

Ruhsal Hastalıklara Karşı Klinisyen Tutum Ölçeği 4. Uyarlaması Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması

Validity and Reliability Study of the Turkish Form of the 4th Version of the Mental Illness: Clinicians' Attitudes (MICA) Scale

Emre Mısır¹, Yasemin Hoşgören Alıcı¹, Zeynep Bozkurt²,
Hüseyin Batuhan Elhan³

¹Başkent Üniversitesi, Ankara

²Kırıkkale Delice Toplum Sağlığı Merkezi, Kırıkkale

³Tokat Merkez 1 nolu Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonu, Tokat

ÖZ

Amaç: Bu çalışmanın amacı Ruhsal Hastalıklara Karşı Klinisyen Tutum Ölçeği 4. Uyarlaması'nın (RUKTÖ-v4) Türkçe'ye uyarlanması ve geçerlik ve güvenilirlik çalışmasının yapılmasıdır.

Yöntem: RUKTÖ-v4 Türkçe formu tıp fakültesi öğrencileri, hemşireler ve hekimlerden oluşan 249 katılımcıya ulaştırıldı ve yanıtlar kapalı zarf içinde alındı. Ölçeğin yapı geçerliğinin değerlendirilmesi için açımlayıcı ve doğrulayıcı faktör analizleri (AFA ve DFA) uygulandı. Güvenirliğin gösterilmesi için Cronbach alfa iç tutarlılık katsayıları hesaplandı. Ölçüt bağımlı geçerliğin değerlendirilmesi için Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği (RHYİÖ) kullanıldı.

Bulgular: Yapılan AFA ile toplam varyansın %53,88'ini açıklayan üç faktörlü çözüm elde edildi. Alt ölçekler RUKTÖ-Bakım (sağlık/sosyal bakım alanı ve ruhsal hastalıklar hakkında görüşler), RUKTÖ-Kalıp Yargı (ruhsal hastalıklar hakkında kalıp yargı) ve RUKTÖ-Sosyal mesafe (ruhsal hastalığı olan bireylerle sosyal mesafe) olarak isimlendirildi. Madde faktör yükleri 0,469-0,852 arasında değişiyordu. DFA ile hesaplanan model uyum indeksleri kabul edilirdüzeyleydi. Ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0,774 bulundu. RHYİÖ ölçek puanları ile korelasyonlar anlamlı düzeydeydi.

Sonuç: Çalışmanın bulguları RUKTÖ-v4 Türkçe formunun geçerli ve güvenilir olduğunu göstermiştir. Sağlık çalışanları ve Tıp Fakültesi öğrencilerinde ruhsal hastalıklara yönelik damgalanma konusunda ülkemizde yapılacak çalışmalar için kullanışlı bir ölçek olduğu düşünüldü.

Anahtar sözcükler: Ruhsal hastalıklar, damgalanma, sağlık çalışanları, geçerlik, güvenilirlik

ABSTRACT

Objective: The purpose of this study is to adapt the Mental Illness: Clinician Attitude scale version 4 (MICA-v4) into Turkish, conduct validity and reliability study.

Method: The Turkish version of MICA-v4 was administered to 249 healthcare workers, including medical students, nurses, and physicians, and responses were collected in sealed envelopes. Exploratory and confirmatory factor analyses (EFA and CFA) were employed to assess the structural validity of the scale. Cronbach's alpha coefficients were calculated to demonstrate reliability. The Beliefs Toward Mental Illness scale (BTMI) was used to assess criterion-related validity.

Results: EFA yielded a three-factor solution explaining 53.88% of the total variance. Subscales were named MICA-Care (attitudes towards health/social care and views on mental illnesses), MICA-Stereotypes (stereotypes about mental illnesses), and MICA-Social interaction (social interactions with individuals with mental illnesses). Item factor loadings ranged from 0.469 to 0.852. Model fit indices calculated through CFA were at an acceptable level. The scale demonstrated good internal consistency with a Cronbach's alpha coefficient of 0.774. Significant correlations were observed between MICA scores and BTMI scale scores.

Conclusion: The findings of the study indicate that the Turkish version of MICA-v4 is valid and reliable. It is considered a useful tool for studies addressing stigma towards mental illnesses among healthcare workers in Türkiye.

Keywords: Mental disorders, stigma, healthcare workers, validity, reliability

Giriş

Ruhsal hastalıklar bireylerin biliş, duygu düzenleme veya davranış alanlarında klinik düzeyde belirgin bozulmayla karakterizedir (Wang ve ark. 2019). Aynı zamanda ruhsal hastalıkların sosyal, mesleki veya diğer önemli alanlarda önemli düzeyde zorlanma ve iş gücü kaybı ile ilişkili olduğu bilinmektedir (Telles-Correia ve ark. 2018). Ruhsal hastalıkların tedavisi ve iyileşmesinde engel oluşturacak durumların tanınmasının ve uygun müdahalelerin hastaların işlevselliği ve prognozunu olumlu yönde etkileyeceği düşünülmektedir (Walker ve ark. 2015)

.Ruhsal hastalıklarda tedavi yanıtı, işlevsellik ve prognozu etkileyen temel etkenlerden birinin damgalanma olduğu gösterilmiştir (Hoftman 2016, Deres ve ark. 2020). Özellikle şizofreni ve bipolar bozukluk gibi kronik psikiyatrik hastalıklara sahip bireyler damgalanmaya maruz kalmaktadır (Corrigan ve Watson 2002, Arboleda-Flórez ve Stuart 2012, Grover ve ark. 2019). Şizofreni tanılı hastalarda yapılan çok sayıda çalışma damgalanmanın depresyon, içgöründe azalma ve negatif belirtilerle ilişkili olduğunu göstermiştir (Lau ve ark. 2017, Rossi ve ark. 2017, Barlati ve ark. 2022). Yakın zamanda yapılan bir metaanaliz çalışması bipolar bozukluk tanısı olan hastalar ve ailelerinin toplumda saygısızlığa maruz kalma, göz ardı edilme ve ayrımcılık duygularını anlamlı olarak daha fazla yaşadıklarını ortaya koymuştur (Latifian ve ark. 2023). Aynı zamanda hem şizofreni hem de bipolar bozuklukta damgalanmaya ikincil olumsuz etkilerle başa çıkmak için ailelerin genellikle sosyal izolasyon ve geri çekilmeyi seçtiği, hasta aile üyesini saklayarak ve tedavi arayışını geciktirerek kendilerini ve hastayı tedavi almaktan mahrum bıraktıkları gösterilmiştir (Nehra ve ark. 2005, Grover ve ark. 2019, Richard-Lepouriel ve ark. 2022). Bu nedenlerle damgalanma ile mücadele programları geliştirilmekte ve bu mücadelede ruhsal hastalıklarla ilgili yanlış bilinenler konusunda eğitim ve farkındalığın önemi vurgulanmaktadır (Arboleda-Flórez ve Stuart 2012).

