzmir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi, 2020; 24(4): 309-14.
- Yıldırım S, Ersoysal F, Güler C. Acil servis çalışanlarının ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve tutumlarının incelenmesi. Klinik Psikiyatri. 2018; 21: 380-88.
- Duman ZÇ, Günüşen NP, İnan FŞ, İnce SÇ, Sari A. Effects of two different psychiatric nursing courses on nursing students' attitudes towards mental illness, perceptions of psychiatric nursing, and career choices. J Prof Nurs. 2017; 33(6): 452-59.
- Esen Danacı A, Balıkçı K, Aydın O, Cengiz C, Uykur AB. Tıp eğitiminin şizofreniye yönelik tutumlar üzerine etkisi; 5 yıllık izlem çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi, 2016; 27(3): 176-84.
- Oban G. Küçük L. Ergenlerde Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalamayı Etkileyen Etmenler. Journal of Psychiatric Nursing 2011; 2(1):31-39.
- Büyükbayram Arslan A, Baysan Arabacı L, Taş G, Kurt A. Psikiyatri hemşireliği dersi alan ve almayan öğrenci hemşirelerin psikiyatrik damgalamaya ilişkin görüşleri. İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 2020; 5(3): 263-75.
- Thonon B, Pletinx A, Grandjean A, Billieux J, Larøi F. The effects of a documentary film about schizophrenia on cognitive, affective and behavioural aspects of stigmatization. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 2016; 50: 196-200.
- Ong HL, Seow E, Chua BY, Xie H, Wang J, et al. Why is psychiatric nursing not the preferred option for nursing students: A cross-sectional study examining pre-nursing and nursing school factors. Nurse education today. 2017; 52:95-102.
- Tümer A, Hebcan Örs S, Akpınar H. Yetişkinlerin ruhsal hastalığa/hastalara yönelik tutumları. Yaşam Becerileri Psikoloji Dergisi, 2019; 3(6): 139-47.
- Taşkın EO. Seyfe Şen F. Özmen E. Aydemir Ö. Kırsal kesimde depresyonlu hastalara yönelik tutumlar: Sosyal mesafe ve etkileyen etmenler. Türkiyede Psikiyatri 2006; 8(1): 11-17.
- Taşkın EO, Özmen E. Sosyodemografik etmenlerin ruhsal hastalıklara yönelik tutumlara etkileri. 3P Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi. 2004; 12:13-24.
- Akgün Çıtak E, Budak E, Kaya Ö, Öz Ş, Şahin S, Taran N. Başkent Üniversitesi'nde öğrenim gören hemşirelik öğrencilerinin ruhsal hastalıklara karşı inançlarının belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi. 2010; 68-73: 25.
- Ünal S, Hisar F, Çelik B, Özgüven Z. Üniversite öğrencilerinin ruhsal hastalığa yönelik inançları. Düşünen Adam. 2010; 23:145-50.
- Şahin Tarım H, Yılmaz M. Sağlık alanında öğrenim gören üniversite öğrencilerinin ruhsal bozukluklara yönelik inançlarının sosyo- demografik değişkenler açısından incelenmesi. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2018; 11(2): 134-46.
- Sönmez İ, Tosun Ö, Köşger F. Attitudes of medical faculty students in Northern Cyprus towards mental illnesses. Cukurova Medical Journal, 2018; 43(1): 115-21.
- Azak A, Tamer A, Savaş B. Y kuşağı hemşirelik öğrencilerinin klinik çalışma ortamından beklentileri. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2018; 7(2): 21-27.
- Alan H, Peker E, Arslan D, Toprak F, Eşkin Bacaksız F. Türkiye'de "Hemşirelikte kuşaklar" konusunda 2014-2019 yılları arasında yayımlanan ulusal çalışmaların değerlendirilmesi: Sistemik bir inceleme. İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi. 2020; 8(3): 1002-17.
- Çetin C, Karalar S. X, Y ve Z kuşağı öğrencilerin çok yönlü ve sınırsız kariyer algıları üzerine bir araştırma. Journal of Administrative Sciences. 2019; 14(28): 157-97.

