T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
FELSEFE VE DİN BİLİMLERİ ANABİLİM DALI
DİN PSİKOLOJİSİ BİLİM DALI

ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE DİNDARLIK VE RUHSAL RAHATSIZLIKLARA KARŞI DAMGALAMA İLİŞKİSİ

Yüksek Lisans Tezi

FATMA SÜMEYYE HARDAL

İstanbul, 2020

T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
FELSEFE VE DİN BİLİMLERİ ANABİLİM DALI
DİN PSİKOLOJİSİ BİLİM DALI

ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE DİNDARLIK VE RUHSAL RAHATSIZLIKLARA KARŞI DAMGALAMA İLİŞKİSİ

Yüksek Lisans Tezi

FATMA SÜMEYYE HARDAL

Danışman: PROF. DR. ALİ AYTEN

İstanbul, 2020

GENEL BİLGİLER

Adı ve Soyadı : Fatma Sümeyye Hardal

Anabilim Dalı : Felsefe ve Din Bilimleri

Programı : Din Psikolojisi

Tez Danışmanı : Prof. Dr. Ali AYTEN

Tez Türü ve Tarihi : Yüksek Lisans-Haziran 2020

Anahtar Kelimeler : Ruhsal Rahatsızlık, Damgalama, Dindarlık, Psikoloji

ÖZET

ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE DİNDARLIK VE RUHSAL RAHATSIZLIKLARA KARŞI DAMGALAMA İLİŞKİSİ

Damga tarih boyunca bireylerin karşılaştıkları bir olgu olarak varlığını sürdürmüştür. Salgın hastalıklar, bedensel engeller ya da toplumsal kalıplara uymayan davranışlar damgalanmışlardır. Sosyolojide ve sosyal psikoloji alanında damgalama konusu etrafında birçok çalışma yapılmış ve kuram ortaya atılmıştır. Ancak özellikle Erving Goffman'ın "Damga: Örselenmiş Kimliğin İdare Edilişi Üzerine Notlar" adlı eseriyle beraber son yıllarda daha fazla dikkat çeken bir konu haline gelmiştir. Bu çalışmada, ruhsal rahatsızlıkların damgalanmasında dindarlığın etkisi incelenmektedir. Aynı zamanda cinsiyet, yaş gibi demografik değişkenler, ruhsal rahatsızlıklara dair bilgi sahibi olma, tanı alma ya da tanı almış kişilerle tanışık olma durumlarınında dindarlık ve damgalama ile ilişkisi tespit edilmiştir. Bu amaçla 2019'un Mart-Mayıs ayları arasında Marmara Üniversitesi ve Uludağ Üniversitesi'nde İlahiyat, Psikoloji/ PDR bölümlerinde okuyan 277 kadın ve 93 erkek öğrenciyle araştırma yapılmıştır. Ruhsal rahatsızlıklar hakkında bilgi düzeyinin damgalamaya olan etkisini tespit etmek amacıyla İlahiyat ve Psikoloji/ PDR bölümleri özellikle seçilmiş ayrıca İlahiyat öğrencileri arasında lisans düzeyinde verilen Din Psikoloji dersi ve ilgili dersleri (manevi danışmanlık ve rehberlik, sosyal pskoloji vb.) alan öğrenciler ile bu dersleri

almayanlar gruplandırılmıştır. Araştırma verileri anket tekniğiyle toplanmış ve anket formunda Kişisel Bilgi Formu, Ruhsal Rahatsızlıklarla İlgili Bilgi Düzeyi Ölçeği, Damgalama Ölçeği ve Dindarlık Ölçeği kullanılmıştır. Araştırmada elde edilen bulgular, dindarlığın damgalama davranışının bir yordayıcısı olduğunu göstermiştir. Ayrıca ruhsal hastalıklara dair sahip olunan bilgi düzeyi de damgalamanın bir yordayıcısı olmuştur. Öğrencilerin ruhsal rahatsızlıklara ilişkin aldıkları derslerin damgalama düzeyini etkilediği görülmüştür. Bu bakımdan İlahiyat Fakültesinde verilen Din Psikolojisi ve alakalı derslerin (sosyal psikoloji, manevi danışmanlık vd.) damgalama eğilimini azaltması bakımından önemi ortaya çıkmıştır.

Anahtar Kelimeler: Ruhsal Rahatsızlık, Dindarlık, Damgalama, Psikoloji

GENERAL KNOWLEDGE

Name and Surname : Fatma Sümeyye Hardal

Field : Philosophy and Religious Sciences

Programme : Psychology of Religion

Supervisor : Professor Ali AYTEN

Degree Awarded and Date : Master - Junes 2020

Keywords : Mental Illness, Religiosity, Stigmatization, Psychology

ABSTRACT

The Relationship Between The Stigma of Mental Illness and Religiosity Among University Student

The stigma has survived as a phenomenon by individual throughout the history. Epidemics, pyhsical disabilities or the maladaptive behaviours has been stigmatized. However, stigma has became a salient concept after Erving Goffman's work Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity. Many studies have been conducted on the subject of stigmatization in sociology and social psychology, and theories have been put forward within the framework of these studies. The main aim of the present study is to examine the effect of religiosity on stigmatizing mental illnesses. A further aim of the study is to analyse whether the relationship between these two concept Show significant diffirence in terms of variables such as age, gender, knowledge about mental illnesses, having a diagnosing mental illness and exposing persons with mental illness. This study was conducted in March- May 2019. The samples of the study was composed of 370 student (Female=277 and Male=93) who are studying in Theology, Psychology, Psychological Counseling and Guidance departments at Marmara and Uludağ University. To determine the effect of the level of knowledge about mental illnesses on stigmatization, Theology, Psychology and Psychological Counseling and Guidance departments have been especially selected. Also, among the Theology students, those who took the Psychology of Religion course or related courses (social psychology,

religious-spiritual counselling-care etc.) and those who did not take, were grouped. The research data were collected by questionnaire, which included Personal Information Form, Level of Knowledge Scale About Mental Illness, Stigma Scale, Religiosity Scale. The finding of research showed that religiosity is the predictor of stigmatizing behavior. Besides, the level of knowledge about mental illness has been a predictor of stigmatization. It has been observed that the lessons taken by students about mental illness affect the stigmatization level. In this regard, the importance of Religion Psychology and related lessons (social psychology, spiritual counseling etc.) given at the Faculty of Theology has been revealed in terms of reducing the tendency to stigmatize.

Keywords: Mental Illness, Religiosity, Stigmatization, Pschology

ÖNSÖZ

Sosyal bilimler tarihinde sosyologlar ve sosyal psikologlar, insanların farklılıkları nasıl anlamlandırdıklarını öğrenmek için çalışmalar yapmışlardır. Damga, özellikle yirminci yüzyılın en etkili sosyoloğu, Chicago Okulu'nun son büyük temsilcisi olarak tanımlanan ve sembolik etkileşimciliğe uygun çözümlemeler sunan Goffman'ın "Damga Örselenmiş Kimliğin İdare Edilişi Üzerine Notlar (Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity)" adlı eserinden sonra dikkat çeken bir kavram haline gelmiştir. Çerçevesi Goffman tarafından çizilen damga, kişilerin farklılıkları anlamlandırmasını bireysel ve toplumsal etkileşim boyutlarında ele alan bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır. Damga ve damgalama davranışı, geniş bir çalışma alanına sahiptir. Toplumsal ve bireysel olarak anlamlandırılamayan olgulardan birisi olan ruhsal rahatsızlıklarla ilgili anlayışlar ve sergilenen tutumlar damgalama kapsamı içerisinde ele alınarak tartışılmıştır. Bu kapsamda damgalama davranışının cinsiyet, yaş, sosyo- ekonomik durum, kültür, rahatsızlık türü, rahatsızlıklarla tanışıklık durumu, bilgi düzeyi gibi değişkenlerle ilişkisi araştırılmıştır. Yurtdışında ruhsal rahatsızlıkların damgalanmasına dair konuyu farklı boyutlarıyla ele alan kapsamlı teorik ve emprik çalışmalar yapılmıştır. Ancak ruhsal rahatsızlıkların damgalanmasına etki eden bir faktör olarak dindarlığın etkisine dair Türkiye'de yapılmış çalışmalar yok denecek kadar azdır. Alandaki eksikliği gidermek adına giriş çalışması olarak ele alınabilecek olan bu araştırma ruhsal rahatsızlıkların damgalanmasını teorik ve empirik düzlemde ele almaktadır. Dindarlığın ruhsal rahatsızlıkları damgalama üzerindeki etkisi demografik değişkenlerde ele alınarak, yapılan alan araştırmayla beraber tespit edilmeye çalışılmıştır.

Dindarlık ve damgalama olgularını konu edinen bu çalışma giriş, kavramsal ve kuramsal çerçeve, yöntem, bulgular-yorumlar ve sonuç-öneriler olmak üzere beş bölümden oluşmaktadır. Giriş kısmında çalışmanın konusu, amacı, önemi ve literatürde ki yerine değinilirken; birinci bölümde damga, ruhsal rahatsızlık ve dindarlık ile ilişkili kavramlar, konuyla ilgili teorik yaklaşımlar, ruhsal rahatsızlıkların damgalanmasına dair tarihsel süreç, damgalamaya etki eden faktörler ele alınarak kavramsal bir çerçeve çizilmektedir. İkinci bölümde ise, araştırma modeli, uygulamada kullanılan ölçekler, katılımcıların nitelikleri ve veri toplama süreci üzerinde durulmaktadır. Üçüncü bölümde araştırma bulguları ve bu

bulgulara ait yorumlar, benzer araştırmalarla karşılaştırılarak sunulmaktadır. Sonuç ve öneriler kısmında ise araştırmaya dair sonuçlar özetlenerek ileride konuyla ilgili yapılacak çalışmalara yönelik öneriler ele alınmaktadır.

Bu çalışma boyunca akademik desteğiyle yanımda olan kıymetli danışmanım Prof. Dr. Ali Ayten'e, anketlerim için bana yardımcı olan Dr. Sevde Düzgüner'e, farklı bir üniversitede araştırmamı yapmam için bana ortam hazırlayan ve yardımcı olan Prof. Dr. İbrahim Gürses'e, tez ilerleme sürecimde güzel dilek ve duaları ile her daim yanımda olduklarını hissettiğim, İSAM günlerimin neşesi olan Hatice Temirak, Ayşe Çelik, Sefa Nur Agaç ve adını zikredemediğim tüm dostlarıma teşekkür ederim.

Hayatta yıllarla beraber statü kazanan yaşıtlarıma rağmen istediğim ve faydalı olacağıma inandığım bu yolda benimle beraber sıkıntılara katlanıp, dertleri sadece yolu benim için daha da kolaylaştırmak olan annem Amine Mine, babam Necip, kardeşim Muhammed Furkan'a tüm maddi ve manevi destekleri için, nasıl teşekkür edersem edeyim hep eksik kalacakmış gibi hissettiğim, lisans hayatımdan beri desteğini benden hiç eksik etmeyen, başarmaya olan inancımı kaybettiğimde her seferinde bıkmadan tekrar inanmama vesile olan can dostum Büşra Tamaç'a ve beni kendi kızlarından hiçbir zaman ayırmayan kıymetli ailesine, yerinde durmaktan hoşlanmayan bir karakteri iki yıl boyunca aynı mekânda sürekli oturamaya mecbur ederek bunu sevmeye başlayan birisi haline getiren tezime, son cümlelerimi yazarken bir günde hayatımızı değiştiren ve iplerin kimin elinde olduğunu tekrar hatırlattıran pandemi dönemine, son olarak ise belki de hiç tanımadığınız birisinin şükran kısmını sabredip okuyan sizlere teşekkür ederim.

Fatma Sümeyye Hardal

Üsküdar 2020

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

ÖZET ..... **i**
ABSTRACT ..... **iii**
ÖNSÖZ ..... **v**
İÇİNDEKİLER ..... **vii**
TABLO LİSTESİ ..... **x**
ŞEKİL LİSTESİ ..... **xii**
KISALTMALAR LİSTESİ ..... **xiii**

BİRİNCİ BÖLÜM
GİRİŞ

GİRİŞ **2**
1. KONU VE PROBLEM DURUMU **4**
2. ARAŞTIRMANIN AMACI VE ÖNEMİ **5**
3. HİPOTEZLER **6**
3. 1. Dindarlık ve Demografik Özelliklerle İlgili Hipotezler 6
3. 2. Damgalama ve Demografik Özelliklerle İlgili Hipotezler 6
3. 3. Ruhsal Rahatsızlık Tanısı Alma, Tanışıklık Durumu, Bilgi Düzeyi ve Damgalama İle İlgili Hipotezler 7
4. VARSAYIMLAR VE SINIRLILIKLAR **8**
4.1.Varsayımlar 8
4.2. Sınırlılıklar 8

İKİNCİ BÖLÜM
KAVRAMSAL VE KURAMSAL ÇERÇEVE

1. RUHSAL RAHATSIZLIK **10**
2. DİNDARLIK **13**
2.1. Dinin Tanımı 13
2.2. Dindarlığın Tanımı 15
2.3. Dindarlığın Boyutları 16
3. DAMGALAMA **18**
3.1. Damgalama İle İlgili Temel Kavramlar 18
3.2. Damganın Tanımı 19
3.3. Damgalama 20
3.3.a. Toplum Damgası 21

3.3.b. Kendini Damgalama 23
3.3.c. Yapısal Ayrımcılık....25
3.4. Damgalamaya Dair Kuramlar 25
3.4.1. Goffman'ın Temel Eseri 26
3.4.2. Etiketleme Kuramı....28
3.4.3. Yükleme Kuramı 29
3.4.4. Sosyal Kimlik Kuramı 31
3.4.5. Link ve Phelan'ın Dört Bileşenli Kavramsallaştırması 33
3.4.6. Jones ve Arkadaşlarının Altı Boyutu....35
3.4.7. Corrigan ve Yükleme Kuramı 37
4. RUHSAL RAHATSIZLIKLARIN DAMGALANMASI....42
4.1.Ruhsal Rahatsızlıklarla İlgili İnançlarda Tarihsel Süreç 42
4.2.Ruhsal Rahatsızlıkların İslam Dünyasında Ele Alınışı....47
4.3. Ruhsal Rahatsızlıkların Damgalanmasına Etki Eden Faktörler....53
4.3.1. Sosyo-Demografik Değişkenler 53
4.3.2. Kültür....55
4.3.3. Hastalığın Türü ve Bilgi Durumu....58
4.3.4. Dini İnançlar ve Dindarlık 59
5. DİNDARLIK VE RUHSAL RAHATSIZLIKLARIN DAMGALANMASI İLE İLGİLİ LİTERATÜR....61

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM
YÖNTEM

1.ARAŞTIRMA MODELİ....70
2.ÇALIŞMA GRUBU 70
3.ARAŞTIRMAYA KATILANLAR VE NİTELİKLERİ....70
4.VERİ TOPLAMA ARAÇLARI 73
4.1. Kişisel Bilgi Formu 73
4.2.Ruhsal Rahatsızlıkarla İlgili Bilgi Düzeyi Formu....73
4.3. Dindarlık Ölçeği ve Puanlaması....74
4.4. Damgalama Ölçeği ve Puanlaması....75
5. VERİLERİN TOPLANMASI VE İSTATİKSEL ANALİZİ....78

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM
BULGULAR VE YORUM

BULGULAR VE YORUMLAR....81
1.ÖLÇEKLERLE İLGİLİ BULGULAR....81
2.DİNDARLIK VE DAMGALAMA GENEL PROFİL....84
3.DEMOGRAFİK DEĞİŞKENLER, DİNDARLIK VE DAMGALAMA 85

3. 1. CİNSİYET, DİNDARLIK VE DAMGALAMA 86
3. 1. a. Cinsiyet ve Dindarlık 86
3. 1. b. Cinsiyet ve Damgalama 87
3. 2. YAŞ, DİNDARLIK VE DAMGALAMA 90
3. 2. a. Yaş ve Dindarlık 90
3. 1. b. Yaş ve Damgalama 92
3. 3. OKUNULAN BÖLÜM, DİNDARLIK VE DAMGALAMA 93
3. 1. a. Okunulan Bölüm ve Dindarlık 93
3. 3. b. Okunulan Bölüm ve Damgalama 94
4. RUHSAL RAHATSIZLIK TANISI ALMA, TANIŞIKLIK DURUMU, BİLGİ DÜZEYİ VE DAMGALAMA 97
4. 1. Ruhsal Rahatsızlık Tanısı Alma, Tanışıklık Durumu.....97
4.1. a. Ruhsal Rahatsızlık Tanısı Alma, Tanışıklık Durumu ve Damgalama.....97
4. 2. Bilgi Düzeyi ve Damgalama 101
5.DİNDARLIK VE DAMGALAMA ARASINDAKİ İLİŞKİLER 102
6.DAMGALAMANIN YORDAYICISI OLARAK DİNDARLIK VE BİLGİ DÜZEYİ 104
SONUÇ VE ÖNERİLER 106
KAYNAKÇA.....114
EKLER.....132
EK 1: Kişisel Bilgi Formu 132
Ek 2: Ruhsal Rahatsızlıklara İlişkin Bilgi Düzeyi Formu 133
Ek 3: Damgalama Ölçeği.....134
Ek 4: Dindarlık Ölçeği.....135

TABLOLAR LİSTESİ

Sayfa No.

Tablo 1: Toplum Damgası ve Kendini Damgalamanın Bilişsel Süreçleri..... 26

Tablo 2: Cinsiyete Göre Dağılım 71

Tablo 3: Yaş Durumuna Göre Dağılım..... 71

Tablo 4: Öğrencilerin Okudukları Bölüm ve Ders Alma Durumlarına Göre Dağılımı…….. 71

Tablo 5: Ruhsal Rahatsızlık Tanısı Alma Durumuna Göre Dağılım 72

Tablo 6: Ruhsal Rahatsızlık Tanısı Almış Birisi ile Tanışık Olma Durumuna Göre Dağılım 72

Tablo 7: Ruhsal Rahatsızlıklar Hakkında Bilgi Düzeyine Göre Dağılım..... 72

Tablo 8: Dindarlık Ölçeği Faktör Analizi Sonuçları 82

Tablo 9: Damgalama Ölçeği Faktör Analizi Sonuçları 83

Tablo 10: Dindarlık ve Damgalama Genel Profil 84

Tablo 11: Cinsiyet ve Dindarlık Arasındaki İlişkiler (t-test) 87

Tablo 12: Cinsiyet ve Damgalama Arasındaki İlişkiler (t- test)..... 88

Tablo 13: Yaş ve Dindarlık Arasındaki İlişkiler (Pearson Korelasyon Değerleri) 91

Tablo 14: Yaş ve Damgalama Arasındaki İlişkiler (Pearson Korelasyon Değerleri) ... 92

Tablo 15: Okunulan Bölüm ve Dindarlık Arasındaki İlişkiler (T-testi)..... 93

Tablo 16: Okunulan Bölüm ve Damgalama Arasındaki İlişkiler (One-way ANOVA ve Scheffe Testi) 95

Tablo 17: Ruhsal Rahatsızlık Tanısı Alma Durumu ve Damgalama Arasındaki İlişkiler (t-test) 98

Tablo 18: Ruhsal Rahatsızlık Tanısı Almış Birisi İle Tanışıklık Durumu ve Damgalama Arasındaki İlişkiler (t-test)..... 99

Tablo 19: Bilgi Düzeyi, Dindarlık ve Damgalama Arasındaki İlişkiler (Pearson Korelasyon Analizi) 101

Tablo 20: Dindarlık ve Damgalama Arasındaki İlişkiler (Pearson Korelasyon Analizi) 103

Tablo 21: Dindarlık ve Damgalama Arasındaki İlişkiler (Regresyon Analizi, Enter Metot) 104

Tablo 22: Bilgi Düzeyi ve Damgalama Arasındaki İlişkiler (Regresyon Analizi, Enter Metot) 105

ŞEKİL LİSTESİ

Sayfa No.

Şekil 1 : Damga ve sinyaller (ipuçları), sterotipler (tutumlar) ve davranışlar (ayrımcılık) arasındaki ilişki (Corrigan, 2000) 42
Şekil 2 : Araştırma Modeli 70

KISALTMALAR LİSTESİ

Akt. : Aktaran

ANOVA: Analyses of Varience

Bkz : Bakınız

C.: Cilt

Çev.: Çeviren

ÇUİFD: Çukurova Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi

DİA: Diyanet İslam Ansiklopedisi

DP.: Din Psikolojisi

DSM-5: Diagnostic and Statical Manual of Mental Disorders (Fifth Edition)

Ed.: Editör

İ.A: İslam Ansiklopedisi

M : Ortalama puan

N : Katılımcı Sayısı

p : Anlamlılık Düzeyi

P.D.R : Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık

PAREM: Psikiyatrik Araştırmalar ve Eğitim Merkezi

r : Korelasyon Katsayısı

RRHBD: Ruhsal Rahatsızlıklar Hakkında Bilgi Düzeyi

s. : Sayfa

SD. : Standart Sapma

TDK: Türk Dil Kurumu

TDV: Türkiye Diyanet Vakfı

tsz : Tarihsiz

UÜİFD: Uludağ Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi

vd.: ve diğerleri

vb.: ve benzeri

I. BÖLÜM
GİRİŞ

GİRİŞ

Kolektif bilinç, toplumda yer alan bireyler tarafından paylaşılan (paylaşıldığına inanılan ya da bilinen) ortak değerler ve inançlar kümesine denir. Kolektif bilinç bu açıdan bakıldığında sosyal ve ahlaki normları, dinî ve politik ideolojileri içermektedir. Aynı zamanda kolektif bilinç söz gelimi köle ticaretine dair söylentilerden işsizlik yardımlarının beklenmeyen etkilerine dair inançlara kadar genişletebileceğimiz olgusal durumları ve nedensel ilişkileri de kapsamaktadır (Elster, 2007, s.353). Bireyler ise olağandışı davranış ya da durumlarla karşılaştıklarında hem bunları açıklamak hem de bunları ayırt etmek için güçlü bir eğilim sergilerler (Link ve Phelan, 2001, s.367). Açıklama yaparken de kolektif bilincin kapsadığı unsurlardan etkilenirler. Böylece farklılıkları bu kalıplar içerisinde değerlendirirler. Kolektif bilincin kıyısında duran durumlar ise toplumsal normları ihlal ettikleri nedeniyle ötelenebilirler. Bu açıdan toplumsal olarak onaylanmayan fiziksel ya da sosyal bir özellik adeta bir "damga" gibi görülebilir. Damgaya sahip olan bireyler ise damgalanarak itibarsızlaştırılıp, değer kaybına uğrayabilir (Goffman, 1963, s.3-5). Tüm bunların sonucunda ise damgalanan bireyler dışlayıcı ya da olumsuz davranışlara maruz kalabilirler.

Psikolojinin kurumsallaşması 19. yüzyılda gerçekleşmiş olsa da psikoloji ve psikiyatri tarihine bakıldığında ilk çağlardan itibaren psikolojinin felsefenin psikiyatrinin ise tıbbın içerisinde ele alındığı görülmektedir. Bu bakımdan Ebbinghaus'un " psikoloji uzun bir geçmişe fakat kısa bir tarihe sahiptir" sözünün gerçekliği anlaşılmaktadır. Bu uzun süre içerisinde ruhsal rahatsızlıklar anlamlandırılması zor süreçlere sahip oldukları için farklı şekillerde ele alınmışlardır. Özellikle de fiziksel rahatsızlıklara kıyasla etiyolojilerine dair yorumlar, tanı alma ve tedavi süreçleri daha yoruma açık kalmıştır. Böylece kolektif bilincinde etkisiyle kültürel ya da dinî temelli olarak damgalanmışlardır. Ruhsal rahatsızlıkların damgalanması ile ilgili yapılan araştırmalar rahatsızlıklara sahip olan bireylerin tehlikeli, korkutucu ya da tuhaf olarak nitelendirildiklerini bulmuşladır. Ayrıca rahatsızlıkların tedavi edilemez ya da kronik olduklarına dair bir algı vardır (Bilge, 2006, s.16; Bağ, 2003, s.14). Yapılan damgalamalar sonunda rahatsızlığa sahip bireylerin hem bireysel hem de sosyal hayatları etkilenmektedir. Damgalanan bireyler özellikle iş bulma, eğitim, barınma gibi temel ihtiyaçlarından mahrum kalabilmektedir. Ayrıca evlenme, arkadaş edinme gibi sosyal hayatı etkileyen durumlarda da ayrımcılığa maruz kalmaktadırlar (Corrigan, Kerr ve Knudsen, 2005, s. 180;). Aynı zamanda damgalama korkusu bireylerin

yardım arama davranışına başvurmasını ve profesyonel yardım almalarını engellemektedir (Karagöl, Çalışkan ve Beyazyüz, 2013, s.100). Ruhsal rahatsızlıkların etiyolojisine dair yapılan tanımlara göre de yardım arama davranışına başvurulacak otorite değişmekte, yapılan damgalamaya göre bireyler profesyonel destek almakta ya da başka yöntemlere başvurmaktadırlar. Bu bakımdan daha doğru ve sağlıklı bilgilere sahip olmak ruhsal rahatsızlıkların damgalamasını etkilemektedir. Türkiye Ruh Sağlığı Profil Çalışmasına bakıldığında nüfusun %18'inin yaşam boyu bir ruhsal rahatsızlık geçirdiği görülmektedir. Ayrıca Türkiye'de yapılan hastalık yükü çalışmasında ise temel hastalık yükü nedenlerinin hastalık gruplarına göre dağılımında %19 ile ikinci sırada psikiyatrik rahatsızlıkların olduğu görülmüştür (T.C Sağlık Bakanlığı, 2011, s.5). Bu istatistikler toplumun ruhsal rahatsızlıklara yaklaşımını öğrenmenin ne kadar önemli olduğunu göstermektedir.

Din, ise inançlı bireylerin bakış açısını ve yaşam koşullarını şekillendirmektedir. Böylece din, inançlı toplumlarda toplumsal yaşamı düzenleyen bir fenomen olmaktadır. Bireyler, yaşadıkları, karşılaştıkları durumlar karşısında inançları kapsamında dinî yüklemeler yaparlar (Spilka, Shaver ve Kirkpatrick, 1997, s.160), yaptıkları bu yüklemeler ise damgalamayı etkiler. Ruhsal rahatsızlıklar da tarihsel süreç içerisinde dinî yüklemelerle ele alınmıştır. Rahatsızlıkların nedeni doğaüstü güçlere, kötü ruhlara, işlenen günahlara, cinlere, büyüye, nazara ya da vesveseye atfedilmiştir. Bunlardan kurtulmak içinse din adamlarının yanı sıra büyücülere, medyumlara da başvurulmuştur. Yapılan araştırmalarda kişilerin profesyonel yardım almadan önce dinî (ya da geleneksel) yardım arama davranışına başvurdukları görülmektedir (Kırpınar, 1992, s. 26-27; Güleç, Yenilmez ve Ay, 2011, s. 136). Kişiler rahatsızlıklarının manevi zayıflıktan kaynaklı olduğunu düşünürlerse ya da yapılan büyüler sonucunda rahatsızlandıklarına inanırlarsa tedavi olmak için ibadete yönelebilir, din görevlilerine danışabilir ya da büyücülere gidebilirler.

Ruhsal rahatsızlıkların damgalamasına ilişkin yapılan araştırmalar genellikle sağlık alanında olmakla birlikle, sağlık personelinin tutumlarına, sağaltım yöntemlerine ve genel damgalama türlerine odaklanmışlardır. Türkçe literatürde rahatsızlıkların dinî temelli damgalamasına ilişkin Çağlan'ın (2019) mülakat yöntemiyle yaptığı çalışma dışında bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Wesselmann ve Graziano (2010) ise ruhsal rahatsızlıkların damgalamasını hem genel boyutları hem de dinî boyutu ile ele aldıkları bir ölçek çalışması

yapmışlardır. Ancak ölçek tamamen Hristiyan örnekleme uygun olacak şekilde oluşturulmuştur. Bu yüzden de Mathison 2016 yılında onların ölçeğini de göz önünde bulundurarak daha geniş örneklemlere uygulanabilecek bir ölçek geliştirmiştir. Bu çalışmanın amacı ise, Wesselmann, Graziano ve Mathilson'un ölçeklerinden sorular analiz edilerek oluşturulan anket formu aracılığıyla dindarlık ve ruhsal rahatsızlıklara karşı damgalama ilişkisini incelemektir. Bireylerin damgalama davranışında etkili olan faktörler üzerinde durulmakta, özellikle ise dindarlık ve ruhsal rahatsızlıklara ilişkin bilgi düzeyinin damgalama eğilimindeki rolü irdelenmektedir.

1. KONU VE PROBLEM DURUMU

Psikoloji ve psikiyatri geç dönemlerde ortaya çıkan bilimsel disiplinler olmasına rağmen aslında uzun bir tarihi arka plana sahiplerdir. Bu bakımdan toplumsal olarak rahatsızlıkların kabul görmesi ve tedavileri de uzun bir süreç içerisinde ele alınabilir. İnsanoğlu ise karşılaştığı farklılıkları anlamlandırma amacıyla değişik tutumlar ve davranışlar geliştirmiştir. Geliştirilen bu tutum ve davranış kalıplarını açıklamak amacıyla birçok teori ve kuram ortaya atılmıştır. Bu kuram ve teorilerin de incelediği bir tutum olan damgalama, insanoğlunun karşılaştığı farklılıkları anlamlandırma çabasıdır. Ruhsal rahatsızlıklar ve bu rahatsızlıktan muzdarip olanlar ise anlamlandırılması zor süreçlere sahip olduklarından damgalamaya maruz kalmaları nerdeyse kaçınılmaz olmaktadır. Ruhsal rahatsızlıkları damgalarken bireyler farklı kalıplardan etkilenirler. Din, bireylerin ve toplumların hayatlarını düzenleyen kurallar içermesi bakımından kişilerin sahip oldukları hayat görüşünü temellendirir. Bu bakımdan din ve dindarlık, ruhsal rahatsızlıkların damgalanmasında etkili olabilmektedir. "Dindarlık ve damgalama düzeyleri arasındaki nasıl bir ilişki vardır?" sorusunun temel problem olarak kabul edildiği mevcut araştırmada ruhsal rahatsızlıkların damgalanması üzerinden genel olarak şu sorulara cevap aranmaktadır:

a. Üniversite öğrencilerinin dindarlık ve ruhsal rahatsızlıklarla ilgili damgalama düzeyleri nasıldır?

b. Cinsiyet, yaş, okunulan bölüm, bilgi düzeyi, ruhsal rahatsızlık tanısı alma ya da ruhsal rahatsızlıklar ile tanışık olma durumları ile dindarlık ve damgalama arasında bir ilişki var mıdır?

c. Dindarlık ve damgalama arasındaki ilişki nasıldır?

İlahiyat öğrencilerinin daha dindar olması beklenildiği ve yapılacak damgalamaların dinî bir temele sahip olması durumunda başvurulacak kişiler olabilme potansiyeline sahip oldukları düşünüldüğü için; psikoloji, rehberlik ve psikolojik danışmanlık öğrencilerinin ise ruhsal rahatsızlıklar ile aktif olarak ilgilenecek kesim olmalarından dolayı bu çalışmanın araştırma grubu olarak belirlenmişlerdir. İlahiyat öğrencileri Din Psikolojisi ve ilgili dersleri (sosyal psikoloji, manevi danışmanlık vb.) alanlar ve bu dersleri almayanlar olarak gruplandırılmış böylece ruhsal rahatsızlıklar hakkında bilgi sahibi olma ile olmama durumlarının etkisi araştırılmak istenilmiştir. Ayrıca katılımcıların ruhsal rahatsızlıkları dair bilgi düzeylerini tespit etmek amacıyla 1(hiç iyi değil) ile 10 (çok iyi) arasında değişen değerlere sahip bir skala konulmuştur.

2. ARAŞTIRMANIN AMACI VE ÖNEMİ

Araştırmanın amacı üniversite öğrencilerinin dindarlık ve damgalama düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemektir. Bunun yanında demografik özellikler, okunan bölüm, ruhsal rahatsızlıklar ile tanışık olma durumu, bilgi düzeyine göre damgalama ve dindarlık düzeylerindeki değişimler ve sonuç olarak hepsinin birbiri arasındaki ilişkisinin tespiti hedeflenmektedir.

Özellikle Goffman'ın (1963) Damga: Örselenmiş Kimliğin İdare Edilişi Üzerine Notlar adlı eserinden sonra damgalama konusunun önem kazanmasıyla ruhsal rahatsızlıklar ve damgalama ilişkisi kendisine literatürde yer bulmaya başlamıştır. Türkiye'deki damgalama çalışmalarının çoğunlukla sağlık alanında yapıldığını söylemek mümkündür. Ancak yapılan çalışmaların kapsamı ruhsal rahatsızlıkların dinî temelli bir damgalanmasını içermemektedir. Damgalama ve dindarlık ilişkisi üzerine ruhsal rahatsızlıkların dinî ve manevi temelli damgalanmasını ele alan Çağlan'ın (2019) mülakat yöntemi ile yaptığı çalışması dışında bir çalışmaya rastlanmamıştır. Yurt dışında ise bu konu ile alakalı doğrudan yapılmış Wesselmann ve Graziano (2010) ile Mathison'un (2016) yaptığı ölçek çalışmaları ve Stanford (2007) tarafından kilisede yapılan bir çalışma dışında herhangi bir çalışma mevcut değildir. Bu nedenle, mevcut çalışma ruhsal rahasızlıklarla ilgili hem genel damgalamayı hem de dinî temelli damgalamayı ele alması bakımından bu alandaki ilk çalışmadır. Ayrıca çalışmanın, bu konuyla ilgilenecek araştırmacılar için yol gösterici olması beklenmektedir.

3. HİPOTEZLER

Dindarlık ve damgalama arasındaki ilişkileri ele alan bu araştırma için 3 temel hipotez geliştirilmiştir. Bu hipotezler şunlardır:

H1: Dindarlık ve damgalama arasında pozitif ve istatiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

$H1_a$: Dindarlık ile damgalamanın ahlaki/dinsel nedenler alt boyutu arasında anlamlı bir ilişki vardır.

$H1_b$: Dindarlık ile damgalamanın korku ve kaçınma alt boyutu arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

H2: Damgalama ile ruhsal rahatsızlıklar hakkında bilgi sahibi olma düzeyleri arasında negatif ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

H3: Dindarlık ve sahip olunan bilgi düzeyi damgalamanın yordayıcısıdır.

Söz konusu üç ana değişkenin çeşitli demografik özelliklere göre farklılık gösterip göstermediği de araştırmada incelenmiştir. Bu çerçevede aşağıdaki hipotezler belirlenmiştir.

3. 1. Dindarlık ve Demografik Özelliklerle İlgili Hipotezler

H4: Cinsiyet ile dindarlık arasında anlamlı bir ilişki vardır.

$H4_a$: Kadınlar erkeklere kıyasla daha yüksek dindarlık ortalamalarına sahiptir.

H5: Yaş ile dindarlık arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H6: Okunulan bölüm ile dindarlık ilişkisinde gruplar arasında anlamlı bir farklılık vardır.

$H6_a$: İlahiyat öğrencileri, Psikoloji ve PDR öğrencilerine kıyasla daha yüksek dindarlık ortalamalarına sahiptirler.

3. 2. Damgalama ve Demografik Özelliklerle İlgili Hipotezler

H7: Cinsiyet ile damgalama arasında anlamlı ilişki vardır.

H8: Yaş ile damgalama arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

H9: Okunulan bölüm ile damgalama arasında anlamlı bir ilişki vardır.

$H9_a$: İlahiyat öğrencilerinden Din Psikolojisi ve alakalı dersleri alanların damgalama ortalamaları, bu dersleri almayan İlahiyat öğrencilerinin ortalamalarına kıyasla daha düşüktür.

$H9_b$: Psikoloji ve PDR öğrencilerinin damgalama ortalamaları, İlahiyat öğrencilerinin damgalama ortalamalarından daha düşüktür.

3.3. Ruhsal Rahatsızlık Tanısı Alma, Tanışıklık Durumu, Bilgi Düzeyi ve Damgalama İle İlgili Hipotezler

H10: Ruhsal rahatsızlık tanısı alma ile damgalama ilişkisinde gruplar arasında istatiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır.

$H10_a$: Ruhsal rahatsızlık tanısı almış kişiler, ruhsal rahatsızlık tanısı almamış kişilere kıyasla korku ve kaçınma boyutunda daha düşük ortalamalara sahiptirler.

H11: Ruhsal rahatsızlıklarla tanışıklık durumu ile damgalama ilişkisinde gruplar arasında istatiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır.

$H11_a$: Ruhsal rahatsızlık tanısı almış bir kişiyle tanışıklık durumu olanlar, ruhsal rahatsızlık tanısı almış bir kişiyle tanışıklık durumu olmayanlara kıyasla korku ve kaçınma boyutunda daha düşük ortalamalara sahiptirler.

H12: Ruhsal rahatsızlıklar ile ilgili bilgi düzeylerinin, Psikoloji ve PDR öğrencilerinde İlahiyat öğrencilerine kıyasla daha yüksek olması beklenmektedir.

$H12_a$: Ruhsal rahatsızlıklar ile ilgili bilgi düzeylerinin İlahiyat öğrencilerinden Din Psikoloji ve ilgili dersleri alanların ise bu dersleri almayanlara kıyasla, daha yüksek olması beklenmektedir.

$H12_b$: Bilgi düzeyleri yüksek olan katılımcıların damgalama ortalamaları düşüktür.

4. VARSAYIMLAR VE SINIRLILIKLAR

4.1.Varsayımlar

Damgalama ve dindarlık arasında ilişki ve etkileşim olduğu varsayılmaktadır.

Araştırmada kullanılan Dindarlık Ölçeği ve Damgalama Ölçeği'nin gerekli verileri ölçmek için geçerli ve güvenilir olduğu kabul edilmektedir.

Araştırma grubunu oluşturan 370 katılımcının ankette istenilen soruları içtenlikle ve doğru olarak cevapladıkları varsayılmaktadır.

Araştırma grubunun evreni temsil ettiği varsayılmaktadır.

4.2. Sınırlılıklar

Damgalama, konusu itibari ile çok geniş bir çerçevede ele alınmaktadır. Ancak bu tezde sadece ruhsal rahatsızlıklara karşı yapılan damgalama, dindarlık ve bilgi düzeyi ilişkisi ele alınmıştır. Konu bu alanda ilk defa çalışıldığı için genel anlamda belirli çerçeve oluşturulamaması tezin sınırlılıklarındandır.

Araştırma grubu Marmara Üniversitesi İlahiyat Fakültesi, Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık bölümü, Psikoloji öğrencileri ile Uludağ Üniversitesi'nde aynı fakültelerde okuyan toplam 370 öğrenci ile sınırlıdır.

Araştırma kesitsel olup belli bir zaman aralığını kapsadığından (Mart-Mayıs 2019) yapıldığı zaman ile sınırlıdır.

Damgalama ve dindarlık düzeyleri, kullanılan ölçeklerin maddeleri ve ölçme kapasiteleri ile sınırlıdır.

Araştırma, kullanılan kaynaklarla sınırlıdır.

Daha önce bu alanda bir çalışma yapılmaması dolayısıyla kullanılan kaynaklar ve veriler sınırlıdır.

Anketin yapıldığı bölümlerin öğrenci sayısı dolayısıyla erkek-kadın örnekleme ve bölümler arasındaki öğrenci sayısına eşit sayıda ulaşılamaması tezin sınırlılıklarındandır.

II. BÖLÜM
KAVRAMSAL VE KURAMSAL ÇERÇEVE

1. RUHSAL RAHATSIZLIK

Modern psikiyatrinin çalışma alanlarından biri olan ruhsal rahatsızlıklar İngilizce'de *mind* ya da türevi olan *mental* kavramı ile tanımlanmaktadır. Ancak kavramların kullanımlarının dil aileleri içerisinde değişiklik göstermesi nedeniyle *mind* ya da *mental* kavramının Türkçe karşılığı tartışmalı bir konu olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu tartışma bir kavram kargaşası yaratmıştır. Türkiye'de yer alan çalışmalarda *mind* ya da *mental* kavramlarına verilen anlamlar bakımından karşılıkları değişse bile "akıl hastalığı" ile "ruhsal rahatsızlık (hastalık)" anlam öbekleri birbirlerinin yerine kullanılmaktadırlar. Bu tezde yabancı literatürdeki "*mental illness*" 'ın karşılığı olarak *ruhsal rahatsızlık* kavramı kullanılmıştır. Bu tercihin sebebi *akıl hastalığı* teriminin daha damgalayıcı bulunmasıdır (Özmen ve diğerleri, 2004, s. 54). Ruhsal rahatsızlık tanımlamasında "ruh" kavramının kullanılması da tartışma konusu olmaktadır. Ancak Türkçe'de "ruh" kavramı birbirinden farklı anlam öbekleri içerisinde, değişik anlamlarda kullanılmaktadır. Bu anlam öbeklerinden birisi ise *mind* ya da *psyche* karşılığı olarak kullanılan modern psikiyatrik anlam öbeğidir. Psikiyatri, resmî literatürde ilgili kavramları "Ruh Sağlığı ve Hastalıkları" şeklinde kullanmaktadır (Göka, 2001, s. 17). Tezdeki kullanımın tercihi buraya dayanmaktadır.

Budak (2000, s. 647), ruhsal rahatsızlık kavramını " bireyde, tipik olarak acı verici semptomlarla veya önemli işleyiş alanlarından (mesleki, ailevi, sosyal, bedensel, ruhsal vb.) birisinde veya birkaçındaki kötüleşme eşliğinde ortaya çıkan kliniksel açıdan anlamlı davranışsal veya ruhsal uyumsuzluk, yetersizlik ya da rahatsızlık*"* şeklinde tanımlamıştır. Ruhsal rahatsızlıkların tam bir tanımını yapmak zor olsa bile ruhsal rahatsızlıklarla ilgili tanımlarda *nadir görülme* ve *uyumsuz olma* (*maladaptive*) özelliklerine atıf yapıldığı görülmektedir. Davranışların ya da düşüncelerin istatiksel olarak toplum içerisinde sık rastlanılmıyor oluşu onların "nadir" olarak adlandırılmalarına neden olmaktadır. Ancak nadirlik ya da sık rastlanmama durumu tek bir ölçüt olarak alınmamaktadır. Toplumsal olarak nadir rastlanan her durum "rahatsızlık" kategorisinde değerlendirilemez. Nadir rastlanan davranışlar zarar verici ve kişileri sosyal ortamlarından engelleyici bir duruma geldiğinde anormal olarak düşünülür ve *uyumsuz davranışlar* nitelemesi ortaya çıkar. Obsesif kompulsif bozukluğu olan bireyin hayatı hastalığı nedeniyle zorlaşır ve diğer insanların hayatlarını da olumsuz etkilerse kişinin davranışları uyumsuz olarak adlandırılır (Matlin, 1992, s. 494-95).

Ruhsal rahatsızlıkların tanımlarında görüldüğü gibi bu kavram, duygu, düşünce ve davranışları kapsayan bir bozukluğa ya da olağandışılığa atıf yapmaktadır. Bir diğer odak noktası ise bireylerin toplumsal yapı ve kişiler arası ilişkilerde sorun yaşamaya başlamasıdır. Psikolojik rahatsızlıklara dair tanımlar dikkate alındığında psikolojik işlevlerde bozulma, kişisel rahatsızlık hissi, a-tipik olma ya da kültürel uyumsuzluğa sahip olma başlıkları altında tanımlamalar yapıldığı söylenebilir. Ruhsal rahatsızlıklar tanımlanırken hastalığın şiddeti, süreci, ortaya çıktığı çevre, kültür, kişilik gelişimi, kişinin gerçekle bağlantısı ve hastalığın denge ile uyumunu bozup bozmamış olması ya da bunları ne ölçüde etkilediği göz önüne alınmaktadır (Bostancı, 2005, s. 33; Bağ, 2003, s. 5; Bilge, 2006, s. 7; Uluç, 2012, s. 102-103).

Bir kavramın tanımı onu ele alan yaklaşımlarla şekillenmektedir. Ruhsal rahatsızlığın tanımına dair yaklaşımlar ise damgalamayı ve sağaltım yöntemlerini etkilemektedir. Bu etkiyi göz önünde bulunduran Hinshaw (2007), ruhsal rahatsızlığa dair tanımları istatistik nadirlik, sosyal normlar ve sosyal sapkınlıklar, ahlaki sınır aşımı, kişisel noksanlık ve ekolojik görüş, medikal model, zararlı işlev bozuklukları ve gelişimsel psikopatoloji olarak adlandırdığı yedi başlık altında toplamaktadır.

İstatistik nadirlik; nüfusun istatiksel normlarından veya ortalama değerlerinden uzak olarak görülen davranışların anormal olarak adlandırılmasıdır. Sosyal normlar ve sosyal sapkınlıklar yaklaşımında ise sosyal bir birlik içerisinde kalmak için oluşturulan normların ihlali ve grup bütünlüğünü bozma tehdidi içeren davranışların ana akım tarafından etiketlenmesi söz konusudur. Bu yaklaşımın temel çıkış noktası hiçbir aklıselimin grup normlarını açık bir şekilde ihlal etmeyeceğine dair olan inançtır. Bu bakış açısına göre normları ihlal edecek davranışları gösteren kimseler anormal içsel süreçlere sahip olarak görülür. Üçüncü yaklaşım olan ahlaki sınır aşımında ise sadece sosyal kuralları değil aynı zamanda etik ve ahlaki kuralları ihlal eden davranışlara rahatsızlık veya bozukluk atfedilir. Sonuç olarak, anormal davranış sadece istatistiksel olarak nadir veya sosyal açıdan sapkın değil, aynı zamanda özünde kötüdür (Hinshaw, 2007, s. 8-11).

Kişisel eksiklik ve ekolojik görüşe göre ise bir davranışın ruhsal rahatsızlık olarak adlandırılması için semptomların kişinin akademik hayatında, yakın ilişkilerinde veya genel iyi oluş halinde büyük problemlere sebep olması lazımdır. Kişisel eksiklikler, bozukluklar ya

da engel kavramı; a) etkilenen kişilerin özellikleri ve karakterleri ve b) onların çevrelerinin ve nişlerinin karakteristikleri arasındaki uygunluk göz önüne alınarak, doğası gereği ekolojiktir. Bu bakış açısına göre, kişinin kendisinden ve sosyal bağlamdan kaynaklanmayan patoloji ya da ruhsal rahatsızlıklar bu ikisi arasında bir ara yüzdür.

Bir başka yaklaşım olan medikal modele göre ise bazı organların düzgün işlememesinden kaynaklı olarak hastalıklar tanımlanmaktadır. Bu yaklaşım ruhsal rahatsızlıkları tanımlarken problemlerin zihinsel ve davranışsal tabiattan kaynaklandığını öne sürerek hastalığa yakalanmış organın beyin olduğunu kabul etmektedir. Ancak "saf" bir medikal model öne sürmeye çalışmak, anormal adlandırılan davranışları sosyal bağlamından koparmak ve bu bağlamı görmezden gelmek anlamına gelmektedir. Bu bakımdan Hinshaw, saf medikal modelin açıklamalarının pek mümkün olamayacağına değinmiştir. Ayrıca ruhsal rahatsızlıkların semptomları genellikle psikolojiktir ve objektif göstergeler bunları desteklemekte yetersiz kalmaktadır. Ruhsal rahatsızlıkların fiziksel hastalıklar gibi gerçek bir hastalık olarak ele alınmamasının ve damgalanmasının altında yatan temel sebep rahatsızlıklara dair güçlü biyolojik kanıtların fiziksel hastalıklara oranla daha az olmasıdır (Hinshaw, 2007, s. 8-14).

Ruhsal rahatsızlıklarla ilgili açıklamalardan bir diğeri olan zararlı işlev bozukluğu görüşü ise Wakefield tarafından ortaya atılmıştır. Bir davranışın anormal olarak adlandırılması için sosyal normları ihlal etmesi ya da kişide meydana gelecek önemli bir bozulmanın, eksikliğin müsebbibi olması gerekir. İşlev bozukluğundan kasıt evrim teorisiyle bağlantılı olarak doğal seleksiyona uğramış zihinsel mekanizmalarda amaçlanan şekilde çalışmayan bir sapma olmasıdır. Zararlı işlev bozukluğu ise ruhsal rahatsızlık tanımını; a) sosyal/kültürel normlar ve kişisel zarar ile b) evrim ve doğal seleksiyonun bilimsel anlayışı üzerine temellendirmiştir. Diğer bir açıklama modeli olan gelişimsel psikopatoloji hastalıkların gelişimsel olduğunu, doğumla beraber ortaya çıkmadığını, hastalık süresince ilerlemelerin ya da gerilemelerin olacağını öngören bir model sunmaktadır. Gelişimsel psikopatoloji ruhsal rahatsızlıkların tanımını yaparken biyolojik faktörlerin, ailenin ve kültürün etkileşim halinde olduğunu vurgulayıp biyomedikal ve çevresel etkileri bir arada ele almaktadır (Hinshaw, 2007, s. 14-19).