Toplumun geri kalanından farklı olarak sağlık hizmeti veren çalışanlar ve öğrencilerin hastaları yargılamadan hizmet verebilmeleri ve empatik bir pozisyonda kalabilmeleri için damgalanma konusunda farkındalık ve bilgi seviyesinin daha yüksek olması gerekmektedir (Arboleda-Flórez ve Stuart 2012). Öte yandan sağlık personeli de toplumun bir parçası olduğu için hastalara karşı damgalayıcı tutumlar sergileyebilmektedir ve bu tutumlar tedavide bozucu etkilere neden olabilir (Knaak ve ark. 2017). Pratisyen hekimler, psikiyatristler ve klinik psikologlar dahil olmak üzere sağlık çalışanlarının ruhsal hastalığı olan bireylere karşı olumsuz tutumlarının benzer ya da daha fazla olduğu gösterilmiştir (Chaplin 2000, Rao ve ark. 2009, Hori ve ark. 2011). Farklı ülkelerde yapılan çalışmalarda ruhsal bir hastalık tanısı olan kişiler temas kurdukları birçok sağlık çalışanı tarafından değersizleştirildiklerini, reddedildiklerini ve damgalayıcı dile maruz kaldıklarını bildirmişlerdir (Clarke ve ark. 2007, Thornicroft ve ark. 2009, Hamilton ve ark. 2016). Bu durum hasta-hekim ilişkisini bozarak olumsuz tedavi yanıtlarına neden olabilir (Phelan ve ark. 2023). Dolayısıyla klinisyenlerde damgalayıcı tutumlarla ilişkili etkenlerin belirlenmesi ve müdahale edilmesinin kritik öneme sahip olduğu düşünülmektedir (Beaulieu ve ark. 2017, Clement ve ark. 2015). Sağlık çalışanları tarafından damgalanmayı belirleyen etkenler arasında ruhsal hastalıklar hakkında bilgi eksikliği, hastalıkların seyri ile ilgili karamsarlık ve beceri eksikliği gibi etkenler yer almaktadır (Sukhera ve Chahine 2016, Beaulieu ve ark. 2017, Knaak ve ark. 2017). Damgalanmayla ilişkili müdahalelerde bu etkenler üzerinde durulmaktadır (Beaulieu ve ark. 2017, Knaak ve ark. 2017). Çift-kör randomize kontrollü bir çalışmada birinci basamak hekimlerine verilen eğitimin damgalanmayı anlamlı düzeyde azalttığı gösterilmiştir (Beaulieu ve ark. 2017). Ülkemizde tıp öğrencilerinde yapılan çalışmalarda psikiyatri eğitiminin damgalanmayı azaltmada yararlı olduğu gösterilmiştir (Çilingiroğlu ve Erbaydar 2010, Aydın ve ark. 2016). Türkiye’de bölge hastanelerinde çalışan hemşirelerin dahil edildiği bir çalışmada sağlık çalışanlarının ruhsal hastalıklara yönelik inançlarının toplumla benzer olduğu; bu inançlarını “güvenlik algıları” ve “daha önce psikiyatri hemşireliği dersi veya eğitimi alma” durumları olmak üzere iki değişkenin etkilediği gösterilmiştir (Çam ve Arabacı 2014). Güvenlik algısı ve korkunun da bilgi ve beceri eksikliğiyle ilişkili olduğu düşünülmektedir (Arboleda-Flórez ve Stuart 2012, Knaak ve ark. 2017). Nitekim yakın zamanda yapılan bir çalışmada psikiyatristlerin, psikiyatri dışı hekimler ve tıp öğrencilerine kıyasla daha düşük düzeyde damgalanma sergiledikleri ortaya konmuştur (Oliveira ve ark. 2020). Aynı zamanda çalışmada psikiyatrik hastalığı olan akraba varlığı daha düşük damgalanma ile ilişkili bulunmuştur (Oliveira ve ark. 2020).

Ruhsal hastalıklara yönelik damgalanma, sağlık bakım hizmeti veren profesyonellerin de psikiyatrik yardım aramalarının önünde bir engel oluşturmaktadır (Clement ve ark. 2015). Tıp fakültesi öğrencilerinin ruhsal yardım arama oranının genel popülasyondan düşük olduğu ve bu durumun damgalanma korkusu ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (Givens ve ark. 2002, Chew-Graham ve ark. 2003). Uzman hekimlerin dahil edildiği çalışmalarda da damgalanma korkusunun ruhsal yardım arama önünde engel oluşturduğu ortaya konmuştur (Weiss ve ark. 2021, Wijeratne ve ark. 2021).

Sağlık alanında çalışan ve eğitim görenlerde damgalayıcı tutumların araştırılması için ölçekler geliştirilmiştir. Bu ölçekler acil ruh sağlığı merkezleri çalışanları, hemşireler ve hemşirelik öğrencileri gibi belirli gruplarda damgalanmayı taramak için uygundur (Corrigan ve ark. 2003, Sevennson ve ark. 2011). Tıp fakültesi öğrencilerinde ruhsal hastalığı olan kişilere ve ruh sağlığı alanına yönelik tutumlarını değerlendirmek üzere Ruhsal Hastalıklara Karşı Klinisyen Tutum Ölçeği 2. Uyarlaması (RUKTÖ-v2) geliştirilmiştir (Kassam ve ark. 2010). RUKTÖ-v2'nin ifadeleri, sağlık alanında eğitim gören ve çalışan bireylere uygun bir versiyon geliştirmek amacıyla değiştirilmiş ve bunun sonucunda üçüncü bir uyarlama (RUKTÖ-v3) ortaya çıkmıştır (Gabbidon ve ark. 2010). Araştırma grubu tarafından sağlık disiplini içindeki öğrenciler ve profesyoneller için genel bir versiyonun belirli meslekler için maddeler içeren ölçümlerden daha uygun olduğuna karar vermesinin ardından mevcut RUKTÖ-v4 ölçeği oluşturulmuştur (Gabbidon ve ark. 2010, Siddiqua ve Foster 2015). RUKTÖ-v4 öğrenciler ve ek olarak profesyonel sağlık çalışanlarında damgalanmanın araştırılmasına imkan vermektedir. Bu ölçeğin önemi damgalanmanın sağlık alanında çalışanlara özgü yönlerini ele almasıdır. Ölçek sağlık hizmeti sürecinde ruhsal bir hastalık tanısı olan kişilere yönelik damgalayıcı tutumları değerlendirmektedir. Ülkemizde ruhsal hastalıklarda damgalanmayı değerlendiren ölçekler olmakla birlikte özellikle profesyonel sağlık çalışanlarında damgalanmayı ölçmek için kullanılabilir bir ölçüm aracı bulunmamaktadır. Dolayısıyla tıbbi bakım sırasında hastalara yönelik damgalayıcı tutumların değerlendirilmesine özgü soruları içeren bir ölçeğe ihtiyaç vardır. RUKTÖ-v4 aynı zamanda sağlık çalışanlarının meslektaşlarındaki ruhsal hastalıklar hakkındaki inançlarını değerlendiren maddeler de içermektedir. Bu çalışmanın amacı RUKTÖ-v4'ün Türkçe'ye uyarlanarak tıp öğrencisi, hemşire ve hekimlerden oluşan bir örnekleme geçerlik ve güvenilirliğinin araştırılmasıdır.

Yöntem

Katılımcılar

Çalışmaya Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi'nde öğrenim gören tıp fakültesi son sınıf öğrencileri ile aynı hastanede çalışmakta olan hemşire ve uzman hekimler arasında aydınlatılmış onam formunu okuduktan sonra onay veren 256 sağlık çalışanı dahil edildi. Katılımcılara kartopu örnekleme yöntemiyle ulaşıldı. Katılım için yazılı onam veren ve hasta muayenesi ve/veya sağlık bakımında aktif olarak rol alan tüm sağlık çalışanları çalışmaya dahil edilirken hastalar ile temas halinde olmamaları ve birincil olarak tıbbi bakım veren sağlık çalışanı konumunda olmamaları nedeniyle temel tıp bölümlerinde çalışan hekimler çalışmaya dahil edilmedi. Ölçekleri eksik ya da özensiz dolduran 7 katılımcının verileri analiz dışı bırakıldı. Daha önce belirtildiği gibi (bkz. "İşlem" bölümü) rastgele seçilen 80 katılımcının (örneklem 1) verileri ile ölçeğin faktör yapısının belirlenmesi kullanılırken, 169 katılımcının (örneklem 2) verileri faktör yapısının doğrulanması için kullanıldı.

İşlem

Bu çalışma Başkent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu ve Etik Kurulu tarafından onaylandı (Etik kurul onay tarihi ve sayısı: 30,05.2022/KA22/222). Araştırma Helsinki Bildirgesi Prensiplerine uygun olarak yürütüldü.

İlk olarak Türkçe çevirisi yapılmadan önce ölçeğin geliştiricisinden e-posta aracılığıyla izin alındı. Ardından iki araştırmacı (E.M. ve Z.B.) tarafından ölçeğin çevirisi yapıldı. Daha sonra İngilizce'ye iyi düzeyde hakim ve özgün ölçek maddelerine kör iki psikiyatri hekimi tarafından geri çevirisi yapıldıktan sonra bu çeviri ve geri çeviriler iki araştırmacı (Y.H.A ve H.B.E.) tarafından karşılaştırılarak üzerinde uzlaşılan son Türkçe form oluşturuldu. Ölçeğin bu aşamadaki son hali ve özgün form uzman görüşünün alınması amacıyla damgalanma konusunda yetkin olduğu düşünülen iki farklı psikiyatriste iletildi. Yapılan öneriler doğrultusunda ölçeğin son hali görünürlük geçerliğinin (face validity) değerlendirilmesi amacıyla 30 uzman hekime verildi. Damgalanma ile ilişkisinin anlaşılması güç bulunan altıncı madde dışında ölçek maddelerinin anlaşılabilirliği ve uygulanabilirlik açısından olumsuz bir geribildirim alınmadı. Bağlamsal açıdan belirsizliğin çeviri ile ilgili olmadığı düşünüldü ve ölçek yapısına katkısının değerlendirilmesi için bu madde çıkarılmadı. Daha sonra ölçeğin son halinin psikometrik özelliklerinin analizi için araştırma formları pilot çalışmaya alınan katılımcıların dışında ve daha büyük bir katılımcı grubuna ulaştırıldı. Çalışma formlarının elden ulaştırılması planlandığı için öncelikle analizler için uygun minimum örneklem büyüklüğüne ulaşılması hedeflendi. Elde edilen verilerin bir kısmı ile açıklayıcı faktör analizi kullanılarak (AFA) faktör yapısının açığa çıkarılması, diğer bir kısmı ile doğrulayıcı faktör analizi (DFA) aracılığıyla elde edilen faktör yapısının doğrulanması ve verilerin genelleştirilebilirliğinin ölçülmesi planlanmaktaydı. AFA için madde sayısı başına katılımcı sayısının en az beş olması; DFA'nın uygulanmasında ise önerilen minimum örneklem büyüklüğünün 150 olması önerildiği için en az 230 katılımcıya ulaşılması hedeflendi (Gorsuch 1997, Muthén ve Muthén 2002). Çalışmaya dahil edilen 256 katılımcıdan verileri analize