- Yılmaz Esencan T, Özdil H. X ve Y kuşağındaki hemşirelerin meslek bağlılıklarının değerlendirilmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2017; 33(3): 91-104.
- Sarioğlu E, Özmen D. Determining sources of motivation for nurses of different generations in turkey. Journal of Advances in Medicine and Medical Research. 2017; 23(5): 1-9.
- Baral SP, Prasad P, Raghuvamshi G. Mental health awareness and generation gap. Indian J Psychiatry, 2022; 64(Suppl 3): 636.
- Duman B, Çolak B, Özdemir SN, Özkasap NS, Sabahi İS ve ark. Tıp eğitiminin ruhsal hastalıklara yönelik tutumlara etkisi. Türk Aile Hekimleri Dergisi, 2019; 23 (4): 141-49.
- Köşger F, Altınöz AE. Bir tıp fakültesinde öğrenim görmekte olan öğrencilerin ruhsal bozukluklara yönelik tutumları. Klinik Psikiyatri. 2019; 22: 57-62.
- Malas EM, Kırpınar İ. Psikoloji bölümü öğrencileri ile tarih ve edebiyat bölümü öğrencileri arasında ruhsal bozukluklara ilişkin tutum ve inançların karşılaştırılması. Medeniyet Araştırmaları Dergisi. 2019; 4(2):101-14.
- Çalık Koyak H, Arslantaş H. Lise öğrencilerine verilen ruhsal hastalıklara yönelik eğitimin ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve sosyal mesafeye etkisi. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi. 2020; 9 (1): 7-18.
- Toker Uğurlu T, Atabay EZ, Tosun E, Yılmaz E, Öztürk M ve ark. Tıp fakültesi öğrencilerinde psikolojik damgalama eğilimi: Bir özel çalışma modülü örneği. DEU Tıp Dergisi. 2020; 34(3): 253-61.
- Erdoğan Ö, Işıl Ö, İlhan N, Cural KG, Gül Ş ve ark. Sağlıkla ilgili bölümlerde okuyan üniversite öğrencilerinin damgalamaya maruz kalan farklı gruplardaki bireylere yönelik bakış açıları ve damgalama eğilimleri. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2021;4(3) 187-99.
- Demir Gökmen B, Okanlı A. Özel bakım merkezlerinde çalışan bakım elemanlarına verilen psikoeğitimin şizofreniye yönelik inançlara etkisi. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 2019;10(1):20-27.
- Eker F, Öner Ö, Şahin S. Din görevlilerinin şizofreniye ilişkin bilgi ve tutumları (Düzce örneği). Psikiyatri Hemşireliği Dergisi. 2010; 1(2): 63-70.
- Çam OM, Bilge A, Engin E, Akmeşe ZB, Turgut EÖ ve ark. Muhtarlara verilen ruhsal hastalığa yönelik damgalama ile mücadele eğitiminin etkililiğinin araştırılması. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 2014; 5(3): 129-36.
- Büyükbayram A, Arabacı LB, Arabacıoğlu İ, Ayyıldız C, Acar K. Psikiyatri Kliniğinde Çalışan X ve Y Kuşağındaki Hemşirelerin Alkol-Madde Bağımlılığı ve Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylere Yönelik Tutumları. Bağımlılık Dergisi, 2017; 18(4):122-34.
- Sarioğlu EB, Özgen E. Z kuşağının sosyal medya kullanım alışkanlıkları üzerine bir çalışma. Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi, 2018; 11(60): 1067-81.
- Akalın B, Yalman F, Baydili KN, Modanlıoğlu A, Sancar T. Genç bireylerin yeni medya okuryazarlığı ile sağlık okuryazarlığı davranışları arasındaki ilişkinin tespit edilmesi. Sağlık ve Sosyal Refah Araştırmaları Dergisi, 2021; 3(2): 136-44.

8. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı-Soyadı	Ayşe Nur FİLİK
Uyruğu	T.C
Doğum Tarihi ve Yeri	
Medeni Durum	
E-posta	
Telefon	
Yazışma Adresi	

Eğitim Düzeyi	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Yüksek Lisans	Necmettin Erbakan Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik ABD/ Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Programı	2022
Lisans	Selçuk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi	2020
Lise	Erbil Kuru Anadolu Lisesi	2015

İş Deneyimi

Görevi	Kurum/Görev	Süre (Yıl-Yıl)
İstanbul Galata Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Hemşirelik ABD	Araştırma Görevlisi	11 ay (2021-2022)