Tüm bu açıklamalar, damga ile olan etkileşimini anlamak için ruhsal rahatsızlıkların nedenlerine dair anlayışlara odaklanmanın önemini göstermektedir. Ruhsal rahatsızlıkları karakterize eden bireysel davranışların en az iki temel sosyal tepki katmanı vardır. Birincisi rahatsız edici davranış tehdit edici olarak algılandığında, gözlemleyici söz konusu kişiden kaçınma ve onu cezalandırma eğilimi gösterir. İkincisi ise kişiler beklenmeyen davranışların nedenlerini araştırma konusunda güçlü bir eğilim gösterirler. İnsanlar olağandışı oluşumlar için yükleme yapma eğilimindedir ve günlük sosyal normları ihlal eden, huzursuzluk hissi doğuran anormal davranışları açıklamaya çalışmaktadırlar. Bu açıklama sırasında kültür tarafından verilen ve tarihsel süreçte elde edilen normlar kullanılmaktadır. Anormal olarak atfedilen davranışları açıklamaya çalışırken kullanılan bu bilgi yapıları sonucunda kişilerin duygusal ve davranışsal tepkileri şekillenmektedir. Ruhsal rahatsızlığın nedeni cinlerin etkisi olarak ele alındığında tedavi ve tepkilerde bu inanışa uygun olacaktır. Eğer rahatsızlığın nedeni zayıf irade ya da ahlaki zayıflık olarak temellendirilirse bu inanışa uygun davranış kalıpları ile karşılaşılacaktır, rahatsızlıklar bu tür inançlar üzerine temellendiği zaman rahatsızlığa sahip kişi bu durumda olmaktan dolayı sorumlu tutulabilir ve suçlanabilir (Hinshaw, 2007, s. 7-8).

Kişilerin ruhsal rahatsızlıklarla ilgili anlayışları neticesinde ortaya çıkan tutumlar damgalama konusu etrafında tartışılacaktır. Bu bakımdan damgalamanın nedenlerini ve türleri açıklanırken damgaya konu olan durum hakkında özelde bireylerin genelde ise toplumun anlayışlarını öğrenmek önem arz etmektedir. Bu bakış açısı göz önünde bulundurulursa hayata yön veren en temel etkenlerden birisi olan din ve dindarlık, damgalama konusunda ruhsal rahatsızlıklardan sonra ele alınacak kavramlardır.

2. DİNDARLIK

2.1. Dinin Tanımı

İnsan hayatında önemli bir yeri olan din kavramı köken olarak farklı etimolojik kaynaklara atfedilmektedir. Macdonald (İA, III, s. 590), din kelimesinin kökenine dair iddiaları üç madde altında toplamıştır: 1) Ârâmi ve İbrânî dillerinden Arapçaya geçtiğine inanılan *din* kelimesi *hüküm* manasına gelmektedir, 2) Aslı Arapça olan kelime *örf, âdet* manasına gelir, 3) Farsça *daenâ* kökünden gelen kelime günümüzde kullanılan *din* manasını kapsamaktadır (Pazarlı, 1996, s. 24 ve Tümer, 1994, s. 312 ‘den alıntı).

Mehmetoğlu (2004, s. 14), Webster (1937) sözlüğünde geçen *religion* kelimesinin; *tabu, sınırlama* manasına gelen *religio* ve *kendini tutmak, men etmek* manasına gelen *religare* kelimelerinden türetilmiş olabileceğini aktarmaktadır. İngilizce *religion* kelimesi ile ifade edilen kavram, İslam'da *din* kelimesi ile karşılanmaktadır.

Din kelimesi, Kur'ân-ı Kerîm'de 92 yerde geçmektedir. Din kavramı bu ayetlerde ve İslami kaynaklarda ceza (karşılık), hüküm, hesap, üstün kılma, âdet, yol, şeriat, millet, mezhep anlamlarına gelecek şekilde ya da tüm bu anlamları kapsayacak biçimde kullanılmaktadır (Tümer, 1994, s. 312). İslam âlimlerinin din tarifleri de Kur'ân'daki kullanımlarıyla paralellik arz eder. Yazır (tsz, I, s. 83; II, s. 1061-1062), dinî " akıl sahiplerini hüsn-i ihtiyarlarıyla bizzat hayır ve nimete sevkeden bir vaz-ı ilahî, şeriat, millet, beşerin ihtiyarî fiillerinin hayır ve saadet gayesine doğru cereyanını temin eden bir yol, bir kanun, bir âmil-i mânevî " olarak tanımlamıştır. Draz (tsz, s. 38-39) ise din kelimesinin kökeninin Arapça olduğunu ve iki manaya geldiğini ifade etmektedir: "1) din, adına dindarlık denilen *(religiosite)* sübjektif bir haldir, 2) kişinin kendi dışındaki çevrenin alışkanlıklarından veya nesilden nesile aktarılan ölümsüz eserlerden müteessir olarak yaşayabileceği objektif bir gerçekliktir."

Din kelimesi üzerinde ittifak edilmiş bir tanım yapılmamıştır. Fromm (1993, s. 45), din üzerine yapılacak açıklama ve tanımlamaların bir terminoloji sorunu ile yüz yüze geldiğinden bahsetmektedir. Genellikle yapılan tanımlar tanımı yapan kişinin bakış açısına, amacına ve inancına göre değişmektedir. Bu bakımdan din kavramı, üç farklı şekilde gruplandırılarak tanımlandırılmıştır. Bunlar, dinin "ne" olduğunu dile getiren özsel tanımlar, bireysel ve toplumsal hayattaki fonksiyonlarını dile getiren işlevsel tanımlar ve her iki tanımında olumlu/olumsuz yanlarını ele alan tanımları kapsayacak hem özsel hem de işlevsel tanımlardır (Yapıcı, 2007, s. 8). Özsel tanımlara Argyle ve Beit-Hallahmi'nin (1975, s. 1) " din insanüstü ve ilahi bir güce yönelik inançların, dinî ibadetlerin ve diğer ayinlerin oluşturduğu bir sistem " tanımı alınabilir (Yapıcı, 2007, s. 9'dan alıntı). Fromm'un (1993, s.45) dinî " bir grup tarafından paylaşılan (kabul edilen) ve o grup bireylerine kendilerini adayabilecekleri bir hedef (nesne) sunan ve onlara ortak bir davranış biçimi veren bir sistem " olarak tanımlaması ise işlevsel tanımlar kapsamında ele alınabilir. Özsel-işlevsel tanımlara ise Testart'ın (1993, s. 24), " insanın dünya görüşünü oluşturan ve ayinlerin anlamını belirleyen

özel bir prensibin kabulünü gerekli kılan ibadetler ve inançlar bütünü" tanımı verilebilir (Yapıcı, 2007, s. 16'dan alıntı).

Din psikolojisi ile ilgilenen psikologlardan olan James (1985, s. 31) , dinî " fertlerin tek başlarına hayatlarında kutsal olarak kabul ettikleri şeylerle ilgili anlayışları çerçevesinde duyguları, fiilleri ve tecrübeleri olarak " ; Jung (1999, s. 57) ise " tecrübenin mantıkdışı gerçeklerine bağımlı olmak ve boyun eğmek " şeklinde tanımlamıştır (Mehmedoğlu, 2004, s.22'den alıntı). Vergote (1999, s. 15), dinî " tabiatüstü bir varlık (ya da varlıklar) ile ilişkili olan birtakım işâretlerin, davranışların, duyguların ve dilin bütünü ", Pargament (1997, s. 32) ise " kutsala ilişkin anlam arayışı " olarak tanımlamıştır. Psikoloji literatüründe dinin daha çok özsel-işlevsel tanımları üzerinden yola çıkılmaktadır. Din psikologları ise dinin ne olduğu ve ne olması gerektiğinden ziyade insanların onu nasıl algıladıkları ve anladıkları üzerine yoğunlaşmışlardır (Ayten, 2004, s. 38). Bu yüzden dinin tanımlanması kadar dindarlığın tanımlanması da önem arz etmektedir.

2.2. Dindarlığın Tanımı

Dinin tanımında yaşanan zorluk dindarlığın tanımında da yaşanmaktadır. Üzerinde mutabık olunan bir din tanımının olmaması aynı sorunun dindarlığı tanımlarken de ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Birbirlerinden farklı inanç, kültür ve temayüllerin içerisinde şekillenmesi bakımından tek bir dindarlık tanımı yapmak mümkün değildir. Her dinin kendi içerisinde bir yaşantı örgütlenmesine sahip olması da dindarlığın tanımlanmasını zorlaştırmaktadır (Subaşı, 2002, s. 19).

Tekin (2006, s. 53), dindarlık tanımlarının daha çok "bireysel"likle bağlantılı olarak ele alındığını vurgulamış ve bu kapsamda dindarlığı " dinin insan hayatına nüfuz derecesi " olarak açıklamıştır. Ancak dindarlık yaşama ve hissetme yönüyle bireysel bir durum olarak görülse dahi tezahürleri açısından toplumsal bir olgu olarak ele alınabilir (Taş, 2009, s. 294).

İnanç ve inançsızlıkla ilgilenmiş olan Vergote (1999, s. 88) dindar olmayı " Allah'ı var oluşun kaynağı ve iyiliksever bir kudret olarak kabul etmek" olarak tanımlayarak psikolojinin uğraştığı dinî gerçeğin " önceden tayin edilmiş dinî atıflar içerisinde dindar olmuş insanların dinî gerçeği " olarak yorumlamıştır (1999, s. 19).

Draz ise (tsz, s. 49), dindarlık kavramının temelindeki unsurun kişilerin akıl ile kavranmayan bir gerçeğe saygı duyması ve bağlanması olarak ele almıştır. Dindar kişinin nazarında dinî inancın temeli bir var olan ile bir başka var olan arasındaki ilişkiye dayanmaktadır. Böylece kişinin inancı ile davranışları arasında güçlü bir ilişki doğar ve kişiler inançlarına uygun olarak günlük davranış kalıplarında bulunurlar (Ayten, 2004, s. 44). Bu bağlamda Kurt (2009, s. 2) dindarlığı " bir kişinin mensubu olduğu dine ait inanç, ibadet ve sembollere ilişkin kabul, yoğunlaşma ve meşgul olma derecesi olarak tanımlamıştır. Ayten (2004, s.43), Uysal'dan aktardığı "bir dine mensup kişilerin dinî yaşantıları " şeklinde dindarlığı tanımlamanın dindarlığın aktif ve geniş inanç/uygulama şekillerini kapsayan çok boyutlu bir yapı arz ettiğini gösterdiğini vurgulamaktadır. Bu durumda bir kişinin dindarlığına vurgu yapmak onun öznel dinî yaşantısına ve inanç alanı içerisindeki kişisel gerçekliğine temas etmektir (Subaşı, 2002, s. 19).

Dindarlığın İslam ile bağlantılı olarak tanımının yapılabilmesi için hem ferdî yönünün hem da davranış boyutunun yukarıda açıklandığı üzere beraber olarak ele alınması gerekmektedir. Çünkü İslam hem bir doktrin hem de bir hukuk olarak bireysel düzenden toplum düzenine kadar kişilerin hayatına etki eder. Bununla bağlantılı olarak Halife (1994, s. 12-13) dindarlığın ibadet, inanç ve iman boyutlarını da kapsadığını öne sürmüştür (Halife'den aktaran Mehmedoğlu, 2004, s. 36). Dindarlığın şekillenmesinde aile, cinselliğe bakış, cinsiyet, medeni durum, yaş, eğitim, coğrafi bölge, kırsal ve kent ayrımı ile sosyo-ekonomik statü etkili olmaktadır (Kurt, 2009, s. 3).

2.3. Dindarlığın Boyutları

Dindarlığın tanımının yapılmasının zor olmasının nedeni onun kapsamlı ve karmaşık bir yapı arz etmesinden kaynaklanmaktaydı. Bu bakımdan dindarlığın boyutları, dindarlığın tanımlanmasını ve anlaşılmasını kolaylaştırmak amacıyla önemlidir. 1960'lı yıllara kadar dindarlık tanımları daha çok Tanrı'ya inanç, ibadet ve dinî gruplara aidiyet olarak ele alınırken Glock 'un (1962) çalışması ile ilerleyen süreçlerde çok boyutlu bir yapı olarak ele alınmaya başlanmıştır. Dindarlık tanımlarında sadece ibadete ya da inanmaya olan vurgunun tanımlamayı eksik bıraktığını öne süren Glock, dindarlığın bir bütün olarak tanımlanabileceği bunun ise ancak elementlerin her birisinin anlaşılması ile mümkün olduğundan bahsetmiştir (Glock, 1998, s. 257-258). Böylece Glock ve Stark (1969), dünya dinlerinin de birbirlerinden

farklı olmalarına rağmen dindarlığın yaşanışı bakımından ortak alanlara sahip olduğunu göz önünde bulundurarak ve sistematik bir yapı arz ettiği için din psikolojisi alanında da kabul gören *inanç, ibadet, tecrübe, bilgi ve etki* olarak isimlendirdikleri beş boyutla dindarlığı kavramsallaştırmışlardır (Yaparel, 1987, s. 37).

İlk boyut olan inanç, geleneksel kurumsallaşmış bir dinin doktrini, işlevi veya anlamı olarak ele alınabilir. Böylelikle inançları üç yapıya bölebiliriz. Her dinde inanç ilkeleri bulunur, bu inanç ilkeleri ilahi bir varlığa delalettir böylece bunları benimseyenler zati bir Tanrı'nın varlığını kabul ederler. Bu ilkeler, insanların rollerini ilahi irade bağlamında tartışarak farklılaşabilirler. Üçüncü olarak inanç ilkeleri ilahi iradenin gerçekleşmesi ile ilgilidir. Bu tasnif her dinde farklı bir yönüne vurgu yapılsa bile ortaktır (Glock, 1998, s. 259-260).

İbadet boyutu ise bir dine inanan insanların yaptıkları pratikleri kapsar. İnsanların ibadetlere katılma sıklığı, belli bir pratiğin içerisindeki değişkenler veya karşılıklı ilişkileri incelenebilir. Böylece ibadetlerin kişiler için ne anlama geldiği araştırılabilir (Glock, 1998, s. 264-265; Mehmedoğlu, 2004, s. 28; Ayten ve Köse, 2012, s. 111).

Tecrübe boyutu daha müphem yaşanan bir boyuttur ve anlaşılması diğer boyutlarında araştırılması sayesinde olabilir. Tecrübe boyutunun ihtiyaç, idrak, tevekkül (güven) ve korku olarak isimlendirilen dört bileşeni vardır (Glock, 1998, s. 266-268). Stark ve Glock (1965, s. 20- 40) dinî tecrübe boyutunu " ne kadar hafif olursa olsun, bir ilâhî zat yani Tanrı ile nihai hakikat ile, müteal bir otorite ile belli bir iletişimi içermesi bakımından bir kişi ya da dinî grup tarafından hissedilmiş/tanımlanmış bütün duyguları, algıları ve duyumları kapsamaktadır " şeklinde tanımlamışlardır (Stark ve Glock'dan aktaran Mehmedoğlu, 2004, s. 29).

Bilgi boyutunda ise Glock, her dinin inanlarından inançları hakkında bilgiye sahip olmalarını beklediklerini vurgulamıştır. Ancak her din, bilgi düzeylerinde ya da nelerin bilinmesini istediği hususunda farklılaşabilir. Bu boyutun önemi, dinî bağlılığın dinî bilgiyle olan zaruri bağlantısından kaynaklanmaktadır (Glock, 1998, s. 268-270).

Etki boyutu tüm dinlerin dinî bağlılık ve imanın bir sonucunu bekledikleri savından hareketle oluşturulmuştur. Böylece inanan kişi ya belli davranış kalıplarından kaçınır ya da

belirli davranış kalıplarına aktif olarak katılır. Böylece bu boyut dindar insandan beklenilen ile onun yaptığı şeyleri kapsamaktadır (Glock, 1998, s. 270; Mehmedoğlu, 2004, s. 29).

3. DAMGALAMA

Ruhsal rahatsızlıklar, dindarlık ve damgalama ilişkisi ile alakalı olarak ele alınacak üçüncü kavram ise damgalamadır.

3.1. Damgalama İle İlgili Temel Kavramlar

Damgalamanın tanımını yapmadan önce damgalamayı tanımlarken ve kavramsallaştırırken kullanılan anahtar terimlerin ayırt edilmesi faydalı olacaktır. Bu bakımdan tez boyunca damgalama ile beraber kullanılacak kavramlara dair genel bir çerçeve çizilmek istenmiştir. Etiket, sterotip, önyargı ve ayrımcılığın birbiri ile ilişkisi sonucunda bilişsel, duygusal ve davranışsal tepkiler ortaya çıkar. Bir gruba ya da onun üyelerine yönelik basitleştirilmiş, genelleştirilmiş genellikle önyargılı kanılar olan strerotipler (Budak, 2000, s.703) , farklılaşmış kesimi tanımlamak için kullanılan *bilişsel* yönün yansımalarıdır. Bir kişinin sahip olduğu etiketler, davranışlarından bağımsız olarak tutumları etkileyen sterotipleri harekete geçirebilir. Böylece tutumlar etiketle uyumlu sterotiplere göre düzenlenir. Bir olay, insan ya da durum karşısında yeterli bilgiye sahip olmaksızın oluşturulan kanıları ya da tutumları kapsayan (Budak, 2000, s. 572) önyargılar ise grup dışında kalanların değersizleştirilmesine neden olan farklılığa dair *duygusal* yöne işaret etmektedir. Ayrımcılık, grup dışında kalanların zarar gördüğü ya da sınırlandırıldığı *davranışsal* tepkileri kapsamaktadır. Ayrımcı davranışlar kişilerarası ilişkiler düzeyinde kendisini gösterebileceği gibi kanunlarla ya da tüzel kurallarla resmî bir şekilde de karşılık bulabilir (Budak, 2000, s.102). Bu dört kavramın birbiri ile bağlantısı şu şekilde kurulabilir; etiketler sterotipleri harekete geçirir, sterotipler önyargılı tutumlara neden olur, önyargılı tutumlar ise ayrımcılığı teşvik eder (Hinshaw, 2007, s. 26; Taşkın, 2007b, s. 20). Ayrımcılık ise üyelerinn grupla güçlü bir özdeşim kurduğu "biz" duygusuyla hareket ettiği iç-grubu arasında dayanışmasına yol açarak "onlar" olarak tanımladığı ve kendi grubundan farklı gördüğü dış gruplara karşı olumsuz tutumları tetikler. Belirli bir etikete sahip olan bir birey bu üç bilişsel sürecin işlemesiyle beraber damgalamaya maruz kalmaktadır. Damgalama geniş bir alanı kapsamasına rağmen çalışmada sadece ruhsal rahatsızlık damgası ele alınacaktır.

3.2. Damganın Tanımı

Damga, bu konuda temel bir esere sahip olan Goffman'a (1963, s.1-2) göre Yunanlılarda işaret edilen kişinin ahlaki statüsünde bulunan olağan dışılığa ve kötülüğe yönelik ifşa amaçlı yapılan bedensel işaretlere verilen addır. Bu işaretler, bedene kazılır ya da yakılır ve işareti taşıyanın köle, hain veya suçlu olduğuna delalet ederdi. Günümüzde ise itibarsızlaştırma ve gözden düşürmenin bir ifadesi olarak kullanılmaktadır.

Goffman'dan sonra yapılan tanımlarda da damga kavramı, kelime anlamı olarak iz, işaret, leke anlamına gelmekte ve alçaltıcı olarak tanımlanan ve toplumsal açıdan onaylanmayan; aşağılanmaya, sosyal mesafeye ve ayrımcılığa neden olan fiziksel ya da sosyal özellikleri ifade etmektedir (Giddens ve Sutton, 2014; Hinshaw, 2007, s. 10; Avcil ve diğerleri, 2016, s. 176; Scott, 1986, s.80 ve Crocker ve diğerleri, 1998, s.505'den aktaran Link ve Phelan, 2001, s. 364). Bu kapsamı içerecek şekilde damga " derideki ben, leke ve bireyin toplumsal kişiliğini olumsuz yönde etkileyen etiket; kişinin toplum tarafından reddedilmesine yol açan fiziki veya davranışsal özellikler (fiziksel özür, zekâ geriliği, sabıka ya da ruh hastalığından ötürü tedavi görme, farklı cinsel yönelime sahip olma vb.) " olarak tanımlamıştır (Budak, 2000, s. 192). Damga içerisinde sterotipleri, önyargıları ve ayrımcılığı barındıran bir kavramdır.

Damgalama konusunda çalışmaları olan Jones ve arkadaşları (1984) ise damgayı bireyleri istenmeyen özelliklere (sterotiplere) bağlayan bir "işaret" (*mark, attribution*) olarak tanımlamışlardır (Link ve Phelan, 2001, s. 365). Jones ve arkadaşlarının tanımlamaları, Goffman'ın damga terimini itibarsızlaştırılmış bir sıfata atıfta bulunmak için kullanması ile bağlantılıdır. Goffman'a (1963, s.3-4) göre damga aslında sıfat/nitelik dili olarak değil bir ilişki dili olarak görülmelidir. Bir niteliğe sahip olma durumunu damgalayan bir sıfat başka bir yerde normal bir niteliğe atıfta bulunabilir. Örneğin; ülkesi için savaşmayı arzulayan birisi fiziksel sağlamlığına leke sürülmemesi için kusurunu gizlerken, ordudan ayrılmak istediğinde aynı özelliği itibarsızlaştırılmayı göze alarak ifşa edebilir. Bu bakımdan damga, sıfat/nitelik ile sterotip arasındaki özel ilişkidir.

Goffman, damganın kendisi ile eş anlamlı olarak kullanılabilecek iki perspektifi yansıttığını öne sürmüştür. Damgalı birey, kendisinde olan farklılığın insanlar tarafından bilindiğini ya da dikkatlerini çektiğini farz ederse gözden düşürülmüş ve itibarsızlaştırılmış

olur. Fakat eğer kendinde ki bu farklılığın insanlar tarafından bilinmediğini ve hemen dikkat çekmediğini farz ederse gözden düşürülmesi, itibarsızlaştırılması ihtimal dâhilinde olur. Bu bakımdan Goffman (1963, s.4), birbirinden farklı üç damga tipinden bahsetmiştir: 1) bedenin korkunçlukları yani fiziki deformasyonlar, 2) zayıf irade, sapkın katı inançlar ve ahlaksızlık olarak algılanan bireysel karakter bozuklukları, 3) ırk, ulus gibi etnolojik damgalar. Tüm bu damga tipleri ortak bir sosyolojik özelliğe sahiptir; sosyal ilişkilerde farklı özelliklere sahip bireyin niteliklerinden birisi diğer özelliklerini geri plana itebilir ve bu nitelik ile karşılaşanların ona sırt çevirmesini sağlayabilir. Böylece kişi bir damgaya, istenmeyen bir farklılığa sahip olur. Bu farklılığa yani damgaya sahip olan bireylerin maruz kaldıkları tutumlar ise damgalama etrafında tartışılacaktır.

3.3. Damgalama

Damgalama kavramı, sosyoloji alanında bu kavramın dikkat çekmesini de sağlayan Goffman'a (1963, s. 3-5) göre " toplumsal olarak normal görülen bir bireyin, sahip olduğu damga sonucunda değer kaybına uğraması, itibarsızlaştırılması hatta neredeyse insan olarak görülmeme durumu " dur. Marshall (1999, s. 123) ise, Goffman'ın damga ile " sabit bir özelliği yansıtmaktan ziyade, değer kaybı ilişkisini " yansıttığına vurgu yapmıştır. Bu açıdan bakıldığında damgalamayı ele alırken, damgaya neden olan özelliklerden daha ziyade ilişki diline odaklanmak önemlidir. Yapılan bazı tanımlarda da bu ilişki dilinin önemini görmek mümkündür. Damgalamaya dair çalışmaları olan Kocabaşoğlu ve Aliustaoğlu (2003, s. 190) ise damgalamayı " bazı hasta gruplarına karşı toplumun tavır alması, onları toplumdan dışlamasına kadar giden davranışlar bütünü " olarak tanımlamışlardır.

Damgalama kavramı ile farklı anlamlara sahip olsa bile eş anlamlısı gibi kullanılan ve karıştırılan bir kavram ise etiketlemedir. Bu kavram kargaşasını gidermek adına çalışmalarda etiketlendirme ile damgalama arasındaki farka işaret edilmiştir. Hastalığı olan bir bireye tanı konması aslında bir isimlendirmedir (Yıldız ve diğerleri, 2012, s. 2). Bu bakımdan her psikiyatrik tanı aslında birer etikettir (Taşkın, 2007b, s. 21). Fakat birçok hastalık türü için bu isimlendirme sadece etiketleme düzeyinde kalırken, bazılarında ise damgalama düzeyine geçer. Etiketlerin algılanma düzeyleri de bazı etiketlerin diğerlerine göre daha damgalayıcı olmasına neden olmaktadır (Yıldız ve diğerleri, 2012, s. 2; Taşkın, 2007b, s. 21). Türkiye'de yapılan bir çalışmada *akıl hastalığı* etiketinin *ruhsal hastalık* etiketinden daha damgalayıcı

bulunduğu gözlemlenmiştir. *Akıl hastalığı* etiketi daha ciddi, sağaltımı zor bir sürece işaret edecek şekilde algılanmış ve buna bağlı olarak daha fazla sosyal mesafe isteği ile tehlikelilik inancına sebep olmuştur (Özmen ve diğerleri, 2004, s. 54). Tezin başlığının seçilmesinde de yapılan araştırma dikkate alınmıştır. Daha az damgalanan bir tanım üzerinden gidilerek bir sonuca ulaşılmak istenmiştir.

Damgalama kişilerarası ilişkilerde etkili olduğu gibi kişinin kendi benlik algısında, aynı zamanda kurumsal yapılar ve alınacak kararlar üzerinde de etkilidir. Bu kapsamda damgalamanın toplum damgası, kendi kendini damgalama ve yapısal ayrımcılık olarak adlandırabileceğimiz üç türünden söz edilebilir.

3.3.a. Toplum Damgası

Toplum damgası, toplumun belirli bir gruba karşı belli özellikler nedeniyle önceden var olan varsayımlara dayanarak gösterdiği tepkileri kapsamaktadır. Ruhsal rahatsızlıklar hakkındaki damgalar, toplumsal normlara, inanışlara ve kültürel kalıplara göre farklılık gösterebilmektedir. Belirli bir toplumsal düzlemde normal olarak kabul edilebilecek davranışlar farklı düzlemlerde damgalamaya yol açabilmektedir (Karagöl, Çalışkan ve Beyazyüz, 2013, s. 98).

Toplum damgası, güç farkı bağlamında sterotip, önyargı, ayrımcılıktan teşekkül etmekte ve damgalanmış gruba karşı toplumun tepkisine neden olmaktadır (Rüsch, Angermeyer, Corrigan, 2005, s. 531). Ruhsal rahatsızlıkların tedavisi için yapılmak istenen hastanelerin *Not in My Backyard or NIMBY* (benim arka bahçeme değil) fenomeni ile ABD ve İngiltere'de protestolara konu olması toplum damgasına dair bir örnek olarak verilebilir (Mathison, 2016, s. 10). Ayrıca ruhsal rahatsızlığa sahip birisi olarak damgalanan kişilerle beraber toplum damgası aile üyelerini ve hatta arkadaşlarını da etkilemektedir.

Ruhsal rahatsızlığa sahip insanlara karşı toplumda üç tür tutum oluşmaktadır: 1) korku ve dışlama, 2) otoriterizm (otoritecilik), ve 3) merhamet. Oluşan bu üç tutum " rahatsız " şeklinde etiketlenen bireylerin damgalamaya maruz kaldıklarını gösterecek iki ana imkândan mahrum kalmalarına neden olur; iş imkânı ile rahat ve güvenli evlerde barınma imkânı (Corrigan ve Watson, 2002, s. 1; Corrigan, Kerr ve Knudsen, 2005, s. 180). Özellikle korku ve dışlama tutumları, ev sahipleri ile işverenlerin damgalanmış kişilerin şiddete eğilim

gösterdiklerine inanmaları dolayısıyla iş vermemelerine ya da evlerini kiralamamalarına neden olmaktadır.

Toplumsal damganın oluşmasında medyanın etkisi de bulunmaktadır. Şiddet içerikli eylemlerden sonra faillerin ruhsal bir rahatsızlığa sahip olduğu vurgusu toplum davranışları üzerinde bir etkiye neden olmaktadır (Avcil ve diğerleri, 2016, s. 182; Angermeyer ve diğerleri, 2004, s. 425; Corrigan, 1998, s. 206-207; Corrigan ve Watson, 2002, s. 17; Soygür ve Özalp, 2007, s. 243-245). Bu bakımdan damgalamayı azaltmaya dair yapılan çalışmalarda ruhsal rahatsızlıklar hakkındaki bazı temsillerin medya üzerinden kontrol edilmesi gerektiği vurgulanmaktadır (Corrigan, 2000, s. 60).

Damgalamayı azaltmaya dair yapılan çalışmalar insanların neden damgaladıklarına da odaklanmışlardır. Damgalamanın kökeni insanların (algılayan), damgalanmış duruma sahip olanlar (hedefler) hakkındaki bilişsel temsillerinde yatmaktadır. Bu bilişsel temsiller damgalanmış durum karşısındaki olumsuz duyusal ve davranışsal tepkileri tetiklemektedir. Temsillerden ilki başlangıç (*onset*) kontrol edilebilirliğidir. Anormal kabul edilen davranış üzerindeki sorumluluk, damgalanmış bireye karşı öfke duygusunu arttırarak olumsuz davranışlara neden olmaktadır. Diğer bir temsil ise algılanan şiddettir (*severity, ehemmiyet*). Semptomları daha ağır ve görünür olan rahatsızlıkların daha fazla damgalanması örneğinde olduğu gibi damgalanan durumun vaziyeti yani şiddeti de ona karşı geliştirilen duyuşsal ve davranışsal tepkileri etkilemektedir. Üçüncüsü durumun algılanan tehlikeliliğidir, algılanan tehlikelilik derecesi korku ya da kaçınma davranışını tetikleyebilir. Ruhsal rahatsızlıklara sahip insanların tahmin edilemez bir tabiata sahip ve tehlikeli oldukları inancı ya da bu inancı körükleyen bazı temsiller sonucunda korku ve kaçınma davranışı oluşmaktadır. Sonuncusu ise sosyal normların ihlal edildiği düşüncesidir. Böylece bu düşünce sosyal dışlama ve öfke ile olumlu, sempati ile olumsuz bir ilişkiye neden olur (Bos ve diğerleri, 2013, s. 3-4). Özellikle sosyal normların ihlal edilmesi, algılanan durumun şiddeti ve bununla bağlantılı olan tehlikelilik düşüncesi ruhsal rahatsızlıkların damgalanmasında önemlidir.

Toplumsal damga, damgalanan bireyler üzerinde de belli bir etkiye yol açmaktadır. Bir kişinin hastalığından dolayı toplumsal damgalamaya maruz kalması benlik algısı ile ilgili bazı olumsuz düşüncelere kapılmasına yol açabilir. Bunun sonucunda ise kendilerini damgalayabilirler.

3.3.b. Kendini Damgalama

Kendini damgalama, damgalamanın kişinin içsel süreçleri ile bağlantılı bir kavramdır. Bu açıdan kendini damgalama (*self-stigma*) bazı makaleler ve çalışmalarda içselleştirilmiş (*internalized*) damgalama olarak kullanılmaktadır. İki terimin birbirlerinden farklı olduğu düşünülebilir ancak West ve diğerleri (2011, s. 54) içselleştirilmiş damgalamanın kendini damgalama olarak da kullanımının bulunduğunu ifade etmişlerdir.

Kendini damgalama süreci toplum damgasının farkında olunarak geliştirilebilir, bir nevi toplum damgasına bağlı olarak kendini damgalama süreci yaşanabilir. Toplum tarafından damgalanan birey bu yargıları kabullenir ve bunun sonucunda değersizlik, suçluluk ve utanç gibi olumsuz duygular yaşar (Avcil ve diğerleri, 2016, s. 182-183; Karagöl, Çalışkan ve Beyazyüz, 2013, s. 99-100). Ancak toplum damgasından bağımsız olarak gelişebilecek kendini damgalama sürecinin de yaşanabileceğinden bahsedilmiştir. Böylece kendini damgalama, etiket olarak bir hastalık tanısı alınır alınmaz da ortaya çıkabilir. Daha doğru bir ifade ile kendini damgalama nesnel olarak ayrımcılık ya da dışlanmaya maruz kalmadan, bireylerin rahatsızlıklarına dair bir etiketi almasıyla toplumun kendilerine karşı damgalayıcı tutumlar takınacağını düşünmeleri şeklinde de olabilir. Kişilerin öz-saygıları, daha önce var olan sterotipleri rahatsızlıklarına dair bir etiket aldıktan sonra oluşacak içselleştirilmiş damgalama düzeylerinde etkili olacaktır (Taşkın, 2007d, 32-33; Link ve diğerleri, 2001, s. 1621). Kendini damgalama düzeylerinin öz-saygı ve daha önce sahip olunan sterotiplerle bağlantısı çerçevesinde yapılmış çalışmalar değişkenlerin birbirleri ile ilişkisine dair fikir vermektedir. Link ve arkadaşları (2001, s. 1621-1625), yaptıkları araştırma sonucunda ruhsal rahatsızlığa sahip insanlar üzerinde damgalamanın öz-saygılarını yıkıcı bir etkisi olduğunu bulmuşlardır. Hayward ve arkadaşları (2002, s. 66) ise yaptıkları çalışma sonucunda öz-saygı ile damgalama ilişkisinin iki yönlü olduklarını bulmuşlardır; düşük öz-saygıya sahip olup damgalayıcı inançlardan daha fazla etkilenen bireyler olduğu gibi damgalanma sonucunda düşük öz-saygıya sahip olan bireylerde vardır. Ayrıca Beyazyüz ve arkadaşları (2015, s. 7) ruhsal rahatsızlık tanısı almış örneklem grubunda yaptıkları bir araştırma sonucunda, ailesinde daha önce ruhsal rahatsızlık tanısı almış kişiler bulunanların, bulunmayanlara göre içselleştirilmiş damgalama düzeylerinin daha düşük olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Bu sonuç kişilerin etiket almadan önce rahatsızlıklarla ilgili sterotiplerinin, etiketi aldıktan sonra kendini damgalama düzeylerini nasıl etkilediğine dair bir örnek olarak alınabilir.

Toplum damgasında olduğu gibi kendini damgalama sürecinde de sterotipler, önyargı ve ayrımcılık etkilidir. Bireyler, kendisi gibi olanlara dair sterotipleri kabullenir, bu kabullerle bağlantılı olarak önyargı ve olumsuz duygular edinirler. En nihayetinde ise özgüvenlerine ve öz-yeterliliklerine zarar verecek şekilde kendilerini toplumdan soyutlarlar ya da kendilerine dair oluşturdukları önyargıları sebebiyle aslında ulaşabilecekleri hedeflere ulaşmada başarısız olurlar (Rüch ve diğerleri, 2005, s. 531; Yıldız ve diğerleri, 2012, s. 2; Avcil ve diğerleri, 2016, s. 183; Corrigan, Kerr ve Knudsen, 2005, s. 180). Böylece kendini damgalama süreci; 1) *farkındalık*, ruhsal rahatsızlıklar hakkındaki sterotiplerin bilincinde olup olmama, 2) *mutabakat*, sterotipleri onaylama durumu, 3) *uygulama*, farkında olunan ve onaylanan sterotipleri kendiliğine mal etme, ve 4) *zarar*, bu sterotiplerin baş etme becerilerini etkileyen özgüven veya öz yeterliliğe zarar verip vermeme durumu, olarak açıklanabilir (Çiftçi ve Corrigan, 2013, s. 18; Corrigan ve Rao, 2012, s. 465).

Toplum damgası ya da sahip olunan etiketler her bireyde kendini damgalamaya yol açmaz, damgalanan gruplara ait olup kendini damgalamadan yaşamına devam eden bireyler de vardır. Bu durumu göz önüne alan Corrigan ve Watson (2002a, s. 47), damgalamaya karşı bireylerin gösterdiği tepkileri üç şekilde açıklayan bir model öne sürmüşlerdir: 1) damgaya sahip olan insanlar kendilerini damgalarlar ve düşük öz-saygıya sahip olurlar, 2) damgalamaya nispeten kayıtsız kalırlar, 3) damgayla güçlenir ve ruhsal rahatsızlıklara sahip başkalarını ve kendilerini savunurlar (Corrigan, Kerr ve Knudsen, 2005, s. 181).

Toplum damgası ve kendini damgalama, damgalama konusu ele alınırken odaklanılan süreçlerin başında gelmektedir. İkisi arasındaki farkları ve süreçlerin gelişimini anlamak açısından Corrigan, Kerr ve Knudsen'in hazırladığı tablo (Tablo 1) aşağıda verilmiştir. Toplum damgası ve kendini damgalama süreçlerinden sonra daha kurumsal bir damgalama türü olan yapısal ayrımcılık ele alınacaktır.

Toplum Damgası	Sterotip Bir grup hakkındaki olumsuz inançlar tehlikelilik, karakter zayıflığı,yetersizlik gibi	Kendini Damgalama	Sterotip Kendilik hakkında olumsuz inançlar karakter zayıflığı, yetersizlik gibi
	Önyargı İnançları onaylama ve/ veya olumsuz duygusal tepkiler korku, öfke gibi		Önyargı İnançları onaylama, olumsuz duygusal tepkiler düşük öz-saygı, düşük öz-yeterlilik
	Ayrımcılık Önyargılara cevap olarak davranışlar iş ve barınma fırsatlarından kaçınma		Ayrımcılık Önyagılara cevap olarak davranışsal tepkiler iş yada barınma ihtiyacını karşılamada başarısız olma

Tablo 1 : Toplum damgası ve kendini damgalamanın bilişsel süreçleri (Corrigan, Kerr ve Knudsen, 2005, s. 182).

3.3.c. Yapısal Ayrımcılık

Yapısal ayrımcılık, toplum damgasından daha sistematik ve daha kurumsal bir yapı arz etmektedir. Bu kapsamda yapısal ayrımcılık, bilinçli ve kasıtlı olarak belirli bir grubu bazı haklar ve ayrıcalıklardan mahrum bırakmaktır (Corrigan, Kerr, Knudsen, 2005, s. 183). Böylece damgalanan gruplar toplumsal kurallar ve düzenlemelerle sistematik olarak ayrımcılığa maruz kalırlar. Bu açıdan bakıldığında önemli olan "güç" unsurudur. "Güç" unsurunun etkili kullanımı ayrımcılığın uygulanmasını kolaylaştırmaktadır. Gücü elinde bulunduran gruplar, damgalanan gruplara karşı bu "güç" unsurunu kullanmaktadırlar. Ruhsal rahatsızlıkların sağlık sigortası kapsamı dışarısında bırakılması gibi uygulamalar bu damgalama türüne örnek verilebilir (Avcil ve diğerleri, 2016, s. 183).

3.4. Damgalamaya Dair Kuramlar

Damgalama, özellikle Goffman'ın temel eseri ile dikkat çeken bir konu olmuştur. Daha sonra ise sosyolojinin bir konusu olması bakımından sosyolojik kuramlar tarafından ele alınmış ve temelleri atılmıştır. Çalışma esnasında yapılacak çalışmayı ön görecek bir kaynak havuzu bulunmadığı için karşılaşılan zorluğa binaen, tüm kuramları tek bir çatı altında toplamak adına damgalamaya dair temel kuramların hepsi bu bölümde ele alınmıştır.

3.4.1. Goffman'ın Temel Eseri

Goffman (1963), *Damga: Örselenmiş Kimliğin İdare Edilişi Üzerine Notlar* adlı eseri ile damga konusuna dikkatleri çekmiştir. Damga ve damgalama tanımlarına yer verirken Goffman'ın temel eseri üzerinden gidilmişti, bu bölümde ise damgaya dair görüşleri daha ayrıntılı ele alınacaktır.

Goffman, damga kavramını gözden düşürülmeye neden olan bir sıfata atıf olarak kullandığını belirtmesine rağmen aslında bir ilişki diline ihtiyaç duyulduğunu vurgulamıştır. Böylece o, damga tanımlamasını sterotip ile atıf arasındaki özel ilişkiye dayandırmıştır (Goffman,1963,s. 3-4). Bu açıdan aslında, damga ve eş anlamlı kavramlar iki perspektifi gizlemektedir. Damgalanmış kişi kendindeki farklılığın fark edilebilir olduğunu varsayarsa gözden düşürülmüş ya da itibarsızlaştırılmış olmanın acı yüzü ile baş etmek zorunda kalır. Diğerinde ise damgasının hemen fark edilebilir olmadığını varsaysa bile gözden düşürülmeye müsait ya da gözden düşürülmesi ihtimal dâhilinde olmakla karşı karşıya kalır. Goffman (1963, s.4) , kitabında bu iki perspektifi de ele almıştır. O, birinci perspektiften ikinciye doğru bir açıklama yapmıştır ancak bu ikisi arasında her zaman keskin bir ayrım yapmamıştır.

O, ruhsal rahatsızlıkları da içerisine alabileceğimiz üç damga türünden bahsetmektedir; bedenin sahip olduğu fiziksel deformasyonlar, karakter bozuklukları (sapkın inançlar, ruhsal rahatsızlıklar, zayıf irade, doğal olmayan tutkular gibi), ve etnolojik damgalar (ırk, ulus gibi). Goffman, toplumun yaklaşımını esas alarak damgalı gruba ait olmayan bireyleri "normal" olarak adlandırmıştır. Böylece damgalanan insanların normallerden ayrıldığını ve itibarsızlaştırarak adeta insan gibi görülmediklerini öne sürmüştür (Goffman, 1963, s. 5).

Normallerden ayrılan bireylerin yani damgalanmış grubun sahip oldukları damganın ise toplumsal bilgiyi ileten semboller sayesinde taşındığını öne sürmüştür. Diğer bir ifadeyle toplumsal bilgiyi taşıyan işaretlere "sembol" ismini vermiş ve damganın sosyal bir bilgi olarak bu işaretler sayesinde taşındığına vurgu yapmıştır. Bu bakımdan da toplumsal bilgiyi taşıyan işaretler arasında ayrım yapmıştır. Böylece işaretleri doğuştan gelip gelmemelerine göre ayırmıştır. Doğuştan gelmeyen işaretleri de kişinin kalıcı bir parçası haline gelip gelmeme durumuna göre ele almıştır. Mesela; deri rengi doğuştan gelir, ancak kişinin bir parçası haline gelmiş bir yara izi doğuştan gelmez, mahkûmun sıfıra vurulmuş saçı ise ne

doğuştan gelir ne de süreklilik arz eder. Ancak bakıldığında tüm bunlar bilgiyi taşıyan birer semboldür. Kişinin bir parçası haline gelmeyen ya da süreklilik arz etmeyen ama sosyal bilgi taşıyan işaretler kişilerin iradesine karşı da kullanılarak damga sembolüne dönüşme eğilimi taşıyabilirler (Goffman, 1963, s. 43-46). Bu örneklerden de görüldüğü gibi aslında kişinin bir parçası haline gelmeyen ya da süreklilik arz etmeyen " rahatsızlık" işareti, zamanla bir damga sembolü haline gelebilir.

Goffman (1963, s.49) , işaretlerle ilgili ayrımından sonra da damganın görünürlüğü üzerinde durmaktadır ancak o görünürlük meselesini sıfatın (niteliğin) bilinebilirliği, açıklığı ve algı odağı olması şeklinde bir tasnifle ele almıştır. Bazı damgalar görünür bir yapı arz ettikleri için bireylerle temas halindeyken anında bilinebilir hale gelmektedir. Ancak bir damga görünür bir yapı arz etmese bile başkalarının o damga hakkında daha önceden bir bilgiye sahip olup olmaması da damgalamayı etkilemektedir. Ruhsal rahatsızlığa sahip bir kişi görünür bir damgaya sahip olmadığı ya da iyileştiği halde önceden tanı aldığı biliniyorsa bu durum kişinin damgalanmasına yol açabilir. Diğer bir nokta ise hemen görünür bir damgaya sahip olan bir kişinin damgasının ne derecede iletişime müdahil olup olmadığı ile ilgilidir. Bazı damgalar sosyal ortamlarda iletişimi engellemese bile, konuşma bozukluğu olan bir bireyin diğer insanlarla olan iletişiminin sekteye uğraması örneğinde olduğu gibi daha hissedilir olabilmektedir. Üçüncüsü ise algılanan odaktır. Yüz yüze etkileşimlerde bir sorun olarak görülmeyen bazı damgalarsa yetkinlikleri açısından bireylerde soru işareti bırakabilir. Örneğin çirkinlik sosyal ortamlarda odaklanılacak bir damga olarak görülmesine rağmen, bedensel engelli kişilere yapılan muamele örneğindeki gibi tek başına yapabilecekleri işlerdeki yetkinlikleri ellerinden alınmaz. Çünkü çirkin olarak damgalanan bireyler görünürlükleri dışında diğer yeterliliklere sahiptirler. Bu bakımdan görünürlüğü de kapsadığı diğer üç unsurdan ayırt etmek önemlidir (Goffman, 1963, s. 48-51).

Goffman'ın yaklaşımında esas nokta, damgalı ve normal olarak adlandırdığı bireylerin sosyolojik konumlarını açıklarken onların birer *kişi* değil *bakış açısı* olduklarını vurgulayarak, damgayı bir ilişkiler ağı içerisinde ele almasıdır (Goffman, 1963, s. 138). Goffman'ın yaklaşımından ve ait olduğu sosyoloji okulundan daha sonra damga ile alakalı daha farklı kuramlar öne sürülmüştür. Öne sürülen yaklaşımlardan bir tanesi ise etiketleme kuramıdır.

3.4.2. Etiketleme Kuramı

Etiketleme Kuramı sadece damga konusunda değil sosyoloji alanında ortaya atılan birçok fikir için temel arz etmiştir. Etiketleme kuramına dair verilecek tanımlardan ilkinde Bilgin (2003,s. 112-113) kuramı Sosyal Psikoloji sözlüğünde şöyle tanımlamıştır:

> " Sembolik etkileşimcilik [1] çerçevesinde gelişen etiketleme teorisi, Durkheim ve Simmel'den itibaren sosyal bilimlerin önemli bir sorunu olan ve anomi kavramı temelinde ele alınan 'sosyal normlardan sapma' konusundaki önemli yaklaşımlardan birisidir. Sembolik etkileşimcilere göre, toplum tarafından cezalandırılan sosyal olgular, sadece sapkınlık (*delinquency*) ve suçlar değildir. Toplum, yeni sapma kategorileri yaratarak nüfusun giderek daha büyük bir kısmına yaptırım uygulamaktadır. Toplumda, bir kurum veya grubun normlarının dışına taşan her davranış 'sapma' olarak nitelenmektedir. Etiketleme teorisi çerçevesinde yapılan alan araştırmaları, Becker'in 1961'de direktörü olduğu 'Social Problems' dergisinde yayınlanmıştır. Bu yaklaşımın temel eserleri arasında Becker'in Outsiders'ı, Goffman 'ın Stigmate' i sayılabilir."

Etiketleme Kuramı Goffman'ında içerisinde bulunduğu sosyoloji okulu ile yakından alakalıdır. Bilgin'de tanımından anlaşılacağı üzerine bu kuramın teorisyenleri insanların sapkın ve alışılmamış davranışlar gösteren kişileri etiketlediklerini öne sürmüşlerdir. Başkaları tarafından etiketlenen birey, kendisini ve benliğini bu etikete karşılık gelecek şekilde algılamaya başlar. Etiketleme teorisyenlerinin bu görüşü sembolik etkileşimcilerin etiketlerin doğru olsun ya da olmasın etiketlenen insanın bu etikete uygun davranacağına dair iddiası ile örtüşmektedir. Etiketlenen kişinin davranışları anormal olmasa bile toplum tarafından etiketinden dolayı öyleymiş gibi değerlendirilebilir. Etiketleme kuramı çağdaş psikiyatriye bir eleştiri olacak şekilde de ele alınmıştır. Buna göre ruhsal rahatsızlık teşhisleri altta yatan hastalıklardan daha çok toplumun anormal olarak gördüğü ve kabul etmediği davranış yapılarına vurulan bir etikettir (Budak, 2000, s. 278). Diğer bir ifadeyle bir kişiye yapıştırılan etiketler, diğerlerinin bu kişi karşısındaki davranışlarını etkilemekte ve sonuçta, "kişinin diğerleriyle etkileşimi etiketin damgasını taşımaktadır" (Bilgin, 2003, s. 113).