uygun görülen 249 katılımcı arasından rastgele seçilen 80 sağlık çalışanının verileri AFA ile analiz edilerek faktör yapısı elde edildi. Geriye kalan 169 katılımcının verileri ise DFA ile analiz edildi. Ölçeğin geçerli ve güvenilir olduğu gösterildiği için örneklem büyüklüğü arttırılmadı.

Benzer ölçek geçerliliği için Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği kullanıldı. Sosyodemografik veri formu, aydınlatılmış onam formu ve ölçeklerden oluşan araştırma formları çalışmaya katılma teklifini kabul eden katılımcılara iki araştırmacı (Z.B ve H.B.E) tarafından kapalı zarfla ulaştırıldı ve doldurulan formlar aynı gün içinde ya da ertesi gün toplandı. Damgalayıcı tutumlar hakkında yanıt verme yanlılığını en aza indirmek için katılımcıların isimleri, soy isimleri ve çalıştıkları bölüm bilgileri alınmadı.

Değerlendirme Araçları

Sosyodemografik Veri Formu

Yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim yılı, meslekte geçirilen süre gibi sosyodemografik özelliklerin yanı sıra kişide ve ailesinde daha önce psikiyatrik bir tedavi için başvuru öyküsü, varsa mevcut psikiyatrik hastalık tanısı, kendine zarar verici davranış öyküsü, özkiyım girişimi öyküsü olup olmadığı bilgileri elde edildi

Ruhsal Hastalıklara Karşı Klinisyen Tutum Ölçeği 4. Uyarlaması (RUKTÖ-v4)

Tıp fakültesi öğrencilerinin psikiyatrik hastalıklara ve ruh sağlığı alanına yönelik damgalayıcı tutumlarını değerlendirmek için Kassam ve arkadaşları tarafından (2010) geliştirilen Ruhsal Hastalıklara Karşı Klinisyen Tutum Ölçeği ikinci uyarlamasının (RUKTÖ-v2) hem öğrenci hem de diğer tüm sağlık profesyonellerine uygulanabilecek şekilde düzenlenmesi ile oluşturulan RUKTÖ-v4'ün geçerlik ve güvenilirliği Gabbidon ve arkadaşları (2013) tarafından gösterilmiştir (Kassam ve ark 2010, Gabbidon ve ark. 2013). Ölçek 6'lı Likert (1:tamamen katılmıyorum-6:tamamen katılıyorum) tipinde bir öz bildirim ölçeği olup 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 13, 14 ve 15. maddeler ters puanlanmaktadır. Yapılan açımlayıcı faktör analizinde 5 faktörlü modelin toplam varyansın %53,07'sini temsil ettiği bulunmuştur.

Ruh sağlığı olan hastalara bakım verme tutumları ve ruhsal hastalıklar hakkında görüşlerin değerlendirildiği "Sağlık/sosyal bakım alanı ve ruhsal hastalıklar hakkında görüşler" alt ölçeği (4 madde), ruhsal hastalığı bulunan kişilerin özelliklerini değerlendiren "Ruhsal hastalıklarla ilgili bilgi" alt ölçeği (4 madde), bireyin kendindeki olası bir ruhsal hastalık tanısını diğer insanlara açıklama tutumunu değerlendiren "Açığa vurma" alt ölçeği (2 madde), "Ruhsal ve fiziksel sağlığı ayırma" alt ölçeği (3 madde) ve "Ruhsal hastalığı olanlara bakım verme" alt ölçeği (3 madde) olmak üzere 5 alt ölçek ve toplam 16 sorudan oluşmaktadır. Ölçek ayırt edici geçerlik açısından geçerli bulunmuştur. Aynı zamanda Cronbach alfa değeri 0,72 bulunmuş olup güvenilir olduğu gösterilmiştir.

Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği (RHYİÖ)

Hirai ve Clum (2000) tarafından geliştirilmiş olan ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Bilge ve Çam (2006) tarafından yapılmıştır (Hirai ve Clum 2000, Bilge ve Çam 2006). Ölçek 6'lı Likert tipinde bir öz bildirim ölçeği olup sorulan sorulara verilen yanıt seçenekleri 0'a karşılık gelen tamamen katılmıyorum ve 5'e karşılık gelen tamamen katılıyorum arasında değişmektedir. Ruhsal hastalıkların ve hastaların tehlikeli oldu görüşü ile ilgili 8 maddeden oluşan "Tehlikelilik alt ölçeği", ruhsal hastalıkların kişilerarası ilişkiyi etkileme ve buna bağlı çaresizlik durumlarına dair inançları ölçen 11 maddeden oluşan "Çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt ölçeği" ve ruhsal hastalığın utanılacak bir durum olduğuna dair inancı değerlendiren 2 maddeden oluşan "Utanc alt ölçeği" olmak üzere 3 alt ölçek ve toplam 21 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin Türkçe formunun Cronbach alfa değeri 0,82 bulunmuştur. Aynı zamanda yapı geçerliği ve benzer ölçek geçerliği açısından geçerli olduğu gösterilmiştir

İstatistiksel Analiz

Elde edilen veriler SPSS 23.0 (SPSS, Chicago, IL, USA) ve AMOS 26.0 (Byrne BM, London, England) programları kullanılarak analiz edildi. Çarpıklık (skewness) ve basıklık (curtosis) değerleri -1,5 ve +1,5 arasında olan verilerin normal dağılıma uygunluk gösterdiği kabul edildi (George ve Mallery 2020). Her iki ölçek için (RUKTÖ-v4 ve RHYİÖ) kayıp veri oranı %1'in altındaydı. Normal dağılım gösteren sürekli değişkenlerin gruplar arası karşılaştırmalarında tek yönlü varyans analizi (ANOVA) testi kullanıldı. Normal dağılım gösteren tüm değişkenlerin gruplar arasında varyansların homojenliği sağlandığı için post-hoc analizlerde Tukey testi kullanıldı. Normal dağılıma uygunluk göstermeyen sürekli değişkenlerin gruplar arasında karşılaştırılmasında Mann-Whitney U ve Kruskal Wallis testleri kullanıldı. Kategorik değişkenlerin gruplar arası karşılaştırmalarında ise ki-kare testi kullanıldı. Görünüm geçerliği pilot çalışma aşamasında katılımcıların geribildirimleri alınarak

değerlendirilen ölçeğin yapı geçerliliği analizleri için benzer ölçek geçerliği ve açımlayıcı faktör analizi (AFA) temel bileşenler yönteminden yararlanıldı. Varimax döndürme yöntemi kullanılarak yapılan AFA'da faktör sayısının belirlenmesinde öncelikle Kaiser kriterine göre öz değeri (eigenvalue) birin üzerinde olan faktörler dikkate alındı. Faktör yükü 0,3'ün üzerinde olan maddeler korundu (Kaiser 1960, Guadagnoli ve Velicer 1988). Aynı anda iki faktörde 0,1'den az farkla yüklenme gösteren maddeler binişme nedeniyle çıkarıldı (Taherdoost ve ark. 2014). Elde edilen faktör yapısının test edilmesi için doğrulayıcı faktör analizi yapıldı. Ölçüt bağımlı geçerliğin değerlendirilmesi için RHYİÖ toplam puanı ve alt ölçek puanlarıyla korelasyonlar analiz edildi. Normal dağılıma uygunluk göstermeyen RHYİÖ Utanç alt ölçek puanı ile korelasyonlarda Spearman korelasyon analizi kullanılırken diğer korelasyonlar Pearson korelasyon analizi ile incelendi. Güvenirlik analizlerinde ölçek ve alt ölçekler için Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı ve madde-toplam korelasyonları hesaplandı.