Yabancı Dil	İngilizce
--------------------	-----------

9. EKLER

EK 1: Bilgi Formu

EK 1a. Öğrenciler İçin Bilgi Formu

A. Sosyo-Demografik Özellikler

1. Yaş: _____

2. Aile Yapısı: Çekirdek Geniş Parçalanmış

3. En uzun yaşadığınız yer:

Köy İlçe Kent (İl, Büyükşehir)

4. Gelir durumunuzu nasıl algılıyorsunuz?

Kötü Orta İyi

5. Anneniz yaşıyor mu?

Evet Hayır

6. Anneanneniz yaşıyor mu?

Evet Hayır

7. Yakın çevrenizde ruhsal hastalığı olan birey var mı?

Evet Hayır

B. Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnanç ve Damgalamaya İlişkin Özellikler

8. Ruhsal hastalığı olan birey/ bireylere karşı ne hissedersiniz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

Korku Acıma Tedirginlik

Utanma Şefkat Merak

Diğer (Açıklayınız) _____

9. Daha önce hiç ruhsal hastalıklar hakkında bilgi edindiniz mi?

Evet Hayır

10. Cevabınız evet ise bu bilgiyi nereden edindiniz?

İnternet araştırması

Geleneksel Medya (Gazete, TV vb.)

Sosyal Medya (Facebook, Twitter, Instagram vb.)

Arkadaş

Eğitim

Diğer (Açıklayınız)_____

11. Sizce ruhsal hastalıkların sebebi ne olabilir?

Genetik geçiş

Çocukluktan kalan travmalar

Geçirilmiş hastalıklar

Tanrıdan gelen ceza

Doğauştü güç

Diğer (Açıklayınız)_____

EK 1b. Anne-Anneanne İçin Bilgi Formu

A. Sosyo-Demografik Özellikler

1. Yaş: _____

2. Aile Yapısı: Çekirdek Geniş Parçalanmış

3. En uzun yaşadığınız yer:

Köy İlçe Kent (İl, Büyükşehir)

4. Eğitim durumu:

Okur-yazar değil Okur-yazar İlkokul

Lise Yüksekokul ve üstü

5. Gelir durumunuzu nasıl algıyorsunuz?

Kötü Orta İyi

6. Yakın çevrenizde ruhsal hastalığı olan birey var mı?

Evet Hayır

B. Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnanç ve Damgalamaya İlişkin Özellikler

7. Ruhsal hastalığı olan birey/ bireylere karşı ne hissedersiniz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

Korku Acıma Tedirginlik

Utanma Şefkat Merak

Diğer (Açıklayınız) _____

8. Daha önce hiç ruhsal hastalıklar hakkında bilgi edindiniz mi?

Evet Hayır

9. Cevabınız evet ise bu bilgiyi nereden edindiniz?

İnternet araştırması

Geleneksel Medya (Gazete, TV vb.)

Sosyal Medya (Facebook, Twitter, Instagram vb.)

Arkadaş

Eğitim

Diğer (Açıklayınız) _____

10. Sizce ruhsal hastalıkların sebebi ne olabilir?

Genetik geçiş

Çocukluktan kalan travmalar

Geçirilmiş hastalıklar

Tanrıdan gelen ceza

Doğaüstü güç

Diğer (Açıklayınız)_____

EK 2: Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği-RHIÖ

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

Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği	0.Tamamen katılmıyorum	1.Çoğunlukla katılmıyorum	2.Kisimen katılmıyorum	3.Kisimen Katlıyorum	4.Çoğunlukla katlıyorum	5.Tamamen katlıyorum
1.Ruhsal hastalığı olan bir bireyin başkalarına zarar verme olasılığı, sağlıklı bir bireye göre daha fazladır.						
2.Ruhsal hastalıklar, fiziksel hastalıklara göre, daha uzun bir iyileşme süreci gerektirir.						
3.Davranışları tehlikeli olması nedeniyle, ruhsal hastalığı olan bireylerden uzak durmak iyi bir fikirdir.						
4.“Ruhsal hastalık” ifadesi beni rahatsız eder.						
5.Ruhsal hastalığı olan bir bireyin, sorumluluğu az olan bir işte çalışması gerekir.						
6.Ruhsal hastalığı olan bireylerin suç işleme olasılığı daha fazladır.						
7.Ruhsal hastalıklar tekrarlayıcıdır.						
8.Ruhsal hastalık teşhisi alırsam; patronumun, arkadaşlarımla ve başkalarının, hakkımda düşünecekleri şeyler beni endişelendirir.						
9.Ruhsal hastalık teşhisi konmuş bireyler, hastalıklarının olumsuzluklarını ömür boyu yaşayacaklardır.						
10.Bir kez ruhsal hastalık tedavisi alan bireyler, gelecekte tekrar tedaviye gereksinim duyma eğilimindedirler.						
11.Ruhsal hastalığı olan bireylerin dakik olma veya sözünde durma gibi toplumsal kurallara uyması zordur.						