Bu konu üzerinde çalışmalar yapan Lemert'inde kişilerin etiketleri kabul süreci ile alakalı olarak yaptığı açıklamalar önemlidir. O, birincil sapma ve ikincil sapma olarak

[1]Sembolik Etkileşimcilik: " George Herbert Mead tarafından geliştirilen insan etkileşiminde sembollerin ve dilin önemini vurgulayan yaklaşımdır (Budak, 2000, s. 662).

adlandırdığı görüşlerini anlatırken etiketleme ve içselleştirme süreçleri üzerinde durmuştur. Ona göre birincil sapma, kişilerin sapma davranışı göstermelerini kapsamaktadır. İkincil sapma ise bireylerin bu davranışlardan ötürü etiketlenmelerini ve etiketi (kendisine atfedilen sıfatı) kabul etme süreçlerini kapsamaktadır (Özmen ve Erdem, 2018, s. 188; Mutluer, 1998, s. 222; Giddens, 2000, s. 189).

Etiketleme sürecinde "güç" unsuru özellikle önem arz etmektedir. Çünkü etiketleri genellikle ahlaki tanımlamalar yapabilecek konumda olan, kural koyucu kişiler ya da kurumlar oluşturur. Böylece sosyal statüsü alt seviyelerde olanlar hem sosyal kaynaklara daha az ulaşabilir olduklarından hem de güçsüz olduklarından etiketlere karşı daha hassas olabilirler (Özmen ve Erdem, 2018, s.189). Bu görüş daha sonra damgalamanın kavramsallaştırılmasında "güç" unsurunun önemine vurgu yapacak olan Link ve Phelan tarafından da vurgulanacaktır.

Sembolik etkileşimciliğin geliştiği Chicago okuluna mensup olan Goffman'ın çalışmaları etiketleme kuramını etkilemiş ve ondan etkilenmiştir. Ayrıca bu kuramın; toplumun etiketle beraber kişiler öyle olsun ya da olmasın tutumlarının değişmesi, etiketlenen bireylerin etiketleri kabul etme süreçleri ve etiketin damgasını taşımalarına dair yaptığı açıklamalar damgalama konusuna ışık tutmaktadır. Etiketleme kuramından daha sonra damgalamaya dair ele alınacak bir diğer başlık ise yükleme kuramıdır.

3.4.3. Yükleme Kuramı

Damgalamaya dair ele alınacak kurumlardan bir diğeri ise Fritz Heider'in (1958) temellendirildiği kabul edilen yükleme kuramıdır. Heider'in geliştirdiği kuram zamanla farklı yaklaşımlarla zenginleşmiştir. Yükleme kuramlarının amacı insanın kendi davranışlarını ve diğerlerinin davranışlarını nasıl anlamlandırdığını açıklamaktır. Bu bağlamda Heider, yüklemeleri içsel ve dışsal olarak ikiye ayırmaktadır. İçsel yüklemeler kişilerin belirli davranışlarını onunla ilgili tutum, karakter ya da kişilik gibi bir nedene bağlamaktır. Dışsal yüklemeler ise kişilerin belirli davranışlarını, içinde bulunulan duruma bağlamaktır (Aronson, Wilson, Akert, 2012, s. 202). Ayrıca insanlar içsel ve dışsal yüklemeler dışında başka sorularla da davranışları anlamlandırmaya çalışırlar. Weiner ve arkadaşları bu kuramı genişleterek, davranışların nedenleriyle ilgili araştırmalara kontrol edilebilirlik ve kalıcılığı da eklemişlerdir. Bir davranışın nedeninin kontrol edilip edilemez oluşu ile nedenlerin kalıcılığı

da tutumları etkilemektedir (Kağıtçıbaşı ve Cemalcılar, 2017, s.111). Kontrol edilme ve kalıcılık durumları Corrigan'ın yükleme kuramı ışığında damgalamayı ele aldığı bölümde ayrıntılı olarak tartışılacaktır.

Yapılan içsel ve dışsal yüklemeler farklı davranışların ortaya çıkmasına neden olurlar. Bu bağlamda bir kimsenin işsiz olma durumunu onun kişisel beceriksizliğine atfetmedeki gibi bireyler Ross'un (1977) *temel yükleme yanılgısı* olarak adlandırdığı biçimde davranışları, kişisel özelliklere yükleyerek çevresel faktörleri göz ardı ederler ve kişileri suçlarlar. Ya da Pettigrew'in (1979) adlandırmasıyla *nihai yükleme yanılgısına* düşerek dış gruba ait bir başarıyı "kayırmacılık" olarak adlandırabilirler (Hogg, Vaughan, 2007, s. 115-123; Özmen, Erdem, 2018, s. 190).

Yükleme süreçleri steroriplerin güçlenmesine de neden olabilmektedir. 1930'lu yıllarda Almanya'da oluşan ekonomik krizin sorumluluğunun Yahudilere yüklenmesi gibi sosyal gruplar geniş ölçekli durumları azınlık gruplarına yükleyerek açıklama eğilimine girebilirler. Dış grubun uğradığı haksızlığı gerekçelendirmek ve meşrulaştırmak için "beceriksiz" ya da "tembel" oldukları iddiası ile sterotipler kullanılabilir (Hogg ve Vaughan, 2007, s. 126). Yüklemelerdeki yer alan bu yargılar ise damgalanmış grupları farklı şekillerde etkilemektedir. Mesela, yargılar *sterotip tehdidine* yol açabilir. Damgalanmış gruba ait bireyler kendilerine dair sterotiplere sahip olunduğunun farkında olmalarına rağmen bu sterotiplerin ne olduğunu açıkça bilemeyebilirler. Bu durumda, yargılara inanmıyor olsalar bile davranışları ile onları doğrulamaktan çekinebilirler. Aynı zamanda damgalanmış gruba dâhil bireyler başkalarının kendilerine yönelik davranışlarına karşı hassaslaştıkları için *yüklemedeki belirsizlikten* etkilenebilirler. Damgalanmış birey etrafındaki insanların davranışlarının sebebinin damgası mı olup olmadığına dair bir kuşkuya düşebilir. Böylece yüklemedeki belirsizlik ilişkiler üzerinde etkili olarak güvensizliğin nedeni olur (Hogg, Vaughan, 2007, s. 407; Soygür ve Cankurtaran, 2007, s. 42).

Yapılan açıklamalar ışığında rahatsızlığa yakalanan bireylere dair yapılan yüklemeler bu kuram etrafında tartışılabilir. Dindar bir kimsenin dinî yaşayışı ve Tanrı'ya olan bağı hayatını, inandığı din kapsamında anlamlandırmasına neden olmaktadır. Böylece inancı kapsamında dinî yüklemelerde bulunabilir (Spilka, Shaver ve Kirkpatrick,1997, s. 160), yaptığı bu yüklemelerse damgalamayı etkileyebilir. Böylece rahatsızlığa yakalandığında ya da

yakalanmış bir kimse ile karşılaştığında tutumları da bu yüklemelere uygun biçimde olacaktır. Yükleme kuramıyla da bağlantılı olarak ele alınan iç grup ve dış gruplarla ilgili olarak ele alınacak bir diğer açıklama modeli ise sosyal kimlik kuramıdır.

3.4.4. Sosyal Kimlik Kuramı

Damgalama konusu ile bağlantılı olarak ele alınabilecek bir diğer kuram temelleri Henri Tajfel tarafından atılan sosyal kimlik kuramıdır. Tajfel eserlerinde sosyal kategorizasyon, gruplar arası ilişkiler, sosyal karşılaştırma ve sterotipleştirme üzerine çalışmalar yapmıştır. Daha sonra ise Tajfel ve Turner sosyal kategorizasyonun gruplar arası davranışlarda oynadığı rol üzerine araştırma yürütmüşler ve bu araştırma sosyal kimlik yaklaşımının temelini oluşturmuştur (Hogg, Vaughan, 2007, s. 152).

Tajfel'e göre iç grup tutuculuğunun ve dış grupta kalanlara yönelik ayrımcı ve sterotipleştirme davranışlarının temelinde yatan süreç sosyal kategorizasyondur. Sosyal kategorizasyonda bireyler birbirlerine benzer veya denk olayları bir sınıflamaya tabi tutarlar (Tajfel, 1972, s. 275'den aktaran Yapıcı, 2004, s. 51-52). Budak'ın (2000, s. 689) sosyal kimlik kuramına dair "…insanların, öz saygılarını arttırmak amacıyla kendilerine benzer insanlarla (iç grup) birlikte olma eğilimi göstermesi " şeklindeki tanımı da sosyal kategorizasyonda benzerliğin önemini göstermesi bakımından yukarıdaki açıklamayı özetlemektedir.

Sosyal kimlik kuramı toplumun hiyerarşik olarak yapılandığını, farklı gruplarında bu hiyerarşik yapı içerisinde güç ve statü ilişkileri kurduğunu öne sürmüştür. Böylece sosyal kategoriler, bireylere sosyal bir kimlik kazandırır. Sosyal kimlikler ise sadece kişileri tanımlamaz aynı zamanda grup üyelerinin nasıl davranmaları gerektiğine dair bir davranış örüntüsü sunarlar (Hogg, Vaughan, 2007, s. 445; Hogg, Abrahams, 1992, s. 14). Bu bakımdan sosyal kimlik edinme süreci, bireylerin ait oldukları grup ve bu gruba dair tanımlamalar çerçevesinde bireyin "kendi kimliğini" kazanma sürecine dönüşür. Bireylerin ait oldukları gruplardaki konumları onların kendilerine dair değer yargılarını etkiler. Belli bir gruba ait olan bireyin kendi kimliği ait olduğu grubun diğer gruplar karşısında ki konumundan ve grup içerisinde sahip olduğu saygınlıktan etkilenmektedir (Schnapper, 2005,s. 151; Dela Haye, 1998,s. 35'den aktaran Yapıcı, 2004, s. 54-55). Bu açıdan bakıldığında damgalanmış bir

bireyin kimliğinin oluşumu aslında damgalı olmayanların kimlik oluşumu sürecini etkileyen faktörlerce baskı altına alınmaktadır.

Yukarıda kısaca açıklanan süreçlerde bahsedilen sosyal kimlik edinimi de öncelikle sosyal kategorizasyon ile başlar. Bu aşama iki grubun varlığının kabul edildiği bilişsel bir süreçtir. Bu gruplara örnek olarak "özürlü olanlar" ve "özürlü olmayanlar" ya da "damgalılar" ve "damgalı olmayanlar" örnek verebilir. Bu gruplandırma daha çok tarihsel süreçte "anlam" üzerine odaklanılarak gerçekleşen bir sınıflandırmadır. Kişiler bu kategorileri genellikle kendileri çerçevesinde tanımlarlar. Kendileri ile benzerlikleri bulunanları iç grup diğerlerini ise dış grup olarak kategorileştirirler. İkinci aşama gruplar arası karşılaştırmayı kapsayan sosyal karşılaştırmadır. Yapılan karşılaştırma kendilik üzerinden oluşturulur. İç grup ile kendilik aynı değerlendirilir ve dış gruba karşı olumsuz tutumlar geliştirilebilir. İlk ve ikinci aşamanın beraber işlemesiyle grup davranışları ortaya çıkar. Böylece gruplar arası farklılaşmalar, ayrımcılık, iç grup kayırmacılığı, iç grup-dış grup ile kendiliğe dair sterotipler oluşturulabilir. Kişiler bir gruba ait olduklarında olumlu özellikleri iç gruplarına atfederken yaşanan olumsuzlukları dış gruplara atfetme eğilimi gösterirler. Kişiler yaptıkları kategorizasyonlar sonucunda benlik değerlerini artırmak için kendilerini özdeşleştirdikleri grup ile dış grup arasında bir rekabet oluşturarak çatışma ortamı yaratmaktadırlar. Böylece iç grup üyelerinin benliklerine dair değerler arttıkça dışlanan grubun üyeleri arasında ise değer kaybı, utanç artacaktır. Üçüncü aşama sosyal kimlikleşme aşamasıdır. Bu süreç kişinin kendi ve diğerleri gözünde bir kimlik edinme sürecidir. Sosyal kimlik kuramı, sosyal kimlik ile kişisel kimlik arasında bir ayrım yapar ve sosyal kimliğin kişisel kimlikten daha fazla dikkat çektiğini vurgular. Kişiler ait oldukları sosyal kategorilere göre –ırk, cinsiyet ya da daha kısa süreli ait olunan grup üyelikleri- tanımlanırlar (Cameron, 1998, s. 74-75'den aktaran Burcu, 2006, s. 68; Hogg, Abrahams, 1992, s. 19-25, Özmen ve Erdem, 2018, s. 191-192). Sosyal kimlik kuramının yaklaşımı şu şekilde özetlenebilir; önce kategorize ederiz daha sonra bu kategorilere göre kendimizi kimlikleriz ya da kimlikleniriz ve kimliklendiğimiz grup ile (iç grup) diğer grupları (dış grup) karşılaştırmalara tabi tutarız (Myers, 2012, s. 326).

Sosyal kimlik kuramının damgalama ile ilişkisi ise kişilerin bilişsel süreçlerini ve gruplar arasında ki kategorileştirmeyi açıklaması bağlamında kurulabilir. Kişilerin damgalanma endişeleri ve ait oldukları sosyal gruptan dışlanma korkuları ile rahatsızlıklarını dile getirememeleri de sosyal kimlik kuramı bağlamında ele alınabilir. Bu kapsama dindar

kişilerden kendilerini dinî bir cemaate bağlı olarak tanımlayanların, cemaatleri tarafından damgalanma korkusu yaşamaları da alınabilir.

Goffman'ın eseri, etiketleme, yükleme ve sosyal kimlik kuramları damgalamaya dair yaklaşımların temelini oluşturan kuramlardır. Ancak buradan sonra ele alınacak yaklaşımlar, yukarıda ele alınan kuramları da temel alarak doğrudan damgalama kavramı etrafında şekillenmiştir. Bunlardan en önemlisi ise damgayı kavramsallaştırmak adına bir yol çizmeyi amaçlayan Link ve Phelan'a aittir.

3.4.5. Link ve Phelan'ın Dört Bileşenli Kavramsallaştırması

Link ve Phelan damgayı ve onunla ilişkili kavramları tanımlamak adına bir kavramsallaştırma yapmaya çalışmışlardır. Damganın karmaşık yapısından dolayı tek bir tanım yapmanın zorluğundan dolayı damgayı birbiri ile ilişkili 4 farklı bileşenin varlığından yola çıkarak kavramsallaştırmışlardır.

Dört bileşenden ilki, insanların farklılıkları ayırt etmeye meyilli olduğu ve deri rengi ya da hastalık gibi özellikleri farklılaştırarak etiketlendirdiğidir. İkincisi ise baskın kültürel inançların etiketlenmiş insanları istenmeyen özelliklerle ve olumsuz sterotiplerle ilişkilendirmesidir. Bu ilişkilendirme sonucunda etiketlenmiş insanlar, "bizi"- "onlardan" bir dereceye kadar ayırmak adına farklı kategorilere yerleştirilir. Sterotipler önyargıları tetikler ve nihayetinde damgalanmış insanlar statü kaybına ve ayrımcılığa maruz kalırlar. Ayrıca damga; sosyal, ekonomik ve politik güce bağımlıdır. Etiketleme, sterotipleştirme, ayrımcılık, statü kaybı gibi unsurlar gücün etkin olduğu durumlarda bir araya gelerek damgalamanın gerçekleşmesine olanak sağlamaktadırlar. Böylece damgalama güçlü olan kesimden güçsüz olan tarafa doğru gerçekleşir (Yıldız ve diğerleri, 2012, s. 2; Link ve Phelan, 2001, s. 367; Link ve Phelan, 2013, s. 529-531; Karagöl, Çalışkan ve Beyazyüz, 2013, s. 98-99; Link ve Phelan, 2001, s. 367; Corringan ve Watson, 2002, s. 16). Bu dört bileşenle beraber Link ve Phelan, damganın bireylerin hayatına olan etkilerini ve nedenlerini içerecek bir kavramsallaştırma ve tanım yapmaya çalışmışlardır.

Link & Phelan'ın yaklaşımından "güç" unsuru özellikle önemli bir yer tutmaktadır. Bu kapsamda damga, damgalayan kesimlerin diğer kişiler üzerinde gücünü kullanmasında yardımcı bir faktör olmaktadır. Damganın sahip olduğu bu güç ruhsal rahatsızlığa sahip

bireyler üzerinde statü kaybı ve ayrımcılığa yol açmaktadır. Bir kişinin istenmeyen bir özelliğe sahip olması diğerlerinin gözünde statüsünü düşürmektedir. Ayrımcılık ise damgalama süreci içerisinde dört ana kategoriye bölünebilir: kişisel ayrımcılık, damgalanmış birey üzerinden yürütülen ayrımcılık, etkileşimli ayrımcılık ve yapısal ayrımcılık. Kişisel ayrımcılık toplum üyelerinden, ruh sağlığı çalışanlarından, aile üyelerinden, işverenden ve arkadaşlardan kaynaklanabilir. Böylece ruhsal rahatsızlığa sahip olduğu ya da geçmişinde böyle bir rahatsızlığa uğradığı öğrenilen bir kişi işinden olabilir, apartman dairesinden çıkarılabilir. İkinci tür ayrımcılık ise damgalanmış bireylerin kendileri tarafından yürütülür. Her birey sosyalleşmesi sonucunda ruhsal rahatsızlıklar hakkında bazı sterotiplere sahip olur. Rahatsızlığa sonradan yakalanan bir kişi için bu inançlar kişisel olarak ilgili ve önemli hale gelir. Üçüncü tip ayrımcılık, sosyal etkileşimler sırasında insanlar arasında gelişir. Ruhsal rahatsızlık damgası sosyal etkileşimlerin azaltılmasına yol açarak sosyal uzaklaşmaya neden olabilmektedir. Son olarak yapısal ayrımcılık, sosyal politikalarda, hukukta, ya da diğer kurumsal alanlarda damgalı grubun dezavantajlı bir konumda olmasına yol açmaktadır. Ruhsal sağlık ile ilgili politikalarda psikiyatrik hastalıklara ayrılan kapsamın fiziksel hastalıklardan daha az olması yapısal ayrımcılık örneklerindendir (Link ve Phelan, 2001, s. 371-372; 2013, s. 534-536).

Yıldız ve arkadaşları (2012, s. 2), Link ve Phelan'ın kavramsallaştırmasını ruhsal rahatsızlıklar özelinde açıklamış ve örneklendirmişlerdir. Damgalamada öncelikle, ruhsal rahatsızlıklara sahip bireyler tehlikelidir düşüncesi gibi sterotipler yerleşir, bu kalıplar güçlendikçe önyargıya dönüşürler ve ruhsal rahatsızlıklara sahip bireylerden korkma gibi olumsuz duygular ortaya çıkar. Daha sonra ise ruhsal rahatsızlığa sahip insanları işe almamak gibi dışlama eylemleri gerçekleşir. Oluşturulan etiketler "biz" ve "onlar" ayrımına götürür. "Onlar" ,atfedilen kategoriye ait olmayan ve olumsuz etiketlemeyi taşımayanlardan tamamen ayrılarak farklı bir insan türü haline gelir. Mesela, şizofreni tanısı koyulmuş bireyler genellikle "şizofrenik" diye adlandırılırlar. Fakat fiziksel bir hastalık söz konusu olduğunda bu adlandırma değişir. Genellikle kansere yakalanmış bir kişinin tanımlanması değişmez. Toplum içerisinde adlandırılırken hastalığı ile kişiliği eşdeğer görülmez ya da tanımlanırken atfedilen ilk özellik hastalığı olmaz. Böylece kanser hastalığına sahip bir insan hala bizden birisi iken "şizofrenik" diye adlandırılan bireyler "onlar" diye sınıflandırdığımız ayrı bir kategoriye dâhil olur ve toplumun taktığı etiket ile eş değer görülmeye başlanır. Bu bakımdan

dil ve onun kullanımı damgalamanın en güçlü işaretlerinden birisi haline gelir (Link ve Phelan, 2001, s. 370; Link ve Phelan'dan aktaran Rüsch, Angermeyer ve Corrigan, 2005, s. 530).

Link ve Phelan (2013, s. 532-533), yaptıkları kavramsallaştırmadan sonra insanların neden damgaladıklarına dair üç fonksiyon belirlemişlerdir: 1) istismar etme / egemenlik kurma yani insanları kontrol altında tutmak, 2) sosyal normları uygulamak böylece insanları içeride tutmak, 3) hastalıktan kaçınmak, insanları uzakta tutmak. İstismar etme ya da egemenlik kurmaktan kasıt zenginliğin, gücün ya da yüksek sosyal statünün diğer bir gruba karşı egemenlik kurma veya sömürme ile elde edilebileceği inancıdır. Gücü elinde bulunduran bireyler görece daha güçsüz olanları, iki grup arasındaki bu eşitsizlik durumunu sürdürmek amacıyla damgalamaya devam ederler. Sosyal normların uygulanmasında ise toplum, insanların kültürel olarak kabul edilmiş ve normal olarak adlandırılan davranışların içerisinde kalmasını istemektedir. Bu amaçla damgalama düzeltici bir mekanizma olarak kullanılır. Birçok ruhsal rahatsızlık çeşidinin, fiziksel rahatsızlıkların ya da bedensel engelliliklerin damgalanmasında, damgamalar ne kontrol etmek ne de doğrudan davranışları ve normları zorlamak amacıyla yapılıyormuş gibi gözükmemektedir. Evrimci perspektif açısından bu tür damgalamaların nedeni kişilerin hastalıklardan uzak durmak suretiyle kendilerini koruyacaklarına olan inançtır. Link ve Phelan ruhsal rahatsızlıkların özellikle ikinci nedene bağlı olarak damgalandıkları öne sürmüşlerdir. Semptomlara genellikle ilk olarak verilen tepkiler depresyonda olan bir kişiye "toparla kendini, kendine gel" şeklinde öğütler vermek gibi sağduyulu bir biçimde davranışları değiştirmeye çalışmaktır. Aynı zamanda psikozun neden olduğu tuhaf davranış, depresyondan kaynaklı kilo kaybı, moral bozukluğu, zevk alamama durumları "hastalıktan kaçınma" arzusunu harekete geçirebilir. Üçüncü nedene bağlı olarak damgalama ise ruhsal rahatsızlıklar açısından bakıldığında en azından başlangıçta çok etkili bir neden olarak görülmemiştir (Phelan, Link ve Dovidio, 2008, s. 362-63).

3.4.6. Jones ve Arkadaşlarının Altı Boyutu

Link ve Phelan'ın dört bileşenli kavramsallaştırmasından önce çalışmalarda ele alınan diğer bir modelleme ise Jones ve arkadaşlarının (1984) tarafından öne sürülmüştür. Bu modelde onlar, Goffman'ın atıf ve sterotip tanımlamasından yola çıkarak damgaya ait gizlenebilirlik, süreç, yıkıcılık, estetik, köken ve tehlikelilik olarak adlandırılabilecek altı

boyut öne sürmüşlerdir (Link ve Phelan, 2013, s. 531; Ahmedani, 2011, s. 2). Jones ve arkadaşlarının (1984) bu tanımına göre damga, tanımlanmış kişiye onu gözden düşürecek arzulanmayan karakteristikler atfetme süreci vasıtasıyla bir " işaret " bağlandığında ortaya çıkar (Jones ve diğerlerinden aktaran Link ve Phelan, 2001, s. 365).

Öne sürülen boyutlardan ilki olan gizlenebilirlik, hastalığın görünürlüğü ya da algılanması ile ilgilidir. Ruhsal rahatsızlıklara sahip olma ya da hapis cezası alma gibi damgalamaya yol açabilecek bazı durumlar görece saklanabilir. Ruhsal rahatsızlıklar içerisinde de bazı rahatsızlık semptomları diğerlerine oranla daha gizlenebilir olmaktadır. Araştırmalar, semptomları daha gözlenebilir olan şizofreniye dair damgalayıcı tutumların semptomları nispeten daha gizlenebilir olan majör depresyon gibi hastalıklara kıyasla daha fazla olduğunu göstermektedir (Özmen ve diğerleri, 2004, s. 52.; Ahmedhani, 2011, s. 3; Hogg ve Vaughan, 2007, s. 403).

İkinci boyut olan süreç ise damgalayıcı durumun ne ölçüde tersine çevrilebileceğine, geri döndürülebileceğine odaklanmaktadır. Böylece damgalayıcı durumların karakteristikleri arasında ayrım yapmaya olanak sağlamaktadır. Örneğin kısa boy tersine çevrilmesi mümkün olan bir durum değilken madde ya da sigara bağımlılığı düzeltilebilir. Ruhsal rahatsızlıkların iyileşemez, düzeltilemez ve kronik olduğuna dair inançlar damgalayıcı tutumları etkilemektedir. Yıkıcılık boyutu ise kişilerarası ilişkilerin gerginliğini ve zorluğunu etkilemesi bakımından önemlidir. Yıkıcılık boyutu insanların bir şeylerin nasıl olması gerektiğine dair beklentileri ile bağlantılıdır. Eğer saklanması gereken durum başarılı bir şekilde korunursa yıkıcılıktan kaçınılabilir. Ruhsal rahatsızlıkların sonuçları itibariyle statü kaybı, daha düşük kalitede eğitim standartları gibi durumların ortaya çıkma potansiyelini arttırdığı görülmektedir (Link ve Phelan, 2013, s. 531; Ahmedani, 2011, s. 3).

Diğer bir boyut olan estetik boyutu, damgaya neden olan şeylerin iğrenme duygusunun içgüdüsel ve duygusal tepkilerini ortaya çıkarmasıdır. Birçok insana göre ruhsal rahatsızlıklara sahip insanlar için estetik boyutu çok göze çarpan bir boyut değildir. Ancak hayat şartları içerisinde hastalığın kişisel bakıma engel olması durumlarında görünüm önem arz etmeye başlayarak saygınlığın bir ifadesi haline gelir. Hem evsiz hem de ruhsal rahatsızlığa sahip bir insan toplum tarafından daha güçlü olumsuz tepkilere maruz kalabilir (Link ve Phelan, 2013, s. 532).

Beşinci boyut olan köken ya da kaynak boyutu, damganın nasıl meydana geldiği ve damgalanmış kişinin davranışlarının bu duruma ne ölçüde sebep olmuş olabileceği ile ilgilidir. Bu boyut kontrol edilebilirlik ile paralellik arz etmektedir. Kontrol edilemediğine inanılan özelliklere sahip kişiler daha az damgalamaya maruz kalırken; kontrol edilebilir olduğuna inanılan durumlara sahip bireyler daha fazla damgalamaktadırlar. Bu bakımdan kontrol edilebilirlik boyutu başlangıç kontrol edilebilirliği (örneğin, kişinin hastalığa yakalanmasında suçu olup olmaması) ve sorumluluk (kişinin hastalıkla başa çıkıp çıkmama durumu) olarak ikiye ayrılmıştır. Özellikle ahlaki modeller kişinin hastalığına dair açıklamalarda başlangıç kontrol edilebilirliğine atıf yaparak kişileri rahatsızlıklarından dolayı sorumlu tutma eğilimi göstermektedirler (Hogg ve Vaughan, 2007, s. 403; Corrigan, 2000, s. 52-53). Böylece ruhsal rahatsızlıklar, kişisel karakter zayıflıklarından kaynaklandıkları ya da günahların kefareti olarak görüldüklerinde bireyler hastalıklarından kişisel olarak sorumlu tutularak suçlanabilirler (Hinshaw, 2007, s.8). Ayrıca yardım etme davranışı ya da rahatsızlıkların tehlikeli görülüp görülmeme durumlarında da farklılıklar olmaktadır. Depresyon gibi rahatsızlıklarda kişiler sorumlu tutularak bireyleri cezalandırıcı davranışlar gösterilebilirken bir kaza sonucunda rahatsızlığa sahip olduğu düşünülen bireylere acıma duygusu ile yaklaşılabilir (Corrigan, 2000, s. 53-54; Link ve Phelan, 2013, s. 532).

Damga ile ilgili öne sürülen son boyut ise tehlikeliliktir. Ruhsal rahatsızlıklarla ilgili araştırmalarda öne çıkan bu boyut rahatsızlıklara sahip bireylerin tahmin edilemez, korkutucu ve tuhaf olarak algılandıklarını göstermiştir. Hastanın şiddet içerikli eylemlerde bulunacağı inancı beraberinde sosyal olarak izolasyon düşüncesini de getirmektedir (Link ve Phelan, 2013, s. 532; Ahmedani, 2011, s. 2; Brohan ve diğerleri , 2010, s. 1; Corrigan, 2000, s. 59, Angermeyer ve Matschinger, 2003, s. 307).

3.4.7. Corrigan ve Yükleme Kuramı

Damga ile ilgili ele alınacak son yaklaşım ise Corrigan (2000) tarafından "yükleme kuramı" kapsamında öne sürülmüştür. Corrigan, yaklaşımını öne sürmeden önce araştırmacıların damganın önemini açıklamaya çalışırken kullandıkları üç paradigmanın varlığından bahsetmiştir. Bunlardan ilki, siyahilerin daha aşağı derecede yaratıklar olduklarına inanarak onları köleleştirmek örneğinde olduğu gibi, damgaların var olan sosyal haksızlıkları meşrulaştırmak için geliştirildiğini öne süren *sosyokültürel perspektiflerdir*.

İkincisi ise kendimi, kendimden daha kötü bir grupla karşılaştırınca daha iyi hissediyorum örneğinde olduğu gibi, damgaların basit psikolojik ihtiyaçları karşılamak için geliştirildiğini öne süre *motivasyonel önyargılardır*. Sonuncusu ise damgaların insan bilgi yapı süreçlerinin ürünü olduğunu savunan *sosyo-bilişsel kuramlardır* (Corrigan, 1998, s. 208-209; 2000, s. 49).

Corrigan'a göre sosyal bilişsel paradigma geniş bir kuramsal zemin sunması bakımından özellikle önemlidir. Corrigan, sosyal bilişsel kuramın bir örneği olan yükleme kuramının ruhsal rahatsızlık damgasını anlamada yardımcı olacağı inancıyla, bu yapıyı tasvir eden bir şema oluşturmuştur (Şekil.1). Bu bilgi şeması işaretler, sterotipler ve davranışsal tepkiler/ayrımcılık olmak üzere üç unsurdan oluşmaktadır. Parkta kendi kendine konuşan bir adam için "parkta kendi kendine konuşan kişi deli olmalı" diye düşünmeye sebebiyet veren "kendi kendine konuşma" eylemi rahatsızlık hakkında verilen bir işarettir, daha sonra ise bu işaretlere dayanılarak ruhsal rahatsızlığa sahip bireyler hakkında "deliler tehlikelidir" gibi sterotipler üretilmektedir. En nihayetinde ise sterotipler bireylerin tehlikeli gördükleri kişilerin mahallelerinde yaşamasına karşı çıkması örneğinde olduğu gibi davranışsal tepkilere ya da ayrımcılığa neden olmaktadırlar (Corrigan, 2000, s. 49).

Corrigan'ın öne sürdüğü bilgi şemasının ilk unsuru işaretlerdir. Damgaya neden olan işaretlerden ilki ise etiketlerdir (*labels*). Goffman (1963, s. 4), damgaya neden olan işaretlerin hemen fark edilebilir olmaması nedeniyle gözden düşürülmüş damgadan gözden düşürülmeye müsait olan damgaya doğru bir ayrım yapmıştır. Gözden düşürülmüş damgaya sahip grup, toplumdan farklı olarak fiziksel bir karakteristiğe sahip, deri renklerinden dolayı açıkça fark edilen siyahiler gibi azınlık gruplarını içermektedir. Gözden düşürülmeye müsait damgaya sahip olanlar ise diğerlerinin aksine ait oldukları damgalı grubun işaretlerini görünür bir biçimde taşımayan ve durumlarını nispeten de olsa saklayabilen gruptur. Ruhsal rahatsızlıklar, damgasını nispeten saklayabilen gruba dâhil olabilir bu bakımdan birisinin ruhsal rahatsızlığa sahip olup olmadığı hakkında toplumun çıkarım yapabilmesi için etiketler, psikiyatrik semptomlar, sosyal beceri eksiklikleri ve fiziksel görünüm gibi dört göstergenin olması lazımdır (Corrigan, 2000, s. 49).

Corrigan, göstergeleri açıklarken etiketlere dair görüşlerinde, Goffman'ın kitabında ele aldığı şekliyle işaretleri daha da genişleterek model içerisinde ele almıştır. Corrigan'ın ele aldığı model yükleme kuramcılarının etikete dair görüşleri üzerine temellenmiştir. Daha önce

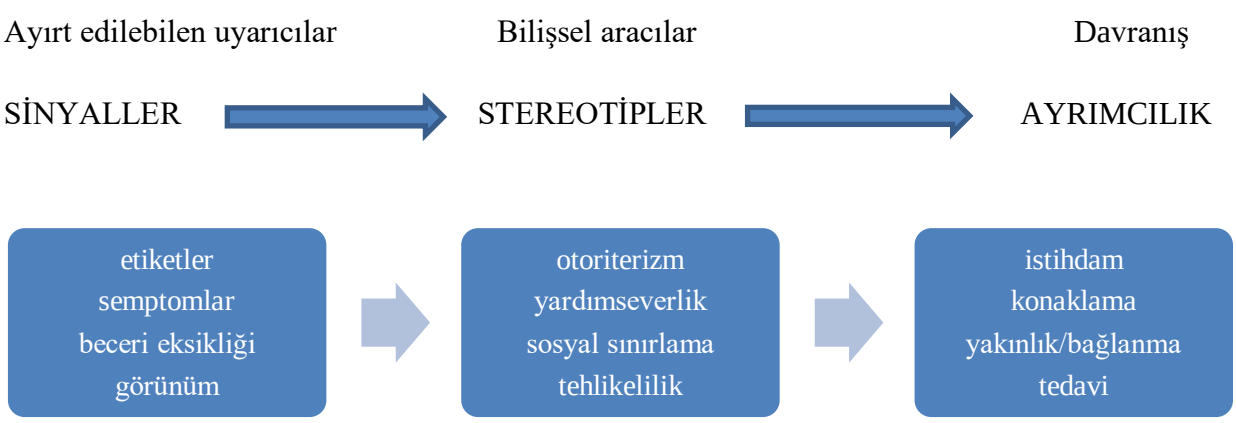
yükleme kuramı açıklandığı için burada tekrar açıklanmayacaktır. Etiketlerle ilgilenen yükleme (atıf) kuramcıları ruhsal rahatsızlıklara karşı toplumun olumsuz tutumlarının nedeninin "etiket" değil "anormal davranış" olduğunu öne sürmüşlerdir. Yani ilk yükleme kuramını öne süren kuramcılara göre sosyal reddedilmenin nedeni etiketler değil davranışlardır. Buna karşı bir görüş oluşturan Link ve arkadaşları *düzenlenmiş atıf kuramı(modified labelling theory)* ile psikiyatrik bir etikete sahip olmanın ruhsal rahatsızlıklar üzerindeki nedensel rolünden ziyade sonuçlarına odaklanmışlardır. Böylece psikiyatrik etiketlerin olumsuz sosyal tepkilere neden olduğunu bunun ise kişinin hastalığının seyrinin daha da kötüye gitmesiyle (kötü prognoz) sonuçlandığını öne sürmüşlerdir. Herhangi bir anormal davranışa sahip olmasa bile bir insanın "ruhsal rahatsız" şeklinde etiketlenmesi damgalanmasına yol açmaktadır (Corrigan, 2000, s. 50; Penn & Martin, 1998, s. 237; Phelan ve Link, 2013, s. 526-27; Taşkın, 2007b, s. 21). Bu kapsamda Sarı ve arkadaşlarının (2000) üniversite öğrencilerine yaptığı araştırma örnek olarak verilebilir. Onlar, normal bir olgu örneği vererek birinci gruba; olguya depresyon tanısı konduğunu, ikinci gruba şizofreni tanısı konduğunu ve üçüncü gruba ise herhangi bir psikiyatrik tanı verilmediğini bildirerek tutumlarını araştırmışlardır. Yapılan değerlendirmeler sonucunda etiket verilmeyen olgu örneğine karşı geliştirilen tutumlarla depresyon ve şizofreni olgu örneklerine karşı geliştirilen tutumlar arasında sosyal mesafe açısından anlamlı farklılıklar olduğu bulunmuştur. Bu sonuçlar herhangi bir etiket söz konusu olduğunda tutumların daha damgalayıcı olduğunu göstermesi açısından önemlidir (Sarı'dan aktaran Özmen, 2007, s. 149).

Damgalamaya neden olan işaretlerden bir diğeri ise ruhsal rahatsızlıklara eşlik eden davranış kalıpladır. Ruhsal rahatsızlık semptomlarından (kendi kendine konuşma, eksik sosyal iletişim becerileri, uygunsuz duygulanım, tuhaf davranışlar gibi) birçoğu toplum tarafından ruhsal rahatsızlığa dair bir işaret olarak alınıp damgalayıcı tutumlara neden olabilir. Sonuncu olarak kişisel görünümler damgalayıcı tutumların nedeni olabilir. Kişisel hijyen ya da fiziksel çekicilik gibi unsurlar toplumun sterotiplerini yansıtarak kişilerin ruhsal rahatsızlığa sahip olarak damgalanmasına yol açabilir. Ruhsal rahatsızlıkların kişisel görünüm üzerine temellendirilmesi ile yanlış anlaşılmalara neden olabilecek diğer bir sterotipse evsizlerin hasta olarak nitelendirmesidir (Corrigan, 2000, s. 50). Rahatsızlığa sahip olan bireylerin uyumsuz davranışlarının üstesinden gelerek sosyal rollerinin hakkını verdiği ve başarılı olmaları damgalamanın da azalmasına neden olmaktadır (Taşkın, 2007b, s. 24).

Bilgi şemasının ikinci unsuru ise işaretleri anlamlandırmamızı sağlayan sterotiplerdir. Ruhsal rahatsızlıklar ve onlara sahip olarak nitelendirilen insanlara dair özellikle üç çeşit sterotip dikkat çekmektedir: 1) ruhsal rahatsızlıklara yakalanmış insanlar tehlikelidir, 2) ruhsal rahatsızlığa sahip insanlar karar alma ve kendilerini idare etme konusunda başarısızdırlar, 3) rahatsızlığa sahip bireyler çocuksu bir tabiata sahip olurlar bu yüzden de korunmaya ve bakılmaya ihtiyaç duyarlar (Corrigan, 1998, s. 207; Corrigan ve Watson, 2002, s. 17).

Ortaya çıkan ayrımcı davranışlar ise yukarıda sayılan sterotipler üzerine temellenmiştir. Rahatsızlığa sahip bireylerin tehlikeli bireyler olduklarına inanıldığı için toplumdan uzak tutmak amacıyla sosyal kısıtlama getirmek ya da iradelerinin olmadığına inanıldığından otoriterliğe maruz kalmaları gibi durumlar ortaya çıkmaktadır. Bu açıdan ayrımcılığın boyutları iş ve barınma ihtiyacını karşılamada sorun yaşama hatta kurumsal olarak ayrımcılığa maruz kalmaya kadar varabilmektedir (Corrigan, 2000, s. 50 ; Rüsch, Angermeyer ve Corrigan , 2005, s. 530; Link & Phelan, 2001, s. 371; Angermeyer ve Matschinger, 2003, s. 308; Özmen ve Erdem, 2018, s. 202). Ayrımcı davranışlarla ilişkili olarak araştırmalar özellikle iki bilgi yapısına odaklanmıştır; kontrol edilebilirlik ve hastalıkların iyileşemez olduğuna dair inanç (*stabilite*). Bu iki bilgi yapısı rahatsızlıklar hakkında sterotiplere yol açarak damgalamayı etkilemektedir. Geleneksel olarak ruhsal rahatsızlıkların kalıcı ve düzeltilemez olduğuna dair bir inanç vardır (Corrigan, 2000, s. 52; Bilge, 2006, s. 16; Şen ve diğerleri, 2003, s. 150; Taşkın, 2007b, s. 23). Ayrıca ruhsal rahatsızlıklar fiziksel hastalıklara oranla daha kontrol edilebilir, daha sabit ve iyileşmesi olanaksız olarak görülmektedir. Hastalıklara dair bu inançlar öfke, merhamet ve acıma duygularına eşlik etmesi bakımından önem arz etmektedir (Corrigan ve diğerleri 2000, s. 98; Bostancı, 2005,s. 34).

Corrigan, yükleme kuramının ele aldığı yapıları sınıflandırarak üç yapı etrafında toplamıştır. Öne sürdüğü bu yapının damga ile olan doğrudan ilişkisi özellikle önemlidir. Bu bakımdan ayrıca ele alınmıştır. Damgalamaya dair öne sürülen yaklaşımlar ve kuramlar genel hatları ile ele alınmıştır. Bundan sonra ruhsal rahatsızlıkların damgalamasının tarihsel süreç içerisinde nasıl ilerlediği ve damgalamayı etkileyen değişkenlerin süreç içerisindeki konumlarının tartışılması damgalanmalarının anlaşılması bakımından önemlidir.



Şekil 1 : Damga ve sinyaller (ipuçları), sterotipler (tutumlar) ve davranışlar (ayrımcılık) arasındaki ilişki (Corrigan, 2000, s. 49).

4. RUHSAL RAHATSIZLIKLARIN DAMGALANMASI

4.1.Ruhsal Rahatsızlıklarla İlgili İnançlarda Tarihsel Süreç

Ruhsal rahatsızlıkların damgalaması, *hastalık* ya da *anormal* kavramlarının vücut bulduğu tarihlerden itibaren gözlemlenen bir olgu olmuştur. Rahatsızlıklar toplumun değer yargılarına bağlı olarak ele alınmışlardır. Foucault (2013,s. 74-75), hastalığın tanımlarına dair yorumlamalarda bulunurken " hastalığın hastalık olarak bir gerçekliğe sahip olması ancak onu 'hastalık' olarak tanımlayacak bir kültür içerisinde mümkün olur" ve "hastalık, bir toplumsal grubun kültürel gerçekliğinin kenarında yer alan potansiyellikler içerisinde ele alınır " demiştir. Durkheim (1994, s. 110) , "toplumsal bir olgunun, belirli bir toplum nezdinde normal olarak değerlendirilmesi ancak, bu toplumun gelişiminin belirli bir evresine bağlı olarak mümkün olur" açıklamasını yapmıştır (Akt. Foucault, 2013, s. 74). Yapılan yorumlarla uygun olarak tarih boyunca toplumun değer yargılarına uyan davranışlar "normal" uymayanlar ise "anormal" olarak değerlendirilmiştir. Bu değerlendirme sonucunda aslında rahatsızlık olarak adlandırılmayacak davranışlar damgalanmış ve tedavi edici tutumlar çoğu kez cezalandırma şeklinde olmuştur. Kölelik kaldırılmadan önce ABD'de zencilerin efendilerinin gözlerine bakması bir hastalık belirtisi sayılması ve tedavi olarak kırbaç cezasının önerilmesi, aynı şekilde Nazi Almanya'sında Yahudilerin bir kısım kültürel özellikleri de hasta olarak damgalanması ve Eski Sovyetler Birliği'nde rejim karşıtlarının hastanelere kapatılması gibi örnekler toplumsal damgalama şekillerini göstermektedir (Babaoğlu, 2002, s. 116). Bu bakımdan tarihi gelişim içerisinde ruhsal rahatsızlıkların nasıl değerlendirildiğini ve gelişimsel evrelerini görmek damgalamanın anlaşılması bakımından yardımcı olacaktır.

İlk çağlarda insanlar çılgınlık ve epilepsi olarak adlandırdıkları iki tip ruhsal rahatsızlık üzerinde durmuşladır. Bu iki rahatsızlık türünün dikkat çekmesinin nedeni kriz sırasında hastaların anlam verilemeyen hareketler sergilemeleri, bilinçsiz bir durumda olmaları ve daha sonra ne yaptıklarını hatırlayamamalarından ileri gelmektedir (Babaoğlu, 2002, s. 16). Hastalıkların iyileştirilmesi de daha çok dinsel törenlerle sağlanmaktadır. Mısır ve Mezopotamya uygarlıklarında hastalıklar işlenen suçların ve günahların bir bedeli olarak görülmüş ve iyileştirme tanrısal bir sanat olarak ele alınmıştır. Antik Mezopotamya'da her hastalık belirli bir ruha atfedilmiştir. Böylece iyileştirme de bir çeşit büyü sanatı olarak ele

alınmıştır (Babaoğlu, 2002, s. 20-22; Atmaca, 2010, s. 103-107; Mohit, 2001, s. 338). Ayrıca Mısır'da hastaya ilaç verilirken dua okunması da bir adet olarak varlığını sürdürmüştür (Atmaca, 2010, s. 107). Roma dönemlerine gelindiğinde ise rahatsızlıklara doğaüstü güçler atfetme eğilimi hala sürmekteydi. Mesela, M.S 565'de tahta geçen II. Justin'in anormal davranışlar sergilemesinin nedeni, Efesli rahip Yuhanna'nın vakayinamesinde Kral'ın günahları dolayısıyla kötü ruhlar tarafından ele geçirilmesi olarak aktarılmıştır (Bishop of Ephesus, Ecclesiastical History of John'dan aktaran Dols, 1992, s. 141-2). Ancak bu dönemlerde ruhsal rahatsızlıklar hakkında hukuksal süreçler de ele alınmaya başlamıştır. Roma'nın "yurttaşlık yasası" kişinin durumunun bir yargıç tarafından saptanarak akrabalarının gözetimine verilmesine dair kurallar içermektedir (Babaoğlu, 2002, s. 55). Devletin ruhsal rahatsızlıklara sahip bireylere karşı herhangi bir sorumluluğunun olmaması tedavi sürecinin ailenin durumu ve yapısına bağlı kalmasına neden olmuştur. Ayrıca Roma'da dördüncü yüzyıla kadar çocuk ve bebekleri öldürmenin yasal olmasından dolayı fiziksel ve zihinsel olarak hasta olduğuna inanılan bebekler öldürülmüştür. Doktorlar ise melankoli ve depresyon gibi tahmin edilmesi ve tedavi edilmesi daha risksiz, hafif rahatsızlıkların tedavi sorumluluğunu üzerlerine almayı seçiyorlardı. Bunun yanı sıra dengesiz ya da anormal olarak adlandırılan davranışların birçoğu toplumsal olarak tıbbi bir mesele olarak ele alınmamıştır (Dols, 1987, s.20-22).

Ortaçağ dönemine gelindiğinde ise ruhsal rahatsızlıklar hakkında farkındalıklar artmasına rağmen rahatsızlıklara bir çare bulunamadığı için ya dinî motiflere dayalı tedavilere başvurulmuş ya da zincirlerle bağlanarak ölüme terk edilmişlerdir. Bu dönemde ruhsal rahatsızlıkları damgalanmasına dair en çarpıcı örnek 1487 yılında iki rahip tarafından yazılan "Cadı Çekici" adlı kitabın etkisiyle "cadı davaları" döneminin başlamasıdır. Bu kitap sayesinde kişilerin ruhunun hasta olduğu ispat edilmiş, ruhunda kendi kendine hasta olamayacağını ancak bir dış kuvvetin etkisi ile bu hale geldiğine inanılarak, rahatsızlık belirtisi gösteren kişiler cadılıkla suçlanmışlardır. Bazı hastalar ise halkın eğlenmesi için parklara çıkarılmış ve seyredilmelerine izin verilmiştir (Babaoğlu, 2002, s. 68,79-85). 1656 yılında Paris'te Genel Hastanenin kurulması (Foucault, 1992, s. 80) ile beraber "toplumdışı" olarak görülen bireylere karşı kapatma işlevi başlamıştır (Foucault, 1992, s. 121). Böylece sanayi devriminin de etkisiyle daha da artan hasta nüfus bu hastaneye benzer yapılarda toplumu tehlikeden ya da verdikleri rahatsızlıklardan korumak adına kapatılmıştır (Foucault,

2013, s. 83-84). Ruhsal rahatsızlıkların bu kapatma süreci esnasında diğer tüm dışlanan gruplarla beraber tutulması (miskinler, cinsel hastalar, cadılar vb.) iyi-kötü algısında ruhsal rahatsızlıkları kötü kategorisine itmiştir. Böylece ruhsal rahatsızlıklar "kötü" olarak adlandırıldıkları bir ahlaki statüye indirgenmişlerdir (Foucault, 1992, s. 156-157; Foucault, 2013, s. 84). İnsan Hakları Bildirgesinin yayınlanmasına yakın ve sonrasında da aşamalı bir biçimde sona eren kapatma evresinin ardından bazı ıslah evleri sadece delilere ayrılmış bazıları ise serbest kalmışlardır. Ancak kapatma evresinin sona ermesi delilere ayrılmış hastanelerin olmadığı gerçeğini ortaya çıkarmıştır. Serbest kalan ruhsal rahatsızlığa sahip bireyler için yasalar çıkartılmaya başlanmıştır. Bu yasalardan birisi olarak 16-24 Ağustos tarihli yasa örnek verilebilir: " Serbest bırakılmış meczuplar veya çılgınlar ve zararlı ve yırtıcı hayvanlar tarafından yol açılabilecek istenmeyen olaylara çare olma veya bunları önleme işini… taşra yönetimlerinin dikkat ve yetkilerine bırakmaktadır." Serbest olmalarının verdiği ortamda onlara karşı geliştirilen acıma ve yardım etme davranışı korku hissiyatı üzerine temellenerek, hastalar için hastane kurulup kurulmamasının tartışılmaya başlanmasına neden olmuştur. Bu tartışmaların sonucunda ise ruhsal rahatsızlıkları tedavi amaçlı kurumlara dair talimatnameler yayınlanmıştır (Foucault, 1993, s. 114,127).