Bulgular

Sosyodemografik Veriler

Analizlere dahil edilen katılımcıların (s=249) diğer %16,1'i tıp fakültesi son sınıf öğrencisi (s=40), %29,3'ü uzmanlık öğrencisi hekim (s=73), %31,3'ü uzman hekim (s=78), %23,3'ü hemşireydi (s=58). Meslek grupları açısından örneklem 1 ve örneklem 2 arasında fark yoktu [$\chi^2(3)=1,038$; $p=0,792$]. Benzer şekilde örneklem 1 ve örneklem 2 arasında yaş [$t(243)=-0,519$; $p=0,604$], cinsiyet [$\chi^2(1)=0,07$; $p=0,79$], medeni durum [$\chi^2(2)=2,49$; $p=0,29$], eğitim yılı [$t(243)=-1,21$; $p=0,22$], meslekte geçirilen süre [$t(247)=-0,36$; $p=0,72$], herhangi bir ruhsal hastalık öyküsü varlığı [$\chi^2(1)=1,96$; $p=0,16$] ve ailede herhangi bir ruhsal hastalık öyküsü varlığı [$\chi^2(1)=0,006$; $p=0,94$] açısından anlamlı fark saptanmadı. Tüm katılımcıların sosyodemografik özellikleri, kendilerinde ve ailelerinde ruhsal hastalık öyküsüne dair bilgiler Tablo 1'de verilmiştir.

Faktör Analizine Uygunluk ve Yapı Geçerliliği

Verilerin faktör analizine uygunluğunu değerlendirmek için yapılan analizlerde Kaiser-Mayer-Olkin (KMO) test ölçütü 0,71 bulundu. Bartlett küresellik test sonucu anlamlıydı [$\chi^2=350,57$, $df=120$, $p<0,001$]. Korelasyon matris determinantı 0,028'di. Elde edilen değerler örneklemin faktör analizine uygun olduğunu gösteriyordu (Tavşancıl 2002, Tabachnick ve ark. 2007). Maddelerin ortak varyansa katkıları 0,33-0,75 arasında değişmekteydi. Tüm maddelerin ortak varyans katkıları eşik değer olan 0,3'ün üzerindeydi (Zeller 2005).

Açımlayıcı Faktör Analizi

Faktörlerin belirlenebilmesi için temel bileşenler analizi ile AFA yapıldı. Elde edilen faktör yapısı orijinal ölçekten farklıydı. Yapılan faktör analizlerinde, ölçek maddelerinin açıkladığı tutumların faktör içi örüntü sergilemesi dikkate alındığında üç faktörlü model uygun bulundu. Varimax döndürme yöntemi sonrası hiçbir faktörde 0,4'ün üzerinde yüklenmeyen 8 ve 16. maddeler atılarak yapılan analizde 15. madde iki faktörde binişme göstermesine rağmen sağlık bakım alanı ile görüşler açısından önemli olduğu düşünülerek çıkarılmadı ve daha yüksek yüklenme gösterdiği faktörde bırakıldı. Yapılan güvenilirlik analizinde 6. maddenin madde-toplam korelasyonunun (0,08) kabul edilebilir değerlerin altında olması nedeniyle bu madde çıkarıldı. Kalan 13 madde ile yapılan faktör analizinde 3 faktörlü yapı toplam varyansın % 53,88'ini açıklıyordu. Faktörleri meydana getiren maddelerin faktör yüklenme değerleri 0,47-0,85 arasında değişmekteydi

Beş maddeden oluşan birinci faktörün orijinal ölçeğin "Sağlık/sosyal bakım alanı ve ruhsal hastalıklar hakkında görüşler" boyutundaki 3. madde, "Ruhsal hastalığı olanlara bakım verme" alt ölçeğindeki 9. ve 11. madde ve "Ruhsal ve fiziksel sağlığı ayırma" alt ölçeğindeki 13. ve 15. maddelerden meydana geldiği görüldü. Söz konusu ölçek maddelerinin içerikleri ruhsal hastalığı olan bireylere bakım verme hakkında görüşlerin yanısıra bakım verme sırasında tutumları yansıtan maddelerden oluştuğu için bu faktör "Ruhsal sağlık bakım alanı hakkında görüşler ve sağlık hizmet tutumları" alt ölçeği (RUKTÖ-Bakım) olarak isimlendirildi.

Diğer bir faktör orijinal ölçeğin "Ruhsal hastalıklar hakkında bilgi" boyutundaki 1, 2. ve 5. maddeler ile "Ruhsal ve fiziksel sağlığın ayırt edilmesi" alt ölçeğindeki 14. maddeyi içeriyordu. Ruhsal hastalığı olanların iyileşemeyeceği, tehlikeli olduğu inançlarına ek olarak ruh sağlığı hakkında bilgi edinme ve tanısal yaklaşıma dair inanca işaret eden maddelerden oluşan ikinci faktör "Ruhsal hastalıklar hakkında kalıp yargı" (RUKTÖ-Kalıp Yargı) alt ölçeği olarak isimlendirildi.

Orijinal ölçeğin "Sağlık/sosyal bakım alanı ve ruhsal hastalıklar hakkında görüşler" boyutundaki 10, ve 12. maddeler ile "Açığa vurma" boyutundaki 4 ve 7. Maddelerden oluşan üçüncü faktör "Ruhsal hastalığı olan

bireylerle sosyal mesafe” alt ölçeği (RUKTÖ-Sosyal mesafe) olarak isimlendirildi. Ölçek maddelerinin faktör yükleri, ortak varyansları (communalities) ile alt ölçeklerin açıkladığı özdeğerleri ve varyans oranları Tablo 2’de verilmiştir.

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik ve klinik özellikleri						
	Tüm örneklem (n=249)		Örneklem 1 (n=80)		Örneklem 2 (n=169)	
	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS
Yaş	33,55	9,55	33,1	9,75	33,78	9,46
Eğitim yılı	19,41	3,86	18,98	3,37	19,62	4,07
	n	%	n	%	n	%
Cinsiyet						
Kadın	174	69,9	55	68,8	119	70,4
Erkek	75	30,1	25	31,2	50	29,6
Medeni durum*						
Evli	104	41,9	28	35	76	45,2
Bekar/boşanmış	144	58,1	52	65	92	54,8
Ruhsal hastalık öyküsü*						
Var	112	45,2	31	38,8	81	48,2
Yok	136	54,8	49	61,3	87	51,8
Ruhsal yardım öyküsü*						
Yok	151	60,6	55	68,8	96	57,1
Farmakoterapi	46	18,5	15	18,8	31	18,5
Psikoterapi	14	5,6	5	6,3	9	5,4
Farmakoterapi ve psikoterapi	37	14,9	5	6,3	32	19
Ruhsal hastalık tanı dağılımı						
MDB	47	41,9	14	45,2	33	40,7
BPB	2	1,8	1	3,2	1	1,2
AB	25	22,3	6	19,3	19	23,4
DEHB	7	6,3	4	12,9	3	3,6
Diğer	10	8,9	3	9,7	7	8,6
Bilinmiyor/ belirtilmemiş	21	18,8	3	9,7	18	22,4
KZVD öyküsü						
Var	18	7,2	2	2,5	16	9,5
Yok	231	92,8	78	97,5	153	90,5
Özkayımlı girişi öyküsü						
Var	7	2,8	0	0	7	4,1
Yok	242	97,2	80	100	162	95,9
Ailede ruhsal hastalık varlığı*						
Var	79	31,7	25	32,1	54	32,5
Yok	165	66,3	53	67,9	112	67,5
Ruhsal hastalık tanısı olan akrabaların yakınlık derecesi*						
Birinci derece akraba	46	58,2	15	60	31	57,4
İkinci derece akraba	18	22,8	4	16	14	25,9
Üçüncü ve dördüncü derece akraba	15	19	6	24	9	16,7
Ailedeki ruhsal hastalıkların dağılımı*						
MDB	32	40,5	10	40	22	40,7
AB	20	25,3	4	16	16	29,6
BPB	7	8,9	2	8	5	9,2
Şizofreni	2	2,5	1	4	1	1,9
OKB	5	6,3	2	8	3	5,5
DEHB	3	3,8	2	8	1	1,9
Yeme bozukluğu	1	1,3	1	4	0	0
Davranım bozukluğu	1	1,3	0	0	1	1,9
Demans	2	2,5	1	4	1	1,9
Bilinmiyor/Belirtilmemiş	6	7,6	2	8	4	7,4