12.İnsanlar daha önce ruhsal hastalık tedavisi alan bir birey ile yakın arkadaşlık kurduğumu bilseydi, utanırdım.						
13.Bana zarar verebileceği nedeniyle, ruhsal hastalığı olan bireyden korkarım.						
14.Ruhsal hastalığı olan bir bireyin iyi anne-baba olma olasılığı daha düşüktür.						
15.Ailemden bir bireyin ruhsal hastalığı olsa, utanırım						
16.Ruhsal hastalığın tamamen iyileşebileceğine inanmıyorum.						
17.Sorumluluk alamadıkları için ruhsal hastalığı olan bireylerin kendi başlarına yaşayabilmeleri çok uygun değildir.						
18.Çoğu birey ruhsal hastalığı olan bir bireyle, bile bile arkadaşlık kurmaz.						
19.Ruhsal hastalığı olan bireylerin davranışları önceden tahmin edilemez						
20.Ne kadar tedavi edilirse edilsin, ruhsal hastalığın iyileşmesi mümkün değildir.						
21.Çalışma ekibimdeki ruhsal hastalığı olan bir bireyin yaptığı işe güvenemem.						

EK 3: Damgalama Ölçeği-DÖ

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

EK 4: Bilgilendirilmiş Onay Formu

Değerli Katılımcı,

Sizi “**kadınlarda ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve damgalamanın kuşaklararası aktarımı**” başlıklı araştırmaya davet ediyorum. Araştırmanın yapılabilmesi için Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu’ndan izin alınmıştır.

Bu araştırmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Araştırmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz **gizli tutulacaktır.** Araştırma tamamlandığında genel/size özel sonuçların sizinle paylaşılmasını istiyorsanız lütfen araştırmacıya iletiniz.

Araştırmacı: Yüksek Lisans Öğrencisi Ayşe Nur FİLİK

Adres: Necmettin Erbakan Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı

Araştırmaya Katılmak İstiyorum

Araştırmaya Katılmak İstemiyorum

Katılımcının/Velinin (18 yaşın altındakiler için)

Adı-Soyadı:

Tarih:

İmza:

EK 5: Etik Kurul Onayı



T.C.

NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı : 15-95

03.11.2021

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Burcu CEYLAN

Sorumlu araştırmacı olarak yrtceğiniz "Kadınlarda Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnanç ve Damgalamanın Kuşaklararası Aktarımı" başlıklı proje ile ilgili kurulumuza yaptığınız etik kurul başvurusu görüşüldü. Kurulumuzun 03.11.2021 tarih ve 2021/15-95 sayılı kararıyla, çalışmanın bilimsel etik açıdan uygun olduğuna karar verildi.

Not: Çalışma ile ilgili gerekli izin ve yasal sorumluluk araştırmacıya aittir.

Yardımcı Araştırmacılar : Arş. Gör. Ayşe Nur FİLİK

Prof. Dr. Emine GEÇKİL

Sağık Bilimleri Bilimsel
Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

EK 6: Hemşirelik Bölüm İzni



T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Hemşirelik Fakültesi Dekanlığı

Sayı : E-18689117-199-117374
Konu : Araştırma İzni

16.11.2021

Sayın Ayşe Nur FİLİK

İlgi : 12.11.2021 tarihli dilekçeniz.

Dr. Öğr. Üyesi Burcu CEYLAN'ın danışmanlığında yürütmekte olduğunuz "*Kadınlarda Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnanç ve Damgalamanın Kuşaklararası Aktarımı*" başlıklı yüksek lisans tezinin anket uygulamasını Fakültemiz 1. sınıf öğrencilerine uygulamanız Dekanlığımızca uygun görülmüştür.
Bilgilerinizi rica ederim.

Prof. Dr. Emel EGE
Dekan

EK 7: Ölçek Kullanım İzinleri