18. yüzyıldan itibaren özellikle de Pinel'in Bicetre hastanesinde 12 hastanın zincirlerini sökerek serbest bırakmasıyla ruhsal rahatsızlıklar daha incelenebilir, tedavi yöntemleri tartışılabilir hale gelmiştir (Babaoğlu, 2002, s. 95). Ancak Foucault, Pinel'in Bicetre hastanesinde hastaların zincirlerini sökme ve daha iyi yaşam koşullarına eriştirme hareketinin aslında hastaları daha büyük bir felakete sürüklediğini iddia etmiştir. Foucault, ruhsal rahatsızlığa sahip olanların maddi zincirlerden kurtarıldıklarını ancak bu sefer de ailelerinin ve hastanede kurulan düzenin ahlâkî baskısına maruz bırakıldıklarını söyler. Ona göre doktorlar adeta bir ahlâk memuru gibi görev yapmışlardır. Delilik ve ruhsal rahatsızlıklar o dönemlerden sonra insan ruhunu ve suçluluğunu gösteren bir olgu haline gelerek, bir statü ve psikolojik yapıya sahip olmuşlardır. 19. yüzyıl sonlarında ve 20.yüzyıl başlarından itibaren Foucault'un da vurguladığı üzere ruhsal rahatsızlıkların tedavi yöntemlerinde tedaviden daha çok "terbiye" amaçlı önlemler alınmıştır. Bu terbiye yöntemleri ise genellikle şiddet içermekte ya da kısıtlayıcı önlemleri kapsamaktaydı (Babaoğlu, 2002, s. 204-205; Foucault, 2013, s. 85-88).

19. yüzyıl boyunca doktorlar ruhsal rahatsızlıkların nedenlerine ve tedavisine dair umutsuz ve damgalayıcı iddialarını sürdürmeye devam etmişlerdir. Doktorlardan bazıları ruhsal rahatsızlıkların kalıtım yoluyla aktarıldığına ve soya çekimde bir "lanet" olduğuna dair inançlarını belirtmişlerdir. Heinroth, insanın ihtiraslarının şeytana yönlendirdiğini ve bu yönelim sonucu ortaya çıkan iç yozlaşmanın zamanla ruhsal rahatsızlıklara neden olduğunu iddia etmiştir. Bonn'da psikiyatri profesörü olan Windischmann'da (1775-1839) hastalıkların iyileştirilmesinde dinsel yöntemleri benimsemiştir. Avusturya'da Viyana Akıl Hastanesi'nde patolog olarak çalışan Theodor Meynert hastalarını asla iyileşemez ve iyileştirilmeye de değer bulmamıştır (Babaoğlu, 2002, s.100-104). Morel gibi doktorlar, Heinroth'un görüşüne yakın olan görüşünü 1857'de *dejenerasyon* kavramıyla açıklayarak, bedensel hastalıkların genetik olarak aktarılıp zamanla ruhsal rahatsızlıklara evrildiğini öne sürmüşlerdir (Babaoğlu, 2002, s. 125). Kişilerin büyü yapmaları, simya ya da dine saygısızlık olarak atfedilen davranışlarda bulunmaları ve ahlaksızlık olarak nitelendirilen bazı cinsellik biçimleriyle özdeşleştirilmeleri hasta olarak damgalanmaları için yeterli olmaktadır (Foucault, 1992, s. 127,146). 19.yüzyıldan itibaren gelen bu fikirler hastalıkların bir gen sorunu olarak görülmesi ve soy ile aktarımının engellenmesi için "sterilize edilmeleri (kısırlaştırılmaları)" gerektiği fikrini savunanlar üzerinde bir etkili olmuştur. Farklı hastalık türlerinde değersizleştirilmiş, istenmeyen özelliklere sahip olduğuna inanılan insanlar sterilizeye tabi tutulmuşlardır. Örneğin, 1933'te Hitler'in başa gelmesinden önce ruh ve sinir hastalıklarına dair zorunlu sterilizasyon yasası kabul edilmiş 1943'te başa gelmesiyle de sistematik sterilizasyon başlamıştır. Amerika ve İngiltere'de de sterilizasyonlar devam etmiştir, özellikle geri zekâlı olarak adlandırılan, bedensel engelli ya da ruhsal rahatsızlıklara sahip insanlar sterilize edilmiştir (Babaoğlu, 2002, s. 229).

Ruhsal rahatsızlıklarla ilgili ele alınan tarihsel süreç içerisinde yer alan bazı varsayımlar da eleştirilmiştir. Özellikle rahatsızlıkların 13. yüzyılda cadılık, büyücülük suçlaması ile ele alınması daha sonra o dönemde yaşayan ve cadı avına kurban gidenlerin çoğunun aslında hasta oldukları fakat anlaşılmadıkları iddiaları ruhsal rahatsızlıkların damgalanmasına daha sosyolojik açıdan yaklaşan Szasz ve Foucault tarafından eleştirilmiştir. Foucault delilerin Rönesans ve Orta Çağ'dan itibaren "cin çarpmış" olarak ele alındıklarını ve yukarıda bahsedilen handikaba psikiyatri tarihinde çok sık yer verildiğini vurgulamıştır. Ona göre 16. yüzyıla kadar deliliğe dair halk tabanında bir hoşgörü ve kutsal ile bir bağlantı olarak

görülen yüceltme hali hâkim iken 17. yüzyıldan itibaren bu bakış açısı değişmiş ve delilik bir dışlamaya maruz kalmıştır (Foucault, 2013, s. 79-82).

Bu yaklaşımlarla bağlantılı olarak ele alınan diğer bir iddia ise, 13. yüzyıla kadar cadılık olgusunun bulunmasına rağmen ona karşı kitlesel bir hareketin olmayışı ile 17. yüzyıla kadar delilik olgusuna karşı kitlesel bir hareketin olmamasının nedeninin bu iki olgununda o zamana kadar tehdit edici bulunmamasıdır. Cadı/büyücü fikrinden korunma güdüsü Engizisyon mahkemelerinin kurulmasına neden olmuştur. Aynı şekilde delilerden ve hastalardan korunma fikri ise kurumsal psikiyatrinin temellerinin atılmasına yol açmıştır. Bhugra (1996, s. 2), bu durumu daha sonra Szasz'a atfettiği fikirleri kapsamında psikiyatri hastanelerinin (daha çok "asylum" olarak adlandırılan kurumların) ortaya çıkmasıyla birlikte yeni bir "hastalıklı" türü ve onların "bakıcıları/ nöbetçileri" sınıfının oluşması ile açıklamıştır. Böylece cadılık/büyücülük ile beraber ruhsal rahatsızlıklar, hem hastalığın bir özelliği olan hastanın kendisine karşı bir tehlike arz etmesi hem de suçun bir özelliği olan başkalarına karşı tehlike arz etmesi nitelikleri bir arada tutularak ele alınmıştır. Büyücülük zamanında hastalıklar doğal nedenlere ve şeytani güçlere atfedilmiş, delilik çağında ise hastalıklar organik ya da psikojenik nedenlere bağlı olarak ele alınmışladır. Tarihsel süreç içerisinde isimleri değişmiş ancak ikisi içinde değişmeyen tek şey yapılan damgalama olmuştur (Szasz, 1997, s. 4-32). Bu bakımdan Foucault ve Szasz ruhsal rahatsızlıkların özelde ise deliliğin damgalanmasına dair düşüncelerinde ortaklık arz ederler. Ahlak ve dinin daha ön planda olduğu zamanlarda "anormal" olarak atfedilen durumlar dinî motiflerle damgalanmış, otoritelerin din ekseninden uzaklaşması ile ise tehlike olgusu ile özdeştirilerek toplumdan soyutlanmışladır. Her iki durumda da korunan toplumun geneli ve onların değer yargıları olmuştur.

Endüstrileşme ve Aydınlanma dönemine kadar rahatsızlıklar hakkında daha geleneksel düşüncelere sahip olunması sebebiyle tedavi sırasında da dinî ve geleneksel tedavi yöntemleri kullanılmıştır. Daha sonra ise hastalıklar hekimlerin ve tıbbın alanına doğru kaymıştır. Ruhsal rahatsızlıkların diğer bozukluklar ile bir tutularak sistematik sterilizasyona uğradığı zamanlardan sonra gelinen dönemlerde yaşanan bilimsel gelişmeler rahatsızlıkların nedenlerinin daha anlaşılır, tedavisinin ise daha mümkün hale gelmesini sağlamışlardır. Ancak rahatsızlıklara dair bilgilerin artması damgalanmalarına engelleyici bir rol oynamamıştır. Kurumsal olarak daha iyileşen bir yapı arz etmesine rağmen hastaneler ve

ruhsal rahatsızlıklara sahip kimseler hala damgalamanın nesnesi olma durumlarını korumaktadırlar.

Tüm bu tarihi süreç göz önüne alındığında ruhsal rahatsızlıklarla ilgili bakış açıları üç başlık altında toplanabilir. Ruhsal rahatsızlıkların şeytanın ele geçirmesi olarak görülmesi, beden dışından bir müdahaleye bağlanması gibi açıklamalar hastalıklara dair *doğaüstü ve gerçek üstü bir bakış açısını* yansıtmaktadır. Hippocrates'in (M.Ö 460-377) hastalıkları kafa travmasına, soya çekime bağlaması ve bedensel tedavide kullanılan tedavi biçimlerinin ruhsal bozukluklarda da kullanılmasını tavsiye etmesi ile daha sonra Galen' in (M.Ö. 129-198) dört sıvı kuramı bağlamında hastalıklara yaklaşımı *biyolojik bakış açısını* yansıtmaktadır. Kraepelin'de (1856-1926) bu etkiyle ruhsal rahatsızlıkların sınıflandırılmasına öncü olacak bir sınıflama sistemi oluşturmuştur. Gelişimsel etkenler ve kişinin içerisinde yaşadığı sosyal bağlam ele alınarak ruhsal rahatsızlıkların değerlendirilmesi neticesinde ise *psikolojik bakış açısı* gelişmiştir. Psikolojik yaklaşımın esas alınması kişilerin çocukluk döneminin, yaşadıkları ihmal ve hataların ya da tecrübelerin etkileri üzerine odaklanılmasına neden olmaktadır. Freud (1856-1939) gibi düşünürler zamanla bu yaklaşıma katkı sağlamış ve geliştirmişlerdir (Uluç, 2012, s. 104-107). Sayılan bakış açıları belirli bir dönemi kapsamamaktadır. Özellikle de hastalıklara dair biyolojik bakış açısının olduğu Antik dönemlerden sonra yaşanan cadı avları birbirlerinden farklı bakış açılarının her dönemde ve her koşulda var olduklarını göstermektedir.

4.2.Ruhsal Rahatsızlıkların İslam Dünyasında Ele Alınışı

Avrupa'da ruhsal rahatsızlıklarla ilgili tarihi süreçlerde oluşan anlayışlara paralel olarak İslam dünyasında da gelişmeler olmuştur. Bu bölümde, İslam dünyasında ruhsal rahatsızlıklarla ilgili yaşanan gelişmeler, hastaneler ve tedavi yöntemlerinden ziyade ruhsal rahatsızlıklarla ilgili genel anlayışlar ve inanışlar ele alınacaktır.

Ruhsal rahatsızlıkların nedenleri ile ilgili İslam dünyasında yer alan açıklamaları Utz (2015, s. 16) ; biyolojik, psikolojik, çevresel, tinsel ve doğaüstü olarak sınıflandırmıştır. Bu sınıflandırmanın ilk üç maddesi kapsamında İslam dünyasının önemli hekimlerinden birisi olan İbn Sina'nın hastalıkların açıklanmasında doğaüstü güçlerin kullanılmasına karşı çıkarak hastalıkların nedenlerini daha çok fizyolojiye dayandırması örnek olarak verilebilir (Dols, 1992, s. 102; 1987, s. 5 ; Islam ve Campbell, 2014, s. 232). Ayrıca 13. ve 14. yüzyıllarda

Müslüman âlimler bazı ruhsal rahatsızlıkların biyolojik nedenlere bağlı olarak ortaya çıktığını iddia etmişlerdir (Philips, 1997'den aktaran Utz, 2015, s. 17). Bunun dışında çevresel ve psikolojik nedenlerden dolayı da insanların hastalığa yakalanmalarına Hz. Yakup'un hikâyesi örnek olarak verilmiştir (Utz, 2015, s. 17).

Dördüncü madde olarak Utz tinsel açıklamaları ele almıştır. Müslümanlar ruhsal rahatsızlıkların nedenlerini -özellikle de depresyon ve psikotik hastalıkları- tinsel bir zaaftan ya da Allah'tan uzaklaşmaktan kaynaklı görebilirler (Hedayat-Dıba, 2000, s. 300). Tinsel olarak zaafı olan ya da daha düşük dindarlık düzeylerine sahip olan insanların ruhsal rahatsızlıklara yakalandıklarını söylemek doğru olmaz. Ancak insanların başlarına gelen olayları anlamlandırma sırasında sorun yaşamaları daha kaygılı ve stresli olmalarına, başa çıkma döneminde dinden yardım alamamaları da hastalık riskinin artmasına neden olabilir (Ayten, 2012, s. 77-83; Ayten, 2015a, s. 42-46). Bu konuda önemsenen diğer bir nokta ise, Allah'tan uzaklaşmanın, "Kim de benim zikrimden (Kur'an'dan) yüz çevirirse mutlaka onun için dar bir geçim vardır ve biz onu, kıyamet günü kör olarak haşrederiz " (Taha, 20/124) ayetinde geçtiği gibi sıkıntılara sebep olacağına inanılmasıdır. İbn Kesîr bu ayetin manasının kalbi bir huzursuzluk olduğunu vurgulamıştır (Utz, 2015, s. 17-18; İbn Kesîr, 1992, s. 544). Kişilerin sahip olduğu fıtratın İslam üzerine yaratıldığının bildirilmesi (Rum,30/30) kişilerin Allah'ın emirlerinden uzaklaşması sonucunda fıtratın bozulmasına ve kişilerin ruhsal bozukluklara yakalanabileceklerine dair bir inanç oluşturmuştur. Kişinin hastalığının nedenini dinden uzaklaşmak olarak görmesi aynı zamanda ruhsal rahatsızlıklara bir misyon yüklemesine de neden olabilir. Bu kapsamda ruhsal rahatsızlıklar kişiler tarafından yaptıkları günahların karşılığı olarak algılanabilir (Haque, 2004, s. 48-50). Bu inanış sadece İslam dünyası ile sınırlı değildir Eski Ahit'te (1.SAM, 16:14-23) Seul'un ruhsal dengesizliklerinin nedeninin isyankârlığına karşı Tanrı'nın bir cezası olarak gösterilmesi daha sonra Yahudi toplumunda hastalıklarının ilahi ceza ve itaatsizliğe bağlanarak yorumlanmasına neden olmuştur. (Dols, 1992, s. 174-76; Islam ve Campbell, 2014, s. 231-232).

Utz'un ele aldığı diğer bir madde ise doğaüstü açıklamalardır. Doğaüstü açıklama olarak adlandırılabilecek dört farklı yol vardır: vesvese, büyü (sihir) , nazar ve cin çarpması. *Vesvese/visvâs* "fısıldama, kötü telkinde bulunma, karışık sözler söyleme, kuşkulanma" ; aynı kökten *vesvâs* ise " insanın içine doğan zararlı uyarıcı, kötü duygu ve düşünce, telkin, şüphe, fısıltı, evham" gibi manalara gelmektedir (Çağrıcı, 2013, s. 70). Vesvese Türkçe sözlükte

"kuruntu" olarak geçmektedir (TDK, 2010, s. 2483). Dinî terminolojide *vesvese/visvâs*; "şeytanın veya nefsin insana kötü ve zararlı telkinde bulunması, şeytandan yahut nefisten gelen, insanı dine aykırı aşırı davranışlara yönelten telkin"; *vesvâs* ise "şeytan, şeytanın insanın içine attığı saptırıcı dürtü, faydasız söz, şüphe ve tereddüt" anlamlarında kullanılır. Kur'an-ı Kerîm'de vesvese kavramı beş ayette geçmektedir. Bunların üçünde şeytanın (el-A'râf 7/20; Tâhâ 20/120; en-Nâs 114/5, Bakara 2/36), birinde ise nefsin (Kāf 50/16) insanı yoldan çıkarıcı etkisi anlatılmaktadır. Bazı obsesif-kompulsif bozukluk semptomları da vesvese olgusu ile açıklanmaktadır. Aynı şekilde DİA'nın vesvese maddesinde obsesyon ile vesvesenin ilişkisine dair Saygılı'dan (2001, s. 40) alınan " modern psikiyatride yine vesveseye yakın anlamda kullanılan obsesyon (obsession) 'irade dışı gelen, kişiyi tedirgin eden, bilinçli çaba ile uzaklaştırılamayan düşünceler' şeklinde tanımlanır" açıklaması yer almaktadır (Utz, 2015, s. 19; Çağrıcı, 2013, s. 70-71).

Büyü ve sihir ise terim olarak birbiri yerine kullanılmakla beraber farklı manalara gelmektedirler. Sihir "el çabukluğu" ve "illüzyon" gibi daha teknik manalara gelmesi bakımından büyüden daha kapsamlıdır (Tanyu, 1992, s. 501). Sözlükte " bir şeyi olduğundan başka türlü göstermek, aldatmak, oyalamak; birinin ilgisini çekmek, gönlünü çelmek" manalarında mastar olan *sihr* kelimesi "hile, aldatma; sebebi gizli kalan iş" anlamlarında isim olarak da kullanılmaktadır (Çelebi, 2009, s. 170). Büyü ise, " tabiatüstü gizli güçlerle ilişki kurularak yahut kendilerinde gizli güçler bulunduğuna inanılan bazı tabii nesneler kullanılarak zararlı, faydalı veya koruma gayeli bazı sonuçlar elde etmek için yapılan işler " şeklinde tarif edilebilir (Tanyu, 1992, s. 501). Kur'an-ı Kerîm'de sihir ve türevleri terim anlamıyla altmış yerde geçmektedir. Kur'an'da sihrin üç şekline değinilmiştir. Bunlardan ilki Hz. Musa kıssasında firavun ile büyücüler arasında geçen hadisede bahsedilen sihirdir (Taha 20/66-69). İkincisi ise Hârût ve Mârût adlı iki meleğe öğretilen sihir çeşididir. Ayet (el-Bakara 2/102) karı ile kocanın arasını açmak amacıyla insanların bu iki melekten sihri öğrendiğinden, Allah'ın izni olmadıkça kimseye zarar vermelerinin mümkün olmadığından ve bu işin küfür olduğundan bahsetmektedir. Bu konuda dikkat çekilen şey Allah'ın izni olmadan yapılan hiçbir kötülüğün sonuca ulaşamayacağı böyle bir sihrin etkisinin ise onun hakikat olmasından değil muhatap olanların üzerinde bıraktığı psikolojik etkiden kaynaklı olduğudur. Üçüncü tip sihir ise düğümlere üflemek şeklinde icra edilmektedir. Felak sûresinde (113/4) sihir kelimesi geçmemekle birlikte düğümlere üfürmek olarak tarif edilen

olay sihir kapsamında açıklanmıştır (Çelebi, 2009, s. 170-172). Büyünün ve yapılmasının amacı DİA maddesinde (Tanyu, 1992, s.501) şöyle açıklanmıştır:

> " Büyünün amacı insana ve olaylara etki ederek düşmanı yenme, zarara uğratma veya öldürme, çocuk, ürün ve mal çoğaltma, kadın elde etme, hastalıktan kurtulma; kısacası bitkileri, hayvanları, insanları, tabiat olaylarını ve güçlerini kontrol ederek şu veya bu kişi yahut kişilere iyilik ya da kötülük etmek suretiyle bir menfaat sağlamaktır."

Büyü ve sihrin ruhsal rahatsızlıklarla bağlantısı kişilerin yaşadıkları semptomları, rahatsızlıkları başkalarının onlara karşı yukarıda sayılan nedenlerden herhangi birisi sebebiyle yaptıklarına inandıkları büyülere atfetmesi ile kurulabilir. Kişiler maruz kaldıkları durumlara dair nedenler inşa ederken rahatsızlık sebeplerini büyü (sihir) üzerine temellendirebilirler (Utz, 2015, s. 19).

Utz'un doğaüstü nedenlere atfetme ile ilgili olarak ele aldığı üçüncü açıklama yolu ise nazardır. Sözlükte " bakış, bakma, göz atma" anlamlarına gelen nazar kelimesi " belli kimselerde bulunduğuna inanılan, kıskançlık veya hayranlıkla bakıldığında insanlara, eve, mala mülke hatta cansız nesnelere kötülük verdiğine inanılan uğursuzluk manasında nazar etmek (göz değmek)" şeklinde tanımlanmıştır (TDK, 2010, s. 1755). Arapça 'da ise *nazra (isâbetü'l-ayn)* şeklinde kullanılır. Nazar kavramı, daha çok kıskançlık duygusunun eşlik ettiği zarar verici etkiye sahip göz ve bakışla ilişkilendirilse bile hayranlık ve övgü sözleri de etkisi açısından nazar kapsamında görülmüştür (Gürkan, 2006, s. 443). Nazar konusunda çalışmaları bulunan Dundes (1992, s. 258) nazarı, " bireylerin (erkek ya da kadın) isteyerek ya da istemeyerek bir başka insana ya da o insanın sahip olduğu eşya/mala bakarak ya da överek zarar verme gücüne sahip olması" şeklinde tanımlamıştır. Bu zarar içerisinde hastalığı, ölümü ya da yıkımı barındırabilir. Dundes, nazarın yol açtığı hastalıkların belirtileri arasında iştah kaybı, aşırı esneme, kusma ve ateşi vermiştir. Nazar eğer bir ineğe uğrarsa ineğin sütünü kurutabilir, eğer meyveli bir ağaca ya da tarım arazisine uğrarsa orasını çoraklaştırabilir. Kur'an-ı Kerim'de nazar konusuna doğrudan temas olmamakla beraber Kalem suresinde (68/51) geçen ayette Hz. Peygambere karşı duyulan hasedin onu neredeyse öldüreceğinden bahsedilmiştir (Çelebi, 2006, s. 445). Hz Peygamber ise bir hadisinde " göz değmesi haktır, sabittir " buyurmuştur (Buhârî, "Kitabu't Tıbb", 36). Farklı kültürlerde ve dinlerde ortak bir nokta arz etmesi bakımından, kişiler yaşadıkları rahatsızlıkları nazara atfedebilirler (Utz, 2015, s. 20).

Utz'un ele aldığı dördüncü olgu ise cinlerin etkileridir. *el-Cin* adıyla müstakil bir sûrede bulunan ve Kur'an-ı Kerîm'de geçen kelime beş yerde "cin" anlamına gelmektedir. Yirmi iki yerde geçen cin kelimesi de melek ve insan dışındaki üçüncü varlık türü karşılığında kullanılmıştır (Kılavuz, 1993, s. 8). Cinler de insanlar gibi Allah'a kulluk etmek için gönderilmiş varlıklardır. Ancak bir kısmı iman etmiş bir kısmı ise kâfir olarak kalmıştır. Cinlerin insanlarla olan iletişimine dair İslam uleması arasında bir fikir birliği bulunmamaktadır. Ehl-i sünnet âlimleri ise cinler ile insanların birbirlerine tesir edebileceklerini iddia etmişlerdir. Kur'an'da, Bakara suresi'nde (2/275) faiz yiyenlerin kıyamet günü şeytanın çarptığı kimselerin kalkışı gibi kalkacakları belirtilmiş, bir hadiste ise şeytanın insan bedeninde kanın dolaştığı gibi dolaştığı bildirilmiştir (Buhârî, "Aḥkâm", 21). Ayetin ve hadislerin zahiriyle benimsenmesi sonucunda şeytanlar gibi cinlerin de insanları etkileyebileceği neticesine varılabilir. Utz, Hz. Peygamber'e sara hastası bir çocuğun getirilişini ve onun hastalığına sebep olan cinlerden kurtulmasını, iyileştirilmesini aktaran bir hadisi alıntılamıştır. Hz. Peygamber'in, cinlerin insanlar üzerindeki etkilerinden kurtulmak ve onları tesirsiz hale getirmek için Felak ve Nâs sureleri'nin, ayrıca Âyetü'l-kürsî'nin ve Bakara suresi'nden bazı âyetlerin okunmasını tavsiye etmesi (Buhârî, "Vekâle", 10; Buhârî, Kitâbu Fadâili'l-Kur'ân, 10; Tirmizî, "Fezâʾilü'l-Ḳurʾân", 2, 3) onların insanları etkileyebileceği şeklinde yorumlanmasını kolaylaştırmaktadır (Utz, 2015, s. 20-21; Kılavuz, 1993, s. 9). Dols, kitabında Kudüs'te cinlere ait mekânlara yapılan bazı saygısız davranışların hastalığa sebep olduğuna, hatta bu uygunsuz davranışların hastalıkların genetik olarak aktarılmasına yol açıldığına inanıldığını aktarmıştır (Dols, 1992, s. 238-239).

Cinlerle ilgili olarak ele alınan "ele geçirilme, sahip olma (*possession*)" durumu ise DSM-5'de çoklu kişilik bozukluğu tanımı altında ele alınmıştır. Ancak "geniş bir kabul alanında normal olarak ele alınan kültürel ve dinî pratiklerin " hastalık olarak sayılmaması gerektiği belirtilmiştir (Dein, Illaiee, 2013, s. 291; American Psychiatric Association, 2013, s. 292). Başka dilde konuşma, bilinçsiz hareketler ya da aşırı davranışlar, yabancılaşma, kâbus görme gibi ruhsal rahatsızlık semptomları cinlerin etkisi altına girildiğinde yaşanan durumlar ile özdeşleştirilmektedir. Özellikle de büyü ya da sihir yapılırken cinlerden yararlanıldığı inancı kişilerin hastalıklarına dair semptomlarının yorumlanmasını etkilemektedir. Bu bakımdan bu inançla yetişen bireylerde çift damga algısı olmaktadır. Bu bilgi ile yetiştikleri

için semptomlarla karşılaşınca kendilerini damgalarlar hem de toplum/aile damgasına maruz kalırlar.

Ruhsal rahatsızlıkların nedenlerine dair yapılan ve yukarıda ele alınan açıklamalar sadece İslam dinî ile sınırlı değildir. Diğer birçok dinde insanlar bu tür açıklama yollarına başvurmaktadırlar. Bu kapsamda bakıldığında ruhsal rahatsızlıklar cinlerin ele geçirmesi, nazar, günahkâr bir yaşamın sonucu olarak ilahi bir ceza, yapılan ibadetlerde ve dualarda tam bir teslimiyetin yakalanmamış olmasından kaynaklı bir uyarı olarak ele alınabilir.

Müslümanlık içerisinde yer alan uygulamaların sadece bu dine has olmadığı yapılan ritüellerin diğer iki semavi dinde de bulunduğu ve kültürel olarak aktarıldığını vurgulayan Dols, ruhsal rahatsızlıkların dinî açıdan yorumlanmasının Ortaçağ boyunca devam ettiği vurgulanmıştır. Özellikle tıbbî, ahlaki ya da büyü ile alakalı bu etiyolojiler Hristiyanlık öncesi döneminde şifacılık örneklerini taşımaktadırlar. Eski Ahitte şifacılığın Tanrısal yönüne dikkat çekildiği için hekimlere başvurmak inanç eksikliğinin bir göstergesi olarak ele alınmıştır. M.S birinci yüzyılda Yahudiler arasında yaygın olan üç tür şifa yöntemi bulunmaktaydı: Yunan-Roma tıbbı, tanrısal mücadele ve büyü. Yahudiliğin hastalıklara karşı konumu kendisinden sonra gelen Hristiyan kültürünü de etkilemiştir. Özellikle M.S 4. Yüzyılda Hristiyanlığın resmi din olmasıyla beraber kiliseler ve din adamları şifacı konumuna gelmiştir. Bu açıdan yapılan uygulamaların, aktarılan kültürün İslam toplumunu ve ruhsal rahatsızlıklara bakışını etkilediğini öne sürmektedir. Özellikle nazara karşı yapılan kurşun dökme gibi uygulamaların egzorsizm tarzı ritüeller ile benzediğine vurgu yapmaktadır. Dols, aynı zamanda Roma hukukunun delilere yaklaşımı ile İslam hukukunun delilere yaklaşımını da benzer olarak ele almıştır. Roma hukukunda deliler çocuklar gibi görülmekte ve deliliğin onlar için başlı başına bir ceza olarak görülmesinden dolayı da herhangi bir ceza işlemine maruz kalmıyorlardı. Aynı şekilde İslam hukukunda da deliler yaptıkları fiillerden sorumlu tutulmamışlardır. Delilerin bakımları ailelerine yüklenmiştir ve sorumlu olarak aileleri addedilmiştir. İslam toplumunda ruhsal rahatsızlıklara karşı daha anlayışlı bir tavır çizilmesinin nedenini Dols, İslam'ın muhtaç ve yardıma ihtiyacı olanlara karşı merhameti tavsiye etmesi olarak göstermiştir (Dols, 1992, s. 174-478).

İslam dünyasındaki doğaüstü inançlardan başka İslam hekimleri tedavilerinde daha bilimsel yöntemleri de kullanmışlardır. Müslümanlara ait ilk hastanenin kim tarafından ve

nerede kurulduğuna dair net bir bilgi olmamasına rağmen en büyük hastanenin Bağdat'ta 786-809 yıllarında kurulduğu, ruhsal rahatsızlıkların tedavisinin sağlandığı hastanenin (*mâristan*) ise Mısır'da 872-873 yıllarında kurulduğu aktarılmıştır (Kinzie, 2000,s. 17; Dols,1987, s. 3). *Bîmâr* (hasta) kelimesinden türetilen *bîmâristan* başlangıçta günümüzdeki hastane manasında 19. yüzyıl sonları ile 20. yüzyıl başlarından itibaren ise daha çok "tımarhane" manasında kullanılmıştır (Terzioğlu, 1992, s. 163; Artvinli, 2013, s. 25). Artvinli, zamanla aşağılayıcı bir ifadeye dönüşen "tımarhane" kavramının *bîmâristan* ile eş anlamlı olarak kullanılmaya devam ettiğini aktarmıştır (Artvinli, 2013, s. 26). Ruhsal rahatsızlıkların damgalanması ile sınırlandırılan tezin kapsamını aşacağı için İslam medeniyetinde ve coğrafyasında hastalıklara dair gelişen diğer bakış açıları, tedavi yöntemleri ve hastaneleri ele alınmamıştır. Ruhsal rahatsızlıklarla ilgili inançların tarihsel süreçte nasıl evrildiği ve yaklaşımları inceledikten sonra ruhsal rahatsızlıkların damgalanmasına etki eden etmenlerin anlaşılması daha kolay olacaktır.

4.3. Ruhsal Rahatsızlıkların Damgalanmasına Etki Eden Faktörler

Ruhsal rahatsızlıkların damgalanması, onların nasıl algılandığı ile yakından bağlantılıdır. Bu bakımdan hayatı şekillendiren faktörleri ve değişkenleri ele almak damgalama sürecini anlamlandırmak bakımından faydalıdır. Damgalamaya dair kuram ve yaklaşımlara yer verilirken aslında ruhsal rahatsızlıkların damgalanmasını etkileyen faktörlere de kısaca değinilmiştir ancak daha açık olması bakımından bu bölümde daha ayrıntılı bir biçimde yer verilecektir.

4.3.1. Sosyo-Demografik Değişkenler

Yaş, cinsiyet, eğitim, ırk, sosyal sınıf gibi sosyo-demografik değişkenlerin ruhsal rahatsızlıkların damgalanmasındaki etkisi kabul edilmekle birlikte doğrudan etkilerine dair baskın tek bir görüş yoktur. Literatürde değişkenlerle alakalı birbirlerinden farklı görüşlere rastlamak mümkündür.

Damgalama söz konusu olduğunda özellikle "güç" bağlamında sosyal sınıflar öne çıkmaktadır. Sosyal sınıfların bu bağlamda damgalamaya etkisi özellikle Link ve Phelan'ın kavramsallaştırmasında ayrıntılı olarak ele alınmıştır. Daha yüksek sosyal sınıfa mensup ve iyi eğitim almış bireylerin ruhsal rahatsızlığı olan kişilere karşı hoşgörülü bir tutum sergiledikleri görülmektedir. Daha düşük ya da orta sosyo-ekonomik düzeyde olanların ve

kırsal alanlarda yaşayanların ise ruhsal rahatsızlıkları damgalamaya daha fazla eğilimli oldukları bulunmuştur (Taşkın, 2007c, s. 74; Ünal ve diğerleri, 2010, s.149; Dessoki ve Hifnawy, 2009, s.11). Ayrıca daha kırsal kesimde yaşayanların sağaltım konusunda geleneksel tedavi yöntemlerine başvurdukları da görülmektedir (Kırpınar, 1992, s. 28). Ancak Savaşır (1972), yaptığı çalışmalarda sosyal sınıfın tek başına hastalıkların damgalanmasını etkileyen bir değişken olmadığını kanıtlayan bulgulara ulaşmıştır. Yaptığı çalışma sonuçlarında kırsal ve kentsel kesimin hastalıklara yaklaşımında belirgin bir fark bulamamıştır (Taşkın, 2007c, s. 81). Oban ve Küçük'ün (2011, s. 36) lise öğrencileri arasında yaptıkları çalışmada ise sosyo-ekonomik düzey ile damgalama arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Damgalamayı etkileyen demografik değişkenlerden bir diğeri yaştır. Çalışmalarda daha yaşlı olma ile hastalıklar hakkında daha az bilgili olma, sağaltıma karşı bir direnç ve yaşla bağlantılı olarak gelişen hoşgörüde azalma durumu ilişkilendirilmiştir. Daha genç olma ise daha fazla bilgiye sahip olma, yeniliklere açık olma ve ruhsal rahatsızlığı olan bireylerle daha kolay sosyal etkileşime geçme durumu ile bağlantılıdır. Ancak literatürde yaş ile damgalama arasındaki bağlantıya dair tutarlı bilgiler yoktur. Yapılan çalışmalarda yaşlı olanların hastalıkları daha genç olanlara göre damgaladığını kanıtlayan sonuçlara ulaşılırken tam tersi sonuçlara ve yaşın belirleyici olmadığının bulunduğu da bulgulanmıştır (Taşkın, 2007c, s. 75-76; Kaya ve Ünal, 2006, s. 201).

Cinsiyet ise çalışmalarda yer alan diğer bir demografik değişkendir. Yapılan çalışmalar erkeklerin kadınlara oranla ruhsal rahatsızlığa sahip bireylere daha baskıcı, otoriter ve kısıtlayıcı davrandıklarını bulmuşlardır (Leong ve Zachar,1999, s. 127; Taşkın, 2007c, s. 76; Hinkelman, Granello, 2003, s. 267; Morrison, Man ve Drumheller, 1993, s. 337). Avcil (2014, s. 63), psikiyatrik hasta yakınları ile yaptığı bir çalışmada erkek hastaların hasta yakınları tarafından daha fazla damgalandıklarını ve tehlikeli bulundukları sonucuna ulaşmıştır. Hirai ve Clum (2000, s. 231) ise ölçek geliştirme çalışmaları sırasında yaptıkları araştırma sonucunda cinsiyet ve yaş değişkenlerinin ruhsal bozukluklara dair inançları ve tedavi tercihlerini etkilediklerini bulmuşlardır. Çalışmalarda genel kanıya da uygun olarak kadınların erkeklere göre sağaltım ve hastalığın nedeni konusunda daha geleneksel inançlara sahip oldukları bulunmuştur. Ancak birbirlerinden farklı sonuçlar elde edilen çalışmalarda vardır. Bu yüzden Angermeyer ve Dietrich (2006, s. 174) yapılan araştırmaları

incelediklerinde cinsiyet ile damgalama eğilimine dair sonuçların tutarsız olduğu görmüşlerdir. Cinsiyet demografik olarak tek başına damgalama eğilimini etkileyen bir faktör değildir.

Eğitim ise ruhsal rahatsızlıkların damgalanmasında ele alınan değişkenlerden birisidir. Diğer demografik değişkenlerde olduğu gibi bu değişkenle de alakalı bir fikir birliği bulunmasa bile eğitim düzeyi yüksek kişilerin daha olumlu tutumlar göstereceğine dair bir inanç vardır (Angermeyer ve Dietrich, 2006, s. 174; Brockman and D'Arcy, 1978, s.75 ; Savaş ve diğerleri, 2006'dan aktaran Karahoda, 2010, s. 23). Özellikle de rahatsızlıklara dair sahip olunan bilginin damgalamayı azaltacağı yönündeki kanı nedeniyle eğitimin seviyesinin damgalamadaki etkisine odaklanılmıştır. Rahatsızlıkların iyileşebilir olduğunu inanma ya da nedenlerine dair bilgi sahibi olma damgalamanın önüne geçebilir. Güleç ve arkadaşları (2011, s. 140) tarafından yapılan bir çalışmada dokuz yıl ve daha üzerinde eğitime sahip olanlar olmayanlara ve kentte yaşayanlar kırsalda yaşayanlara kıyasla bir ruhsal rahatsızlığa yakalandıklarında psikiyatriste gitmeyi önermektedirler. Bu sonuç, rahatsızlıklar hakkında daha doğru bilgilere sahip olanların sağaltım yöntemlerinde de doğru tercihler yapacağını göstermesi açısından önemlidir. Böylece bu cevaplar eğitim düzeyinin damgalamaya etkisine örnek olarak verilebilir. Ayrıca Avcil'ın (2014, s. 47) yaptığı araştırma sonucunda da eğitim seviyesi azaldıkça ruhsal rahatsızlıklara sahip bireyleri damgalamanın arttığı bulunmuştur. Diğer demografik değişkenlerde olduğu gibi bu değişkende de birbiri ile çelişen bulgular olması eğitimin de tek başına etkili bir değişken olmadığını göstermektedir.

4.3.2. Kültür

Ruhsal rahatsızlıkların damgalanmasında demografik değişkenlerden sonra ele alınacak en önemli faktörlerden birisi kültürdür. İnsan hayatını şekillendiren kültür sonucunda bireyler yaşamlarını anlamlandırmaktadırlar. Özellikle de rahatsızlıklara dair yaptığımız yüklemeler genellikle kültürel inançlarımızdan kaynaklanmaktadır. Bu bakımdan kültürel olarak hastalıkların nasıl kodlandığı ya da anlaşıldığı etiyoloji, sağaltım yöntemleri ve damgalama açısından önem arz etmektedir.

Kültürün "rahatsızlık" tanımlarında ve yaklaşımlarında etkisi, kavramların tanımlanmasında bile dikkat çekmektedir. Rahatsızlık (*illness*) ve hastalık (*disease*) kavramlarının oluşumu ile aralarındaki ayrımın kaynağında kültürel farklılıklara vurgu

yapılmaktadır. Hastalık daha çok tıbbi model çerçevesinde tanı (*diagnosis)* için kullanılan bir kavramdır. Ancak rahatsızlık daha bireysel ve kültürel formda üretilmiştir (Candansayar ve Coşar, 2001, s. 28). Yukarıdaki tanımları esas alırsak *disease* tüm kültürlerde hastalık olarak tanınır çünkü bizzat hastalığın ontolojik varlığına vurgu yapmaktadır ancak *illness* kültürden kültüre değişebilir (Cimilli, 2007, s. 171-173). Budak (2000, s. 647), ruhsal rahatsızlık kavramını ele alırken "rahatsızlık" tanımlarında ideolojik, politik kıskaca yakalanılma tehlikesine dikkat çekmiştir. Rahatsızlık kavramının tanımlanması kültürden kültüre hatta aynı kültür içerisinde ele alınabilecek sosyal sınıflara, demografik değişkenlere göre farklılık göstermektedir. Bu bakımdan rahatsızlık kavramı tanımlanırken onu tanımlama nedenlerine dair açıklamalar atfetme (*attribute)* modelleri ile ele alınmaktadır (Candansayar ve Coşar, 2001, s. 28)

Kültürün etkisine dair bir örnekte DSM-5'de çoklu kişilik bozukluğu başlığı altında yer alan "*ele geçirme, sahip olma (possession)*" tanımında görülebilir (American Psychiatric Association, 2013, s. 292). Yapılan tanımın arkasından *geniş bir kabul alanında normal olarak ele alınan kültürel ve dinî pratiklerin* hastalık olarak sayılmaması gerektiği açıklaması kültürün ne kadar önemli olduğunu göstermektedir. Bazı toplumlarda "rahatsızlık" olarak adlandırılacak davranışlar diğer toplumlarda "normal" statüsünde ele alınabilir. Kültür içerisinde farklı değerlendirilen semptomlarda farklı sağaltım yöntemlerine başvurulmasına neden olabilir. Dengesiz ve anormal olarak adlandırılan bazı davranışların toplumda tıbbi bir mesele olarak ele alınmadığı ve İslam dünyasında rahatsızlıkların somatik bir belirti göstermesi halinde dikkat çektiği ve somatik etkilerine bağlı olarak ele alındığı aktarılmıştır. Dols, (1987, s. 20-22) kitabında yer alan bu iddiasını Savaşır'ın (1969) çalışmasına atıfta bulunarak desteklemektedir. Savaşır, sosyokültürel olarak birbirinden tamamen farklı iki yerleşim yerinde yaptığı araştırması sonucunda kırsal kesimde bazı hastalıkların hastalık olarak etiketlenmediği sonucuna ulaşmıştır. Mesela, obsesif kompulsif davranışlar, kırsal kesimde bir ruhsal rahatsızlık olarak ele alınmazken şehir de yaşayanların %60'ı tarafından rahatsızlık olarak değerlendirilmiştir. Deprem sonrasında ortaya çıkan travma sonrası stres bozukluğu tanısı da ruhsal bir rahatsızlık olarak ele alınmamış ve damgalanmamıştır (Taşkın, 2007a, s. 267). Babaoğlu 'da (2002, s. 76), Arap ve İslam dünyasında ruhsal rahatsızlıkların somatik etkilerine bağlı olarak ele alındığı, somatik bir belirtinin gözükmesi halinde hastalıkların dikkat çektiğini vurgulamıştır. Bu vurgusundan hareketle Savaşır (1969) ve

Dols'un (1987) öne sürdüğü iddialar açıklanabilir. Taşkın (2007c, s.86) ise Doğu kültürlerinde somatik etkileri görülen hastalıkların daha az damgalandığını bu yüzden de Batı kültürlerinde hastalıklar psikolojize edilirken Doğu kültürlerinde ise somatik etkilere bağlı semptomların gösterildiğini vurgulamıştır. Amerika'da yaşayan Arap toplumunun ruhsal rahatsızlıklar için sağlık hizmetlerini kullanımına dair araştırma yapan Ericson ve Al-Tımımı (2001, s.316) ise Arap toplumunda ruhsal rahatsızlıkların fiziksel terimlerlerle anlatıldığını vurgulamışlardır. Bu tespitte Taşkın'ın Doğu kültürlerinde psikolojik etkilerin somatize edilmesine dair iddiasını destekleyecek şekildedir.

Bu konuya örnek olarak verilebilecek araştırmalardan birisi ise Angermeyer ve Matschinger'in araştırmasıdır. Almanya'da Doğu ve Batı bölgelerinde karşılaştırmalı bir araştırma yapan Angermeyer ve Matschinger (1999, s. 280-281) hastalıkların etiketlenmesinde, prognozunda ve tedavi tavsiyelerinde farklılıklar olduğunu bulmuşlardır. Yaşanan bu farklılığın nedenini ise Federal Almanya Cumhuriyeti döneminde Batı tarafında psikanalizin gelişmesini ancak Doğu tarafında ise bir tabu olarak kalmasına bağlamışlardır. Nijerya halkı üzerinde yapılan karşılaştırmalı bir çalışmada ise olgu örneklerinden hareketle bazı semptomları verilen rahatsızlıkların tanımlanması istenilmiştir. Çalışma sonucunda Nijerya halkının Kuzey Amerika, Avustralya ve Asya'ya göre verilen semptomları bir rahatsızlık belirtisi olarak alma oranlarının daha az olduğu bulunmuştur. Rahatsızlık belirtisi olarak verilen semptomları daha çok "utangaçlık" gibi duygusal tepkiler ile tanımlamışladır (Erinosho ve Ayonrinde, 1978, s. 408). Nijerya halkı ile yapılan çalışmaya benzer bir çalışma Türk örneklem üzerinde yapılmış ve çalışmalar karşılaştırılmıştır. Yapılan karşılaştırma sonucunda verilen olgu örneklerindeki semptomların yorumlamasının ve rahatsızlık olarak görülmesinin birbirlerinden farklı olduğu bulunmuştur. Bulunan sonuç ise kültürel yaklaşımların farklı olması ile açıklanmıştır (Eker, 1989, s. 149). Rusya ve İngiltere'de yapılan araştırma sonucunda da Rus örneklemin verilen rahatsızlıklar arasında demansı rahatsızlık olarak tanımlamalarının İngilizlere göre daha düşük olduğunu ve İngiliz örneklemin rahatsızlığa sahip insanlara daha toleranslı davrandıklarını bulmuşlardır. Araştırmacılar elde edilen bulguların kültürle bağlantılı olarak farklılaştığı yorumunu yapmışlardır (Shulman ve Adams, 2002, s. 276).

Ne kadar kültürel farklar rahatsızlıklara yaklaşımı etkilese de rahatsızlık türüne göre semptomlarında ağırlaşması ile beraber kültürel farklar ortadan kalkarak tutumlar birbirlerine benzer hale gelebilmektedir (Taşkın, 2007c, s. 87).

4.3.3. Hastalığın Türü ve Bilgi Durumu

Kültürden sonra ele alınacak diğer bir değişken ise hastalıkların türü ve bilgi durumudur. Ruhsal rahatsızlıklar hakkında bilgi sahibi olma ya da ruhsal rahatsızlığa sahip bir insan ile iletişime geçerek tecrübe etme ve rahatsızlık türünün (psikopatoloji tipinin) damgalayıcı tutumlar üzerinde etkili olduğu öne sürülmüştür.

Ruhsal rahatsızlıklarla ilgili doğru bilgilerden daha ziyade korkuyu ve tehlikeli oldukları inancının azaltılmasının daha faydalı olacağına inanılmaktadır. Corrigan ve arkadaşları (2002, s. 305), ruhsal rahatsızlığa sahip insanların tehlikeli olduklarına ve kişisel olarak sorumlu tutulmalarına dair inançların nasıl değiştirilebileceğini tartıştıkları çalışmalarında; bilgilendirmenin, eğitimin ve hasta kişilerle iletişimde olmanın bu inançları değiştirmede pozitif bir rol oynadığını bulmuşlardır. Ancak İngiltere'de yapılan bir araştırmada örneklem grubunun hastalıklar hakkında bilgi düzeylerinin düşük olmamasına hatta yeterli olmasına rağmen damgalama eğilimlerinin olduğu, bilgili olanlar ile olmayanlar arasında şizofreni olgusuna dair yaklaşımlarında bir değişme olmadığı bulunmuştur (Crisp ve diğerleri, 2000, s. 6).