*Kayıp veriler bulunmaktadır; MDB: Major depresif bozukluk, AB: Anksiyete bozukluğu, BPB: Bipolar duygudurum bozukluğu, OKB: Obsesif kompulsif bozukluk, DEHB: Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, KZVD: Kendine zarar verici davranış; Ort: Ortalama, SS: standart sapma

Tablo 2. Ölçek maddelerinin faktör yapısı, faktör yüklenmeleri, ortak varyans değerleri ve güvenilirlik ölçütleri						
	Madde Faktör Yükleri			Güvenirlilik analizi		
	RUKTÖ-Bak	RUKTÖ-KY	RUKTÖ-SM	h ²	DMTK	MSCA
Madde 1	0,151	0,731	0,071	0,562	0,310	0,769
Madde 2	0,066	0,775	0,291	0,689	0,530	0,746
Madde 3	0,692	-0,029	0,148	0,502	0,417	0,758
Madde 4	0,021	0,172	0,775	0,631	0,508	0,747
Madde 5	0,042	0,694	-0,024	0,484	0,413	0,758
Madde 7	0,024	0,116	0,852	0,740	0,403	0,759
Madde 9	0,690	0,046	-0,032	0,480	0,302	0,768
Madde 10	0,422	0,131	0,551	0,516	0,469	0,752
Madde 11	0,752	0,140	0,010	0,585	0,449	0,755
Madde 12	-0,009	0,110	0,627	0,406	0,325	0,766
Madde 13	0,703	0,171	-0,022	0,523	0,438	0,755
Madde 14	0,097	0,597	0,253	0,430	0,244	0,774
Madde 15	0,469	0,403	0,220	0,456	0,385	0,761
Açıklanan varyans (%)	28,91	14,55	10,41			
Eigenvalue	3,76	1,89	1,35			

h²: Madde ortak varyansı, DMTK: Düzeltilmiş madde-toplam korelasyonu, MSCA: Madde silindiğinde Cronbach alfa katsayısı; RUKTÖ-Bak: RUKTÖ Ruhsal sağlık bakım alanı hakkında görüşler ve sağlık hizmeti tutumları, RUKTÖ-KY: Ruhsal hastalıklar hakkında kalıp yargılar, RUKTÖ-SM: Ruhsal hastalığı olan bireylerle sosyal mesafe

Doğrulayıcı Faktör Analizi

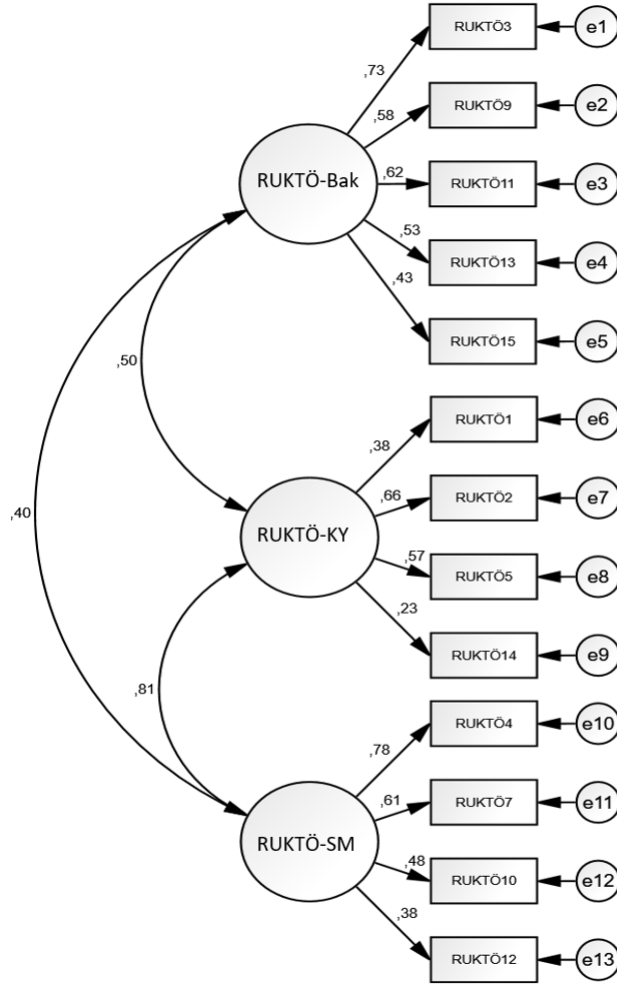
Elde edilen 3 faktörlü yapının test edilmesi için AMOS 26.0 programı kullanılarak en yüksek olabilirlik (maximum likelihood) yöntemi ile DFA uygulandı. Yapılan analiz sonucunda ki-kare istatistiğinin serbestlik derecesine oranı (χ^2/df) 1,12 ($\chi^2=96,7$, $df=60$); karşılaştırmalı uyum indeksi (CFI) 0,91; uyum iyiliği indeksi (GFI) 0,92; düzeltilmiş uyum iyiliği indeksi (AGFI) 0,87; standartlaştırılmış ortalama hataların karekökü (SRMR) 0,06 ve ortalama karekök sapması (RMSEA) değeri 0,06 bulundu. Uyum indekslerinden χ^2/df mükemmel, diğerleri kabul edilebilir düzeylerdeydi (Baumgartner ve Homburg 1996; Schermelleh-Engel ve ark. 2003). DFA sonrası 14. maddenin faktör yükü 0,3'ün altındaydı (0,28). Öte yandan bu maddeyi çıkarmanın uyum değerlerini bozması ve maddenin kullanışlı olduğunun düşünülmesi nedeniyle ölçekten çıkarılmadı. Ölçeğin faktör yapısı Şekil 1'de gösterilmiştir.

Ölçüt Bağımlı Geçerliliği

Ölçeğin ölçüt bağımlı geçerliğini test etmek için RHYİÖ ölçek puanları ile korelasyonlar hesaplandı (Tablo 3). RUKTÖ ve RHYİÖ'nün tüm alt ölçek ve toplam puanları arasında pozitif yönde anlamlı korelasyonlar mevcuttu ($r=0,22-0,62$; tüm p değerleri $<0,001$).

Tablo 3. RUKTÖ ve RHYİÖ ölçek puanları arasındaki korelasyonlar								
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
(1) RUKTÖ-Bak	-	0,238**	0,227**	0,599**	0,224**	0,224**	0,419**	0,273**
(2) RUKTÖ-KY	0,238**	-	0,444**	0,703**	0,506**	0,491**	0,263**	0,541**
(3) RUKTÖ-SM	0,227**	0,444**	-	0,794**	0,519**	0,422**	0,348**	0,526**
(4) RUKTÖ Toplam	0,599**	0,703**	0,794**	-	0,575**	0,527**	0,448**	0,616**
(5) RHYİÖ ÇKİB	0,224**	0,506**	0,519**	0,575**	-	0,704**	0,386**	0,935**
(6) RHYİÖ Tehlike	0,224**	0,491**	0,422**	0,527**	0,704**	-	0,405**	0,902**
(7) RHYİÖ Utanç	0,419**	0,263**	0,348**	0,448**	0,386**	0,405**	-	0,508**
(8) RHYİÖ Toplam	0,273**	0,541**	0,526**	0,616**	0,935**	0,902**	0,508**	-

RUKTÖ: Ruhsal Hastalıklara Karşı Klinisyen Tutum Ölçeği 4. Versiyonu, RHYİÖ: Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği; (1) RUKTÖ sağlık bakım alanı hakkında görüşler ve bakım tutumları, (2) RUKTÖ Ruhsal hastalıklar hakkında bilgi, (3) RUKTÖ Ruhsal hastalığı olan bireylerle sosyal mesafe, (4) RUKTÖ Toplam puanı, (5) RHYİÖ Çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt ölçeği, (6) RHYİÖ Tehlikelilik alt ölçeği, (7) RHYİÖ Utanç alt ölçeği, (8) RHYİÖ Toplam puan



Şekil 1. Ruhsal Hastalıklara Karşı Klinisyen Tutum Ölçeği 4. Versiyonu 3 faktörlü yapısı

RUKTÖ-Bak: RUKTÖ Ruhsal sağlık bakım alanı hakkında görüşler ve sağlık hizmeti tutumları, RUKTÖ-KY: Ruhsal hastalıklar hakkında kalıp yargılar, RUKTÖ-SM: Ruhsal hastalığı olan bireylerle sosyal mesafe