Arikan ve arkadaşlarının (2000, s. 325) üniversite öğrencileri arasında yaptıkları bir çalışmada ise ruhsal rahatsızlığa sahip kişilerin günlük hayata ve ekonomiye katkıları görünür olursa damgalamanın azalacağı sonucuna ulaşılmıştır. Bu sonuçtan sosyal olarak etkileşime geçmenin, toplumsal olaylarda yer almanın rahatsızlıkların damgalanmasında daha azaltıcı bir etkiye sahip olduğu sonucu çıkabilir. Ancak Arkar ve Eker (1992, s. 154) hasta yakınları ile yaptıkları bir araştırmada ruhsal rahatsızlık ile temasa geçmenin damgalamaya etkisinin olmadığını ancak psikopatoloji tipinin etkili olduğunu bulmuşlardır. Yapılan araştırmalarda ruhsal rahatsızlığa sahip bireylerle temasa geçmenin ya da daha önce bir tecrübe yaşamanın damgalamayı azaltıcı yönde olumlu bir etki yapabileceği gibi (Angermeyer ve Dietrich, 2006, s. 174), olumsuz bir etkide yapabileceğini de öne sürülmüştür (Taşkın, 2007c, s. 93). Bu bakımdan kişilerin sahip oldukları psikopatoloji türü ruhsal rahatsızlığa sahip bireylerle iletişime geçmekten daha önemli durmaktadır.

Ruhsal rahatsızlık türü de hastalıkların damgalanmasına ve damgalayıcı tutumların düzeylerinde etkili olmaktadır. Bazı ruhsal rahatsızlıkların daha ağır ve fark edilebilir semptomlarının olması damgalayıcı tutumları tetiklemektedir. Özellikle tehlikeli, tahmin edilemez olarak tanımlanan hastalıklara karşı daha fazla sosyal mesafe ve damgalayıcı tutumlar görülmektedir. Angermeyer ve Matschinger (2003, s. 308) yaptıkları araştırma sonrasında şizofreni olgularının depresyon olgusuna göre daha ciddi bir ruhsal rahatsızlık olarak görüldüğü ve tehlikeli olarak damgalandığı sonucuna ulaşmışlardır. Ayrıca depresyonun hastalık etiketi olsun ya da olmasın halk nezdinde şizofreniden daha fazla kabul gördüğü bulunmuştur. İngiltere'de yapılan bir araştırmada ise yedi farklı hastalık türü içerisinden en tehlikeli bulunan ve olumsuz düşüncelerin atfedildiği hastalık şizofreni olmuştur (Crisp ve diğerleri, 2000, s. 6). Özellikle şizofreninin hastalık türü olarak verildiği ve diğer hastalıklarla kıyas edildiği araştırmalarda şizofreninin diğer hastalıklara oranla daha çok tanındığı, daha tehlikeli bulunduğu ve damgalandığı görülmektedir (Angermeyer ve Dietrich, 2006, s. 174; Çam ve Bilge, 2007, s. 219).

Ruhsal rahatsızlıkların türü ile ilgili olarak ele alınabilecek bir diğer etken ise rahatsızlıkların etiyolojisine dair inançlardır. Hastalıkların biyolojik nedenli mi yoksa psiko-sosyal nedenlerle mi ortaya çıktığı gibi konular, kişilerin hastalıklardan sorumlu tutulmasına neden olarak daha fazla öfke ve sosyal mesafe ile ilişkilendirilmiştir. Bağ ve arkadaşlarının (2006, s. 293) yaptığı bir çalışmada rahatsızlıkların biyolojik nedenlere ve kalıtıma bağlanması ile sosyal mesafe arasında olumlu bir ilişki bulunmuştur. Ruhsal rahatsızlıkların etiyolojisine dair inançlar hastalıkların sağaltım yöntemlerini de etkilemektedir.

4.3.4. Dinî İnançlar ve Dindarlık

Ruhsal rahatsızlıkların damgalanmasını etkileyen bir diğer faktör ise dinî inançlar ve dindarlıktır. Özellikle de ruhsal rahatsızlıkların etiyolojisine ve sağaltımına dair inançlarda dinin büyük bir etkisi vardır. Tarihsel süreç içesinde de ele alınan yaklaşımlarda görüleceği üzere hastalıklar genellikle Tanrı tarafından gönderilen bir ceza olarak ele alınmıştır ya da rahatsızlıklar günahlara bir kefaret olarak görülmüştür. Ayrıca rahatsızlıkların nedenleri doğaüstü güçlere atfedilmesi (cin, nazar, büyü gibi) tedavide de bu yöntemlere uygun sağaltım seçenekleri kullanılmasına neden olmaktadır.

Taşkın (2007c, s.88), ruhsal rahatsızlıkların damgalanmasında dinin kendisinden daha çok katı bir dinî inancın varlığının daha fazla sosyal mesafeye, hoşgörüsüzlüğe ve dışlayıcılığa yol açtığını vurgulamıştır. Ruhsal rahatsızlıkların dinî inançlar, dindarlık ve damgalama ile ilgili olan bağlantısı literatür kısmında daha açıklayıcı bir biçimde verilecektir.

5. DİNDARLIK VE RUHSAL RAHATSIZLIKLARIN DAMGALANMASI İLE İLGİLİ LİTERATÜR

Ruhsal rahatsızlıkların damgalanmasında etkili olan faktörlerden birisi olan din ve dindarlık tezin ana konusu olması bakımından ayrı bir başlık altında ele alınmıştır. Ruhsal rahatsızlıkların damgalanmasında dinin ve dindarlığın etkisine dair çok az araştırma vardır. Bu alanda doğrudan yapılan sadece bir çalışmaya rastlanmıştır. Onun dışında yapılan çalışmalar genellikle ruhsal rahatsızlıklar hakkında genel inançları ve sağaltım yöntemleri kapsamaktadır. Sağaltım yöntemlerine dair yapılan araştırmalardan elde edilen bulgular bireylerin psikolog ve psikiyatri haricinde çare arama davranışı gösterip göstermedikleri, başvurdukları sağaltım yöntemleri ve hastalıklar hakkındaki inançlarına dair ipucu vermektedir. Bu bölümde Türkiye'de ve yurt dışında yapılmış araştırmalardan yola çıkarak dindarlığın damgalama üzerindeki etkisine odaklanılacaktır.

1970'li yıllarda yapılan araştırmalarda ruhsal rahatsızlığa sahip kişilerden korkulduğu, tehlikeli ve zararlı görüldüklerine rastlanılmaktadır. Özellikle bu dönemlerde yapılan çalışmalarda, rahatsızlıkların etiyolojisine dair inançların çoğunda doğaüstü ve din temelli açıklamaların bulunduğu görülmüştür. Ruhsal rahatsızlıklara yaklaşımda kentsel ve kırsal kesim ayrımı yapıldığında ise ruhsal rahatsızlıklarla ilgili doğaüstü ve din temelli açıklamalara kentsel kesimlere kıyasla kırsal kesimde daha fazla rastlanıldığı bulunmuştur (Taşkın, 2007a, s. 256). Savaşır'a (1972) göre toplumsal olarak daha alt sınıflarda yaşayan ve görece eğitim seviyesi daha düşük bireylerde ruhsal rahatsızlıkların nedenlerine dair dinî temellendirilmelerin kullanılmasına daha sık rastlanmaktadır. Etiyolojide dinin temel olarak alınması sağaltım yöntemlerini etkileyerek dinî ve geleneksel metotların kullanılmasına neden olmaktadır (Taşkın, 2007c, s. 88). Kırsal kesimde etiyolojik neden olarak cin çarpması, düşünce ve korku yer alırken kentsel kesimde ise soyaçekim ve beyin hastalığı nedenleri göze çarpmaktadır (Taşkın, 2007a, s. 256). Taşkın (2007a, s. 256-263), Türkiye'de damgalama ile ilgili yapılmış 84 farklı çalışmadan derleyerek oluşturduğu makalesinde 1980'li yıllarda yapılan bir araştırmaya yer vermiştir. Bu araştırmada depresyonun halk tarafından sağaltıma başvurulacak bir rahatsızlık olarak görülmediği, "tevekkül" ile hastalığın kabul edilip geçmesinin beklenildiği ve geleneksel yöntemlere başvurulduğu görülmüştür. Ancak aynı çalışmada verilen bipolar bozukluk tanısı ve semptomları için ise depresyona göre sağaltımda tıbbi yaklaşım öne çıkmış ve depresyona oranla çalışmaya katılanlar tarafından hastalık olarak

ele alınmıştır. Özellikle şizofreninin hastalık türü olarak verildiği ve diğer hastalıklarla kıyas edildiği araştırmalarda şizofreninin diğer hastalıklara oranla daha çok tanındığı, daha tehlikeli bulunduğu ve damgalandığı görülmektedir (Çam ve Bilge, 2007, s. 219; Angermeyer & Matschinger, 2003, s. 308; Crisp ve diğerleri, 2000, s. 6). Taşkın (2007a, s. 264), daha önce de bahsedilen yıllara göre damgalama eğilimine dair bilgiler verdiği makalesinde 2000'li yıllara gelindiğinde ruhsal rahatsızlıkların nedenlerinin dine atfedilmesinde ve bu şekilde damgalanmasında azalma görüldüğüne, rahatsızlıkların sağaltımına dair yapılan çalışmalarda geleneksel tedavi yöntemlerine daha az başvurulduğuna rastladığına yer vermiştir. Ancak 2003 yılında yayınlanan bir araştırmada kırsal kesimde depresyonun bir rahatsızlık olarak görülmediği ve sağaltım yöntemlerinde de dinî temelli bazı tedavi yöntemlerine başvurulduğu da görülmektedir (Şen ve diğerleri, 2003, s. 149).

Türkiye'de Trabzon ilinde ve Almanya'da (Gelsenkirchen) yaşayan Türkler arasında yapılan karşılaştırmalı bir araştırmada, psikiyatri kliniğine başvuran hastaların tıp dışı çare arama davranışları bulunmak istenmiştir. Türkiye'de yaşayanların %49,4'ü ve Almanya'da yaşayanların %55,0'ı hastalıkları için tıp dışı yardım arama davranışında bulunmuşlardır. En çok başvurulan çare yöntemi ise Türkiye'de (%74,4) ve Almanya'da (%87,9) din hocasına gitmek olmuştur. Aynı zamanda verile cevaplardan Türkiye'de (%26,6) ve Almanya'da (%33,3) bireylerin falcıya/cinciye gittikleri de bulunmuştur (Güleç ve diğerleri, 2006, s. 39-40). Bir üniversite hastanesinin psikiyatri kliniğine başvuran hastalar arasında yapılan başka bir çalışmada hasta yakınlarından %40'ı bakım verdiği hastası için tıp dışı çare arama davranışına başvurduğunu, bunlar arasından %89,3'ü ise geleneksel/dinî yaklaşımları tercih ettiğini belirtmiştir (Sarıkoç ve diğerleri, 2015, s. 35).

Ruhsal rahatsızlıkların damgalanmasında dinin ve dindarlığın rolüne ilişkin doğrudan yapılan bir çalışmaya rastlanılmadığı için yukarıda verilen bulgular ruhsal rahatsızlıkların damgalanmasına dair yapılan ve içerisinde sağaltım yöntemlerini de barındıran genel araştırmalardan alınmıştır. Araştırmaların birçoğunda "Ruhsal Hastalıklarla İlgili Halkın Tutumunun Araştırılması (RUTUP) " projesinde kullanılan, PAREM araştırmacıları tarafından geliştirilen anketler uygulanmıştır.

Ruhsal rahatsızlıklara yönelik tutumlarla alakalı olarak yapılan araştırmalardan bir tanesi Güngörmüş, Ekinci ve Daş tarafından 2014 yılında yapılmıştır. Araştırmada Hirai ve

Clum (2000) tarafından geliştirilen, geçerlilik ve güvenilirliği Çam ve Bilge (2008) tarafından yapılan "Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlar Ölçeği (RHİÖ)" kullanılmıştır. 214 ilahiyat öğrencisi arasında yapılan çalışmanın kişisel bilgi formunda yer alan sorular öğrencilerin ruhsal rahatsızlıklarla ilgili inançlarına ve dinî temelli damgalamaya örneklik teşkil etmektedir. Ruhsal rahatsızlıklarla ilgili sorulara verilen cevaplarda hastalığa yakalandıklarında başvurmaları gereken kişinin din görevlisi olması gerektiğini düşünenlerin oranı %14,5'dir. Ruhsal problemlerin en önemli nedeni ile alakalı soruya verilen cevaplarda ise maneviyat, ahlak ve dinî inanç eksikliği şeklinde cevap verenlerin oranı %16.4'tür. Ruhsal problemler ile ilgili çözüm yolları ararken dinin rolü var mıdır sorusuna ise %88.8 oranında çoğu zaman cevabı verilmiştir. Ayrıca ruhsal hastalıklarda dinin rolü olduğunu düşünenler ile RHİÖ ölçeğinin alt boyutu olan tehlikeli alt boyutu arasında anlamlı bir ilişki olduğunu bulmuşlardır. Ruhsal hastalıklarda dinin etkisi olduğunu düşünen öğrenciler düşünmeyenlere kıyasla ruhsal hastalıklara sahip kişileri daha tehlikeli bulmuşlardır. Bunun sonucunda ise daha olumsuz tutumlara sahip oldukları görülmüştür. Araştırmacılar bu sonuçları öğrencilerin ruhsal rahatsızlıklara doğaüstü güçlerin neden olduğuna dair inançlarına bağlamışlardır (Güngörmüş, Daş, Ekinci, 2014, s. 48-49). İlahiyat öğrencileri arasında yapılan araştırmada özellikle ruhsal problemler ile ilgili çözüm yollarında dinin rolü olduğunu düşünenlerin oranının yüksek olması önemlidir. Toplumun diğer kesimlerine oranla dindarlığın daha yüksek olduğu düşünülen bir örneklem grubunda ruhsal rahatsızlıklarla ilgili verilen cevaplar rahatsızlıkların nasıl damgalandığına dair ipuçları taşımaktadır.

Kırpınar, Erzurum Numune Hastanesi Psikiyatri Kliniğinde 30 hasta ile yaptığı araştırmasında 1 hasta haricinde diğer hastaların kliniğe gelmeden önce hekim dışı kişilere başvurduğunu saptamıştır. Hekim dışı olarak başvurulan kişiler genellikle hocalar olmaktadır. Araştırma örnekleminin %83'ü öncelikle hekim dışı kişilere başvurmuştur. Hekim dışı kişilere başvuranlardan ise %38'i dinî unvanı kullanan kişilere, %21 ise resmi din görevlisine, %23'ü cindar olarak tanımladıkları kişilere,%10'u yatır-türbeye ve %7'si bilinmeyen olarak cevapladıkları kişi ya da mercilere başvurmuştur. Rahatsızlıklara dair tanıların %35 cin-peri, %20 sihir ve %10 oranında ise nazar, %20 korkma,%5 çok düşünme, %15 oranında beyin damarları kurumuş şeklinde konulmuştur. Bu tanılara uygun olarak verilen tedavi yöntemlerinin ise %75'ini muska oluşturmaktadır. Geri kalanında ise %21'ini okuma, %8'ini değnekleme,%8'i ise başka tedavi yöntemleri oluşturmaktadır (Kırpınar, 1992, s. 26-27).

Kişilerin rahatsızlıklara dair yaklaşımları çare arama davranışı üzerinde etkili olmaktadır. Bu bakımdan bu sonuçlar rahatsızlıklara dair sahip olunan bakış açısını yansıtması bakımından önemlidir. Araştırma sonucunda elde edilen bulgularda ruhsal rahatsızlıkların damgalanmasında dinin rolü olduğunu göstermektedir. Kişiler damgalamalarında dinî motiflere sahip oldukları için rahatsızlıkların tedavisinde de bu inanca uygun sağaltım yollarına başvurmuşlardır. Ancak uygulanan tedavi yöntemleri dinî olmaktan daha çok gelenekseldir.

Şizofreni olgu örneği verilerek Düzce'de din görevlileri arasında yapılan bir başka araştırmada ise din görevlilerinin şizofreninin etiyolojisine dair inançlarında şizofreniyi bir hastalık olarak gördükleri (olgu örneğini örneklemin %94,4'ü ruhsal hastalık olarak tanımlamış; şizofreniyi ise örneklemin %88'i hastalık olarak tanımlamış) ve sağaltım yöntemlerinde ise doktora (%91) doktorlar içerisinde ise psikiyatriste (%80,9) başvurulması gerektiği düşündükleri bulunmuştur. Şizofreniyi hacı ve hocaların geçirip geçirmeyeceğine dair maddeye ise örneklemin %19,9'u geçirir (katılıyorum) şeklinde cevaplamışlardır. Bu çalışmanın sonucunda, din görevlilerinin sosyal hayatta şizofreni hastalarına daha orta yollu bir tutum takınırlarken özel hayatlarında ise hastalardan rahatsız oldukları gözlemlenmiştir (Eker, Öner ve Şahin, 2010, s. 63-67). Çalışma, halkın ruhsal rahatsızlıklara dair yaklaşımlarında başvuracakları mercilerden birisi olması bakımından din görevlilerinin yaklaşımını ele aldığı için önemlidir. Bulunan sonuçtan yola çıkarak din görevlilerinin meslekleri gereği rahatsızlıklara daha ılımlı oldukları ancak özel yaşamlarında ise damgalamaya daha eğilimli oldukları görülmektedir.

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Kliniği'ne başvuran hastalar arasından 135 kişi ile yapılan ve çare arama davranışlarını saptamaya çalışan bir araştırmada hastalığa yol açan nedene doğaüstü güçler (cin, büyü, nazar) diyenlerin oranı %8,1, daha önce başvurdukları uygulamalar sorulduğunda ise halk tıbbına başvuranların (kurşun dökme, sülük) oranı %2,2, ailenizden birisinde olsa nasıl çözüm aradınız sorusuna şifacı (hoca, türbe, yatır, muska, özel dua) diyenlerin oranı %8,1 ve halk tıbbı (kurşun dökme, sülük) diyenlerin oranı ise %1,5 olarak bulunmuştur. Tıp dışı uygulamalara neden başvurdukları sorusuna ise örneklemin %22,2'si çaresizlik ve umut, %14,0'ü kişisel inanç ve %4,4'ü gelenek etkisi cevabını vermişlerdir (Güleç, Yenilmez ve Ay, 2011, s. 136). Önceki yıllarda yapılan çalışmalara kıyasla geleneksel tedavi yöntemlerine başvurmada bir düşüş olsa bile bireylerin

rahatsızlıkları damgalarken dinî ya da doğaüstü temellendirmelere başvurdukları ve tedavilerini de inanışlarına uygun olarak yönlendirdikleri araştırma sonuçlarından elde edilen bulgularda görülmektedir.

Ruhsal rahatsızlıkların dinî ve manevî motiflerle damgalanmasını doğrudan ele alan araştırmalardan birisi Çağlan tarafından 2019 yılında damgalama ve manevi danışmanlık ile bağlantılı olarak yapılmıştır. Çağlan psikolojik rahatsızlık tanısı ve tedavisi almış bireylerle yapılan mülakat görüşmeleri sonucunda, bireylerin çoğunluğunun dinî/ manevi temelli içselleştirilmiş bir damgalama yaşadıkları sonucuna ulaşmıştır. Bu damgalamalar arasında; işledikleri günah nedeniyle cezalandırılmış olmak, Allah'ın terbiyesi, ibadet ve inançlarındaki eksikliklerin neticesi olduğuna inanma sayılabilir. Bu tarz bir damgalama sonucunda kişilerin hastalıklarına dair açıklama ve hastalıklarının önerilerine dair bulgularda ise hastalık sahibi kişilerin nazar, cinlenme, tevekkülü azalma, bilinçsiz ve güçsüz olarak görülerek damgalandığı ve tavsiye olarak dualarını arttırma, Allah'a yönelme, imanını tazeleme, ibadetlerini aksatmama minvalinde telkinler verildiği tespit edilmiştir (Çağlan, 2019, s. 142).

Çalışma boyunca Türkiye genelinde sağaltım yöntemleri çerçevesinde yapılan çalışmaların sonuçlarından elde edilen bilgilerle ruhsal rahatsızlıkların damgalanmasında dindarlığın ve dinin etkisine dair yorumlarda bulunulmuştur. Bu alanda Çağlan (2019) dışında doğrudan bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak yabancı literatürde yapılan çalışmalarda ruhsal rahatsızlıkların damgalanmasında dinin ve dindarlığın etkisine dair doğrudan yapılan çalışmalara rastlamak mümkündür.

Yurt dışında yapılan bir araştırmada Chaleby (1996), Müslüman ve Arap halkının yaşama dair olaylarda İslami kuralları dikkate aldığını bunun sonucunda ruhsal olarak değerlendirilebilecek olaylarda da bu kuralların uygulandığını ve ruhsal rahatsızlıkların dinî bir kapsam içerisinde açıklandığını bulmuştur (Akt. Avcil, 2014, s. 15).

Wesselmann ve Graziano (2010) ruhsal rahatsızlıkların dinî damgalanmasını ve ruhsal rahatsızlıklarla ilgili dinî inançlar dışında sahip olunan inançları -ki onlara seküler inançlar ismini vermişlerdir- araştırdıkları bir ölçek oluşturma çalışması yapmışlardır. Ruhsal rahatsızlıklar hakkındaki dinî inançlara dair çalışmaların yokluğuna vurgu yaparak başladıkları çalışmalarında buldukları araştırmalar ve kişisel gözlemlerinden yola çıkarak, şeytani ele geçirme (sahip olma) , günahkâr bir yaşam/ ilahi bir ceza, dua/inanç ve tedavi ile

ilgili tutumlar olmak üzere ruhsal rahatsızlıklar hakkında elde edilen bulguları dört ana kategori altında toplamışladır. Bu çerçevede farklı Hristiyan mezhepleri de göz önüne alınarak iki çalışma yapılmış ve çalışma sonuçlarından yola çıkarak bir anket oluşturulmuştur. Yapılan bu iki çalışma sonrasında ölçekte ruhsal rahatsızlıklar hakkındaki seküler inançların; korku/tehlike (ruhsal rahatsızlığa sahip insanlar beni korkutuyor) , kontrol edilebilirlik (ruhsal rahatsızlığa sahip birçok insan hayatlarına dair sorumluluk almaktan kaçınıyor) ve öfke (ruhsal rahatsızlığa sahip insanların diğerlerine yaşattığı sıkıntıları düşündükçe sinirleniyorum) alt boyutlarına ayrıldığı gözlemlenmiştir. Ruhsal rahatsızlıklar hakkındaki dinî inançlar ise ahlak/günah (ahlaki zayıflık ruhsal rahatsızlıkların temel nedenlerinden bir tanesidir) ve maneviyat yönelimli nedenler ve tedaviler (şeytanın bir işkencesi olarak kişiler ruhsal rahatsızlıklardan muzdarip olurlar) alt boyutlarına sahip olacak şekilde oluşturulmuştur. Çalışma şizofreni ve depresyon olmak üzere iki rahatsızlık türü üzerinden manipüle edilmiştir. Kişilerin ruhsal rahatsızlıklar hakkındaki seküler inançları önemli olduğu zaman rahatsızlık türüne göre damgalamada bulundukları ancak dinî inançlar devreye girdiğinde rahatsızlığın türünde farklılık yapmadıkları görülmüştür. Şizofreni rahatsızlığına sahip bir insan depresyondaki bir insandan daha tehlikeli görülebilirken, günahlarının bir sonucu olarak bu rahatsızlıklara yakalanmaları konusunda eşit olarak sorumlu tutulmuşlardır. Daha önce ruhsal rahatsızlığa yakalanmış bir kişiyle muhatap olma durumu da sonuçları etkilemiştir. Belli damgalanmış bir gruba dâhil olma ya da dâhil olan kişilerle iletişimde bulunma damgalamayı azaltıcı bir rol oynamaktadır (Wesselmann ve Graziano, 2010, s. 405-419). Ancak araştırma sadece Hristiyan inancına uygun olacak şekilde tasarlanmıştır.

Wesselmann ve Graziano'nun (2010) ölçeğinin kısıtlılıklarını göz önünde bulundurarak Mathison, 2016 yılında ruhsal rahatsızlık damgasını dinî topluluklarda ölçecek yeni bir ölçek geliştirmeye çalışmıştır. "Dinî Ruhsal Rahatsızlık Damgası (*RMHS- Religious Mental Health Stigma*)" adını verdiği ölçeği ile toplumsal damgalama ve kendini damgalama boyutlarını incelemek istemiştir. Bu kapsamda özellikle günah/ ahlak hakkındaki inançlar ve ruhsal rahatsızlıkların nedenleri ve tedavilerine dair dinî/manevi yönelimli inançları, dinî topluluklarda psikolojik yardım arama davranışlarına bakarak kavramsallaştırmaya çalışmıştır. Ölçeğin tek bir dine yönelik oluşturulmadığını ancak hedef alanının İbrahimî (Hristiyanlık, Yahudilik ve İslam) dinler olduğunu vurgulamıştır. Bu vurgusuna rağmen tartışma kısmında araştırmanın Hristiyan ve Yahudi örnekleme uygun olarak oluşturulduğunu

dile getirmiştir. Mathison, ölçeğini kullanırken sadece Wesselmann ve Graziano'nun ölçeğinden değil 4 farklı ölçekten yararlanmıştır. Ölçek geliştirme çalışması sonucunda 11 maddelik 2 alt boyutlu bir ölçek oluşturulmuştur. Ölçekte kişisel inançlar (eğer ilaç tedavisi alırsam kendimi Tanrı'dan ya da kutsaldan vazgeçmiş gibi hissederim) ve dinî grubun (cemaatin) inançları (dinî cemaatimdeki birçok insan ruhsal rahatsızlığa sahip bir insanı dinî lider olarak kabul eder) ölçeğin iki temel noktasını oluşturmuştur. Mathison, Wesselmann ve Graziano'dan aldığı iki boyutu hem kişisel inançlar hem de dinî topluluğun inançlarını ölçecek şekilde kullanmıştır (Mathilson, 2016, s. 17-58). Mathilson'un araştırması ölçek geliştirme çalışması olması bakımından damgalama eğilimlerine dair herhangi bir sonucu içermemektedir. Wesselmann, Graziano (2010) ve Mathilson'un (2016) ölçek çalışmaları, ölçeklerde yer alan maddeler, alt boyutlarına dair bilgiler tezin yöntem kısmında daha açıklayıcı olarak verilmiştir.

Yukarıda ele alınan ölçek çalışmaları dışında Stanford (2007), kilisenin ruhsal rahatsızlıklar ile ilgili tavsiyelerini araştırdığı bir çalışma yapmıştır. 293 kişi ile yaptığı çalışma sonucunda kişilerin rahatsızlıklarına dair sorulan sorulara kiliseden aldıkları cevapları olumlu etkileşim, olumsuz etkileşim ve etkileşimin olmadığı durumlar olarak üçe ayırarak incelemiştir. Olumsuz etkileşimleri üçe ayırmıştır: 1) kilise tarafından terk ediliş ya da daha az ilgilenme durumu (%60), 2) ruhsal bozuklukların şeytani bir etkinliğin sonucu olarak düşünülmesi (%21), 3) ruhsal rahatsızlıkların inanç eksikliği/kişisel günah olarak düşünülmesi (%19). Kadınlar (%40,6) , erkeklere (%27.4) göre kilise ile daha olumsuz bir etkileşime sahiptir. Bunun anlamı ise, kadınların erkeklere göre ruhsal rahatsızlıkların nedenlerini açıklarken kilise tarafından zayıf inanç, kişisel günah, şeytani etki gibi faktörlerin onlara söylendiği ve bilimsel olarak kanıtlanmış tedavi yöntemlerinden caydırıldıkları şeklinde verilmiştir (Stanford, 2007, s. 448).

Başka bir araştırma ise Umman'da Al-Adawi ve arkadaşları (2002, s.313) tarafından hem genel halka hem de sağlık öğrencilerine yapılmıştır. Yapılan araştırmada ruhsal rahatsızlıkların nedenlerinin daha çok doğaüstü duyusal birimlere bağlandığı ve kalıtımsal özelliklerin öneminin reddedildiği görülmüştür. Al-Krenawi ve Graham (2000, s. 17), Arap toplumunun ruhsal rahatsızlıklara yaklaşımını ele aldıkları makalelerinde ruhsal, fiziksel hastalıkların ya da evliliğe dair sorunların genellikle dış faktörlere bağlandığını vurgulamışlardır. Doğaüstü nedenlerden birisi büyü/sihir ya da nazar olabilmektedir.

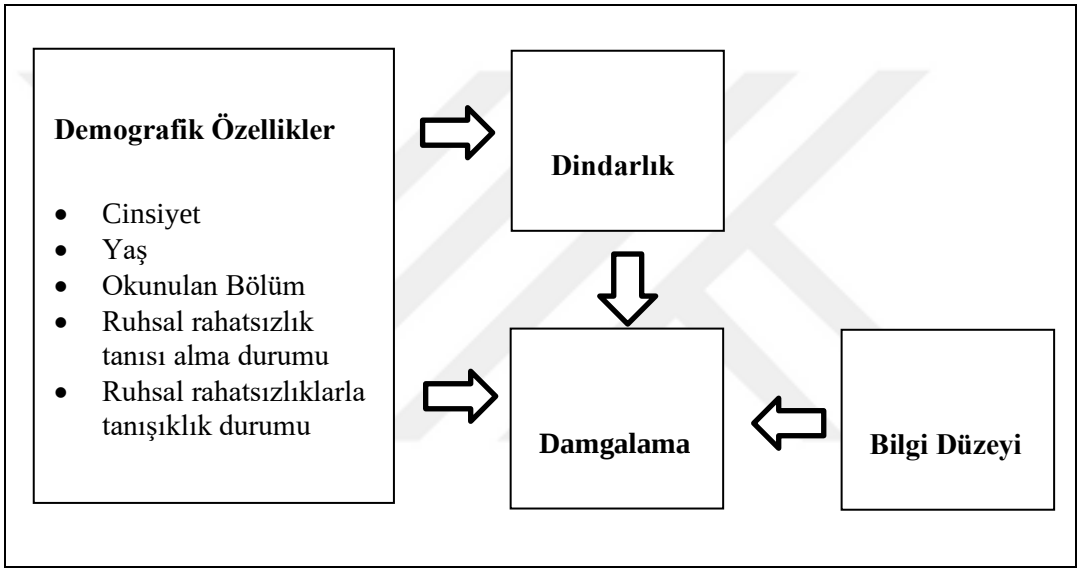
Müslüman göçmenlere dair yapılan bir çalışmada ise ruhsal rahatsızlıklar ile ilgili problemlere sahip olanların Tanrı'ya olan inancını ya da yolunu kaybetmiş "deliler" olarak görüldüğüne değinilmiştir (Akt. Amri & Bemak, 2013, s. 50).

III. BÖLÜM

YÖNTEM

1.ARAŞTIRMA MODELİ

Dindarlık ve ruhsal rahatsızlıklarla ilgili damgalama arasındaki ilişkiyi konu edinen bu araştırmada ayrıca katılımcıların cinsiyet, yaş, okudukları bölüm, ruhsal rahatsızlık tanısı alma durumları, ruhsal rahatsızlıklarla tanışıklık durumları ya da ruhsal hastalıklarla ilgili bilgi düzeyleri ile damgalama eğilimleri arasındaki ilişkilere de bakılmıştır. Çalışmada kesitsel desende ilişkisel tarama modeli kullanılmıştır. Araştırmanın amacına ve modeline uygun olarak geliştirilen, bağımlı ve bağımsız değişkenler arasındaki muhtemel ilişkiler, aşağıda ayrıntılı olarak sunulmuştur.



Şekil 2: Araştırma Modeli

2.ÇALIŞMA GRUBU

Araştırmaya Marmara ve Uludağ Üniversitesinde İlahiyat, Psikoloji ve Psikolojik Danışma ve Rehberlik bölümlerinde okumakta olan 370 lisans öğrencisi katılmıştır. Araştırma grubu basit tesadüfi örnekleme yoluyla seçilmiştir. Örneklemin yaş aralığı (ranj) 17 ile 40 arasındadır. Yaş ortalaması ise 21,5'tir (SD = 2,88).

3.ARAŞTIRMAYA KATILANLAR VE NİTELİKLERİ

Katılımcıların, kişisel ve demografik özellikleri tespit etmek amacıyla kullanılan kişisel bilgi formunda yer alan sorulara verdikleri cevaplara göre örneklemin demografik yapısını

yansıtan veriler, tablo halinde sunularak araştırma grubunun olgusal durumu görselleştirilmiştir.

Tablo 2: Cinsiyete Göre Dağılım		
Cinsiyet	**Sayı (N)**	**Yüzde (%)**
Kadın	277	74,9
Erkek	93	25,1
Toplam	370	100

370 kişiden oluşan araştırma örnekleminin %74,9'u (277 kişi) kadınlardan, % 25,1'i (93 kişi) ise erkeklerden oluşmaktadır.

Tablo 3: Yaş Durumuna Göre Dağılım				
	Sayı (N)	**Min.**	**Max.**	**Ort. (*M*)**
Yaş	370	17	40	21,5

Katılımcıların yaş aralığı (ranj) 17 ile 40 arasında değişmektedir. Araştırma grubunun yaş ortalaması ise (*M*) 21,5'dir.

Tablo 4: Öğrencilerin Okudukları Bölüm ve Ders Alma Durumlarına Göre Dağılım		
Okunulan Bölüme Göre Ders Alma Durumları	**Sayı (N)**	**Yüzde (%)**
İlahiyat Öğrencileri	276	74,6
Din Psikolojisi ya da ilgili derslerden birisini almayanlar	125	33,8
Din Psikolojisi ya da ilgili derslerden birisini alanlar	151	40,8
Psikoloji ve PDR öğrencileri	94	25,4
Toplam	370	100

Katılımcıların %74,6'sı (276 kişi) ilahiyat öğrencisidir. Bunlardan din psikolojisi ya da ilgili herhangi bir dersi alanların oranı %40,8 (151 kişi), psikolojiye dair herhangi bir ders almayanların oranı ise %33,8'dir (125 kişi). Katılımcıların %25,4'ünü (94 kişi) ise psikoloji ya da PDR öğrencileri oluşturmaktadır.

Tablo 5: Ruhsal Rahatsızlık Tanısı Alma Durumuna Göre Dağılım		
Tanı Alma Durumu	**Sayı (N)**	**Yüzde (%)**
Ruhsal Rahatsızlık Tanısı Alanlar	19	5,1
Ruhsal Rahatsızlık Tanısı Almayanlar	351	94,9
Toplam	370	100

Katılımcıların %5,1'i (19 kişi) ruhsal rahatsızlık tanısı almış, %94,9'u (351 kişi) ise ruhsal rahatsızlık tanısı almamıştır.

Tablo 6: Ruhsal Rahatsızlık Tanısı Almış Birisi İle Tanışık Olma Durumuna Göre Dağılım		
Tanışıklık Durumu	**Sayı (N)**	**Yüzde (%)**
Evet	100	27,0
Hayır	270	73,0
Toplam	370	100

Katılımcılardan %27'sinin (100 kişi) ruhsal rahatsızlık tanısı almış birisi ile tanışıklık durumu vardır ,%73'ünün (270 kişi) ise ruhsal rahatsızlık tanısı almış birisiyle tanışıklık durumu yoktur.

Tablo 7: Ruhsal Rahatsızlıklar Hakkında Bilgi Düzeylerine Göre Dağılım				
	Sayı (N)	**Min.**	**Max.**	**Ort. (*M*)**
Bilgi Düzeyi	361	1	10,00	5,14

Katılımcılardan dokuzu bu formda herhangi bir işaretleme yapmamıştır. 361 kişiden elde edilen bulgulara göre katılımcıların ruhsal rahatsızlıklarla ilgili bilgi düzeyini gösteren ortalama puanları 5.14'tür. Ölçmenin 1 ile 10 arasında değişen bir ölçümde yapıldığı düşünüldüğünde bu bulguya göre katılımcıların ruhsal rahatsızlıklarla ilgili olarak bilgi düzeylerini "orta" olarak değerlendirdikleri söylenebilir.

4.VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmanın amaçlarına uygun olarak veri toplama amacıyla anket tekniği kullanılmıştır. Ankette, katılımcıların demografik özelliklerini tespite yönelik kişisel bilgi formu ve tutumlarını ölçmeye yönelik ölçekler kullanılmıştır. Anket formunda yer alan ve ekte (bkz. Ek-1, Ek-2, Ek-3) sunulan ölçeklerle ilgili açıklamalara aşağıda yer verilmiştir.

1. Kişisel Bilgi Formu
2. Ruhsal Rahatsızlıklarla İlgili Bilgi Düzeyi Ölçeği
3. Dindarlık Ölçeği
4. Damgalama Ölçeği

4.1. Kişisel Bilgi Formu

Katılımcıların demografik özelliklerine ilişkin verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından geliştirilen ve toplamda dört sorudan oluşan kişisel bilgi formundan faydalanılmıştır. Araştırma grubunun cinsiyet, yaş, ruhsal rahatsızlık tanısı alma ya da ruhsal rahatsızlık tanısı almış birisi ile tanışık olma durumu gibi bilgiler bu form ile toplanmıştır. Araştırma, Psikoloji/ PDR bölümleri ziyaret edilerek, İlahiyat Fakültesi'nde ise DP ve ilgili dersler esnasında bu dersleri alan öğrencilere ve ders aşamasına geçmemiş sadece yabancı dil eğitimi alan hazırlık sınıfı öğrencilerine ayrı ayrı zamanlarda uygulandığı ve araştırmacı tarafından gruplandırıldığı için formda okunulan bölüme dair ayırt edici bir madde konulmamıştır.

4.2.Ruhsal Rahatsızlıklarla İlgili Bilgi Düzeyi Ölçeği

Katılımcıların ruhsal rahatsızlıklarla ilgili bilgi düzeylerini değerlendirmelerinin istendiği 1 ile 10 arasında değişen bir parametreye sahip tek soruluk ölçektir. Katılımcıların

ölçekten aldıkları ortalama M= 5,14'dür. Katılımcıların ruhsal rahatsızlıklarla ilgili bilgi düzeylerinin "orta" olduğu söylenebilir.

4.3. Dindarlık Ölçeği ve Puanlaması

Katılımcıların dindarlık düzeylerini ölçmek için, Ayten'in (2009), geliştirdiği ve geçerlik-güvenilirliğini test ettiği *Kısa Dindarlık Ölçeği* kullanılmıştır. Ölçeğin Ayten tarafından ulaşılan psikometri değerleri şu şekildedir: KMO değeri (,830), Bartlett's Test of Sphericity değeri (x^2=2325,27; p=000). Ölçek, *inanç-etki* ve *bilgi-ibadet boyutları* olmak üzere iki alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin güvenilirliğini test etmek için Ayten (2009) tarafından yapılan iç-tutarlılık analizi sonrasında ölçeğin genelinin ve alt boyutların iç tutarlılık katsayısını gösteren Cronbach Alpha değerleri *ölçek genel* α = ,800, *inanç - etki boyutu* (fak-1) α = ,743, *bilgi-ibadet boyutu* (fak-2) α = ,742 şeklinde bulunmuştur. Ölçek bu kullanıldığı şekliyle 1'den 4'e puanları değişen 4 farklı şıkkı içermekteydi (Ayten, 2009, s. 106). Daha sonra Ayten ve Yıldız (2016, s. 289) ölçeğin şıklarını katılımcılara kendilerini ifade edecekleri daha geniş bir derecelendirme imkânı sunmak gayesiyle 5'e çıkarmış ve ölçek 5'li likert tipte bir ölçek haline gelmiştir. Bu yeni halinde her bir soruda katılımcılara " *her zaman, çoğu zaman, bazen, nadiren, hiçbir zaman*" , " *tamamen katılıyorum, katılıyorum, kararsızım, katılmıyorum, hiç katılmıyorum* " ile " *çok iyi, iyi, orta, zayıf, hiçbir bilgim yok*" şeklinde 1'den 5'e kadar puanlanan seçenekler sunulmuştur. Araştırmada analizler hem söz konusu bu iki boyut hem de dindarlık genel ortalama puanlar üzerinden yapılmıştır. Daha önce faktörleştirme çalışması yapılmış olan ölçeğe uygulanan iç-tutarlılık analizi sonrasında ölçeğin genelinin ve alt boyutların iç tutarlılık katsayısını gösteren Cronbach Alpha değerleri *ölçek genel* α = ,888; *inanç-etki boyutu* (fak-1) α =,863; *bilgi-ibadet boyutu* (fak-2) α =,774 olarak tespit edilmiştir. Bu verilerin kabul edilen değerden (en az 0,7) (Altunışık ve diğerleri, 2005, s. 116) yüksek olması nedeniyle ölçeğin araştırmada kullanılmasının istatistikî açıdan uygun ve güvenilir olduğu kararlaştırılmıştır. Her bir soru ile alakalı yük değerleri, aritmetik ortalama ve standart sapmalar bulgular bölümünde verilmiştir (Bknz. Tablo 8). Ayrıca dindarlık ölçeğini oluşturan alt boyutlar ve bu boyutlara dair tanımlamalara aşağıda yer verilmiştir.

İnanç-etki boyutu: İnançların kişilerin hayatındaki yansımasına dair sorular içeren bu boyut, inancın toplum yanlısı davranışlara dair etkilerini kapsar. Bireylerin bu doğrultudaki

tutum ve davranışlarını ölçmeye yönelik maddelerden oluşur. Boyut, toplam altı maddeden oluşmaktadır.

Bilgi-ibadet boyutu: Kişilerin temel ibadet devamlılığını ve dinî yaşam için sahip oldukları bilgi düzeyine dair maddeleri kapsayan bu boyut, dört maddeden oluşmaktadır.

4.4. Damgalama Ölçeği ve Puanlaması

Daha önce bu alanda yapılan bir çalışma olmaması nedeniyle Türkçe literatürde hem dinî/ahlaki nedenleri hem de genel damgalama boyutları olarak adlandırabilecek damgalama türlerini ele alan bir ölçeğe ve ölçek çalışmasına rastlanılmamıştır. Bu amaçla yabancı literatürde Wesselmann ve Graziano'nun (2010) geliştirdiği ölçek ile onların ölçeğinden ilham alarak Mathison'un (2016) geliştirdiği ölçekten sorular incelenmiş ve Müslüman bir örnekleme uygulanmak amacıyla seçilerek düzenlenmiştir. Bu amaçla ölçeklerde yer alan rahatsızlıkların sebebini kötü ruh ya da şeytanî bir ele geçirmeye (*demonic possession*) atfeden maddeler, toplum inançlarına uygun olan ve yaygın olarak inanılan cin tasallutu ve büyü yapılması olarak değiştirilmiştir. Ayrıca nazar gibi yaygın olarak inanılan etkilerde ölçek maddelerine eklenmiştir. Ölçekler belirli bir rahatsızlık üzerinden manipüle edilmemiş ancak katılımcılara daha açıklayıcı olması bakımından "şizofreni" ve "temizlik rahatsızlığı (obsesif kompulsif bozukluk)" iki rahatsızlık türü/ örneği olarak ölçek maddelerine diğer ölçeklerden bağımsız olarak eklenmiştir. Ölçeklerin fazla madde sayılarına sahip olmalarından dolayı birbirlerinden farklı bazı maddelerin içerikleri ise tek bir madde altında toplanacak şekilde düzenlenmiştir. Toplam 17 sorudan oluşan damgalama ölçeğine ait maddelerin hangi ölçeklerden alındığı ve düzenlemelerin nasıl olduğu ise aşağıda açıklanmıştır.

Wesselmann ve Graziano'nun oluşturduğu *Ruhsal Rahatsızlıklar Hakkında Dinî İnançlar (RBAMI- Religious Beliefs about Mental Illness)* ölçeği hem dinî/ manevi temelli damgalamayı hem de bu damgalama ve kabullerin seküler damgalama adını verdikleri genel damgalamayı nasıl etkilediğini anlamak amacıyla farklı Hristiyan mezhepleri de göz önüne alınarak oluşturulmuştur. Şizofreni ve depresyon gibi belirli rahatsızlıklar üzerinden çalışma manipüle edilerek rahatsızlık türünün ve derecesinin damgalamaya olan etkisi de bulunmak istenmiş ayrıca ruhsal rahatsızlıklarla tanışıklık durumu da göz önünde bulundurulmuştur (Wesselmann ve Graziano, 2010, s. 406). Nihai ölçek oluşturulmadan önce bu amaçla

çalışma bir ve çalışma iki olarak isimlendirdikleri iki pilot çalışma yürütmüşlerdir. Bu iki çalışma esnasında 30 madde ve korku/ iğrenme (*fear/disgust*), kontrol edilebilirlik (*controllability*) , öfke/ alay (*anger/ridicule*) adını verdikleri üç alt boyuttan oluşan "Ruhsal Rahatsızlıklar Hakkında Seküler İnançlar Ölçeği (*Seculer Beliefs About Mental Illness*)" kullanılmıştır. Ayrıca 21 maddeden ve günah/ahlak mesuliyeti (*sin/moral responsibility dimension*), maneviyat odaklı nedenler ve tedaviler boyutu (*spiritually- oriented causes/ treatments dimension*) olarak adlandırdıkları iki alt boyuttan oluşan "Ruhsal Rahatsızlıklar Hakkında Dinî İnançlar Ölçeği (*Religious Beliefs About Mental Illness*)" de kullanılmıştır. Ruhsal rahatsızlıklar hakkında seküler inançlar ölçeğinde ve ruhsal rahatsızlıklar hakkında dinî inançlar ölçeğinde dokuz puanlı değerlendirme skalası kullanılmıştır (Wesselmann ve Graziano, 2010, s. 406). Yapılan iki çalışma sonrasında Wesselmann ve Graziano, 16 maddelik 5'li likert tipli (kesinlikle katılmıyorum=1, kesinlikle katılıyorum=5) nihai ölçeklerini iki alt boyuttan oluşacak şekilde tasarlamışladır. Dokuz maddeden oluşan birinci boyutu günah/ahlak mesuliyeti boyutu (*sin/moral responsibility dimension*) olarak ve yedi maddeden oluşan ikinci boyutu ise maneviyat odaklı nedenler ve tedaviler boyutu (*spiritually- oriented causes/ treatments dimension*) olarak adlandırmışlardır (Mathilson, 2016, s. 33).

Tez için kullanılan ölçek oluşturulurken Wesselmann ve Graziano'nun oluşturduğu ölçek maddelerinden, alt boyutlarından ve alt boyutların isimlendirilmelerinden yararlanılmıştır. Böylece tezde kullanılan damgalama ölçeğindeki 1. ,2. ,3. ,4. ,6. maddeler *Ruhsal Rahatsızlıklar Hakkındaki Dinî İnançlar* nihai ölçeğinin *günah /ahlak mesuliyeti* olarak adlandırılan birinci boyutunda yer alan maddelerden ve 5.,7.,8. maddeler ise *maneviyat odaklı nedenler ve tedaviler* olarak adlandırılan ikinci boyutunda yer alan maddelerden analiz edilerek uyarlanmıştır. 10. ,11. maddeler nihai ölçek oluşturulurken kullanılan *Ruhsal Rahatsızlıklar Hakkında Seküler İnançlar* ölçeğinin alt boyutu olan *korku / iğrenme boyutu* ve 15. madde ise *kontrol edilebilirlik* boyutuna ait maddelerden uyarlanmıştır. Böylece damgalama ölçeğine ait toplam sekiz soru Wesselmann ve Graziano'nun (2010) ölçek çalışmasından ve ölçeğinden analiz edilerek *Damgalama Ölçeğine* konulmuştur.

Damgalama ölçeğinde yer alan maddelerden üçü ise Mathison (2016)'un ölçek çalışmasından yararlanılarak elde edilmiştir. Mathison (2016), "Ruhsal Rahatsızlıklar Hakkındaki Dinî İnançlar" (2010) ölçeğinin eksikliklerini öne sürerek yeni bir ölçek

geliştirme çalışması yapmıştır. Bunun sonucunda 11 maddelik ve kişisel inançlar ile dinî toplum inançları adını verdiği iki alt boyuta sahip "Dinî Ruhsal Rahatsızlık Damgası Anketi (*Religious Mental Health Stigma Survey/ RMHSS*)*"* adlı bir ölçek oluşturmuştur. Ölçek oluşturulurken maddeler dört grup şeklinde kategorilendirilmiştir: ruhsal rahatsızlıklarda dinî toplum damgası (*religious public stigma of mental illnesss –RPSMI*), psikolojik yardım aramada dinî toplum damgası (*religious public stigma of psychological help- seeking-RSSPHS*), ruhsal rahatsızlıkların dinî damgalamasında kendini damgalama (*religious self-stigma of mental illness*), psikolojik yardım aramada dinî kendini damgalama (*religious self-stigma of psychological help-seeking*) (Mathilson, 2016, s. 41). Damgalama ölçeğinin 9. maddesi Mathison'un 11 maddelik anketinin *kişisel inançlar* olarak adlandırdığı birinci boyutunda yer alan 2. ve 3. maddelerinin tek bir cümle altında toplanmasıyla oluşturulmuştur. 12. madde nihai ölçek oluşturulurken kullanılan alt ölçeklerden birisi olan ruhsal rahatsızlıklarda dinî toplum damgası (*religious puclic stigma of mental illness*) ölçeğinde yer alan 7. maddeden ve 17. madde ise aynı şekilde nihai ölçek oluşturulurken kullanılan alt ölçeklerden birisi olan psikolojik yardım aramada dinî toplum damgası (*religious public stigma of psychological help-seeking*) ölçeğinde yer alan 1. maddeden uyarlanmıştır. 13. , 14. maddeler ise belirli bir rahatsızlık türü üzerinden sonuçları manipüle etmek amacıyla değil ancak maddeler cevaplanırken katılımcıların zihinlerinde rahatsızlıklara dair genel bir imaj oluşturması açısından ölçeklerden bağımsız olarak eklenmiştir. 16. madde ise daha açıklayıcı olması, kültürel ve dinî inançlara uygunluğu göz önünde bulundurularak araştırmacı tarafından eklenmiştir.

Ölçek maddeleri hazırlandıktan sonra yapılan faktör analizinde maddelerin iki boyut altında toplandıkları görülmüştür. Bu alt boyutlar Wesselmann ve Graziano ile Mathilson'unda ölçeklerinden yola çıkılarak *korku ve kaçınma boyutu* ile *ahlaki/dinsel nedenler boyutu* olarak adlandırılmıştır. Kaiser- Meyer- Olkin (KMO) değeri (,877) ; faktör analizinin dayandığı korelasyonların istatistiksel olarak anlamlılığını gösteren Bartlett's Test of Sphericity değeri (x^2 = 2349,062; p = ,000) ve iç tutarlılık sonrasında iç tutarlılık analizini gösteren Cronbach alpha değerleri ölçek *genel* α = ,832; *ahlaki/dinsel nedenler boyutu* (fak–1) α = ,884; *korku ve kaçınma boyutu* (fak–2) α = ,739 olarak tespit edilmiştir. Bu verilerin kabul edilen değerden (en az 0,7) yüksek olması nedeniyle (Altunışık ve diğerleri, 2005, s. 116), ölçeğin araştırmada kullanılmasının istatistikî açıdan oldukça uygun ve güvenilir olduğu

sonucuna varılmıştır. Her bir soru ile ilgili yük değerleri, aritmetik ortalama ve standart sapmalar ise bulgular bölümünde verilmiştir (Bknz. Tablo 9). Araştırmada analizler hem söz konusu bu iki boyut hem de genel damgalama toplamı üzerinden yapılmıştır.

Yukarıda açıklanan 17 maddeden ve *korku/kaçınma* ile *ahlaki/dinsel nedenler* olarak adlandırılan iki alt boyuttan oluşan *damgalama ölçeği* içerisinde hem dinî temelli damgalamayı barındırmakta hem de diğer genel damgalama şekillerini kapsamaktadır. 5'li likert tipinde hazırlanan ölçek "Hiç Katılmıyorum" (1), "Katılmıyorum" (2), "Kararsızım" (3), "Katılıyorum" (4), "Tamamen Katılıyorum" (5) şeklinde puanlanmaktadır. Ölçeğin alt boyutları ile ilgili tanımlamalara aşağıda yer verilmiştir:

Ahlaki/dinsel nedenler boyutu: Bu boyut ruhsal rahatsızlıkların damgalanmasında karşılaşılan cin tasallutu, nazar, büyü ya da dinî bağlılıkta zayıflık gibi temelde dinî olarak adlandırılabilecek inançları kapsamaktadır. Aynı zamanda toplum tarafından kabul edilmekle birlikte, rahatsızlıkların nedeninin kişilerin ahlaki zayıflıklarına yüklenmesi gibi, dinî olarak adlandırılmayan nedenleri ve onlara karşı geliştirilen tutumları ölçmeyi amaçlamaktadır. Bu boyut, toplam on iki maddeden oluşmaktadır.

Korku/kaçınma boyutu: Ruhsal rahatsızlığa sahip bireylerle beraber sosyal ortamları paylaşma, evlilik gibi ciddi bir adım atma ile alakalı sosyal ve iletişim odaklı tutumlara dair katılımcıların gösterdikleri korku ve sosyal mesafe (kaçınma) davranışlarını ölçmeyi amaçlayan bu boyut, toplam beş maddeden oluşmaktadır.

5. VERİLERİN TOPLANMASI VE İSTATİKSEL ANALİZİ

Kişilerin bilgi düzeyleri, damgalama eğilimleri ile dindarlıkları arasındaki ilişki ve etkileşimin incelendiği bu çalışma için hazırlanan anket formları 2019 Mart-Mayıs ayları içerisinde elden dağıtılarak uygulanmıştır. Anketlerin uygulanması için Marmara Üniversitesi İlahiyat Fakültesine ve Marmara Üniversitesi Psikolojik Danışma ve Rehberlik bölümü ile Uludağ Üniversitesi İlahiyat Fakültesi ve aynı fakültedeki psikoloji bölümlerine ziyarette bulunarak 380 kişiye anket ulaştırılmıştır. Uygulama esnasında katılımcıların gönüllü olmaları ön planda tutulmuştur ve uygulamanın sağlıklı olması için gerekli açıklamalar yapılmıştır. Anketlerin doldurulması toplamda 5-10 dakika arası sürmüştür. Dindarlık anketi uygulanırken sözlü bir geri dönüş vermeyen katılımcılar yazılı olarak etki boyutu ile alakalı sorularda müphemlik bulduklarını ifade etmişlerdir.

Anket formları toplamda 380 kişiye uygulanmış ancak 10'u özensiz doldurma nedeniyle değerlendirme dışı bırakılarak 370 anket değerlendirmeye alınmıştır. Bilgisayar ortamına aktarılan verilerin analizi, SPSS paket programı yardımıyla yapılmıştır.

Yapılan veri temizleme işleminden sonra, anketi oluşturan maddelerden bazılarına verilen sayısal değerler yeniden kodlama (recode) ile değiştirilmiştir. Ölçeği oluşturan maddeleri faktörleştirmede, temel bileşenler analiz tekniği (principle component analysis, PCA) kullanılmıştır (Büyüköztürk, 2018, s. 134). Maddeler arasındaki iç tutarlılığı belirlemek için ise, iç tutarlılık analizinden yararlanılmıştır.

Farklı iki grup arasındaki ilişkilerin anlamlı olup olmadığı bağımsız grup t-test (independent samples t-test) ile ölçülmüştür. İkiden fazla grubun karşılaştırması için tek yönlü varyans analizi (one way ANOVA) kullanılmıştır. Farkların hangi gruplar arasında olduğunu belirlemede Scheffe testi uygulanmıştır. İki sürekli değişken arasındaki ilişkinin derecesini belirlemede Pearson korelasyon katsayılarından (Pearson Correlation Coefficients), bağımsız değişkenin bağımlı değişkeni yordama gücünü tespit etmek için de Regresyon analizinden yararlanılmıştır.

IV. BÖLÜM

BULGULAR VE YORUMLAR

BULGULAR VE YORUMLAR

Bu bölümde dindarlık ve damgalama ilişkisini konu edinen araştırmanın örneklemin genel dindarlık ve damgalama durumunu tasvir etme ve damgalama eğiliminin demografik değişkenlerle, ruhsal rahatsızlıklarla karşılaşma durumları ve bilgi düzeyleri ile ilişkisini tespit etmek amacıyla gerekli istatiksel analizler yapılmış ve konuyla ilgili hipotezleri test edecek bulgulara ulaşılmıştır. Temelde " *kişinin damgalama eğiliminde cinsiyetinin, yaşının, ruhsal rahatsızlık tanısı alma durumunun ya da almış birisi ile karşılaşma durumunun, okuduğu bölümün, ruhsal rahatsızlıklara dair bilgi düzeyinin ve dindarlık eğiliminin rolünü nedir?*" sorusuna cevap aranmıştır.

Araştırmanın bu bölümünde, ulaşılan bilgilerin daha anlaşılır olabilmesi için, elde edilen bulgular belirli bir düzen içerisinde sunulmaktadır. Bulguların sunulmasında, araştırmanın modelinde çizilen çerçeve dikkate alınmaktadır. Öncelikle araştırmada kullanılan ölçeklerle ilgili iç tutarlılık ve faktör analizine ait bilgilere ve araştırma grubunun dindarlık, damgalama ve ruhsal rahatsızlıklara dair bilgi düzeylerini içeren genel profiline ait bulgulara yer verilmektedir. Daha sonra da sırasıyla dindarlık, damgalama ve demografik özelliklerle ilgili bulgular ve söz konusu bu değişkenler ile demografik değişkenler, ruhsal rahatsızlıklara ilişkin bilgi düzeyi arasındaki ilişkilere dair bulgulara yer verilmiştir. Son olarak ise dindarlık eğiliminin ve bilgi düzeyinin damgalama davranışının bir yordayıcısı olup olmadığına dair bulgular sunulmuştur.

1.ÖLÇEKLERLE İLGİLİ BULGULAR

Araştırmada kullanılan ölçeklere ait iç tutarlılık ve faktör analizi bulguları, bu başlık altında sunulmaktadır. Yapılan faktör analizi sonucunda, verilerin homojen bir dağılımının olup olmadığını gösteren Kaiser- Mayer- Olkin (KMO) değeri, faktör analizinin dayandığı korelasyonların istatistikî açıdan anlamlılığını gösteren *Bartlett* testi değeri, her faktörü oluşturan maddelerin yük değerleri, aritmetik ortalamaları ve ayrıca ölçek maddelerinin iç tutarlılık katsayılarını gösteren Cronbach Alfa güvenilirlik değerleri ilgili tablolarda verilmektedir.

Katılıcıların dindarlık eğilimleri Ayten'in (2009) geliştirdiği *Dindarlık Ölçeği* ile ölçülmüştür. Daha önce ölçeğin geçerlilik ve güvenirliliği test edilmiştir. Ölçeğin KMO değeri (,83), Bartlett's Test of Sphericity değeri (x^2=2325,27; p=000) olarak hesaplanmıştır.

Ölçek, *inanç-etki* ve *bilgi-ibadet boyutları* olmak üzere iki alt boyuttan oluşmaktadır. Daha önce faktörleştirme çalışması yapılmış olan ölçeğe yapılan iç-tutarlılık analizi sonrasında ölçeğin genelinin ve alt boyutların iç tutarlılık katsayısını gösteren Cronbach Alpha değerleri *ölçek genel* α= ,888; *inanç-etki boyutu* (fak-1) α=,863; *bilgi-ibadet boyutu* (fak-2) α=,774 olarak tespit edilmiştir. Bu değerlere göre, analizler yapılırken *Dindarlık Ölçeği*nin kullanılması istatistikî açıdan uygundur (Bkz. Tablo 8).

Tablo 8: Dindarlık Ölçeği Faktör Analizi Sonuçları

(KMO= ,90; Cronbach Alfa Değeri: ,88; x^2= 1711,597; p=,000; Varyansı Açıklama: %62)

F1: İnanç- Etki Boyutu (Cronbach Alfa Değeri; ,863)	**N**	***M***	**S**	**Madde Yükü**
Dini inançlarım muhtaçlara yardım etmemde etkilidir.[a]	369	4,14	0,92	0,74
İbadet ederken kendimi Allah'a yakın hissederim.	369	4,00	0,81	0,63
Din, hayatın anlamını kavrama ve hayatta karşılaşılan sorulara cevap bulmada yardımcıdır.	369	4,51	0,75	0,71
Sosyal problemlerle (ailevi problemler, geçim sıkıntısı vb.) ilgili çözüm yolları ararken dini inançlarınızın rolü olur mu?	369	4,01	0,82	0,77
Dini inançlarım gereği doğru söylemeye gayret ediyorum.	369	4,24	0,83	0,79
Dini inançlarım gereği komşularıma iyi davranıyorum.	369	4,15	0,88	0,76
F2: Bilgi-İbadet Boyutu (Cronbach Alfa Değeri; ,774)	**N**	***M***	**S**	**Madde Yükü**
Kur'an-ı Kerim'i, Arapçasından veya Türkçe mealinden ne sıklıkla okursunuz?	369	3,62	1,05	0,45
Beş vakit namaz kılmayla ilgili davranışınız aşağıdakilerden hangisine uygundur?	369	4,23	1,12	0,37
Sağlığınız elverdiği sürece Ramazan oruçlarınızı tutar mısınız?	369	4,76	0,75	0,03
İbadetlerinizi gereği gibi yerine getirebilmek için sahip olduğunuz bilgi düzeyini nasıl buluyorsunuz?	369	3,68	0,72	0,60

Katılımcıların damgalama eğilimleri ise *Damgalama Ölçeği* ile ölçülmüştür. 17 maddelik damgalama ölçeğinin alt boyutlarını saptamak amacıyla yapılan faktör analizi sonrasında, ölçek maddelerinin iki alt boyutta toplandığı görülmüştür. Ölçeğin KMO değeri (,87); faktör analizinin dayandığı korelasyonların istatistiksel olarak anlamlılığını gösteren Bartlett's Test of Sphericity değeri (x^2 = 2349,062; p = ,000) ve iç tutarlılık sonrasında iç

tutarlılık analizini gösteren Cronbach alpha değerleri ölçek *genel* α = ,832; *ahlaki/dinsel nedenler boyutu* (fak–1) α = ,884; *korku ve kaçınma boyutu* (fak–2) α = ,739 olarak tespit edilmiştir. Bu verilerin kabul edilen değerden (en az 0,7) yüksek olması nedeniyle (Altunışık ve diğerleri, 2005, s. 116), ölçeğin araştırmada kullanılmasının istatistikî açıdan oldukça uygun ve güvenilir olduğu sonucuna varılmıştır (Bkz. Tablo 9).

Tablo 9: Damgalama Ölçeği Faktör Analizi Sonuçları

(KMO= ,87; Cronbach Alfa Değeri: ,83; x^2= 2349,062; p=,000; Varyansı Açıklama: %46)

F1: Ahlaki / Dinsel Nedenler Boyutu (Cronbach Alfa Değeri; ,884)	**N**	***M***	**S**	**Madde Yükü**
Ahlaki zayıflık ruhsal rahatsızlıkların temel sebeplerinden bir tanesidir.[a]	345	3,37	1,22	0,70
Dini inançlara uygun olarak yaşanmadığı zaman bunun bedeli olarak ruhsal rahatsızlıklara yakalanılır.[a]	345	2,92	1,30	0,82
Dinî pratikler samimi bir biçimde yerine getirilmediğinde ruhsal rahatsızlıklara yakalanılır.[a]	345	2,90	1,25	0,82
Günah işlendiği zaman bunun bedeli olarak ruhsal rahatsızlıklara yakalanılır.[a]	345	2,49	1,20	0,76
Cinler ruhsal rahatsızlıklara sebep olabilirler.[a]	345	3,03	1,19	0,59
Dinî inancına bağlı ve ibadetlerini samimi bir şekilde yerine getiren kişi ruhsal rahatsızlıklara yakalanmaz.[a]	345	2,57	1,22	0,61
Kişi ruhsal rahatsızlığa sahipse çözümü öncelikle dinî inanç ve pratiklerinde aramalıdır.[a]	345	2,88	1,14	0,73
Kişi ruhsal rahatsızlığa yakalanırsa ibadet ve dua etmesi yeterli olur.[a]	345	2,02	0,90	0,62
Ruhsal rahatsızlığa yakalanır ve ilaç tedavisi almak zorunda kalırsam kendimi dinî anlamda yetersiz hissederim.[b]	345	2,27	1,08	0,57
Ruhsal rahatsızlıklara sahip kişiler iradelerindeki zayıflıktan dolayı bu rahatsızlıklara yakalanmaktadırlar.[a]	345	2,88	1,08	0,61
Büyü ve nazar ruhsal rahatsızlık sebeplerinden olabilir.[c]	345	3,43	1,11	0,49
Seküler inançlara ve tedavi yöntemlerine sahip ruh sağlığı uzmanları ruhsal rahatsızlıklara yakalananlara yardımcı olamazlar.[b]	345	2,39	0,96	0,45
F2: Korku ve Kaçınma Boyutu (Cronbach Alfa Değeri; ,739)	**N**	***M***	**S**	**Madde Yükü**
Ruhsal rahatsızlığa sahip birisiyle tek başıma kalmaktan korkarım.[a]	345	2,82	1,12	0,81
Ruhsal rahatsızlığa sahip birisiyle iletişime geçmekten tedirgin olurum.[a]	345	2,61	1,12	0,82

Daha önce ruhsal rahatsızlığa yakalanmış ve tedavi almış birisiyle evlenmek istemem.[b]	345	3,11	1,10	0,66
Temizlik hastası takıntılı birisiyle yaşamak bana zor gelmez.[c]	345	3,55	1,10	0,38
Şizofreni tanısı konmuş birisiyle vakit geçirmek beni rahatsız etmez.[c]	345	3,35	1,10	0,68
a: Wesselmann & Graziano'nun Ölçeği (2010) b: Mathilson'un Ölçeği (2016) c: Araştırmacı tarafından eklenmiştir.				

2.DİNDARLIK VE DAMGALAMA GENEL PROFİL

Araştırmada, katılımcıların dindarlık ve damgalama düzeylerini ölçmek üzere hazırlanan ölçeklerdeki maddelerin işaret ettiği nitelikler hem ölçeklerin toplamı, hem de alt boyutları üzerinden ayrı ayrı değerlendirilecek ve yorumlanacaktır.

Tablo 10: Dindarlık ve Damgalama Genel Profil

Faktörler	N	Min.	Max.	*M*	*SD*
Dindarlık (Genel)	370	1,00	5,00	4,13	,618
İnanç- Etki Boyutu	370	1,00	5,00	4,18	,647
Bilgi- İbadet Boyutu	370	1,00	5,00	4,07	,718
Damgalama (Genel)	370	1,47	4,36	2,88	,639
Korku ve Kaçınma Boyutu	370	1,00	5,00	3,08	,775
Ahlaki/ Dinsel Nedenler Boyutu	370	1,00	4,56	2,79	,762

Tablo-10'da görüldüğü üzere dindarlıkta (genel) katılımcılar *M*= 4,13 ortalamaya sahip olmuştur. 1 ile 5 arasında değişen ranj düşünüldüğünde genel olarak katılımcıların yüksek bir dindarlık seviyesine sahip olduğu söylenebilir. Ölçeğin alt boyutlarına bakıldığında ise değerler arasında önemli bir farklılık olduğu görülmektedir. *İnanç-etki boyutunda* katılımcıların ortalaması *M*= 4,18 iken, *bilgi-ibadet boyutunda* katılımcıların ortalaması *M*= 4,7'dir. Bu bulgulardan hareketle genel olarak katılımcıların "muhtaçlara yardım etme, Allaha yakınlık hissi, dinde anlam bulma, sosyal problemleri çözmede dinden

destek alma, Kuran okuma, namaz kılma ve oruç tutma" gibi özelliklerle ölçülen dindarlık düzeylerinin yüksek olduğu söylenebilir. Buna ilave olarak yine bulgulardan, katılımcıların namaz kılma, oruç tutma, kuran okuma vb. dinî ritüelleri yerine getirme eğilimlerinin dürüstlük ve yardımseverlik, dinde anlam bulma ve Allah'a yakınlık hissetme eğilimlerinden daha zayıf olduğu anlaşılmaktadır.

Araştırma bulgularına göre, en düşük puanın 1 en yüksek puanın ise 5 olduğu damgalama ölçeğinin parametreleri üzerinden, katılımcıların damgalama genelinde aldıkları ortalamanın *M*= 2,88 olduğu gözlenmiştir. Buradan hareketle katılımcıların genelinin ortalama değerlere yakın damgalama eğiliminde oldukları söylenebilir. Damgalamanın alt boyutlarına bakıldığında ise, *korku ve kaçınma, ahlaki/dinsel nedenler boyutlarında*, katılımcıların ortalaması sırasıyla birinci boyut için *M*= 3,08, ikinci boyut için *M*= 2,79'dur. Bu bulgulara göre katılımcılar en yüksek ortalamaya *korku ve kaçınma boyutunda* sahip olmuşlardır. Damgalama ölçeğinden alınan tüm bu ortalama değerlerden yola çıkarak katılımcıların genel olarak ruhsal rahatsızlıklara yönelik damgalamada normale yakın bir damgalama eğilimine sahip oldukları söylenebilir. Ayrıca katılımcıların "ruhsal rahatsızlığı olan birisiyle iletişime geçmekten korkma, evlenmeyi reddetme, yaşamayı ve vakit geçirmeyi istememe" gibi özelliklerin toplamı olan *korku ve kaçınma* boyutundaki damgalama eğilimlerinin "ruhsal hastalıkları cin tasallutu, ahlaki ve manevi zayıflık, dinî kültürel unsurlarla açıklama" gibi özelliklerin toplamı olan *ahlaki/dinsel nedenler* boyutundan daha yüksek olduğu anlaşılmıştır.

3.DEMOGRAFİK DEĞİŞKENLER, DİNDARLIK VE DAMGALAMA

Bu başlık altında, araştırma grubunun dindarlık ve damgalama düzeyleri ile başta cinsiyet olmak üzere yaş, ruhsal rahatsızlık tanısı alma, ruhsal rahatsızlıklarla tanışıklık durumu, ruhsal rahatsızlıklarla ilgili bilgi düzeyi, okunulan bölüm gibi demografik nitelikleriyle olan ilişkisine dair elde edilen bulgulara yer verilmekte ve ilgili hipotezler test edilmektedir. Araştırmanın hipotezlerine ve araştırma modeline uygun olarak dindarlık ve damgalama düzeylerinin demografik özelliklere göre farklılık gösterip göstermediği sorusuna cevap aranmış, değişkenler arasındaki ilişkileri incelemek için tek yönlü varyans analizi (One way ANOVA) ve bağımsız grup t-testi (independent samples t-test) uygulanmıştır. Elde edilen bulgular tablolar şeklinde aşağıda sunulmuştur.

3. 1. CİNSİYET, DİNDARLIK VE DAMGALAMA

3. 1. a. Cinsiyet ve Dindarlık

Din psikolojisi ve din sosyolojisi alanlarında yapılan çalışmalarda cinsiyet ve dindarlık ilişkisi üzerine hem Türkiye'de hem de Türkiye dışında pek çok çalışma yapılmıştır. Yapılan çalışmalarda genel olarak kadınların dindarlık eğilimlerinin erkeklere kıyasla daha yüksek olduğu bulgusuna ulaşılmıştır (Yapıcı, 2007, s. 307; Ayten, 2009, s. 119; Kayıklık, 2003, s. 158; Baynal, 2015, s. 213; Köftegül, 2018, s. 154; Cirhinlioğlu ve Üçok, 2011, s. 135). Türkiye'deki bulgularla uyumlu olarak Batı'da yapılan çalışmalarda kadınların erkeklere nazaran dinî bağlılıklarının, dinî inanç düzeylerinin, ritüelleri uygulama eğilimlerinin ve sosyal hayatta dindarlıktan etkilenme düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Francis ve Kaldor, 2002, s. 183; Fiori ve diğerleri, 2006, s. 258). Ancak söz konusu çalışmalar kadar olmasa da cinsiyet faktörünün dindarlıkta anlamlı bir farklılığa yol açmadığını gösteren çalışmalar da vardır (Ayten, 2004, s. 84; Elifoğlu Çurum, 2015, s. 46; Demir, 2017, s. 54-55; Yıldız-Türker, 2018, s. 61; Köktaş, 1993, s. 214). Bazı çalışmalarda ise dindarlık genel boyutunda kadın ve erkeklerin ortalamaları arasında önemli bir farklılığa rastlanmazken dindarlık alt boyutlarında söz konusu gruplar arasında farklılığın olduğu bulgulanmıştır. Mesela araştırmalarda inanç boyutunda erkek ve kadınlar arasında genelde anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (Kayıklık, 2003, s. 130; Mehmedoğlu, 2004, s. 13; Akdoğan, 2002, s. 126-146). Ancak bilgi-ibadet boyutunda erkeklerin daha yüksek puanlar aldığı ve kadınlara oranla daha dindar bulundukları araştırmalar mevcuttur (Mehmedoğlu, 2004, s. 137; Uysal, 2006, s. 145; Onay, 2004, s. 103).

Bu araştırmada literatürde yaygın olarak rastlanan bulgulardan hareketle *cinsiyet ve dindarlık arasında anlamlı bir ilişkinin olacağı (H4)* ve *kadınların erkeklere kıyasla daha yüksek dindarlık ortalamalarına sahip olacakları ($H4_a$)* öngörülmüştür. Bu amaçla t-test analizi yapılmış ve bulgulara aşağıda yer verilmiştir.

Tablo 11: Cinsiyet ve Dindarlık Arasındaki İlişkiler (t-test)						
Faktörler	**Cinsiyet**	***N***	***M***	***SD***	***T***	***P***
Dindarlık (Genel)	Kadın	277	4,19	,524	2,189	,031
	Erkek	93	3,99	,852		
İnanç-Etki Boyutu	Kadın	277	4,22	,553	1,836	,069
	Erkek	92	4,05	,858		
Bilgi-İbadet Boyutu	Kadın	277	4,13	,652	2,426	,017
	Erkek	93	3,90	,865		

Yukarıdaki tabloda verilen bulgulara göre kadınlar *dindarlık (genel) boyutu, inanç-etki* ve *bilgi-ibadet* alt boyutlarında erkeklere kıyasla daha yüksek ortalamalara sahip olmuştur. *Dindarlık (genel) boyutu* ve *bilgi-ibadet boyutunda* gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < .05$). Ancak *inanç–etki boyutu* ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p > .05$). Elde edilen bu bulgular "*cinsiyet ve dindarlık arasında anlamlı bir ilişki vardır (H4)"* ve "*kadınlar erkeklere kıyasla daha yüksek dindarlık ortalamalarına sahiplerdir (H4$_a$)"* şeklindeki araştırma hipotezlerini desteklemektedir. Ayrıca bu bulgular önceki çalışmalarda elde edilen araştırma bulgularıyla da benzerlik göstermektedir (Yapıcı, 2007, s. 307; Ayten, 2009, s. 119; Kayıklık, 2003, s. 158; Baynal, 2015, s. 213; Köftegül, 2018, s. 154; Cirhinlioğlu ve Üçok, 2011, s. 135). Bulgulardan hareketle kadınların "muhtaçlara yardım etme, dinde anlam bulma, namaz kılma, oruç tutma, dürüstlük ve Allah'a yakınlık hissi" gibi tutum ve davranışları içeren dindarlık eğilimlerinin daha yüksek olduğu söylenebilir. İnanç- etki boyutunda cinsiyetler arasında anlamlı bir ilişkinin bulunamaması ise araştırmanın inanmayı ön koşul olarak öne süren bir dine mensup Müslüman örnekleme yapılması ile açıklanabilir.

3. 1. b. Cinsiyet ve Damgalama

Cinsiyet ve damgalama ilişkisine dair yapılan araştırmalara bakıldığında ise çalışmaların erkeklerin kadınlara oranla ruhsal rahatsızlığa sahip bireylere daha baskıcı, otoriter, ön yargılı, damgalayıcı ve kısıtlayıcı davrandıklarını bulmuşlardır (Zachar ve Leong, 1999, s. 127; Hinkelman, Granello, 2003, s. 267; Morrison, Man ve Drumheller, 1993, s. 337;

Taşkın, 2007c, s. 76). Bu bulguların tersini elde ederek kadınların erkeklere göre ruhsal rahatsızlığa sahip kişileri daha tehlikeli buldukları sonucunu elde eden çalışmalar da vardır (Güngörmüş, Ekinci ve Daş, 2014, s. 48; Eker, Öner ve Şahin, 2010, s. 67; Lauber ve diğerleri, 2004, s. 271).

Cinsiyet ve damgalama eğilimi ilişkisine dair bir başka araştırma ise Avcil (2014, s. 63), tarafından psikiyatrik hasta yakınları ile yapılmıştır. Çalışmada erkek hastaların hasta yakınları tarafından daha fazla damgalandıkları ve tehlikeli bulundukları sonucuna ulaşmıştır. Ruhsal rahatsızlıklara sahip bireylerin tehlikeli oldukları inancına sahip olunduğu düşüncesi üzerinden gidildiğinde erkek hastaların cinsiyet rollerinden hareketle daha güçlü olacakları bu nedenle de daha tehlikeli bulunarak damgalandıkları yorumu yapılabilir. Başka bir çalışma ise Hirai ve Clum (2000, s. 231) tarafından yapılmıştır. Onlar, cinsiyetin ruhsal bozukluklara dair inançla tedavi tercihlerini etkilediğini bulmuşlardır. Bu bulgularla uyumlu şekilde bazı çalışmalar ise kadınların erkeklere göre sağaltım ve hastalığın nedeni konusunda daha geleneksel inançlara ve standart sağaltım yöntemleri dışındaki yaklaşımlara karşı da olumlu bir tutuma sahip olduklarını destekleyecek bulgular elde etmişlerdir (Taşkın, 2007c, s. 76; Jorm ve diğerleri, 2000, s. 218). Ayrıca erkeklerin toplum damgasını içselleştirerek, ruhsal rahatsızlıklar için yardım arama davranışında bulunduklarında geleneksel erkek tanımları açısından başarısız olacaklarına inandıklarını ya da yardım alma davranışına bakışlarının kadınlara kıyasla daha olumsuz olduğunu bulan araştırmalar da mevcuttur (Vogel, Wade, Hackler, 2007, s.47). Bütün bu sonuçlar cinsiyet, ruhsal rahatsızlık ve tedavi arayışlarına yönelik damgalama ilişkisi kapsamında birbirinden farklı verilerin elde edildiğini göstermektedir. Bu çalışmada ise *cinsiyet ile damgalama arasında anlamlı bir ilişki olacağı (H7)* öngörülmüştür. Yapılan *t*-test analizine ait bulgular aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Tablo 12: Cinsiyet ve Damgalama Arasındaki İlişkiler (t-test)

Faktörler	**Cinsiyet**	***N***	***M***	***SD***	***T***	***P***
Damgalama (Genel)	Kadın	277	2,84	,652	-1,896	,072
	Erkek	93	2,98	,591		

Korku ve Kaçınma Boyutu	Kadın	277	3,08	,781	-,256	,798
	Erkek	93	3,10	,759		
Ahlaki/Dinsel Nedenler Boyutu	Kadın	277	2,75	,758	-2,021	,044
	Erkek	93	2,93	,760		

Yukarıdaki tabloda verilen bulgulara bakıldığında, *damgalama (genel)* ve *korku ve kaçınma boyutu* ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki olmadığı (p >.05) ancak *ahlaki/dinsel nedenler boyutu* ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu gözlemlenmiştir (p<.05). Ortalama puanlara bakıldığında ise erkeklerin (*M* = 2,98) kadınlara (*M* = 2,84) kıyasla *damgalama genelinde* daha yüksek ortalamaya sahip olduğu görülmüştür. Ayrıca erkekler (*M* = 2,93), kadınlara (*M* = 2,75) kıyasla *ahlaki/dinsel nedenler boyutunda* daha yüksek ortalamalar almışlardır. Elde edilen bulgular, "*cinsiyet ile damgalama arasında anlamlı ilişki vardır (H7)*" hipotezini kısmen desteklemektedir. Cinsiyet ile damgalama genelinde ve korku ve kaçınma boyutunda anlamlı bir ilişkinin olmamasının nedeni cinsiyetin tek başına yeterli bir faktör olmaması ile açıklanabilir. Cinsiyet faktöründen bağımsız olarak ruhsal rahatsızlıklara karşı geliştirilen damgalama eğilimi rahatsızlık türüne, kişilerin rahatsızlıklara dair tecrübelerine, tecrübenin boyutuna ya da rahatsızlıklara dair bilgi düzeyine bağlı olarak değişebilir. Bu bakımdan kişilerin öznel tecrübeleri cinsiyetlerinden bağımsız olarak damgalama eğilimini etkilemektedir. Cinsiyet ile damgalama arasında elde edilen anlamlı ilişkinin sadece *ahlaki/dinsel nedenler boyutunda* olmasından yola çıkarak ise erkeklerin "ruhsal rahatsızlıkları cin tasallutu, ahlaki ve manevi zayıflıkla açıklama, dua ve ibadeti ruhsal rahatsızlıklardan korunma hususunda yeterli görme" gibi özellikleri içeren damgalama eğilimlerinin kadınlara göre daha yüksek olduğunu söylemek mümkündür. Elde edilen bu bulgular, literatürde yer alan ve ruhsal rahatsızlıklar konusunda kadınların dinî, geleneksel yaklaşımlara ve sağaltım yöntemlerine karşı olumlu bir tutuma sahip olduğunu gösteren araştırma bulgularıyla uyuşmamaktadır. Örneklemin yükseköğrenim gören bir gruptan oluştuğu göz önüne alındığında, yükseköğretim eğitimi alan özellikle de yükseköğretimde din eğitimi alan kadınların olaylara yaklaşımlarında daha rasyonelleşmesi araştırma sonuçlarının bu şekilde elde edilmesini etkilemiş olabilir. Toplum içerisinde kadınların konumunun

tartışıldığı bir döneme denk gelmesi bakımından üniversite eğitimi alan kadınlar kendilerinden beklenen rolleri doğrulamamak adına da anket maddelerine daha rasyonel cevaplar vermiş olabilirler. Ancak bu konunun açıklığa kavuşturulması için yeni araştırmalara ihtiyaç vardır.

3. 2. YAŞ, DİNDARLIK VE DAMGALAMA

3. 2. a. Yaş ve Dindarlık

Demografik değişkenler arasında cinsiyetten sonra ele alınan bir diğer faktör ise yaştır. Yaş ve dindarlık ilişkisi üzerine yapılan araştırmalarda genellikle dindarlığın yaşa bağlı olarak arttığı bulgulanmıştır (Köktaş, 1993, s. 214; Kayıklık, 2003, s. 159; Voltan-Acar, Yıldırım ve Ergene, 1996, s. 48; Hülür ve Kalender, 2003, s247; Aydemir, 2008, s. 48; Demir, 2017, s. 59–60; Fiori ve diğerleri, 2006, s. 247). Ancak yaş ile dindarlık arasında ilişki kuran bazı çalışmalar, bu ilişkinin yaşla bağlantılı olarak sadece ibadet boyutunda farklılaştığını öne sürmüşlerdir. İleriki yaşlara doğru ibadet boyutunda yaş grupları arasında bir farklılık olmasına rağmen inanç boyutunda yaş grupları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı da bulgulanmıştır (Akdoğan, 2004, s. 357; Kayıklık, 2003, s. 131-149). Tokur'da (2011, s. 133), dindarlıkla ilgili bulguların alt boyutlarda farklılaştığı sonucuna ulaşmıştır, bu bulgulara göre yaş arttıkça dindarlığın ibadet boyutunda bir artış olmaktadır.

Yaşın ilerlemesi ile ilgili olarak dindarlığın arttığını vurgulayan çalışmalardan başka yaş ilerledikçe dinin etkisinin azaldığını bulgulayan çalışmalara da rastlanmaktadır (Yapıcı, 2006, s. 91; Onay, 2004, s. 108-109; Mehmedoğlu, 2006, s. 283). Ancak bu çalışmalar da yaşın tek başına etkili bir faktör olmadığını vurgulamışlardır (Mehmedoğlu, 2004, s. 191). Ayrıca yaş ile dindarlık arasında anlamlı bir ilişki bulamayan çalışmalar da mevcuttur (Yapıcı, 2007, s. 257; Ayten, 2015b, s. 107; Yıldız Türker, 2018, s. 61; Elifoğlu Çurum, 2015, s. 47).

Bu çalışmada *yaş ile dindarlık arasında anlamlı bir ilişki olacağı (H5)* öngörmüştür. İki değişken arasındaki ilişkiyi belirlemek için yapılan Pearson Korelasyonundan elde edilen değerler aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Tablo 13: Yaş ve Dindarlık Arasındaki İlişkiler (Pearson Korelasyon Değerleri)				
		Dindarlık (Genel)	**İnanç-Etki Boyutu**	**Bilgi-İbadet Boyutu**
Yaş	**R**	-,124*	-,093	-,142**
	P	,017	,074	,006
	N	370	370	370

Elde edilen bulgularda *dindarlık (genel)* ve *bilgi-ibadet boyutu* ile yaş arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p < .05$). Bu bulgulardan hareketle yaş arttıkça dindarlığın azaldığını en azından değişimin *bilgi-ibadet boyutunda* olduğunu söylemek mümkündür. *İnanç-etki boyutu* ile yaş arasındaki ilişki de negatif yöndedir ancak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p >.05$). Bu bulgular ile "*yaş ile dindarlık arasında anlamlı bir ilişki vardır (H5)*" hipotezi doğrulanmıştır. Elde edilen bulgular yaşla beraber dindarlığın azaldığını öne süren literatürdeki araştırmalarla benzerlik göstermektedir (Yapıcı, 2006, s. 91; Onay, 2004, s. 108–109; Mehmedoğlu, 2006, s. 283). Yapılan araştırmanın üniversite öğrencileri ile yapıldığı, yaş ortalamasının 21,5 olduğu göz önüne alınırsa, *bilgi-ibadet boyutunda* olan azalma; son sınıflara doğru mezun olma, iş bulma, evlenme gibi sosyal ve gelecek kaygılarının artması ya da bu kaygılara bağlı olarak meşguliyetlerin artması ile açıklanabilir. Hayat meşguliyetinin artmaya başladığı ilk yetişkinlik dönemlerinde kişilerin inanç problemlerinin sona erdiği bu boyutta bir değişimin olmadığı ancak ibadetlerin aksayabildiği bir dönem olabilmektedir (Hökelekli, 1993, s. 282). Çünkü yaşın arttıkça dindarlığın artmasındaki etkenler yetişkinlik döneminde bu tür kaygıların son bulmasıyla daha istikrarlı bir hayata sahip olma ve hayatın son dönemlerinde ise dinin insana bir destek sağlaması ve artık hayata dair meşguliyetlerin azalmasıyla birlikte dine yönelmenin artması şeklinde açıklanmaktadır (Cirhinlioğlu, 2010, s. 26; Kayıklık, 2003, s. 203).

3. 1. b. Yaş ve Damgalama

Damgalamayı etkileyen demografik değişkenlerden bir diğeri ise yaştır. Çalışmalarda daha yaşlı olma ile hastalıklar hakkında daha az bilgili olma, sağaltıma karşı bir direnç ve yaşla bağlantılı olarak gelişen hoşgörüde azalma durumu ilişkilendirilmiştir. Daha genç olma ise daha fazla bilgiye sahip olma, yeniliklere açık olma ve ruhsal rahatsızlığı olan bireylerle daha kolay sosyal etkileşime geçme ile bağlantılı olarak ele alınmıştır. Ancak literatürde yaş ile damgalama arasındaki bağlantıya dair tutarlı bilgiler yoktur. Yapılan çalışmalarda daha yaş bireylerin rahatsızlıkları daha genç bireylere kıyasla daha fazla damgaladığını kanıtlayan sonuçlara ulaşılırken (Leaf ve diğerleri, 1985, s. 1333; Brockman ve D' Arcy, 1978, s. 73; Aker ve diğerleri, 2002, s. 12), daha genç bireylerin daha yaşlı bireylere göre rahatsızlıkları daha fazla damgalama eğilimine sahip olduğunu (Eker, Öner ve Şahin, 2010, s. 69) ve yaşın belirleyici bir etkisinin olmadığını bulan sonuçlara da rastlanmaktadır (Taşkın, 2007c, s. 75–76).

Yaş aralığı 17 ile 40 yaş arasında değişen ve yaş ortalamasının 21,5 olduğu bu çalışmada *yaş ile damgalama arasında anlamlı bir ilişki olmayacağı (H8)* öngörülmüştür. Çalışma için yapılan Pearson Korelasyon analizinin değerleri aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Tablo 14: Yaş ve Damgalama Arasındaki İlişkiler (Pearson Korelasyon Değerleri)

		Damgalama (Genel)	**Korku ve Kaçınma Boyutu**	**Ahlaki/ Dinsel Nedenler Boyutu**
Yaş	**R**	-,258"	-,120'	-,256''
	P	,000	,021	,000
	N	370	370	370

Yaş ile *damgalama (genel)* boyutu ve diğer iki alt boyut arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki vardır. Özellikle *damgalama (genel)* ile *ahlaki/dinsel nedenler boyutunda* zayıf ancak anlamlı bir korelasyon bulunmuştur. Bu bulgulardan hareketle yaş arttıkça damgalama eğiliminin azaldığı öne sürülebilir. Elde edilen bulgular "*yaş ile damgalama arasında anlamlı bir ilişki yoktur (H8)*" hipotezini doğrulamamaktadır. Ancak araştırma bulguları yaşın arttıkça damgalamanın azaldığını öne süren araştırma bulguları ile benzerlik göstermektedir (Eker, Öner ve Şahin, 2010, s. 69). Örneklemin üniversite öğrencilerinden

oluştuğu göz önüne alınırsa daha ileri sınıflarda okuyan öğrencilerin ruhsal rahatsızlıklara dair bilgi düzeylerinde gerçekleşmesi beklenen ilerlemeyle beraber damgalama eğilimlerinin de azaldığı yorumu yapılabilir.

3. 3. OKUNULAN BÖLÜM, DİNDARLIK VE DAMGALAMA

3. 1. a. Okunulan Bölüm ve Dindarlık

Okunulan yükseköğretim bölümü ile dindarlık ortalamalarını karşılaştıran çalışmalar da genellikle dinî eğitim veren İlahiyat Fakültesi öğrencilerinin diğer fakültelere oranla daha dindar oldukları bulunmuştur (Yapıcı, 2007, s. 261; Ayten, 2004, s. 83; Özcan ve Erol, 2017, s. 936).

İlahiyat, Psikoloji ve PDR öğrencileri arasında yapılan bu çalışmada *okunulan bölüm ile dindarlık ilişkisinde gruplar arasında anlamlı bir farklılık olacağı (H6)* ve *İlahiyat öğrencilerinin Psikoloji ve PDR öğrencilerine kıyasla daha yüksek dindarlık ortalamalarına sahip olacakları ($H6_a$)* öngörülmüştür. Bu öngörüleri test etmek amacıyla yapılan t-teste dair bulgulara aşağıda yer verilmiştir.

Tablo 15 : Ruhsal Rahatsızlık Tanısı Alma Durumu ve Dindarlık Arasındaki İlişkiler (t-test)

Faktörler	Okunulan Bölüm	*N*	*M*	*SD*	*T*	*P*
Dindarlık (Toplam)	Psikoloji/PDR	94	3,58	,80464	8,601	,000
	İlahiyat Fakültesi	276	4,32	,39325		
İnanç-Etki Boyutu (Fak-1)	Psikoloji/ PDR	94	3,76	,87143	5,869	,000
	İlahiyat Fakültesi	276	4,32	,47660		
Bilgi- İbadet Boyutu (Fak-2)	Psikoloji/PDR	94	3,31	,86209	11,096	,000
	İlahiyat Fakültesi	276	4,33	,41539		

t- testi sonuçlarına göre *dindarlık geneli* ve alt boyutları arasında gruplar arasında anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur ($p < .05$). *Dindarlık (genel)* puanlarında (*M*= 4,32), *inanç-etki boyutu* (*M*= 4,32) ile *bilgi-ibadet boyutunda* (*M*= 4,33) ilahiyatta okuyan öğrenciler Psikoloji ve PDR öğrencilerine kıyasla daha yüksek ortalamalara sahiptirler. Bu bulgular “

okunulan bölüm ile dindarlık arasında anlamlı bir farklılık vardır (H6)" ve "*İlahiyat öğrencileri, Psikoloji ve PDR öğrencilerine kıyasla daha yüksek dindarlık ortalamalarına sahiptirler (H6$_a$)"* şeklindeki hipotezleri doğrulamaktadır. Ayrıca elde edilen bulgular literatürde yer alan çalışmaların bulgularını da desteklemektedir (Yapıcı, 2007, s. 261; Ayten, 2004, s. 83; Özcan ve Erol, 2017, s. 936). İlahiyat öğrencilerinin "Allah'a yaklaşma, karşılaşılan problemlerde dinden yardım alma, beş vakit namaz kılma, oruç tutma " gibi dinî tutumları yerine getirmeye daha eğilimli olduklarını söylemek mümkündür. Yükseköğretim programı kapsamında dinî bir eğitim almaları dindarlık ortalamalarının Psikoloji ve PDR bölümü öğrencilerine kıyasla daha yüksek çıkmasına neden olmuş olabilir.

3. 3. b. Okunulan Bölüm ve Damgalama

Damgalama söz konusu olduğunda okunulan bölüm, bilgi düzeyini yordayıcı bir etkisinin olduğunun düşünülmesi nedeniyle önemlidir. Ruhsal rahatsızlıklarla doğrudan ilgilenecek bireylerin yetişmesi amacıyla eğitim veren PDR ve Psikoloji bölümlerinin ruhsal rahatsızlıkların damgalamasına dair görüşleri ile din eğitimi alan İlahiyat öğrencilerinin görüşleri önem arz etmektedir. Her iki bölümde okuyan öğrencilerin mezun olduktan sonra bu tür damgalamalarla bağlantılı vakalara rast gelecek olma ihtimallerinden dolayı örneklem grubu olarak seçilmişlerdir. Ayrıca İlahiyat öğrencilerinden de Din Psikolojisi ya da ilgili dersleri (sosyal psikoloji, manevi danışmanlık vb.) alan öğrenciler ile almayan öğrencilerinde bilgi düzeyi bakımından farklılaşacakları düşünüldüğü için iki ayrı grup olarak ele alınmışlardır.

Güngörmüş, Ekinci ve Daş (2014) tarafından İlahiyat öğrencileriyle yapılan araştırmaya göre öğrencilerin %88,8' i ruhsal rahatsızlıklarla ilgili çözüm yolları ararken dinin rolü olduğunu düşünmekte ve %16,4'ü ise maneviyat, inanç ve ahlak eksikliğini ruhsal rahatsızlıkların nedeni olarak görmektedir. İlahiyat öğrencileriyle yapılan başka bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Ancak din görevlilerinin şizofreniye dair inançları ile ilgili Eker, Öner ve Şahin (2010)'in yaptıkları çalışmada bu minvalde zikredilebilir. Din görevlileriyle yapılan çalışmada görevlilerin %19,9'unun şizofreniyi hocalar tarafından geçirilebilecek bir hastalık olarak düşündükleri, rahatsızlığa karşı sosyal boyutta daha ılımlı oldukları ancak özel hayatlarında ise sosyal mesafe isteklerinin arttığı bulunmuştur (Eker, Öner ve Şahin, 2010, s. 67).

Psikoloji ve PDR öğrencileri arasında bu araştırma kapsamına girecek şekilde damgalama ilişkisini konu alan bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak genel damgalama tavırlarını öğrenmek adına sağlık personeli ile yapılmış olan çalışma sonuçları ele alınmıştır. Bağ'ın (2003,s. 51) sağlık personelinin ruhsal rahatsızlıklara yaklaşımını öğrenmek istediği çalışmasında ruhsal rahatsızlıkların ana nedenine dair sorulan soruya katılımcıların % 20,9'u büyü ve dinsel sorunlar cevabını vermişlerdir. Bu soruyla bağlantılı olarak sağaltım yöntemlerine dair fikirlerinin alındığı maddeye ise katılımcıların % 5,7'si öncelikle hocadan yardım isteyeceklerini söylemişlerdir. Aker ve arkadaşlarının (2002,s. 12) birinci basamak hekimlerin şizofreniye tutumlarını araştırdığı bir diğer çalışmada şizofreni rahatsızlığını hacı-hocanın tedavi edebileceğine inananların oranı %3 olarak bulunmuştur.

İlahiyat öğrencilerinin Din Psikolojisi dersi veya ilgili dersleri alanlar (sosyal psikoloji, manevi danışmanlık vb.) ile almayanlar olarak gruplandırıldığı, Psikoloji ve PDR öğrencilerinin de araştırma örneklemine dâhil olduğu bu çalışmada *okunulan bölüm ile damgalama arasında anlamlı bir ilişki olacağı (H9)* öngörülmüştür. Ayrıca *İlahiyat öğrencileri arasında da Din Psikolojisi ve alakalı dersleri alanların damgalama ortalamalarının bu dersi almayan İlahiyat öğrencilerinin ortalamalarına kıyasla daha düşük olacağı (H9$_a$)* ve *tüm bu gruplar arasında ise en düşük damgalama ortalamalarına Psikoloji ve PDR öğrencilerinin sahip olacağı (H9$_b$)* öngörülmüştür. Bu hipotezleri test etmek amacıyla yapılan ANOVA ve Scheffe testine ait bulgulara ise aşağıda yer verilmiştir.