Güvenirlilik Analizleri

Ölçeğin güvenirliğinin analiz edilmesi için tüm örnekleme iç tutarlılık katsayısı ile düzeltilmiş madde toplam puan korelasyonları (DMTK) hesaplandı. DMTK değerleri 0,24-0,51 aralığındaydı (Tablo 2). Tüm ölçek ve ölçeğin alt boyutları olan RUKTÖ-Bakım, RUKTÖ-Kalıp Yargı ve RUKTÖ-Sosyal temas için Cronbach alfa değerleri sırasıyla 0,78, 0,72 0,54 ve 0,67 bulundu

Sağlık Çalışanlarında Damgalanma Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Damgalanma puanları ile sosyodemografik özellikler ve meslek grupları arasında anlamlı ilişkiler bulundu. Tüm örnekleme eğitim yılı ile RUKTÖ-Bakım puanı arasında negatif yönde çok zayıf korelasyon saptandı ($r=-0,16$; $p=0,015$). Meslekte geçirilen süre ve yaş ile RHYİÖ ÇKİB, RUKTÖ toplam puan ve RUKTÖ-Kalıp Yargı alt ölçek puanı arasında çok zayıf-zayıf korelasyonlar mevcuttu ($r=0,13-0,24$; $p<0,05$). Herhangi bir ölçek puanı açısından kadın ve erkekler arasında anlamlı fark bulunmadı.

Psikiyatri poliklinik başvuru öyküsü olan ve olmayanlar karşılaştırıldığında RUKTÖ-Bakım [$t(246)=2,81$; $p=0,005$], RHYİÖ ÇKİB [$t(246)=2,77$; $p=0,006$] ve RHYİÖ toplam puanları [$t(246)=2,49$; $p=0,01$] daha önce psikiyatri poliklinik başvurusu olmayanlarda anlamlı düzeyde yüksekti. Şimdi veya geçmişte psikiyatrik bir tedavi öyküsü (farmakoterapi ve/veya psikoterapi) olanlarda RUKTÖ-Bakım [$t(246)=2,57$; $p=0,008$] ve RUKTÖ-Kalıp Yargı [$t(246)=2,17$; $p=0,03$] alt ölçek puanları ile RUKTÖ toplam puanı [$t(246)=2,50$; $p=0,01$] herhangi bir psikiyatrik tedavi öyküsü olmayanlardan düşük bulundu. Aynı zamanda RHYİÖ ÇKİB [$t(246)=3,41$; $p=0,001$] ve

RHYİÖ Tehlikelilik [t(246)=2,51; p=0,01] alt ölçekleri ile RHYİÖ toplam puanı da [t(246)=3,292; p=0,001] daha önce psikiyatrik herhangi bir tedavi almayanlarda daha yüksekti.

Ailesinde herhangi bir psikiyatrik tanı almış birey bulunan katılımcıların RUKTÖ toplam puanı [t(242)=2,31; p=0,02], RHYİÖ ÇKİB alt ölçek puanı [t(242)=2,13; p=0,03], RHYİÖ tehlikelilik alt ölçek puanı [t(242)=2,93; p=0,004], RHYİÖ utanç alt ölçek puanı (U=5273; p=0,006) ve RHYİÖ toplam puanı [t(242)=2,81; p=0,005] psikiyatrik bir hastalık açısından soygeçmiş özelliği bulunmayan katılımcılardan daha düşük bulundu. Akrabalarda psikiyatrik hastalık öyküsü yakınlık derecesine göre incelendiğinde, birinci derece akrabalarında psikiyatrik hastalık tanısı olanların RUKTÖ toplam puanı [F(3,240)=2,65; p=0,05] ve RHYİÖ ÇKİB alt ölçek puanı [F(3,240)=2,56; p=0,004] diğer gruplara daha düşüktü.

Sağlık profesyonelleri ve öğrencilerin ruhsal hastalıklara yönelik damgalanma puanları karşılaştırıldığında RUKTÖ-Bakım (H=16,54; p=0,001), RUKTÖ-Kalıp Yargı [F(3,245)=4,04; p=0,008], RUKTÖ toplam puanı [F(3,245)=3,05; p=0,03], RHYİÖ ÇKİB [F(3,245)=3,53; p=0,016]; RHYİÖ Tehlikelilik [F(3,245) = 6,89; p<0,001] ve RHYİÖ toplam puanı [F(3,245)= 5,26; p=0,02] açısından gruplar arasında anlamlı fark bulundu. Yapılan post-hoc karşılaştırmalarda RUKTÖ-Bakım ölçek puanları hemşirelerde diğer üç gruptan yüksek bulunurken, hekim grupları ve öğrenciler arasında anlamlı fark yoktu. RHYİÖ Tehlikelilik alt ölçek puanları ise asistan hekim, uzman hekim ve hemşireler benzerken, öğrencilerde en düşüktü. Gruplar arasında anlamlı fark bulunmayan RUKTÖ-Sosyal temas ve RHYİÖ Utanç alt ölçekleri dışındaki ölçek puanları hemşire ve hekim gruplarında benzerken, öğrencilerde en düşüktü. Herhangi bir ölçek puanı açısından asistan ve uzman hekimler arasında anlamlı fark bulunmadı. Her iki hekim grubu birleştirilerek yapılan analizlerde RUKTÖ-Kalıp Yargı, RHYİÖ ÇKİB ve Tehlikelilik alt ölçekleri ile RHYİÖ toplam puanı hekim ve hemşirelerde benzer bulunurken, tıp fakültesi öğrencileri en düşük puanlara sahipti (Tablo 4).

Tablo 4. Tıp öğrencisi, hekim ve hemşirelerin ruhsal hastalıklara yönelik damgalanma puanları açısından karşılaştırılması						
	TFÖ (n=40)	AH (n=73)	UH (n=78)	Hem (n=58)	İstatistik^b	Post-hoc karşılaştırmalar^c
RUKTÖ-Bakım ^a	2 (0-14)	2 (0-13)	3 (0-9)	5 (0-16)	H=16,54 p=0,001	Hem>UH=AH=TFÖ Hem>Hekim=TFÖ
RUKTÖ-Kalıp Yargı	7,13±3,09	8,37±3,9	9,23±3,55	9,36±3,45	F(3,245)=4,04 p=0,008	UH=Hem>TFÖ Hekim=Hem>TFÖ
RUKTÖ- SM	8,37±3,65	8,62±3,79	8,99±3,66	7,57±4,22	F(3,245)=1,59 p=0,191	-
RUKTÖ Toplam	18,05±7,68	18,98±7,23	20,87±6,89	22±8,4	F(3,245)=3,05 p=0,029	Hem>TFÖ
RHYİÖ ÇKİB	17,6±8,05	20,31±8,48	22,83±9,03	22,17±9,66	F(3,245)=3,53 p=0,016	UH=Hem >TFÖ Hekim=Hem > TFÖ
RHYİÖ Tehlikelilik	14,8±6,43	18,91±7,21	19,79±8,49	20,98±7,31	F(3,245)= 6,89 p<0,001	AH=UH=Hem>TFÖ Hekim=Hem>TFÖ
RHYİÖ Utanç ^a	0 (0-7)	0 (0-6)	0 (0-4)	0 (0-10)	H=1,748 p=0,626	-
RHYİÖ Toplam	33,2±14,42	40,07±15,24	43,58±14,72	44,39±16,56	F(3,245)=5,26 p=0,02	UH=Hem>TFÖ Hekim=Hem>TFÖ

^aMedian (min-max), ^bDört grup karşılaştırması için istatistik değerler, ^cHekim grubu uzman ve asistan hekim gruplarını kapsamaktadır RUKTÖ-Bakım: RUKTÖ Ruhsal sağlık bakım alanı hakkında görüşler ve sağlık hizmeti tutumları, RUKTÖ-Kalıp Yargı: Ruhsal hastalıklar hakkında kalıp yargılar, RUKTÖ-SM: Ruhsal hastalığı olan bireylerle sosyal mesafe, RHYİÖ ÇKİB: Çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt ölçeği; TFÖ: Tıp fakültesi öğrencisi, AH: Asistan hekim, UH: Uzman hekim, Hem: Hemşire; H: Kruskal-Wallis test istatistiği, F: F istatistiği, p: anlamlılık katsayısı

Tartışma

Çalışmadan elde edilen bulgular RUKTÖ-v4 Türkçe formunun geçerli ve güvenilir olduğunu göstermektedir. Yapı geçerliliği incelenmesi için yapılan AFA'da üç faktörlü modelin toplam varyansın %53,88'ini açıkladığı bulunmuştur. Sosyal bilimlerde açıklanan varyansın %40-60 arasında olmasının kabul edilir olduğu belirtilmektedir (Gorsuch 1997). Maddelerin 0,469-0,852 arasında değişen faktör yükleri de kabul edilen düzeydedir (Tavsancıl 2002). Bunun üzerine elde edilen faktör yapısını doğrulamak için yapılan DFA, kabul edilebilir düzeyde uyum indeksleri ile modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğunu ortaya koymuştur. Dolayısıyla ölçeğin yapı geçerliliği sağlanmaktadır.