Tablo 16: Okunulan Bölüm ve Damgalama Arasındaki İlişkiler (One-way ANOVA ve Scheffe Testi)

Faktörler	Okunulan Bölüm	*N*	*M*	*SD*	*F*	*p*	Farklar
Damgalama (Genel)	DP ve Alakalı Dersleri Almış Olanlar (a)	151	2,88	,528	77,089	,000	a-b, c b-a, c c- a, b
	D.P ve Alakalı Dersleri. Almamış Olanlar(b)	125	3,26	,486			
	Psikoloji ve PDR(c)	94	2,35	,613			
Korku ve Kaçınma Boyutu	DP ve Alakalı Dersleri Almış Olanlar (a)	151	3,05	,759	11,643	,000	a-b b-c
	DP ve Alakalı Dersleri Almamış Olanlar(b)	125	3,32	,780			
	Psikoloji ve PDR (c)	94	2,82	,706			
	DP ve Alakalı Dersleri Almış Olanlar (a)	151	2,81	,629			a-b,c

Ahlaki/Dinsel Nedenler Boyutu	DP ve Alakalı Dersleri Almamış Olanlar(b)	125	3,24	,585	77,555	,000	b-a,c c-a,b
	Psikoloji ve PDR (c)	94	2,16	,724			

ANOVA testi sonuçlarına göre *damgalama (genel)* ve alt boyutları arasında gruplar arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur ($p < .05$) . Bu bulgu " *okunulan bölüm ile damgalama arasında anlamlı bir ilişki vardır (H9)* " hipotezini doğrulamaktadır. Tabloda da görüldüğü gibi damgalama ve alt boyutları arasında, yapılan Scheffe testi sonucunda, okunulan bölüme göre farklılıklar olduğu tespit edilmiştir.

Damgalama genelinde (*M*= 3,26), *korku ve kaçınma boyutu* (*M*= 3,32) ile *ahlaki/ dinsel nedenler boyutunda* (*M*= 3,24) İlahiyatta okuyan, Din Psikolojisi ve ilgili dersleri almayan öğrenciler diğerlerine göre daha yüksek ortalamalar almışlardır. Bu sonuçtan hareketle ders almayan öğrencilerin rahatsızlıklara daha yabancı olduklarını ve bu sebeple de damgalama eğilimine sahip olduklarını söylemek mümkündür. *Damgalama (genel)* (*M*= 2,35) ve her iki boyutta da en düşük ortalamalara sahip olanlar (Fak-1: *M*= 2,82/ Fak-2: *M*= 2,16) Psikoloji/PDR öğrencileridir. Elde edilen bulgular "*İlahiyat öğrencileri arasından Din Psikolojisi ve alakalı dersleri almayanların damgalama ortalamaları, bu dersleri alanlara kıyasla daha yüksek olacaktır (H9$_a$)*" ve "*Psikoloji ve PDR öğrencilerinin ortalamaları diğer iki gruptan daha düşük olacaktır (H9$_b$)*" şeklindeki hipotezlerimizi doğrulamaktadır. Daha önce hiç ders almamış öğrencilerin damgalama eğilimlerinin daha yüksek çıkması bilgi düzeyi ile açıklanabilir. İlahiyatta okuyup da Din Psikolojisi ve alakalı dersleri dersi almamış öğrenciler ruhsal rahatsızlıklar konusunda bu dersi almış öğrencilere göre daha düşük bilgi düzeyine sahip ve rahatsızlıklara ise yabancı olabilirler. Psikoloji ve PDR öğrencilerinin ruhsal rahatsızlıklara dair bilgi düzeylerinin daha yüksek ve rahatsızlıklarla tanışık olma durumlarının olduğu düşünüldüğünde damgalama eğilimlerinin her iki gruptan daha düşük çıkması bilgi düzeyi ile damgalama eğiliminin etkisini göstermektedir. Bu bakımdan elde edilen bulgular okunulan bölümlerle ve derslerle bağlantılı olarak bilgi seviyesi arttıkça damgalamanın azalacağını göstermesi bakımından literatürde yer alan araştırma bulgularını da desteklemektedir (Corrigan ve diğerleri, 2002, s. 305; Akt. Taşkın, 2007c, s. 93; Birdoğan ve Berksun, 2002, s. 5 ; Kara, 2015, s.75).

4. RUHSAL RAHATSIZLIK TANISI ALMA, TANIŞIKLIK DURUMU, BİLGİ DÜZEYİ VE DAMGALAMA

4. 1. Ruhsal Rahatsızlık Tanısı Alma, Tanışıklık Durumu

Bireylerin daha önceden ruhsal rahatsızlıklarla ilgili bir tanı almaları hastalıklara dair fikirlerinde değişimlere yol açabilir. Kişinin tecrübe ettiği bir duruma karşı yaklaşımı, içselleştirme düzeyleri damgalamaya karşı tutumlarını etkilemektedir. Bu açıdan ruhsal rahatsızlık tanısı alıp almama durumu önem arz edebilmektedir.

Ayrıca kişilerin yakınlarında ya da en azından çevrelerinde tanı almış birisi ile karşılaşma, iletişimde bulunma durumları damgalama düzeylerinde etkili olabilir. Bazı çalışmalar hasta yakınlarının ya da daha önce ruhsal rahatsızlığa sahip bireylerle karşılaşan kişilerin daha az damgalama eğiliminde oldukları sonucuna ulaşmışlardır (Beyazyüz ve diğerleri, 2015, s. 7; Arikan ve Uysal, 1999, s. 104; Boyd ve diğerleri, 2010, s.1068). Ancak bu bulguların tersine ruhsal rahatsızlıklarla karşılaşmanın bireylerin üzerinde bir etkisinin olmadığını (Arkar ve Eker, 1992, s. 234; Karancı ve Kökdemir, 1995, s. 274; Akar ve Eker, 1997, s. 173) veya karşılaşmanın daha olumsuz tutumlara neden olduğunu bildiren çalışmalar da mevcuttur (Corrigan ve diğerleri, 2005, s. 549).

Ruhsal rahatsızlık tanısı alma ya da tanışık olma durumu ile dindarlık arasındaki ilişkiye dair doğrudan yapılan herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak başa çıkma döneminde ya da iyileşme dönemlerinde dinin kişilere yardımcı bir unsur olduğuna dair çalışmalar mevcuttur (Şengül, 2007, s. 154; Ayten, 2012, s. 77-83; Ayten, 2015a, s. 42-46). Ayrıca ruhsal rahatsızlık tanısı alma durumunda rahatsızlığın nedenlerine dair yüklemelerimizde de dinin etkisi görülmektedir. Ruhsal rahatsızlık tanısı alma ya da tanışıklık durumu ile dindarlık arasında bir ilişkinin kurulması mümkün olmadığından dindarlık bir değişken olarak alınmamıştır.

4.1. a. Ruhsal Rahatsızlık Tanısı Alma, Tanışıklık Durumu ve Damgalama

Ruhsal rahatsızlık tanısı almış olma ya da en azından ruhsal rahatsızlığı bulunan birisi ile tanışıklık durumunun damgalama davranışı üzerinde etkili olduğu daha önceki araştırmalarda tespit edilmiştir. Ruhsal rahatsızlıklar ile tanışıklık durumunun damgalamaya olumlu mu yoksa olumsuz mu etkisinin olduğu ise literatürde tartışmaya açık bir konudur.

Ancak araştırmaların geneline bakıldığında ruhsal rahatsızlıklarla tanışık olma durumunun damgalamayı azalttığı yönünde bir kanı vardır (Arikan ve Uysal, 1999, s. 104; Ünsal ve diğerleri, 2010, s.149; Lauber ve diğ, 2004, s. 271; Trute, Tefft, Segall, 1989, s. 75; Trute ve Laowen, 1978, s. 84; Fazio ve Zanna, 1981, s. 171; Angermeyer ve Dietrich, 2006, s. 174; Corrigan ve diğerleri, 2001, s. 193).

Bu çalışmada da *ruhsal rahatsızlık tanısı alma ve damgalama ilişkisinde gruplar arasında istatiksel olarak anlamlı bir farklılık olacağı (H10)* öngörülmüştür. Ayrıca *ruhsal rahatsızlık tanısı almış kişilerin, ruhsal rahatsızlık tanısı almamış kişilere kıyasla korku ve kaçınma boyutunda daha düşük ortalamalara sahip olacakları ($H10_a$)* öngörülmüştür. Bu öngörüleri test etmek amacıyla katılımcıların ruhsal rahatsızlık tanısı alıp almama durumları ve damgalama düzeyleri arasındaki ilişkisine dair yapılan t-testine dair bulgular aşağıda verilmiştir.

Tablo 17: Ruhsal Rahatsızlık Tanısı Alma Durumu ve Damgalama Arasındaki İlişkiler (t-test)

Faktörler	**Ruhsal Rahatsızlık Tanısı Alma Durumu**	***N***	***M***	***SD***	***T***	***p***
Damgalama (Genel)	Evet	19	2,45	,61368	-3,024	,003
	Hayır	351	2,90	,63329		
Korku ve Kaçınma Boyutu (Fak-1)	Evet	19	2,68	,77836	-2,337	,020
	Hayır	351	3,10	,76999		
Ahlaki/Dinsel Nedenler Boyutu (Fak-2)	Evet	19	2,35	,75719	-2,589	,010
	Hayır	351	2,82	,75633		

Yukarıdaki t-test bulgularında da görüldüğü üzere ruhsal rahatsızlık tanısı alan ve almayanlar arasında ruhsal hastalıklarla ilgili damgalama eğilimi bakımından anlamlı bir farklılık gözlenmiştir ($p < .05$). Bu bulgu "*ruhsal rahatsızlık tanısı alma ve damgalama ilişkisinde gruplar arasında istatiksel olarak anlamlı bir farklılık olacaktır (H10)*" şeklindeki hipotezimizi doğrulamaktadır. Bulgulara bakıldığında ruhsal rahatsızlık tanısı almayanlar ile alanlar arasındaki farkın *korku ve kaçınma boyutunda* dikkat çektiği, ruhsal rahatsızlık tanısı almayanların (M = 3,10), ruhsal rahatsızlık tanısı alanlara (M = 2,68) kıyasla *korku ve kaçınma boyutunda* daha yüksek ortalamaya sahip olduğu görülmektedir. Bu bulgular "*ruhsal*

rahatsızlık tanısı almış kişiler, ruhsal rahatsızlık tanısı almamış kişilere kıyasla korku ve kaçınma boyutunda daha düşük ortalamalara sahiptirler (H10$_a$)" şeklindeki hipotezimizi doğrulamaktadır. Ruhsal rahatsızlık tanısı almış olanların, damgalama puan ortalamaları hem *damgalama genelinde (M* = 2,45*)* hem de iki alt boyutta (Fak–1: *M*= 2,45/ Fak–2: *M*= 2,35) ruhsal rahatsızlık tanısı almamış olanlara kıyasla daha düşüktür. Bu bulgulardan hareketle ruhsal rahatsızlık tanısı almış olan katılımcıların, ruhsal rahatsızlık tanısı almamış katılımcılara kıyasla daha az damgalama eğilimine sahip oldukları söylenebilir.

Bu çalışmada *ruhsal rahatsızlıklarla tanışıklık durumu ile damgalama ilişkisinde gruplar arasında istatiksel olarak anlamlı bir farklılık olacağı (H11)* öngörülmüştür. Ayrıca "*ruhsal rahatsızlık tanısı almış bir kişiyle tanışıklık durumu olanlar, ruhsal rahatsızlık tanısı almış bir kişiyle tanışıklık durumu olmayanlara kıyasla korku ve kaçınma boyutunda daha düşük ortalamalara sahiptirler (H11$_a$)*" şeklindeki hipotezde test edilmek istenmiştir. Bu öngörüleri ve hipotezleri test etmek amacıyla ruhsal rahatsızlığa yakalanmış birisi ile tanışık olma durumu ve damgalama eğilimi ilişkisine dair yapılan t- testi sonuçları ise aşağıda verilmiştir.

Tablo 18: Ruhsal Rahatsızlık Tanısı Almış Birisi İle Tanışık Olma Durumu ve Damgalama Arasındaki İlişkiler (t-test)

Faktörler	**Ruhsal Rahatsızlıklarla Tanışık Olma Durumu**	***N***	***M***	***SD***	***T***	***P***
Damgalama (Genel)	Evet	100	2,78	,63237	-1,780	,076
	Hayır	270	2,91	,63926		
Korku ve Kaçınma Boyutu	Evet	100	2,94	,82908	-2,094	,037
	Hayır	270	2,82	,74923		
Ahlaki/Dinsel Nedenler Boyutu	Evet	100	2,71	,72176	-1.224	,222
	Hayır	270	2,82	,77585		

Yukarıdaki t-test bulgularında da görüldüğü üzere ruhsal rahatsızlık tanısı almış biriyle karşılaşanlar ile karşılaşmayanlar arasında ruhsal rahatsızlıkları damgalama eğilimi bakımından anlamlı bir farklılık gözlenmiştir ($p < .05$). Bu bulgu, "*ruhsal rahatsızlıklarla tanışıklık durumu ile damgalama ilişkisinde gruplar arasında istatiksel olarak anlamlı bir*

farklılık olacağı (H11)" şeklindeki hipotezi doğrulamaktadır. *Damgalama (genel) boyutunda* (*M* = 2,78) daha önce tanı almış birisi ile karşılaşanlar karşılaşmamış olanlara kıyasla (*M* = 2,91) daha düşük ortalamalara sahiptirler. *Korku ve kaçınma boyutunda* ise ruhsal rahatsızlık tanısı almış birisiyle karşılaşmış olanlar (*M* = 2,94), ruhsal rahatsızlık tanısı almış birisiyle karşılaşmamış olanlara (*M* = 2,82) kıyasla daha yüksek ortalamaya sahip olmuşlardır. Bu bulgulardan hareketle genelde ruhsal rahatsızlık tanısı almış birisiyle tanışık olanların, ruhsal rahatsızlık tanısı almış bir kişiyle tanışıklığı olmayanlara kıyasla daha az damgalama eğilimi gösterdiklerini söylemek mümkündür. Ancak özelde ruhsal rahatsızlık tanısı almış birisiyle tanışık olanların " ruhsal rahatsızlığa sahip birisi ile iletişime geçme, evlenme" gibi sosyal yakınlık gerektiren durumlarda daha fazla damgalama eğilimine sahip oldukları söylenebilir. Bu bulgular " *ruhsal rahatsızlık tanısı almış bir kişiyle tanışıklık durumu olanlar, ruhsal rahatsızlık tanısı almış bir kişiyle tanışıklık durumu olmayanlara kıyasla korku ve kaçınma boyutunda daha düşük ortalamalara sahiptirler (H11$_a$)*" hipotezimizi doğrulamamaktadır. Ancak bu bulgular Al- Adawi ve arkadaşlarının (2002, s.313) hem genel halka hem de sağlık görevlilerine yaptıkları araştırmada elde ettikleri bulgularla benzerlik göstermektedir.

Ruhsal rahatsızlık tanısı alan bireylerle karşılaşan katılımcıların damgalama genelinde düşük ortalamalara sahip olurken özellikle *korku ve kaçınma boyutunda* yüksek ortalamalara sahip olmaları dikkat çekicidir. Ruhsal rahatsızlık tanısı almış bir kişiyle karşılaşmış ya da tanışmış olan bireyler, rahatsızlıklara yakalanan kişileri " ahlaki olarak zayıf, dinî bağlılığı zayıf ya da büyü yapılmış, cin tasallutuna uğramış" gibi dinî/ ahlaki nedenlerle damgalamamakta ancak sosyal yakınlık ve iletişim kurma gerektiren tutumlar konusunda korku ve kaçınma davranışı sergilemektedirler. Bu bulgular rahatsızlıkların kalıtımsal olmasından korkulmasından dolayı evlilikten kaçınılması, özellikle şizofreni gibi diğer rahatsızlıklara orana daha fazla damgalanan bir rahatsızlığın anket formunda verilmesi ya da rahatsızlık tanısı almış bireylerin tehlikeli olduklarına dair inancın bir yansıması olarak yorumlanabilir. Ayrıca katılımcıların karşılaştıkları rahatsızlık türü ve tanı almış kişiyi ne kadar yakından tecrübe ettikleri, tecrübelerinin içeriği gibi faktörlerde damgalama düzeylerinde etkili olmaktadır. Nitekim şizofreni gibi rahatsızlıklar araştırmalarda diğer rahatsızlık türlerine göre daha tehlikeli bulunmuş, daha fazla sosyal mesafe isteği özdeşleşmiş ve daha fazla damgalanmıştır (Çam ve Bilge, 2007, s. 219; Angermeyer ve Matschinger, 2003, s. 308; Crisp ve diğerleri, 2000, s. 6).

4. 2. Bilgi Düzeyi ve Damgalama

Ruhsal rahatsızlıklara dair bilgi sahibi olmanın damgalamayı etkilediğine dair araştırmalar mevcuttur. Bu değişkenler ilgili yapılan araştırmalar da bilgi düzeyinin artması ile damgalama eğiliminin azaldığı bulgulanmıştır (Corrigan ve diğerleri, 2002, s. 305; Akt. Taşkın, 2007c, s. 93; Oban, 2010, s. 70-71; Kara, 2015, s.75). Ancak doğru ve yeterli bilgi sahibi olmalarına rağmen kişilerin rahatsızlıkları damgalama eğilimlerinin değişmediğini bulan çalışmalar da mevcuttur (Arkar ve Eker, 1992, s. 154; Crisp ve diğerleri, 2000, s. 6; Aker ve diğerleri, 2002, s. 13; Erbaydar ve Çilingiroğlu, 2010, s.122).

Demografik özelliklerden sonra katılımcıların ruhsal rahatsızlıklara dair bilgi düzeylerini değerlendirmeleri istenmiştir. Böylece bilgi sahibi olma durumu ile damgalama ilişkisi öğrenilmek istenmiştir. Katılımcılardan dokuzu tüm anket sorularına cevap verirken bilgi düzeyine dair forma cevap vermemişlerdir. Bu bakımdan toplam sayı 361 olarak alınmıştır. Çalışmada katılımcıların verdikleri cevaplar ile dindarlık ve damgalama düzeyleri arasındaki ilişkinin tespit edilmesi için Pearson korelasyon değerlerine bakılmıştır.

Tablo 19: Bilgi Düzeyi ve Damgalama Arasındaki İlişkiler (Pearson Korelasyon Analizi)

	Değerler	Damgalama (Genel)	Korku ve Kaçınma Boyutu	Ahlaki/ Dinsel Nedenler Boyutu	RRHBD
Damgalama (Genel)	R	1	,590**	,939**	-,364**
	P		,000	,000	,000
	N	370	370	370	361
Korku ve Kaçınma Boyutu	R	,590**	1	,276**	-,282**
	P	,000		,000	,000
	N	370	370	370	361
Ahlaki/ Dinsel Nedenler Boyutu	R	,939**	,276**	1	-,314**
	P	,000	,000		,000
	N	370	370	370	361
Ruhsal Rahatsızlıklar Hakkında Bilgi Düzeyi (RRHBD)	R	-,364**	-,282**	-,314**	1
	P	,000	,000	,000	
	N	361	361	361	361

Ruhsal rahatsızlıklar hakkında bilgi düzeyi ve damgalama ilişkisine bakıldığında *damgalama (genel)* (r= -,364; p=,000), *korku ve kaçınma boyutu* (r=-,282; p=,000), *ahlaki/dinsel nedenler boyutu* (r=-,314; p= ,000) ile ruhsal rahatsızlıklar hakkında bilgi

düzeyi arasında istatiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü bir ilişkinin olduğu tespit edilmiştir. Böylece ruhsal rahatsızlıklar hakkında bilgi düzeyi arttıkça damgalamanın azaldığı söylenebilir. Elde edilen bu bulgular, "*damgalama ve ruhsal rahatsızlıklar hakkında bilgi sahibi olma düzeyleri arasında negatif ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır (H2)"* şeklindeki hipotezimizi doğrulamaktadır. Ayrıca bulunan bu sonuçlar bilgi düzeyi arttıkça damgalamanın azaldığını bulgulayan araştırmalarla da benzerlik taşımaktadır (Corrigan ve diğerleri, 2002, s. 305; Kara, 2015, s.75). Bilgi düzeyinin artması ile damgalamanın azalmasında ki sebep bilgi düzeyinin artmasına bağlı olarak rahatsızlıkların nedenlerine, tedavilerine ve semptomlarına dair yorumlamaların daha doğru olmasının beklenmesi olabilir. Kişiler ruhsal rahatsızlıklara sahip olan bireylerin tehlikeli olmadıklarını, hangi semptomları gösterebileceklerini bilirlerse "iletişime geçmekten korkma, evlenme" gibi sosyal davranışlarda korku ve kaçınma davranışı göstermeyebilirler. Ayrıca rahatsızlıkların nedenlerine dair bilgilerinin doğru olması da rahatsızlıkların " ahlaki zayıflık, cin tasallutu, büyü, dinî bağlılık" gibi yüklemelerle damgalanmasını azaltabilir.

5.DİNDARLIK VE DAMGALAMA ARASINDAKİ İLİŞKİLER

Bu başlık altında dindarlık ve damgalama arasındaki ilişkiyi öğrenmek amaçlanmaktadır. Bu amaçla dindarlık, damgalama ve alt boyutları arasındaki ilişkiler irdelenmiştir. "*Dindarlık ile damgalama arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?*" sorusuna cevap aranmıştır. Bu soru kapsamında *dindarlık ile damgalama arasında pozitif ve istatiksel olarak anlamlı bir ilişki olacağı (H1)* öngörülmektedir. Özellikle *dindarlık ile damgalamanın ahlaki/dinsel nedenler alt boyutu arasında anlamlı bir ilişki olması ($H1_a$)* beklenmektedir. Ancak *dindarlık ile damgalamanın korku ve kaçınma alt boyutu arasında anlamlı bir ilişki olması ($H1_b$)* beklenmemektedir.

Dindarlık (genel), alt boyutları ve *damgalama (genel)* ile alt boyutları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla Pearson korelasyon katsayılarından yararlanılmıştır.

Tablo 20: Dindarlık ve Damgalama Arasındaki İlişkiler (Pearson Korelasyon Analizi)

	Değerler	Dindarlık (Genel)	Bilgi ve İbadet Boyutu	İnanç-Etki Boyutu	Damgalama (Genel)	Korku ve Kaçınma Boyutu	Ahlaki/ Dinsel Nedenler
Dindarlık (Genel)	R	1	,885**	,939**	,435**	,054	,494**
	P		,000	,000	,000	,297	,000
	N	370	370	370	370	370	370
Bilgi- İbadet Boyutu	R	,885**	1	,642**	,400**	,036	,461**
	P	,000		,000	,000	,491	,000
	N	370	370	370	370	370	370
İnanç-Etki Boyutu	R	,939**	,642**	1	,397**	,060	,447**
	P	,000	,000		,000	,000	,000
	N	370	370	370	370	370	370
Damgalama (Genel)	R	,435**	,400**	,397**	1	,590**	,939**
	P	,000	,000	,000		,000	,000
	N	370	370	370	370	370	370
Korku ve Kaçınma Boyutu	R	,054	,036	,060	,590**	1	,276**
	P	,297	,491	,250	,000		,000
	N	370	370	370	370	370	370
Ahlaki/ Dinsel Nedenler Boyutu	R	,494**	,461**	,447**	,939**	,276***	1
	P	,000	,000	,000	,000	,000	
	N	370	370	370	370	370	370

Elde edilen değerlere göre, *dindarlık (genel)* ve iki alt boyutu, *damgalama (genel)* ve *ahlaki/dinsel nedenler boyutu* ile ilişkili gözükmektedir. Ancak *dindarlık (genel)* ve iki alt boyutunun, damgalamanın alt boyutu olan *korku ve kaçınma boyutu* ile ilişkili olmadığı bulunmuştur (p< .05). Korelasyon katsayılarına bakıldığında, *dindarlık (genel)* değişkeni ile *ahlaki/dinsel nedenler boyutu* arasındaki ilişki (r=,494; p=,000) diğer değişkenler arasındaki ilişkilere kıyasla daha güçlü bulunmuştur. *Dindarlık (genel)* ile *korku ve kaçınma boyutu* arasında anlamlı bir ilişki (r= ,054; p= ,297) tespit edilmemiştir. *Dindarlık (genel)* ve *damgalama (genel)* boyutları arasında da anlamlı bir ilişki (r=, 435; p= ,000) tespit edilmiştir. Bu bulgular, *dindarlık ve damgalama arasında pozitif ve istatiksel anlamlı bir ilişki olacağını (H1), bu ilişkinin ise ahlaki/dinsel nedenler boyutunda ortaya çıkacağını (H1$_a$)* ancak *dindarlık ile korku ve kaçınma alt boyutu arasında anlamlı bir ilişki olmayacağını (H1$_b$)* öngören araştırma hipotezlerini desteklemektedir. Alanda daha önce yapılan bir çalışma olmaması bulguların kıyaslanamamasına yol açmaktadır. Rahatsızlığa sahip bireylerle iletişime geçme, sosyal yakınlığı gerektiren durumlarda olma gibi davranışlarla dindarlık

arasında bir ilişki çıkmaması korku ve kaçınma davranışının daha çok rahatsızlık türü, bilgi düzeyi gibi değişkenlerle ilgili olmasından kaynaklanmış olabilir. *Dindarlık (genel)* ile *ahlaki/ dinsel nedenler boyutunda* çıkan ilişki ise kişilerin rahatsızlıklara karşı yaptıkları "cin tasallutu, büyü, dinî bağlılık, ahlaki zayıflık" gibi dinî/ ahlaki yüklemelerle açıklanabilir. Daha dindar bireylerin hayata bakış açılarında din üzerinden temellendirmelerinden dolayı rahatsızlıklara karşı daha dinî temelli bir yükleme ile damgalama eğiliminde bulunması normaldir.

6.DAMGALAMANIN YORDAYICISI OLARAK DİNDARLIK VE BİLGİ DÜZEYİ

Damgalama, bireysel ve toplumsal bir olay olması bakımından kültürden, dinden ve kişilerin sahip oldukları sterotiplerden etkilenmektedir. Bireylerin sahip oldukları sterotipleri de genellikle bakış açıları etkilemektedir. Bu bakımdan bireylerin dindarlık düzeyleri, ruhsal rahatsızlıklara ilişkin bakış açıları ile bağlantılı bir hale gelmektedir. Aynı şekilde ruhsal rahatsızlıklara dair sahip olunan bilgiler ya da sahip olunan bilgilerin türü de tutumlar üzerinde etkili olmaktadır. Bu yüzden bu çalışmada *dindarlık ve sahip olunan bilgi düzeyinin damgalamanın yordayıcısı olacağı (H3)* öngörülmüştür. İlgili hipotezi test etmek üzere regresyon analizi (Regression Analysis) yapılmıştır. Regresyon modeline bilgi düzeyi ve dindarlık bağımsız değişken olarak dâhil edilmiştir. Damgalamanın da bağımlı değişken olarak ele alındığı analizde elde edilen bulgular aşağıdaki tablolarda sunulmuştur.

Tablo 21: Dindarlık ve Damgalama Arasındaki İlişki (Regresyon Analizi, Enter metot)

R^2	ΔR^2	β	t	F	*p*
,189	,187	,435	9,268	85,893	,000

Bağımsız Değişken: Damgalama

Bağımlı Değişken: Dindarlık

Tablo incelendiğinde dindarlığın damgalamanın anlamlı bir yordayıcısı olduğu görülmektedir. Dindarlık damgalama tutumundaki değişimin %18'ini açıklamaktadır. Damgalama özelinde yer verilen sorulardan çoğunun korku ve kaçınma boyutuna ait olması nedeniyle dindarlığın %18'lik bir açıklama alanına sahip olması doğaldır. Beta katsayıları

dikkate alındığında dindarlık ile damgalama arasında olumlu bir ilişki olduğu görülmektedir (*β* =, 435, *t*=9,268, *p*=,000). Bu bulguya göre dindarlık arttıkça damgalamanın da arttığı söylenebilir. Elde edilen bulgular, "*dindarlık damgalamanın bir yordayıcısı olacaktır (H3)"* şeklindeki hipotezi doğrulamaktadır.

Tablo 22: Bilgi Düzeyi ve Damgalama Arasındaki İlişki (Regresyon Analizi, Enter metot)

R^2	ΔR^2	*β*	t	F	*p*
,133	,130	-, 364	-7,415	54,889	,000

Bağımsız Değişken: Damgalama

Bağımlı Değişken: Bilgi Düzeyi

Bilgi düzeyinin damgalama üzerindeki etkisini incelemek için yapılan regresyon sonuçları Tablo-22'de verilmiştir. Bilgi düzeyi, damgalama için anlamlı bir yordayıcıdır ve bilgi düzeyi damgalamadaki değişimin %13'ünü açıklamaktadır. Beta katsayıları dikkate alındığında ise bilgi düzeyi ile damgalama arasında olumsuz bir ilişki olduğu görülmektedir (*β* = -,364, *t*= -7,415, *p*=,000). Bu bulguya göre, bireylerin ruhsal rahatsızlıklara dair bilgi düzeyleri arttıkça damgalama düzeylerinin azaldığı söylenebilir. Elde edilen bulgular "*sahip olunan bilgi düzeyi damgalamanın yordayıcısı olacaktır (H3)"* şeklindeki hipotezi desteklemektedir.

Ruhsal rahatsızlıkları damgalama eğiliminin %31'i dindarlık ve bilgi düzeyi beraber ele alındığında açıklanmaktadır. Geri kalan yüzdelik dilimi ise demografik değişkenler, rahatsızlık türü, rahatsızlıklarla temasın sıklığı ya da ölçüsünün etkileyeceğini önceki araştırma bulgularına bakarak söylemek mümkündür. Bu bakımdan daha kapsamlı araştırmalara ihtiyaç vardır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Dindarlık ve ruhsal rahatsızlıklarla ilgili damgalama davranışını inceleyen bu araştırmada, bireylerin dinî tutum ve davranışlarının ruhsal rahatsızlıkları damgalama eğilimleri üzerindeki etkisi incelenmiştir. Ayrıca cinsiyet, yaş, ruhsal rahatsızlık tanısı alma ya da almış birisi ile tanışıklık durumu, bilgi düzeyi, okunulan bölüm gibi nitelikler ile dindarlık ve damgalama eğilimi arasındaki ilişkiler irdelenmiştir. Dindarlık ve damgalama ilişkisi, bu araştırmada, Marmara ve Uludağ Üniversitelerinde İlahiyat, Psikoloji ve PDR bölümlerinde okuyan 370 kişilik bir öğrenci grubu üzerinde, anket tekniği kullanılarak elde edilen bulgular üzerinden incelenmiştir. Araştırmada temel olarak, dindarlık ve damgalama düzeyleri arasında ilişki var mıdır ve varsa bu ilişki nasıldır? Üniversite öğrencilerinin dindarlık ve damgalama düzeyleri nasıldır? Cinsiyet, yaş, okunulan bölüm, bilgi düzeyi, ruhsal rahatsızlık tanısı alma ya da tanışıklık durumu ile dindarlık ve damgalama arasında ilişki var mıdır ve nasıl bir ilişki vardır? soruları cevaplandırılmıştır. Araştırmada en başta, katılımcılarının genelinin dindarlık, damgalama ve ruhsal rahatsızlıklar hakkındaki bilgi düzeyleri tespit edilmiştir. Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri ile dindarlıkları ve damgalama eğilimleri arasındaki ilişki ve farklar ele alınmış; ruhsal rahatsızlık tanısı alma, tanışıklık durumu ve bilgi düzeyi ile damgalama eğilimleri arasındaki ilişkiler de incelenmiştir. Daha sonra dindarlık- damgalama eğilimi, bilgi düzeyi-damgalama ilişkisi de ele alınmış ve sonuçlar aynı sıra takip edilerek aşağıda sunulmuştur.

Araştırma bulgularına göre, katılımcılar yüksek bir dindarlık düzeyine sahiptirler. Özellikle de katılımcıların dindarlığında inanç-etki boyutu, yani dinî inanç ve esasları benimseme belirleyici unsurdur. Bulgulardan hareketle katılımcıların oruç tutma, namaz kılma gibi dinî ritüelleri yerine getirme eğilimleri ve dinî bilgi düzeylerinin dinin inanç ve etki boyutu kadar yüksek olmadığı anlaşılmaktadır. Ayrıca katılımcılar ortalamanın üzerinde damgalama eğilimine sahiptirler. Özellikle de ruhsal rahatsızlığı olan birisi ile iletişime geçme, tanı almış birisiyle evlenme gibi sosyal yakınlık gerektiren durumları kapsayan korku ve kaçınma alt boyutunda yüksek ortalamalara sahip olmuşlardır. Buradan hareketle katılımcıların ruhsal rahatsızlıklara karşı korku ve kaçınma davranışı sergilediklerini söylemek mümkündür. Yine bulgulardan hareketle katılımcıların ruhsal rahatsızlıkları cin tasallutu, büyü gibi nedenlere bağlama eğilimlerinin normale yakın olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Sosyal ve ekonomik değişimler, çevresel faktörler ya da kültür gibi etkenlerin yanında cinsiyet, yaş, üniversitede okudukları bölüm gibi demografik değişkenler de bireylerin zihniyet ve kişilik özelliklerini etkilemektedir. Bu nitelikler, kişilerin dinî tutum ve davranışlarında aynı zamanda da damgalama eğilimlerinde belirleyici bir rol oynayabilir. Daha önce yapılan çalışmalar bu kanıyı doğrulamaktadır. Sosyo- demografik değişkenler, dindarlık ve damgalama ilişkilerinin ele alındığı çalışmamızda da cinsiyet, yaş, okunulan bölüm gibi demografik değişkenlerin kişilerin dinî tutum ve davranışları ile damgalama eğilimlerinde değişikliklere yol açtığı tespit edilmiştir.

Araştırma bulgularına bakıldığında, kadınların genel dindarlık ortalamalarının erkeklere kıyasla daha yüksek olduğu ve kadınlarla erkekler arasındaki farkın istatistikî olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Bilgi-ibadet boyutunda kadınlar lehine anlamlı bir fark görülürken, inanç-etki boyutunda ise, gruplar arasında anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir. Bulgulardan hareketle, genelde kadınların dindarlık eğilimlerinin erkeklerden yüksek olduğu; özelde ise dinî bir gereklilik olarak muhtaçlara yardımlaşma, dürüstlük, komşularla iyi geçinmeye kadınların daha eğilimli olduğu görülmüştür. Dolayısıyla *kadınlar erkeklere kıyasla daha yüksek dindarlık ortalamalarına sahiplerdir ($H4_a$)* hipotezinin desteklendiği anlaşılmıştır. İnanç- etki boyutunda farklılığın olmaması ise, araştırmanın inanmayı ön koşul olarak öne süren bir dine mensup Müslüman örnekleme yapıldığı düşünülerek kadın ve erkeklerin, dinin temel inanç ve esasları çerçevesinde, ortak dinî inançları benimseme eğiliminde olduklarını göstermiştir.

Damgalama eğilimi genelinde erkeklerle kadınlar arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir. "Ruhsal rahatsızlığa sahip birisiyle iletişime geçme, evlenme, aynı ortamda vakit geçirme" gibi hususları içeren ruhsal rahatsızlıklara dair damgalamada erkekler ile kadınlar arasında herhangi anlamlı bir farklılık tespit edilememiştir. Ancak "ruhsal rahatsızlıkların cin tasallutundan kaynaklanması, günahların bedeli olarak görülmesi, ahlaki zayıflıktan kaynaklandığına" inanılmasında erkekler lehine anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. Buna göre erkekler, kadınlara kıyasla ruhsal rahatsızlıkları ahlaki/dinsel nedenlere atıf yaparak damgalamaya daha fazla eğilimlidirler. Bulgular, *cinsiyet ile damgalama arasında anlamlı ilişki vardır (H7)* hipotezi kısmen desteklenmiştir.

Dindarlık ve yaş ilişkisi incelendiğinde ise dindarlık genelinde yaş ile dindarlık arasında negatif yönde anlamlı bir ilişkinin olduğu tespit edilmiştir. Bu bulgu, *yaş ile dindarlık arasında anlamlı bir ilişki vardır (H5)* hipotezini büyük oranda doğrulamıştır. Ancak inanç-etki boyutu ile yaş arasında bir ilişki tespit edilememiştir. Örneklemin üniversite okuyan öğrencilerden oluştuğu göz önüne alınırsa son sınıflara doğru ortaya çıkan gelecek kaygısı, mezun olma gibi nedenlerin dinî tutum ve davranışlara olumsuz yansımasından dolayı artan yaşla beraber dindarlığın azaldığı, değişimin inanç boyutundan daha çok ibadet boyutunda olmasının nedenini de bu olduğu söylenebilir.

Yaş ile damgalama toplamı arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bu bulgu, *yaş ile damgalama arasında anlamlı bir ilişki yoktur (H8)* hipotezini desteklememektedir. Bulgudan hareketle yaş ilerledikçe damgalama eğiliminin azaldığını söylemek mümkündür. Özellikle yaş ile damgalama arasındaki bu negatif yönlü ilişki ahlaki/dinsel nedenler alt boyutunda daha güçlüdür. Bu yüzden ruhsal rahatsızlıkları kişisel zayıflığa bağlama, büyü ve nazarı rahatsızlıkların sebebi olarak görme gibi inançlar yaş ilerledikçe azalmaktadır denebilir. Örneklemin üniversite öğrencilerinden oluştuğu göz önüne alındığında üst sınıftaki öğrencilerin yaşları daha ilerde olacaktır. Böylece rahatsızlıklara dair bilgi düzeylerinin de artması beklenmektedir. Bu çerçeveden bakıldığında da daha ileriki yaşlarda, yani sınıflardaki katılımcıların damgalama eğilimlerinin düşük olmasının normal olduğu söylenebilir.

Araştırmada, okunulan bölüm- dindarlık ilişkisi açısından daha önceki çalışmalarla benzer bulgular elde edilmiştir. İlahiyat Fakültesi'nde okuyan katılımcılar Psikoloji ve PDR bölümlerinde okuyan öğrencilere göre dindarlık genelinde daha yüksek ortalamalara sahip olmuşlardır. İlahiyat öğrencilerinin din eğitimi veren bir yükseköğretim programında okumaları dinî tutum ve davranışları yerine getirmeye daha eğilimli olmalarına neden olmuş olabilir. Bu bulgu, *İlahiyat öğrencileri, Psikoloji ve PDR öğrencilerine kıyasla daha yüksek dindarlık ortalamalarına sahiptirler ($H6_a$)* hipotezini doğrulamaktadır.

Okunulan bölüm ve damgalama ilişkisine bakıldığında ise gruplar arasında anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir. Katılımcılar Psikoloji/PDR ve İlahiyat öğrencileri olarak; İlahiyat öğrencileri ise Din Psikolojisi ve alakalı dersleri (sosyal psikoloji, manevi danışmanlık vb.) alanlar ile almayanlar olarak gruplandırılmıştır. İlahiyat Fakültesi'nde okuyan ve DP dersi ya

da alakalı derslerden herhangi birisini almayan katılımcıların damgalama ortalamaları diğer gruplardan daha yüksek çıkmıştır. Bu bulguya göre İlahiyat fakültesinde okuyan ve DP ile alakalı herhangi bir ders almayan katılımcıların diğer gruplara kıyasla damgalama eğilimlerinin daha yüksek olduğu görülmektedir. Gruplar arasında damgalama eğilimi en az olanlar ise Psikoloji ve PDR öğrencileridir. İlahiyatta okuyan ve DP ile alakalı dersleri almayan katılımcıların rahatsızlıklarla tanışıklık durumlarının, ruhsal rahatsızlıklara dair bilgi düzeylerinin daha düşük olduğu bu yüzden de daha fazla damgalama eğilimine sahip oldukları söylenebilir. Psikoloji ve PDR bölümlerinde okuyan katılımcıların ise rahatsızlıklarla tanışıklık durumlarının ve ruhsal rahatsızlıklara dair bilgi düzeylerinin, daha yüksek olması damgalama eğilimlerine de yansımıştır. Ayrıca bu bulgular, *İlahiyat öğrencileri arasından DP ve alakalı dersleri almayanların damgalama ortalamaları, bu dersleri alanlara kıyasla daha yüksek olacaktır ($H9_a$)* ve *Psikoloji ve PDR öğrencilerinin ortalamaları diğer iki gruptan daha düşük olacaktır ($H9_b$)* hipotezlerini desteklemektedir.

Ruhsal rahatsızlıkların damgalamasını etkileyen diğer bir faktör olan tanı alma durumuna bakıldığında ise önceki araştırmalarla paralel bulgular elde edilmiştir. Ruhsal rahatsızlık tanısı almış katılımcılar, tanı almamış katılımcılara göre damgalama genel boyutunda daha düşük ortalamalara sahip olmuşlardır. Ancak özellikle korku ve kaçınma alt boyutunda gruplar arasında dikkat çeken bir farklılık görülmektedir. Ruhsal rahatsızlık tanısı almış katılımcılar, almamış katılımcılara göre rahatsızlığı bulunan bireylerle evlenme, iletişime geçme, sosyal ortamları paylaşma konusunda daha az korku ve kaçınma kaçınma davranışı göstermektedirler. Dolayısıyla *ruhsal rahatsızlık tanısı almış kişiler, ruhsal rahatsızlık tanısı almamış kişilere kıyasla korku ve kaçınma boyutunda daha düşük ortalamalara sahiptirler ($H10_a$)* hipotezi desteklenmiştir. Tanı almış kişilerin daha az korku ve kaçınma davranışı göstermelerinin nedeni, bu süreçte yaşadıkları bireysel tecrübelerin rahatsızlıklara dair sterotiplerini etkilemesidir. Böylece kişisel tecrübeleri doğrultusunda rahatsızlıklara dair sahip oldukları yanlış inançlarda değişmeler olmuş ya da karşılaştıkları tutumlardan etkilenmiş olabilirler. Bu durum, tanı almış bireylerin rahatsızlıkları damgalama eğilimlerine de yansıdığını söylemek mümkündür.

Araştırmada, ruhsal rahatsızlık tanısı almış bir kişiyle tanışıklık durumu olanlar, olmayanlara kıyasla damgalama genelinde daha düşük ortalamalara sahip olmuşlardır. Ancak

korku ve kaçınma alt boyutunda ruhsal rahatsızlıklarla tanışıklık durumu olan katılımcılar, olmayanlara kıyasla daha yüksek ortalamalara sahip olmuşlardır. Ruhsal rahatsızlık tanısı almış birisiyle tanışıklık durumu olanlar rahatsızlıkları cin tasallutu, kişisel zayıflık gibi nedenlerle daha az damgalama eğilimine sahiplerdir ancak sosyal ilişki gerektiren evlenme ya da rahatsızlığa sahip birisiyle iletişime geçme gibi durumlarda korku ve kaçınma davranışı göstermektedirler. Ruhsal rahatsızlıklarla tanışıklık durumu damgalamayı azaltabileceği gibi tam tersi bir etkiye de sebep olabilir. Çünkü rahatsızlığın türü, karşılaşılan kişinin yakınlığı, tecrübenin içeriği gibi unsurlar da damgalama eğiliminde önem arz etmektedir. Elde edilen bulgularda bu kapsamda düşünüldüğünde kişilerin tecrübelerinin içeriğinden dolayı korku ve kaçınma davranışı sergilediklerini söylemek mümkündür. Ayrıca elde edilen bu bulgu, *ruhsal rahatsızlık tanısı almış bir kişiyle tanışıklık durumu olanlar, ruhsal rahatsızlık tanısı almış bir kişiyle tanışıklık durumu olmayanlara kıyasla korku ve kaçınma boyutunda daha düşük ortalamalara sahiptirler (H11$_a$)* hipotezini desteklememektedir.

Araştırmada, demografik değişkenler, ruhsal rahatsızlık tanısı alma, tanışıklık durumu ile dindarlık ve damgalama eğilimi arasındaki ilişkiler incelendikten sonra, dindarlık - damgalama arasındaki ilişki ele alınmış, dindarlık ve bilgi düzeyinin damgalama eğilimindeki rolü tespit edilmiştir.

Kişilerin hayat görüşünü temellendiren bir unsur olan “din” ; yaşamın içerisinde karşılaşılan zorluklarda, hastalıklarda açıklayıcı bir fonksiyon yüklenmektedir. Bu kapsamda düşünüldüğünde ruhsal rahatsızlıklara dair nedenlerde dinî nüanslara sahip olabilmektedir. “Bireylerin hayatında dinin bir tezahürü olarak yansıyan dindarlığın ruhsal rahatsızlıkları damgalamadaki etkisi nedir?” sorusunun araştırıldığı bu çalışmada dindarlık ve damgalama arasındaki ilişki ele alınarak cevap aranmıştır.

Yapılan analiz sonuçlarına göre, dindarlık (inanç-etki ve bilgi-ibadet boyutları) ile damgalama arasında olumlu bir ilişki bulunmuştur. Ancak damgalamanın korku ve kaçınma alt boyutu ile dindarlık arasında anlamlı bir ilişki yoktur. Bulunan ilişki damgalamanın alt boyutu olan ahlaki/dinsel nedenler boyutunda göz çarpmaktadır. Rahatsızlığa sahip bireylerle iletişime geçme, evlenme gibi sosyal yakınlık gerektiren durumlar ile dindarlık arasında anlamlı bir ilişki çıkmaması normaldir. Çünkü, bu durumlar daha çok rahatsızlığın türü, gösterilen semptomlar ya da bilgi düzeyi ile ilgilidir. Ancak rahatsızlıkları cin tasallutuna,

büyüye, ahlaki zayıflığa bağlama gibi durumlar doğrudan dindarlık ile ilgilidir. Daha dindar bireyler hayatlarını din üzerine temellendirdikleri için yaptıkları yüklemelerde de dinî inanışlarının izlerini görmek mümkündür. Böylece dindar bireylerin dinî temelli bir yükleme yaparak rahatsızlıklara yaklaştıkları söylenebilir. Bu bulgular, *dindarlık ve damgalama arasında pozitif ve istatiksel anlamlı bir ilişki olacağını (H1)*, *bu ilişkinin ise ahlaki/dinsel nedenler boyutunda ortaya çıkacağını (H1$_a$)* ancak *dindarlık ile korku ve kaçınma alt boyutu arasında anlamlı bir ilişki olmayacağına dair (H1$_b$)* hipotezleri desteklemektedir. Ayrıca dindarlık damgalamanın anlamlı bir yordayıcısıdır. Dindarlık damgalamadaki tutum değişikliğinin % 18'ini açıklamaktadır böylece *dindarlık damgalamanın bir yordayıcısı olacaktır (H3)* hipotezi de desteklenmiştir.

Ruhsal rahatsızlık tanısı alma, tanışıklık durumu ve okunulan bölüm ile damgalama ilişkisinin incelenmesi sonucunda bireylerin tecrübelerinin yanında ruhsal rahatsızlıklara dair bilgi düzeylerinin de damgalama eğilimini etkilediği görülmüştü. Bu bulgulardan da yola çıkarak bilgi düzeyinin damgalama eğilimi ile nasıl bir ilişkisi olduğu incelenmiştir.

Araştırmada edilen bulgular, ruhsal rahatsızlıklar hakkında bilgi düzeyinin artması ile damgalama eğiliminde bir azalma olduğunu göstermektedir. Ruhsal rahatsızlıklara dair bilgi düzeyi arttıkça rahatsızlıkların nedenlerine, semptomlarına, sağaltım yöntemlerine dair daha doğru bilgiler edinilmektedir. Böylece rahatsızlıklardan dolayı kişiler suçlanmamakta, rahatsızlıkların iyileşemeyeceğine dair inançlar düzelmektedir. Rahatsızlıkların nedenlerine dair bilgiler de rahatsızlıkların cin tasallutu, büyü, nazar, ahlaki zayıflık gibi nedenlerden kaynaklanmadığını göstererek dinî nüanslarla yapılan damgalamayı azaltabilir. Ayrıca semptomlara dair doğru bilgiler rahatsızlıklara sahip kişilerin tehlikeli oldukları inancını ortadan kaldırarak sosyal iletişimi etkileyebilir. Bu durumda kişiler rahatsızlıklara karşı sosyal mesafe isteklerini azaltarak daha az korku ve kaçınma davranışı gösterirler. Elde edilen bulgu, *damgalama ve ruhsal rahatsızlıklar hakkında bilgi sahibi olma düzeyleri arasında negatif ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır (H2)* hipotezini desteklemektedir. Ayrıca bilgi düzeyi damgalamanın anlamlı bir yordayıcısıdır ve damgalama davranışının %13'ünü açıklamaktadır. Bu bulgular, *sahip olunan bilgi düzeyi damgalamanın yordayıcısı olacaktır (H3)* hipotezinin desteklendiğini göstermektedir.

Sonuç olarak araştırmada elde edilen bulgulara göre, dindarlık ve ruhsal rahatsızlıklara dair bilgi düzeyi damgalama eğilimleri üzerinde etkilidir. Bilgi düzeyi arttıkça damgalama eğiliminde azalma olmaktadır. Üniversite öğrencilerinin ruhsal rahatsızlıklarla ilgili aldıkları dersler de damgalama düzeylerini etkilemektedir bu bakımdan İlahiyat Fakültesi'nde verilen Din Psikolojisi ile alakalı dersler (sosyal psikoloji, manevi danışmanlık vb.) damgalama eğilimlerinin azalması bakımından önemlidir. Erkek katılımcılar, literatürde yer alan genel bulguların aksine kadınlara kıyasla ruhsal rahatsızlıklarla ilgili daha dinî temelli bir damgalama yapmışlardır. Aynı şekilde literatürde yer alan genel bulguların aksine ruhsal rahatsızlıklarla tanışıklık durumu damgalama eğilimini azaltmamakta aksine korku ve kaçınma davranışını tetiklemektedir.

Dindarlık ve damgalama konusunda, Türkiye'de yapılan ilk araştırmalardan birisi olan bu çalışma, bazı sınırlılıkları da içerisinde barındırmaktadır. Dolayısıyla bu konuda, ileride yapılacak araştırmalar için şu önerilerde bulunmak mümkündür:

- Araştırma grubuna sadece Marmara ve Uludağ Üniversitesi öğrencileri katılmıştır bu bakımdan Psikoloji ve PDR öğrencileri ile İlahiyat öğrencilerinin örneklem olarak sayısı eşit tutulamamıştır. Ayrıca katılımcıların sayıları da cinsiyetlere göre eşit dağılım göstermemektedir. Bu bakımdan daha geniş ve eşit sayıda katılımcıların olduğu araştırmalara ihtiyaç vardır.
- Literatürdeki yaygın bulguların aksine, erkek katılımcılar ahlaki/dinsel nedenler boyutunda kadınlara kıyasla daha yüksek ortalamalara sahip olmuşladır. Bu bulguyu açıklayacak çalışmalara ihtiyaç vardır.
- Yine literatürde yer alan yaygın bulguların aksine ruhsal rahatsızlık tanısı almış birisiyle karşılaşmış olanların, ruhsal rahatsızlık tanısı almış birisiyle karşılaşmamış olanlara kıyasla korku ve kaçınma boyutunda daha yüksek ortalamalara sahip olmaları da açıklığa kavuşturulması gereken bir konudur.
- Damgalamanın yordayıcıları olarak ele aldığımız ruhsal rahatsızlıklar hakkında sahip olunan bilgi düzeyi ve dindarlık, damgalama davranışının sadece %31'ini açıklamaktadır. Bu bakımdan diğer yordayıcıların ne olduğuna ve etkilerine dair geniş ölçekli araştırmaların yapılması gerekmektedir.
- Ruhsal rahatsızlıklara dair bilgi düzeyinin 1 ile 10 arasında değişen bir ölçümle değerlendirildiği ve katılımcıların bilgi düzeyi ortalamasının M=5,1 olduğu göz önüne alınırsa yapılan araştırma ruhsal rahatsızlıklara dair ortalama bilgiye sahip katılımcılarla gerçekleştirilmiştir. Bilgi düzeyi daha yüksek veya daha düşük katılımcılar arasında damgalama eğiliminin nasıl bir farklılığa sebep olacağı bir başka araştırmanın konusu olabilir. Ya da bilgi düzeyi ortalamanın

altında ve üstünde olan iki örneklem grubu ile karşılaştırılmalı deneysel desenli bir araştırma yapılabilir.

- Araştırma işlevsel olması bakımından anket formatında yapılmıştır. Daha açıklayıcı araştırma sonuçları için mülakat yöntemiyle yapılacak çalışmalara ihtiyaç vardır.
- Dindarlığın damgalama üzerinde etkisine dair daha önce yapılan bir çalışma olmaması nedeniyle kuramsal bir çerçeve çizilmemiştir. Çalışma boyunca ele alınabilecek tüm kuramsal yapılar verilmiştir. Bu bakımdan damgalama davranışına dair yapılacak teorik çalışmalara da ihtiyaç vardır.

KAYNAKÇA

Ahmedani, B. K. (2011). Mental Health Stigma: Society, Individuals and The Profession. *Journal of Social Work Values Ethics.* 8.2, 4-16.

Akdoğan, A. (2004). *Sosyal Değişme ve Din*. İstanbul: Rağbet Yayınları.

Akdoğan, A. (2002). *Geleneksel Toplumdan Modern Topluma Geçişte Dinî Hayat*. İstanbul: Rağbet Yayınları.

Aker, T. , E. Özmen, K. Ögel, A. Sağduyu, Ş. Uğuz, D. Tamar, C. Boratav, O. Liman. (2002). Birinci Basamak Hekimlerin Şizofreniye Bakış Açısı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 3.1, 5-13.

Al- Adawi, S. , A. S. Dorvlo, S. S. Al- Ismaily, D. A. Al- Ghafry, B. Z. Al- Noobi, A. Al-Salmi, D. T. Burke, M. K. Shah, H. Ghassany, S. P. Chand. (2002). Perception of and Attitude Towards Mental Illness in Oman. *The International Journal of Social Psychiatry*. 48.4, 305- 317.

Altunışık, R. , R. Coşkun, S. Bayraktaroğlu, E. Yıldırım. (2005). *Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri SPSS Uygulamalı*. Adapazarı: Sakarya Kitapevi.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statical Manual of Mental Dısorders: DSM-5 (Fifth Edition)*. Arlington, V. A: American Psychiatric Publishing.

Amri, S. , F. Bemak. (2013). Mental Health Help-Seeking Behaviours of Muslim Immigrants in The United States: Overcoming Social Stigma and Cultural Mistrust. J*ournal of Muslim Mental Health*, 7.1, 43-63.

Angermeyer, M. C. , L. Buyantugs, D. V. Kenzine, H. Matschinger. (2004). Effects of Labelling on Public Attitudes Towards People With Schizophrnia: Are There Cultural Diffirences. *Acta Psychiatrica Scandınavıca*. 109, 420-425.

Angermeyer, M. C. , S. Dietrich. (2006). Public Beliefs About and Attitudes Towards People With Mental Illness: A Review of Population Studies. *Acta Psychiatrica Scandınavıc*. 113, 163-179.

Angermeyer, M. C. , H. Matschinger. (2003). The Stigma of Mental Illness: Effects of Labelling on Public Attitudes Towards People With Mental Disorder. *Acta Psychiatr Scand*. 108.4, 304-309.

Angermeyer, M. C. , H. Matschinger. (1999). Lay Beliefs About Mental Disorders: A Comparison Between Western and Eastern Parts of Germany. *Social Psychiatry and Psychiatric*. 34, 275-281.

Argyle, M. , B. Beit-Hallahmi. (1975). *The Social Psychology of Religion*. London: Routledge & Kegan Paul.

Arikan, K. , Ö. Uysal, M. Şenocak, A. Dirican, Ö. Oran, İ. Erdem. (2000). The Influence of Information on Socail and Occupational Outcome in Mental Illness on the Attitudes of Student in Turkey. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Science*. 37.4, 320-325.

Arikan, K. , Ö. Uysal. (1999). Emotional Reactions to the Mentally Ill Are Positively Influenced By Personal Acquaintance. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Science*, 36.2, 100-104.

Arkar, H. , D. Eker. (1992). Influence of Having a Hospitalized Mentally Ill Member in The Family on Attitudes Toward Mental Patients in Turkey. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 27, 151-155.

Arkar, H. , D. Eker. (1997). Influence of a 3-week Psychiatric Training Programme on Attitudes Toward Mental Illness in Medical Students. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 32.3, 171-176.

Aronson, E. , T. O. Wilson, R. M. Akert. (2012). *Sosyal Psikoloji*. O. Gündüz (çev.), İstanbul: Kaknüs Yayınları.

Artvinli, F. (2013). *Delilik, Siyaset ve Toplum: Toptaşı Bimarhanesi (1873-1927)*. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınevi.

Atmaca, V. (2010). Eski Medeniyetlerde Günah- Hastalık İlişkisi Veya Tanrının Gazabı Meselesi, *Atatürk Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*. 34, 99-121.

Avcil, C. (2014). Psikiyatrik Hasta Yakınlarında Damgalama ve İlişkili Faktörler. *Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. Üsküdar Üniversitesi SBE.

Avcil, C. , H. Bulut, G. H. Sayar. (2016). Psikiyatrik Hastalıklar ve Damgalama, *Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*. 2.2, 175-202.

Aydemir, R. E. (2008). Dindarlık ve Mutluluk İlişkisi (İlk Yetişkinlik Dönemi). *Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. Ondokuzmayıs Üniversitesi SBE.

Ayten, A. (2004). Kendini Gerçekleştirme ve Dindarlık İlişkisi. *Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul: Marmara Üniversitesi SBE.

Ayten, A. (2009) . Prososyal Davranışlarda Dindarlık ve Empatinin Rolü. *Yayımlanmamış Doktora Tezi*. İstanbul: Marmara Üniversitesi SBE.

Ayten, A. (2012). *Tanrı'ya Sığınmak : Dini Başa Çıkma Üzerine Psiko-sosyal Bir Araştırma.* İstanbul: İz Yayıncılık.

Ayten, A. (2015) a. Dindarlık Ruhsal ve Fiziksel Sağlığı Etkiler Mi?. A. Ayten (Ed.). *Din, Erdem ve Sağlık* içinde. İstanbul: Çamlıca Yayınları, 19-75.

Ayten, A. (2015) b. Dinî Bağlılık ve Dinî Kimliğin Ruh Sağlığına Katkısı Nedir?. A. Ayten (Ed.). *Din, Erdem ve Sağlık* içinde, İstanbul: Çamlıca Yayınları, 93-121.

Ayten, A. ve A. , Köse. (2012). *Din Psikolojisi*. İstanbul: Timaş Yayınları.

Ayten, A. ve R. Yıldız. (2016). Dindarlık, Hayat Memnuniyeti İlişkisinde Dinî Başa Çıkmanın Rolü Nedir? Emekliler Üzerine Bir Araştırma. *Din Bilimleri Akademik Araştırma Dergisi,* 16.1, 281-308.

Babaoğlu, A. (2002). *Psikiyatri Tarihi*. İstanbul : Okyanus Us Yayınları.

Bağ, B. , S. Yılmaz, İ. Kırpınar. (2006). Factors Influencing Social Distance From People with Schzophrenia. *International Journal of Clinical Practice*. 60.3, 289-294.

Bağ. B. (2003). Sağlık Personelinin Ruhsal Sorunları Olan Bireylere Yönelik Tutumlarının Araştırılması. *Yayımlanmamış Doktora Tezi.* Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı.

Baynal, F. (2015). Yetişkinlerde Dindarlık ve Ruh Sağlığı İlişkisinin Çeşitli Değişkenlere Göre İncelenmesi. *İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi*. 4.1, 206-231.

Beyazyüz, M. , E. Beyazyüz, Y. Albayrak, S. Baykal, E. Göka (2015). Bir Eğitim Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniğine Başvuran Hastalarda İçselleştirilmiş Damgalanma Düzeylerinin Bazı Tanı Grupları, Sosyodemografik Özellikler ve Benlik Saygısı ile İlişkisi, *Yeni Symposium*. 53.2, 2-13.

Bhugra, D. (1996). Religion and Mental Health, D. Bhugra (Ed.). *Psychiatry and Religion: Context, Consensus and Controversies* içinde. London: Routledge and Kegan Paul. 1-4.

Bilge, A. (2006). Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması, *Yayınlanmamış Doktora Tezi*. İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Bilgin, N. (2003). *Sosyal Psikoloji Sözlüğü: Kavramlar, Yaklaşımlar.* İstanbul: Bağlam Yayıncılık.

Birdoğan, S. Y. , O. E. Berksun. (2002). Tıp Fakültesi 1. ve 6. Sınıf Öğrencilerinde Psikiyatrik Hastaya Yönelik Tutumlar. *Kriz Dergisi*. 10.2, 1-7.

Bos, A. E. R. , J. B. Pryor, G. D. Reeder, S. E. Stutterheim. (2013). Stigma: Advances in Theory and Research. *Basic and Applied Social Psychology*. 35, 1-9.

Bostancı, N. (2005). Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylere Yönelik Stigma ve Bunun Azaltılmasına Yönelik Uygulamalar. *Düşünen Adam.* 18.1, 32-38.

Brockman J. , C. D'Arcy (1978). Correlates of Attitudinal Social Distance Toward The Mentally Ill: A Review and Resurvey. *Social Psychiatry*. 13, 69-77.

Brohan, E. , M. Slade, S. Clement, G. Thornicroft. (2010). Experiences of Mental Illness Stigma, Prejudice and Discrimination: A Review of Measures. *Health Services Research*. 10.80, 2-11.

Boyd, J. E. , E. P. Katz, B. G. Link, J. C. Phelan. (2010). The relationship of multiple aspects of stigma and personal contact with someone hospitalized for mental illness, in a

nationally representative sample. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 45,1063-70.

Budak, S. (2000). *Psikoloji Sözlüğü*. Ankara: Bilim ve Sanat Yayınları.

Burcu, E. (2006). Özürlülük Kimliği ve Etiketlemenin Kişisel ve Sosyal Söylemleri. *Hacettepe Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi.* 23.2, 61-83.

Büyüköztürk, Ş. (2018). *Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı, İstatistik, Araştırma Deseni, SPSS Uygulamaları ve Yorum*. Ankara: Pegem Akademi.

Candansayar, S. , B. Coşar. (2001).Kültürlerarası Psikiyatri Açısından Ruh Hastalığı Kavramı. *Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatry*. 2.1, 21-30.

Cimilli, C. (2007). Somatoform Bozukluklara Yönelik Tutumlar ve Damgalama. E.O. Taşkın (Ed.). *Stigma, Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumlar ve Damgalama* içinde. İzmir: Turkuaz Bilişim, 167-180.

Cirhinlioğlu, F. G. (2010). *Din Psikolojisi*. Ankara: Nobel Dağıtım.

Cirhinlioğlu, F. G. , Ü. Ok. (2011). Kadınlar Mı Yoksa Erkekler Mi Daha Dindar ?. *Zeitschrift für die Welt der Türken*. 3.1, 121-141.

Corrigan, P. W. , A. Kerr ve L. Knudsen. (2005) . The Stigma of Mental Illness: Explanatory Models And Methods for Change. *Applied and Preventite Psychology*. 11.3 ,179-190.

Corrigan, P. W. , D. Rao. (2012). On the Self- Stigma of Mental Illness: Stages, Disclosure and Starategies for Change. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 57.8, 464-469.

Corrigan, P. W. , L. P., River, R. K., Ludin, K. U., Wasowski, J. Campoin, J. Mathisen, H. Goldstein, M. Bergman, C. Gagnon, M. A. Kubiak. (2000) . Stigmazing Attributions About Mental Illness. *Journal of Community Psychology*. 28.1, 91-102.

Corrigan, P. W, D. Rowan, A. Green, R. Ludin, P. River, K. Uphoff-Wasowski, K. White, M. A. Kubiak. (2002). Challenging Two Mental Illness Stigmas: Personal Responsibility and Dangerousness, *Schizophrenia Bulletin*. 28.2, 293-309.

Corrigan, P. W. (1998) . The Impact of Stigma on Severe Mental Illness. *Cognitive And Behavioral Practice*. 5.2 , 201-222.

Corrigan, P. W. , B. D. Lurie, H. H. Goldman, N. Slopen, K. Medasani, S. Phelan. (2005). How Adolescents Perceive the Stigma of Mental Illness and Alcohol Abuse. *A Journal of The American Psychiatric Association*. 56.5, 544-550.

Corrigan, P. W. (2000). Mental Health Stigma As Social Attribution: Implications for Research Methods and Attitude Change. *Clinical Psychology : Science and Practice*. 7.1, 48-67.

Corringan, P. W. , A. C. Watson. (2002). Understanding the Impact of Stigma on People With Mental Illness. *World Psychiatry*. 1.1, 16-20.

Corringan, P.W. , A. C. Watson. (2002) a. The Paradox of Self- Stigma and Mental Illness. *Clinical Psychology Science and Practice*. 9.1, 35-53.

Crisp, H. A. , M. G. Gelder, S. Rix, H. I. Meltzer. (2000). Stigmatisation of People With Mental Illnesses. *The British Journal of Psychiatry*. 177.1, 4-7.

Çağlan, K. (2019).Psikolojik Hastalıkların Yanlış Yorumlanması ve İnanç Eksikliği Olarak Damgalanması Sürecinde Manevi Destek İhtiyacı. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul: İstanbul Üniversitesi SBE.

Çağrıcı, M. (2013). Vesvese. *TDV İslâm Ansiklopedisi (DİA).* C. 43, Ankara: Türkiye Diyanet Vakfı.

Çam, O. ve A. Bilge. (2007). Ruh Hastalığına Yönelik İnanç ve Tutumlar. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 8, 215-223.

Çam, O. , A. Bilge. (2008). Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeğinin Geçerliliği ve Güvenirliliği. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 9, 91-96.

Çelebi, İ. (2006). Nazar. *TDV İslâm Ansiklopedisi (DİA),* C. 32. Ankara: Türkiye Diyanet Vakfı.

Çelebi, İ. (2009). Sihir. *TDV İslâm Ansiklopedisi (DİA)*, C.37. Ankara: Türkiye Diyanet Vakfı.

Çiftçi, A. , N. Jones, P. W. Corrigan. (2013). Mental Health Stigma in the Muslim Community. *Journal of Muslim Mental Health*. 7.1, 17-32.

Dein, S. ve A. S. Illaiee. (2013). Jinn and Mental Health : Looking at Jinn Possession in Modern Psychiatric Practice. *The Psychiatrist*. 37.9 , 290-293.

Demir, M. (2017). Dindarlık-Yardımseverlik İlişkisi (Malatya Örneği). *Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. Erciyes Üniversitesi SBE.

Dessoki, H. H. , T. M. S. Hifnawy. (2009). Beliefs about Mental Illness among University Students in Egypt. *Europe's Journal of Pschology*. 1, 1-19.

Dols, M. W. (1987). Insanity and Its Treatment in Islamic Society. *Medical History*. 31.1, 1-14.

Dols, W. M. (1992). *Majnun: The Madman In Mediavel Islamic Society*. Oxford: Clarendon Press.

Draz, A. (tsz). *Dîn ve Allah İnancı*. B. Karlığa (çev.). İstanbul: Bir Yayıncılık.

Dundes, A. (1992). Wet and Dry, The Evil Eye: An Essay in Indo-European and Semitic Worlview. A. Dunder (Ed.). *The Evil Eye: A Casebook* içinde. Madison: The University of Wisconsin. 257-312.

Durkheim, E. (1994). *Sosyolojik Metodun Kuralları*. E. Aytekin (çev.). İstanbul: Sosyal Yayınları.

Eker, D. (1989). Attitudes Toward Mental Illness: Recognition, Desired Social Distance, Expected Burden and Negative Influence on Mental Health Among Turkish Freshmen. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 24,146-150.

Eker, F. ,Ö. Öner, S. Şahin. (2010). Din Görevlilerinin Şizofreniye İlişkin Bilgi ve Tutumları (Düzce Örneği). *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi- Journal of Psychiatric Nursing*. 1.2, 63-70.

El-Buhârî. (1989). *Sahîh-i Buhârî ve Tercemesi*, M. Sofuoğlu (çev.), C.15, İstanbul: Ötüken Neşriyat.

El-Buhârî. (1987). *Sahîh-i Buhârî ve Tercemesi*, M. Sofuoğlu (çev.), C.5, İstanbul: Ötüken Neşriyat.

El-Buhârî. (1988). *Sahîh-i Buhârî ve Tercemesi*, M. Sofuoğlu (çev.), C.12, İstanbul: Ötüken Neşriyat.

El-Buhârî. (1988). *Sahîh-i Buhârî ve Tercemesi*, M. Sofuoğlu (çev.), C.11, İstanbul: Ötüken Neşriyat.

Elifoğlu Çurum, E. (2015). Dindarlık ve İş Stresi İlişkisi (Samsun Örneği). *Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. Ondokuz Mayıs Üniversitesi SBE.

Elster, Jon. (2007). *Explaining Social Behavior: More Nuts and Bolts for The Social Science*. New York: Cambrige University Press.

Erbaydar, N. P. , N. Çilingiroğlu. (2010). Tıp Eği mi Geleceğin Hekimlerinin Ruh Sağlığı Sorunu Olan Bireylere Yönelik Tutumlarını Etkilemekte midir?. Türk Psikiyatri Dergisi. 21.2,114-125.

Ericson, C. D. , N. R Al- Tımımı. (2001). Providing Mental Health Services to Arab Americans: Recommendations and Considerations. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*. 7.4, 308-327.

Erinosho, O. A. , A. Ayonrinde. (1978). A Comparative Study of Opinion and Knowledge About Mental Illness in Different Societies. *Psychiatry*. 41.4, 403-410.

Fazio, R. H. , M. P Zanna. (1981). Direct Experience and Attitude- Behavior Consistency. L. Berkowitz (Ed.) *Advances in Experimental Social Psychology* içinde. Academic Press, 161-201.

Fiori,K. L. , E. E. Brown, K. S. Cortina, T. C. Antonucci. (2006). Locus of Control As a Mediator of The Relationship Between Religiosity and Life Satisfaction : Age, Race and Gender Diffirences. *Mental Health, Religion & Culture*. 9.3, 239-263.

Foucault, M. (2013). Akıl Hastalığı ve Psikoloji. E. Bayoğlu (çev.), İstanbul: Ayrıntı Yayınları.

Foucault, M. (1992). *Deliliğin Tarihi I*. M. A. Kılıçbay (çev.), Ankara: İmge Kitabevi.

Foucault, M. (1993). *Deliliğin Tarihi III*. M. A. Kılıçbay (çev.), Ankara: İmge Kitabevi.

Francis, L. J. , P. Kaldor. (2002). The Relationship Between Psychological Well-Being and Christian Faith and Practice In An Australian Population Sample. *Journal for The Scientific Study of Religion*. 41.1, 179–184.

Fromm, E. (1993). *Psikanaliz ve Din*. A. Arıtan (çev.). İstanbul : Arıtan Yayınevi.

Giddens, A. , P. W. Sutton. (2014). *Sosyolojide Temel Kavramlar*. A. Esgin (çev.). Ankara: Phoenix Yayınevi.

Giddens, A. (2000). *Sosyoloji*. H. Özel ve C. Güzel (çev.). Ankara: Aykaç Yayınevi.

Glock, C. Y. (1998). Dindarlığın Boyutları Üzerine. M. E. Köktaş (çev.). *Din Sosyolojisi* içinde . Ankara: Vadi Yayınları. 252-274.

Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.

Güleç,G. , Ç.Yenilmez, F. Ay. (2011). Bir Anadolu Şehrinde Psikiyatri Kliniğine Başvuran Hastaların Hastalık Açıklama ve Çare Arama Davranışları. *Klinik Psikiyatri*. 14, 131-142.

Güleç,H. , A. Yavuz, M. Topbaş, İ. Ak, E. Kaygusuz. (2006). Psikiyatri Hastalarında Tıp Dışı Çare Arama Davranışı: Türkiye'de ve Almanya'da Yaşayan Türkler Arasında Karşılaştırmalı Bir Ön Çalışma. *Klinik Psikiyatri*. 9,36-44.

Güngörmüş, K. , M. Ekinci ve M. Daş. (2014). İlahiyat Fakültesi Öğrencilerinin Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlarının Belirlenmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*. 4.11, 45-51.

Gürkan, S. L. (2006). Nazar. *TDV İslâm Ansiklopedisi (DİA)*. C.32. Ankara: Türkiye Diyanet Vakfı.

Hedayat-Diba, Z. (2000). Psychotherapy With Muslims. P. S. Richards and A.E. Bergin (Ed.). *Handbook of Psychotherapy and Religious Diversity* içinde. Washington: American Psychological Association.

Haque, A. (2004). Religion and Mental Health : The Case of American Muslims. *Journal of Religion and Health*. 43.1, 45-58.

Hayward, P. , G. Wong, J. A. Bright, D. Lam. (2002). Stigma and Self-esteem in Manic Depression: An Exploratory Study. *Journal of Affective Disorders.* 6, 61-66.

Hinkelman, L. , D. H. Granello. (2003). Biological Sex, Adherence to Traditional Gender Roles and Attitudes Toward Persons with Mental Illness: An Exploratory Investigation. *Journal of Mental Health Counseling*. 25.4, 259- 276.

Hinshaw, S. P. (2007). *The Mark of Shame : Stigma of Mental Illness and an Agenda for Change*. Oxford: Oxford University Press.

Hirai, M., G.A. Clum. (2000). Development, Reliability and Validity of the Beliefs Toward Mental Illness Scale. *Journal of Psychopahology and Behavioral Assessment*. 22.3, 221-236.

Hogg, M. A. , G. M. Vaughan. (2007). *Sosyal Psikoloji*. İ. Yıldız ve A. Gelmez (çev.). Ankara : Ütopya Yayınları.

Hogg, M. A. & D. , Abrahams. (1992). *Social Identifications.* London: Routledge.

Hökelekli, H. (1993). *Din Psikolojisi*. Ankara: Türkiye Diyanet Vakfı.

Hülür, H ve A. Kalender. (2003). *Sosyo-politik Tutumlar ve Din (Konya Araştırması).* Konya: Çizgi Kitabevi.

Islam, F. & R. A. Campbell. (2014). *"Satan Has Afflicted Me!" Jinn-Possession and Mental Illness in the Qur'an*. J Relig Health. 53, 229-243.

İbn-i Kesîr. (1992*). Muhtasar İbn-i Kesîr Tefsîri*. A. Erkan (çev.). İstanbul: Sağlam Yayın-Pazarlama.

James, W. (1985). *The Varieties of Religious Experience*. London: Penguin Books.

Jorm, A. F. , H. Christensen, J. Medway, A. E. Korten, P. A. Jacomb, B. Rodgers. (2000). Public Belief Systems About The Helpfulness of Interventions for Depression : Associations With History of Depression And Professional Help- Seeking. *Social Psychiatry Epidemiol*. 35, 211-219.

Kağıtçıbaşı, Ç. Ve Z. Cemalcılar. (2017). *Dünden Bugüne İnsan ve İnsanlar (Sosyal Psikolojiye Giriş)*. İstanbul: Evrim Yayınevi.

Kara, N. (2015). Sosyal Hizmet Bölümü Öğrencilerinin Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançları ve Ruhsal Hastalıklara Yönelik Verilen Teorik Eğitimin Etkileri. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*. 1,69-77.

Karagöl, A. , D. Çalışkan ve M. Beyazyüz. (2013). Halk Sağlığı Açısından Ruhsal Bozukluklarda Üç Boyutuyla Damgalama. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*. 22.3, 96-105.

Karahoda, B. (2010). Labels, Opinions, Beliefs and Attitudes Regarding Mental Illness Among University Students: A Multi-Method Approach to Studying Stigma, *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul: Bilgi Üniversitesi SBE.

Karancı, A. N, D. Kökdemir. (1995). Akıl Hastası: Tanımlaması, Yarattığı Rahatsızlık ve Davranışları İle Başa Çıkma. *Kriz Dergisi*. 3.1, 237-240.

Kaya, Y. , S. Ünal. (2006). Psikotik Bir Hastalık Durumunu Açıklama ve Çare Arama Davranışında Cinsiyetin Rolü. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*.7, 197-203.

Kayıklık, H. (2003). *Orta Yaş ve Yaşlılıkta Dinsel Eğilimler*. Adana : Baki Kitabevi.

Kılavuz, A. S. (1993). Cin. *TDV İslâm Ansiklopedisi (DİA)*. C.8. Ankara: Türkiye Diyanet Vakfı.

Kırpınar, İ. (1992). Erzurum Numune Hastanesi Psikiyatri Kliniğinde Yatan Hastalarda Ruhsal Bozukluklar Nedeni İle Tıp Dışı Kişilere Başvurma Davranışı Üzerine Bir Araştırma. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Science*. 5, 24-28.

Kinzie, J. D. (2000). The Historical Relationship Between Psychiatry and Major Religions. J.K. Boehnlein, (Ed.). *Psychiatry and Religion : The Covergence of Mind and Spirit* içinde. Washington D.C: American Psychiatrik Press. 3-26.

Kocabaşoğlu, N. ,S. Aliustaoğlu. (2003). Stizmatizasyon. *Yeni Symposium*. 41.4, 190-192.

Köftegül, Ö. (2018). Yetişkin Bireylerde Ölüm Kaygısı ve Dindarlık. *Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi SBE.

Köktaş, M. E. (1993). *Türkiye'de Dinî Hayat*. İstanbul: İşaret Yayınları.

Kurt, A. (2009). Dindarlığı Etkileyen Faktörler. *UÜİFD*. 18.2, 1-26.

Kutsal Kitap. 1.Samuel, 16: 14-23.

Lauber, C. , C. Nordt, L. Falcato, W. Rössler. (2004). Factors Influencing Social Distane Toward People with Mental Illness. *Community Mental Health Journal*. 40.3, 265-274.

Leaf, M. , M. M. Livingston, G. L. Tischler, M. M. Weissman, C. E. Holzer, III & J. K. Myers. (1985). Contact With Health Professionals fort ge Treatment of Psychiatric and Emotional Problems. *Medical Care*. 23.12, 1322-1337.

Leong, F. T. L. , P. Zachar. (1999). Gender and Opinions About Mental Illness as Predictors of Attitudes Toward Seeking Professional Psychological Help. *British Journal of Guidance & Counselling*. 27.1, 123-132.

Link, B. G. , J. C. Phelan, J. F. Dovidio. (2008). Stigma and Prejudice: One Animal or Two ?. *Social Science and Medicine*. 67.3, 358-367.

Link, B. G. , J. C. Phelan. (2001) . Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology*. 27.1, 363-385.

Link, B. G. , E. L. Struening, S. Neese-Todd, S. Asmussen. (2001). The Consequence of Stigma for he Self-Esteem of People With Mental Illness, *Psychiatric Services.* 52.12, 1621-1626.

Link, B. G. , J. C. Phelan. (2013). Labelling and Stigma. S. C. Aneshensel, J. C. Phelan ve A. Bierman (Ed.) . *Handbook of the Sociology of Mental Health* içinde. Springer. 528-54.

Marshall, G. (1999) . *Sosyoloji Sözlüğü* . O. Akınhay ve D. Kömürcü (çev.), Ankara: Bilim ve Sanat Yayınları.

Mathison, L. A. (2016). Mental Health Stigma in Religious Communities: Development of a Quantitative Measure, *Graduate Theses and Dissertations*. Iowa: Iowa State University.

Mehmedoğlu, A. U. (2004). *Kişilik ve Din*. İstanbul: Dem Yayınları.

Mehmedoğlu, A. U. (2006). Gençlik, Değerler ve Din. Y. Mehmedoğlu ve A.U. Mehmedoğlu (Ed.). *Küreselleşme, Ahlak ve Değerler* içinde. İstanbul: Litera Yayıncılık. 251-319.

Mohit, A. (2001). Mental Health and Psychiatry in The Middle East: Historical Development. *La Ravue de Sante de la Mediterranee orrientale*. 7.3, 336-347.

Morrison, M. , A. F. De Man, A. Drumheller. (1993). Correlates of Socially Restrictive and Authoritian Attitudes Toward Mental Patients ın University Students. *Social Behaviour and Personality*. 21.4, 333-338.

Mutluer, F. (1998). Sapma Kuramlarına Bir Bakış. *Selçuk Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi.* 12, 217-229.

Myers, D. G. (2012). *Sosyal Psikoloji.* S. Akfırat (çev.). Ankara: Nobel Yayıncılık.

Oban, G. (2010). Lise Öğrencilerinde Şizofreniye Yönelik Bilgilendirme Eğitiminin Sosyal Mesafe ve Tutuma Etkisi. *Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Oban,G. , L. Küçük. (2011). Ergenlerde Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalamayı Etkileyen Etmenler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2.1, 31-39.

Onay, A. (2004). *Dindarlık, Etkileşim ve Değişim: Üniversite Öğrencileri Örneklemi*. İstanbul: Dem Yayınları.

Özcan, Z. , H. K. Erol. (2017). Üniversite Öğrencilerinin Değer Yönelimleri ve Dindarlık Değer İlişkisi (Karabük Örneği*). Journal of History Culture and Art Research*. 6.4, 913-947.

Özmen, E. (2007). Depresyona Yönelik Tutumlar ve Damgalama. E. O. Taşkın. (Ed.). *Stigma Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalama* içinde. İzmir: Meta Basım Matbaacılık. 137-156.

Özmen, E. , E. O. Taşkın, D. Özmen ve M. M. Demet. (2004) . Hangi Etiket Daha Damgalayıcı: Ruhsal Hastalık mı? Akıl Hastalığı mı?. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 15.1, 47-55.

Özmen, S. ve R. Erdem. (2018). Damgalamanın Kavramsal Çerçevesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. 23.1, 185-208.

Pargament, K. I. (1997). *The Psychology of Religion And Coping Theory, Research, Practice*. New York: The Guildford Press.

Pazarlı, O. (1994). *Din Psikolojisi*. İstanbul: Remzi Kitabevi.

Penn, D. L. , J. M. Martin. (1998). The Stigma of Severe Mental Illness: Some of Potential Solutions For A Recalcıtrant Problem. *Psychiatric Quarterly*. 69.3, 235-246.

Rüsch, N. , M. C. Angermeyer, P. W. Corrigan. (2005). Mental Illness Stigma: Concepts, Consequences and Initiatives to Reduce Stigma. *European Psychiatry*. 20, 529-539.

Sarıkoç, G. , M. Demiralp, A. Özşahin, C. H. Açıkel. (2015). Ruhsal Hastalıklarda Yardım Arama: Hasta Yakınlarının Tutumlarına Yönelik Bir Çalışma. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*. 4.1, 32-38.

Schnapper, D. (2005). *Sosyoloji Düşüncesinin Özünde Öteki ile İlişki*. A. Sönmezay (çev.) İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları.

Shulman, N. , B. Adams. (2002). A Comparison of Russian and British Attitudes towards Mental Health Problems in the Community. *International Journal of Social Psychiatry*. 48.4, 266-278.

Soygür, H. ve E. Ş. Cankurtaran. (2007). Damgalanma ve Ruh Sağlığı : Tarihsel Süreç İçinde Bir Bakış. E.O. Taşkın (Ed.) . *Stigma Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumlar ve Damgalama* içinde. İzmir: Meta Basım Yayıncılık, 41-57.

Soygür, H. , E. Özalp. (2007). Kitle İletişim Araçları, Ruhsal Hastalıklar ve Damgalama. E.O Taşkın. (Ed.). *Stigma Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalama* içinde. İzmir: Meta Basım Matbaacılık, 241-251.

Spilka, B. , P. R. Shaver, L. A. Kirkpatrick. (1997). A General Attribution Theory for The Psychology of Religion. B. Spilka & D. N. McIntosh (Ed.). *The Psychology of Religion* içinde. Boulder: Westview Press, 153-170.

Stanford, M. S. (2007). Demon or Disorder: A Survey of Attitudes Toward Mental Illness in The Christian Church. *Mental Health, Religion and Culture*. 10.5, 446-449.

Subaşı, Necdet. (2002). Türk (iye) Dindarlığı: Yeni Tipolojiler. *İslâmiyât*. 5.4, 17-40.

Szasz, T. (1997). *The Manufacture of Madness: A Comparative Study of the Inquisition and the Mental Health Movemement.* New York: Syracuse University Press.

Şen, F. S. , E. O Taşkın, E. Özmen, M. M. Demet, Ö. Aydemir. (2003). Türkiye'de Kırsal Kesimde Depresyonun Sağaltımına İlişkin İnanç ve Tutumlar. *VII Bahar Sempozyumu*. 149-150.

Şengül, F. (2007). Dindarlık ve Ruh Sağlığı İlişkisi. *Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. Marmara SBE.

Tanyu, H. (1992). Büyü. *TDV İslâm Ansiklopedisi (DİA)*. C.6, Ankara: Türkiye Diyanet Vakfı.

Taş, K. (2009). Türkiye'de Dindarlık Algıları. *IV. Din Şûrası Tebliğ ve Müzakereleri*. Ankara: Diyanet İşleri Başkanlığı.

Taşkın, E. O. (2007) (a). Türkiye'de Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumlar ve Damgalama. E. O. Taşkın. (Ed.). *Stigma Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalama* içinde. İzmir: Meta Basım Matbaacılık. 255-278.

Taşkın, E. O. (2007) (b). Ruhsal Hastalıklarda Damgalama ve Ayrımcılık. E. O. Taşkın. (Ed.). *Stigma Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalama* içinde. İzmir: Meta Basım Matbaacılık, 17-30.

Taşkın, E. O. (2007) (c). Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutum ve Damgalamayı Etkileyen Etmenler. E. O. Taşkın (Ed). *Stigma Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalama* içinde. İzmir: Meta Basım Yayıncılık, 73-114.

Taşkın, E. O. (2007) (d). İçselleştirilmiş Damga ve Damgalanma Algısı. E. O. Taşkın. (Ed.). *Stigma Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalama* içinde. İzmir: Meta Basım Matbaacılık, 31-40.

Tekin, M. (2006). Dindarlık Bağlamında Amel-i Sâlih Kavramına Sosyolojik Bir Yaklaşım. Hayati Hökelekli (Ed.). *Dindarlık Olgusu Sempozyum Tebliğ ve Müzakereleri*. Bursa: Kurav Yayınları, 49-63.

Terzioğlu, A. (1992). Bîmâristan, *TDV İslâm Ansiklopedisi (DİA).* C.6, Ankara: Türkiye Diyanet Vakfı.

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2011). *Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011-2023)*. Ankara.

Tirmizî, Ebû İsa Muhammed b. İsa b. Sevre es-Sülemi. (2017). *El-Câmiʿu's-Sahîh.* C.6. Amman : Ervika li'd-Dirasat ve'n-Neşr ; Muzafferfur (Mozaffar Pur) : Merkezu eş-Şeyh Ebü'l-Hasan en-Nedvi (Sheikh Abul Hasan Nadwi Center).

Tokur, B. (2011). Stres- Dindarlık İlişkisi Üzerine Bir Araştırma. *Yayımlanmamış Doktora Tezi.* Atatürk Üniversitesi SBE.

Trute, B. & A. Loewen. (1978). Public Attitude Toward the Mentally Ill as a Function of Prior Personal Experience. *Social Psychiatry*. 13, 79-84.

Trute, B. , B. Tefft, A. Segall. (1989). Social Rejection of The Mentally Ill: A Replication Study of Public Attitude. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 24, 69-76.

Tümer, G. (1994). Din. *TDV İslâm Ansiklopedisi (DİA)* .C.9, Ankara: Türkiye Diyanet Vakfı.

Türkçe Sözlük. (2010). "Nazar", Ankara : Türk Dil Kurumu.

Türkçe Sözlük. (2010). "Vesvese", Ankara : Türk Dil Kurumu.

Uluç, S. (2012). Psikolojik Bozukluklar. N. G. Ergan, B. Ş. Kütük ve R. Coştur (Ed.). *Davranış Bilimleri* içinde. Ankara: Siyasal Kitabevi, 102-113

Utz, A. (2015). Ruh Sağlığı, Ruhsal Bozukluklar ve Başa Çıkmanın Kavramsallaştırılması. S. A. ve M. M. Amer (Ed.). *Müslümanlar İçin Psikolojik Danışma: Kültüre ve Dine Duyarlı Ruh Sağlığı Müdahaleleri* içinde. Ankara: Nobel Yayıncılık, 15-31.

Uysal, V. (2006). *Türkiye'de Dindarlık ve Kadın*. İstanbul: Dem.

Ünsal, S., F. Hisar, B. Çelik, Z. Özgüven. (2010). Üniversite Öğrencilerinin Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançları. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*. 23, 145-150.

Vergote, A. (1999). *Din, İnanç ve İnançsızlık*. Veysel Uysal (çev.). İstanbul: Marmara Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Yayınları.

Vogel, D. L. , G. W. Nathaniel, A. H. Hackler. (2007). Perceived Public Stigma and the Willingness to Seek Counseling: The Mediating Roles of Self- Stigma and Attitudes Toward Counseling. *Journal of Counseling Psychology*. 54.1, 40-50.

Voltan Acar N. , İ. Yıldırım, T. Ergene. (1996). Bireylerin Dindarlık Düzeylerinin Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*. 12, 45-56.

Wesselmann, E. D. , W. G. Graziano. (2010). Sinful and/or Possessed Religious Beliefs and Mental Illness Stigma. *Journal of Social and Clinical Psychology*. 29.4, 402-437.

West, M. L. ,P. T. Yanos, S. M. Smith, D. Roe, P. H. Lysaker. (2011). Prevalence of Internalized Stigma among Persons with Severe Mental Illness. *Stigma Research and Action*. 1.1, 54-59.

Yaparel, R. (1987). Yirmi-Kırk Yaş Arası Kişilerde Dinî Hayat ile Psiko-Sosyal Uyum Arasındaki İlişki Üzerine Bir Araştırma. *Yayımlanmamış Doktora Tezi*. Ankara SBE.

Yapıcı, A. (2004). *Din, Kimlik, Önyargı: Biz ve Onlar*. Adana: Karahan Kitabevi.

Yapıcı, A. (2006). Yeni Bir Dindarlık Ölçeği ve Üniversiteli Gençlerin Dinin Etkisini Hissetme Düzeyi: Çukurova Üniversitesi Örneği. *ÇUİFD*. 6.1, 66-116.

Yapıcı, A. (2007). Ruh Sağlığı ve Din :Psikososyal Uyum ve Dindarlık. Adana : Karahan Kitabevi.

Yazır, E. H. (tsz). *Hak Dinî Kur'an Dili*. C. I-II, İstanbul: Eser Kitabevi.

Yıldız Türker, N. (2018). Yetişkinlerde Dindarlık ve Psikolojik Sağlamlık İlişkisi Üzerine Bir Araştırma. *Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. Uludağ Üniversitesi SBE.

Yıldız, M. E. ,Özten, S. Işık, İ. Özyıldırım, D. Karayün, C. Cerit, A. Üçok. (2012). Şizofreni Hastaları, Hasta Yakınları ve Majör Depresif Bozukluk Hastalarında Kendini Damgalama. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 13, 1-7.

EKLER

EK 1: Kişisel Bilgi Formu

Saygıdeğer Katılımcı,
Ankette çeşitli konularda sizin görüşlerinize başvurulmaktadır. Soruları cevaplandırma hususunda göstereceğiniz gayret ve samimiyet araştırma sonuçlarının sağlıklı olması için son derece önemlidir. Dolayısıyla bütün soruları dikkatle okuyarak seçeneklerden görüşlerinizi en iyi yansıtan ifadeyi işaretleyiniz. Lütfen hiçbir soruyu cevapsız bırakmayınız.
Anket sorularına vereceğiniz cevaplar tamamen bilimsel bir amaç için kullanılacaktır. Lütfen anket formuna isim veya herhangi bir rumuz yazmayınız. Değerli görüşlerinizi bizimle paylaşmak suretiyle araştırmaya yapmış olduğunuz önemli katkıya ve ilginize en içten dileklerimle teşekkür ederim.

Fatma Sümeyye Hardal

1) Cinsiyetiniz:
( ) Kadın ( ) Erkek

2) Yaşınız:
Lütfen belirtiniz……

3) Daha önce ruhsal rahatsızlık tanısı aldınız mı?
( ) Evet ( ) Hayır

4) Yakınlarınızdan birisi ruhsal rahatsızlık tanısı aldı mı?
( ) Evet ( ) Hayır

Ek 2: Ruhsal Rahatsızlıklara İlgili Bilgi Düzeyi Ölçeği

5) Ruhsal rahatsızlıklarla ilgili bilgi düzeyinizi nasıl değerlendirirsiniz?

Çok iyi hiç iyi değil

10 9 8 7 6 5 4 3 2

Ek 3: Damgalama Ölçeği

Aşağıda bireylerin ruhsal rahatsızlıklara bakış açısını, ruhsal rahatsızlığa yakalanırlarsa nasıl davranacaklarını ve ruhsal bir rahatsızlığa sahip bireyle karşılaştıklarında neler hissettiklerini dile getiren ifadeler yer almaktadır. Sizden istenen, ifadeleri düşünmeniz ve ifadelere katılma durumunuzu işaretlemenizdir.		Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1	Ahlaki zayıflık, ruhsal rahatsızlıkların temel sebeplerinden bir tanesidir.					
2	Dini inançlara uygun olarak yaşanmadığı zaman bunun bedeli olarak ruhsal rahatsızlıklara yakalanılır.					
3	Dini pratikler samimi bir şekilde yerine getirilmediğinde ruhsal rahatsızlıklara yakalanılır.					
4	Günah işlendiği zaman bunun bedeli olarak ruhsal rahatsızlıklara yakalanılır.					
5	Cinler ruhsal rahatsızlıkların sebepleri olabilir.					
6	Dini inancına bağlı ve ibadetlerini samimi bir şekilde yerine getiren kişi ruhsal rahatsızlıklara yakalanmaz.					
7	Kişi ruhsal rahatsızlıklardan birisine sahipse çözümü öncelikle dini inanç ve pratiklerinde aramalıdır.					
8	Kişi ruhsal rahatsızlığa yakalanırsa tedavi için ibadet ve dua etmesi yeterli olur.					
9	Ruhsal bir rahatsızlığa yakalanır ve ilaç tedavisi almak zorunda kalırsam kendimi dini anlamda yetersiz hissederim.					
10	Ruhsal rahatsızlığı olan bir kişiyle tek başıma kalmaktan korkarım.					
11	Ruhsal rahatsızlığa sahip kişiyle iletişime geçmekten tedirgin olurum.					
12	Daha önce ruhsal rahatsızlığa yakalanmış ve tedavi almış biriyle evlenmek istemem.					
13	Temizlik hastası takıntılı biriyle yaşamak bana zor gelmez.					
14	Şizofreni tanısı konmuş birisiyle vakit geçirmek beni rahatsız etmez.					
15	Ruhsal rahatsızlıklara sahip bireyler iradelerindeki zayıflıktan dolayı bu rahatsızlıklara yakalanmaktadırlar.					
16	Büyü ve nazar ruhsal rahatsızlıkların sebebi olabilir.					
17	Seküler inançlara ve tedavi yöntemlerine sahip ruh sağlığı uzmanları ruhsal rahatsızlıklara yakalananlara yardımcı olamazlar.					

Ek 4: Dindarlık Ölçeği

Lütfen aşağıdaki ifadelere uygun gördüğünüz şıkları işaretleyiniz.

1) Dini inançlarım muhtaçlara yardım etmemde etkilidir.

(a) Her zaman **(b)** Çoğu zaman **(c)** Bazen **(d)** Nadiren **(e)** Hiçbir zaman

2) İbadet ederken kendimi Allah'a yakın hissederim.

(a) Her zaman **(b)** Çoğu zaman **(c)** Bazen **(d)** Nadiren **(e)** Hiçbir zaman

3) Din, hayatın anlamını kavrama ve hayatta karşılaşılan sorulara cevap bulmada yardımcıdır.

(a) Tamamen katılıyorum (**b)** Katılıyorum **(c)** Kararsızım **(d)** Katılmıyorum **(e)** Hiç katılmıyorum

4) Sosyal problemlerle (ailevi problemler, geçim sıkıntısı vb) ilgili çözüm yolları ararken dini inançlarınızın rolü olur mu?

(a) Her zaman **(b)** Çoğu zaman **(c)** Bazen **(d)** Nadiren **(e)** Hiçbir zaman

5) Kur'an-ı Kerim'i, Arapçasından veya Türkçe mealinden ne sıklıkta okursunuz?

(a) Her gün bir miktar okurum

(b) Çoğu zaman okurum

(c) Bazen okurum

(d) Nadiren okurum

(e) Hiç okumam

6) Beş vakit namaz kılmayla ilgili davranışınız aşağıdakilerden hangisine uygundur?

(a) Her zaman **(b)** Çoğu zaman **(c)** Bazen **(d)** Nadiren **(e)** Hiçbir zaman

7) Sağlığınız elverdiği sürece Ramazan oruçlarını tutar mısınız?

(a) Her zaman **(b)** Çoğu zaman **(c)** Bazen **(d)** Nadiren **(e)** Hiçbir zaman

8) İbadetlerinizi gereği gibi yerine getirebilmek için sahip olduğunuz bilgi düzeyini nasıl buluyorsunuz?

(a) Çok İyi **(b)** İyi **(c)** Orta **(d)** Zayıf **(e)** Hiçbir bilgim yok

9) Dini inançlarım gereği doğru söylemeye gayret ediyorum.

(a) Her zaman **(b)** Çoğu zaman **(c)** Bazen **(d)** Nadiren **(e)** Hiçbir zaman

10) Dini inançlarım gereği komşularıma iyi davranıyorum.

(a) Her zaman **(b)** Çoğu zaman **(c)** Bazen **(d)** Nadiren **(e)** Hiçbir zaman