RUKTÖ-v4 Türkçe formunun, orijinal ölçek ile İspanyolca ve Portekizce uyarlamalarından farklı faktör yapılarına sahip olduğu görülmüştür (Gabbidon ve ark. 2013; Vistorte ve ark. 2023). Ölçeğin Türkçe uyarlamasında

RUKTÖ-Bakım alt ölçeği, ruhsal hastalığı olan bireylerin fiziksel belirtilerin ruhsal hastalığa bağlanması eğilimi, damgalayıcı dil kullanımı ve ruhsal bakım alanını değersiz bulmayı değerlendiren maddelerden meydana gelmektedir. Alt ölçek yapısını destekler şekilde yapılan çalışmalarda ruhsal hastalığı olan bireylerdeki tıbbi sorunlara verilen bakımın daha kötü olduğuna dair bulgular mevcuttur (Druss ve ark. 2000, Lawrence ve ark. 2003, Sullivan ve ark. 2006, Daumit ve ark. 2006). Ruhsal hastalığı olan ve hastaneye yatışı gerektiren iskemik kalp hastalığı olan kişilerin revaskülarizasyon ve kardiyak prosedürlerin uygulanma olasılığının daha düşük olduğu gösterilmiştir (Druss ve ark. 2000, Lawrence ve ark. 2003, Mather ve ark. 2013). Benzer şekilde, acil servise başvuran ruhsal hastalığı ve diyabetes mellitus tanısı olan kişilerin diyabetik komplikasyonlar nedeniyle hastaneye yatırılma olasılığı ruhsal hastalığı olmayanlara göre daha düşük bulunmuştur (Sullivan ve ark. 2006). Bir başka çalışmada, cerrahi servislere yatırılan şizofreni tanılı hastalarda enfeksiyon, ölüm dahil ameliyat sonrası komplikasyonlar ve yatış süresinde artış oranlarının önemli ölçüde daha yüksek olduğu bulunmuştur (Daumit ve ark. 2006). Bu bulgular ruhsal hastalığı olan bireylere verilen bakım kalitesinin daha düşük olabileceğine işaret etmektedir (Howard ve Thornicroft 2008). Çalışmamızda RUKTÖ-Bakım alt ölçeğinde yer alan ancak ölçeğin orijinal versiyonunda fiziksel-ruhsal hastalık ayrımı boyutunda bulunan 15. maddenin (“işleyen gördüğüm ruhsal hastalığı olan kişileri meslektaşlarıma tarif ederken “deli”, “çatlak”, “manyak” vb. terimler kullanırım”) bakım verme sırasında tutumla daha ilişkili olduğu düşünülmüştür. Nitekim hemşirelik öğrencilerinin dahil edildiği yakın zamanda yapılan bir çalışmada ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik damgalayıcı dil kullanım yatkınlığının (“deli”, “çılgin” vs.) bakım verme sırasında değersizleştirme ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (Valentim ve ark. 2023). Ruhsal hastalığı olan bireylerin tehlikeli olduğunu dair inanç da bakım verme sürecini olumsuz yönde etkileyebilir. Çalışmamızda RUKTÖ-Bakım alt ölçek puanı ile RHYİÖ-Tehlikelilik alt ölçek puanı arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Sonuçlarımızı destekler şekilde genel tıbbi ortamlarda çalışan sağlık profesyonellerinin ruhsal hastalığı olan hastalara bakım verirken kendilerini tehlike altında hissettiği ve bunun kaçınan tutum ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (Feldman ve ark. 2007, Giandinoto ve ark. 2015).

Diğer bir alt ölçek olan RUKTÖ-Kalıp Yargı ruhsal hastalıkların tehlikeli olduğu inancına işaret eden 5. maddeye ek olarak ruh sağlığı okuryazarlığını değerlendiren 1.madde, ruhsal hastalığı olanların hiçbir zaman iyileşemeyeceği inancını değerlendiren 2. madde ve psikiyatrik semptomları olan bireylerin pratisyen hekimler tarafından kapsamlı değerlendirilmesinin beklenmemesi şeklinde inanca işaret eden 14. maddeden oluşmaktadır. Ruhsal hastalıklar hakkında kalıp yargı ruhsal bir hastalığı olan kişilerin tehlikeli, beceriksiz, tedavi edilemez ve öngörülemez olduklarına dair olumsuz inanç olarak tanımlanmaktadır (Lauber ve ark. 2006, Corrigan ve ark. 2014). Damgalamanın bilgi boyutu olan kalıp yargılara katılma ve olumsuz duygusal tepkiler ise damgalamanın tutum boyutuna karşılık gelen ön yargıyı nitelemektedir (WHO 2002). Ruhsal hastalıklar hakkında kalıp yargıların sağlık okuryazarlığı ters yönde ilişkili olduğu gösterilmiştir (Kvaale ve ark. 2013, Haslam ve ark. 2015, Fleary ve ark. 2022). Kalıp yargılar hekimlerin tanı koyma ve değerlendirme süreçlerini de etkileyebilir (Oliveira ve ark. 2020, Hallyburton 2022). Bir hastanın psikiyatrik belirtileri olması nedeniyle ayrıntılı değerlendirilmeyeceği inancı ayrımcılığa işaret etmektedir (Thornicroft ve ark. 2007). Hekimlerin ruhsal hastalığı olan bireyler hakkında ön yargılarının kapsamlı muayeneden kaçınmaya neden olduğu gösterilmiştir (Jones ve ark. 2008). Yakın zamanda nitel analiz kullanılarak yapılan bir çalışmada da birinci basamak hekimlerinde kalıp yargıların ayrımcılıkla ilişkili olduğu ortaya konmuştur (Cunningham ve ark. 2023).

Sağlık profesyonellerinin ruhsal hastalığı olan bireylerle sosyal mesafelerinin arttığı gösterilmiştir (Knaak ve ark. 2017, Abdulla ve ark. 2022, Öri ve ark. 2022). Yunanistan’da yapılan bir çalışmada, sağlık profesyonellerinin ruhsal hastalıkların tedavisine yönelik olumlu bir tutum benimsemeye, sunulan hizmetlerin kalitesinin iyileştirilmesini önermeye ve hastaları eşit bir şekilde toplumda yer almaları ve topluma dahil olmaları için motive etmeye daha az eğilimli oldukları görülmüştür (Porfyri ve ark. 2022). RUKTÖ-v4 Türkçe uyarlamasının RUKTÖ-Sosyal mesafe alt ölçeği ruhsal hastalığı olan bireylerle sosyal mesafe ve kişinin ruhsal bir hastalığa sahip olması durumunda farklı muamele göreceği endişelerine dair maddelerden meydana gelmektedir. Yapılan çalışmalarda RUKTÖ-Sosyal temas alt ölçeğinin faktör yapısıyla uyumlu şekilde ruhsal tanısını itiraf etme ile ilgili kaygılar ve ruhsal hastalık tanısı olan bireylerle sosyal mesafe arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (Modgill ve ark. 2014, van der Maas ve ark. 2018, Öri ve ark. 2023).

Ölçeğin ölçüt bağımlı geçerliliğinin araştırılmasında RHYİÖ kullanılmıştır. Yapılan korelasyon analizleri sonrasında RUKTÖ-v4 toplam ve tüm alt ölçek puanları ile RHYİÖ toplam ve tüm alt ölçek puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişkiler saptanmıştır. RHYİÖ Tehlikelilik ruhsal hastalığı olan kişilerin tehlikeli olduğu, RHYİÖ ÇKİB ise ruhsal hastalığı olanların tedavi edilemez olduğu, kişilerarası ilişkiler ve kişilik açısından olumsuz özelliklere (sözünde durmama, iyi ebeveynlik yapamama, dakik olmama, arkadaşlık kuramama, düşük öz yeterlik) sahip olduğu şeklindeki inanışları değerlendirmektedir (Hirai ve Clum 2000, Bilge ve ark. 2008). RHYİÖ’nün bu iki alt ölçek puanları meslek grupları arası karşılaştırmalarda ve psikiyatrik bir tedavi öyküsü

açısından, ruhsal hastalıkların tehlikeliliği ve hiçbir zaman iyileşemeyeceği inancılarını değerlendiren RUKTÖ-Kalıp Yargı alt ölçek puanına benzer örüntü sergilemiştir. Aynı zamanda RHYİÖ Tehlikelilik, RHYİÖ ÇKİB ve RUKTÖ-Kalıp Yargı puanları arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Ruhsal hastalığı olan bireylerle sosyal mesafe ve kişinin olası bir ruhsal hastalığa sahip olması durumunda sosyal konumuyla ilgili endişelere dair maddeler içeren RUKTÖ-Sosyal mesafe, kapsamı açısından RHYİÖ ÇKİB ile benzeşmektedir. Nitekim RUKTÖ-Sosyal mesafe ile RHYİÖ'nün ÇKİB ve diğer alt ölçekleri arasında orta düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur. Bu bulguyu destekler şekilde yapılan çalışmalarda ruhsal hastalığı olan bireylerin tehlikeli olduğu, hastalığın karakter patolojisine bağlı olduğu ve iyileşemeyeceklerine dair inancın artmış sosyal mesafe ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (Corrigan ve ark. 2001, Grausgruber ve ark. 2007, Jorm ve Oh 2009, Lee ve ark. 2014, Chekuri ve ark. 2018, Valentim ve ark. 2023). Aynı zamanda RUKTÖ-Sosyal mesafe alt ölçeğinin iki sorusu hastalık tanısını itiraf etme korkusu ile ilgilidir. Hastalık tanısını itiraf etmekten çekinme içselleştirilmiş damgalanma ve utanç duyma ile ilişkilendirilmektedir (MacDonald ve Morley 2001, Corrigan ve Rao 2012). Nitekim RUKTÖ-Sosyal mesafe ile RHYİÖ utanç alt ölçek puanları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Aynı zamanda hem RUKTÖ-Sosyal mesafe hem de RHYİÖ utanç alt ölçek puanları benzer davranış göstermiştir. Her iki alt ölçek puanları açısından meslek grupları arasında fark gözlenmemiştir. Bu bulgular ölçeğin ölçüt bağımlı geçerliğine sahip olduğunu göstermektedir.

Ölçeğin güvenilirliğini test etmek için iç tutarlılık katsayısı hesaplanmıştır. Tüm ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0,774 olup kabul edilebilir düzeydedir. Orijinal ölçeğin Cronbach alfa değeri 0,79 burada virgül sonrası iki hane kullanılmış ama metinde bulgularda üç hane kullanımı var, genel tercih iki hane olarak alınmasını tavsiye ederim olarak bildirilirken İspanyolca ve Portekizce uyarlamalarının sırasıyla 0,76 ve 0,72 bulunmuştur (Vistorteve ark. 2023). Dolayısıyla Türkçe uyarlamasının diğer uyarlamalara benzer düzeyde iç tutarlığa sahip olduğu görüldü. Çalışmamızda alt ölçeklerin iç tutarlılık katsayıları 0,541-0,717 arasında olup zayıf - uygun düzeylerde (Sekaran ve Bougie 2010). Cronbach-alfa değerinin 0,5'in üzerinde olması kabul edilebilir olarak değerlendirilmektedir (Pallant ve ark. 2010, Goforth ve ark. 2015). Ölçeğin diğer uyarlamalarında alt ölçeklerin iç tutarlılık katsayıları rapor edilmemiştir (Gabbidon ve ark. 2010, Vistorte ve ark. 2023). RUKTÖ-Kalıp Yargı alt ölçeğinin iç tutarlılığı zayıf bulunmasına karşın ruhsal hastalıklara karşı damgalanmanın temel bileşenlerinden olan kalıp yargıları değerlendirmesi nedeniyle değerli olduğu düşünülmüştür.

Çalışmamızda damgalayıcı tutum ve yargıların ilişkili olduğu etkenler ve meslek grupları arasındaki farkları da araştırılmıştır. Yapılan analizlerde herhangi bir ölçek puanı açısından kadın ve erkekler arasında anlamlı fark saptanmazken, eğitim yılı ile RUKTÖ-Bakım puanı arasında negatif yönde çok zayıf; meslekte geçirilen süre ve yaş ile RUKTÖ-Kalıp Yargı, RUKTÖ toplam puan, RHYİÖ ÇKİB puanları arasında çok zayıf-zayıf ilişkiler bulunmuştur. Daha önceki bazı araştırmalar genç yaşın, daha yüksek eğitim düzeyi ve kadın cinsiyetin sağlık çalışanları arasında ruhsal bir hastalığı bulunanlara yönelik daha olumlu tutumlarla ilişkili olduğunu bildirmiştir (Arvaniti ve ark. 2009, Douki ve ark. 2019, Porfyri ve ark. 2022, Ghuloum ve ark. 2022). Diğer bazı çalışmalarda ise hekimlerin damgalayıcı tutumları ile cinsiyet, yaş ve eğitim yılı arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (Vistorte ve ark. 2019, Dalky ve ark. 2020, Kigozi-Male ve ark. 2023). Ruhsal hastalıklara aşinalığın damgalayıcı tutumlar açısından koruyucu etkisi tutarlı bir şekilde gösterilmiştir (Angermeyer ve ark. 2004, Arboleda-Flórez ve Stuart 2012, Çam ve Arabacı 2014, Sathyanath ve ark. 2016, Knaak ve ark. 2017, Oliveira ve ark. 2020). Bu çalışmada literatürle uyumlu olarak daha önce psikiyatrik tanı veya tedavi öyküsü almış olanlarda RUKTÖ-Bakım, RUKTÖ-Kalıp Yargı, RHYİÖ ÇKİB ve RHYİÖ Tehlikelilik puanları daha düşük bulunmuştur.

Çalışmamızda gruplar arası karşılaştırmalarda RUKTÖ-Bakım ve RUKTÖ-Kalıp yargı puanları açısından anlamlı farklılıklar saptanmıştır. Hemşirelerin RUKTÖ-Bakım puanlarının yaş, cinsiyet, meslek süresi ve ruhsal hastalıklara aşına olma durumundan (kendisinde ya da ailesinde bir ruhsal hastalık tanısı bulunması) bağımsız olarak diğer gruplardan yüksek olduğu gösterilmiştir. RUKTÖ dışındaki damgalayıcı tutum ve düşünceleri değerlendiren ölçeklerde sağlık bakım hizmeti ile ilgili tutumların ayrı bir boyut olarak değerlendirilmediği, ilgili soruların damgalanmanın kalıp yargı (stereotype) ya da ön yargı (prejudice) boyutlarını sorgulayan alt ölçeklerde yer aldığı görülmektedir (Cohen ve ark. 1962, Yanos ve ark. 2017, Öri ve ark. 2023). Ek olarak meslek gruplarını RUKTÖ-v4 kullanarak karşılaştıran çalışmalarda sadece toplam puanlar raporlanmıştır (Dalky ve ark. 2020, Babicki ve ark. 2021, Ghuloum ve ark. 2022, Kigozi-Male ve ark. 2023). Bu durum RUKTÖ-Bakım açısından çalışmamızın sonuçlarını literatüre dayanarak tartışmayı zorlaştırmaktadır. Güney Afrika'da hemşirelerin dahil edildiği bir çalışmada daha önce psikiyatri servisinde çalışmış hemşirelerin ruhsal bakım hizmetlerine yönelik damgalayıcı tutumlarının daha düşük olduğu saptanmıştır (Kigozi-Male ve ark. 2023). Yakın zamanda yapılan başka bir çalışmada cerrahi branş hekimlerin damgalama düzeyleri tıp fakültesi öğrencileri ve cerrahi dışı uzman hekimlere kıyasla daha yüksek bulunmuştur (Babicki ve ark. 2021). Aynı çalışmada, çalışmamızın bulgularıyla tutarlı olarak psikolog, psikoterapist veya psikiyatrist ile temas kurmuş olanların RUKTÖ-v4 toplam puanlarının daha düşük olduğu gösterilmiştir. Katar'da hemşire ve hekimlerin dahil edildiği bir çalışmada hemşirelerin daha

yüksek RUKTÖ-v4 toplam puanlarına sahip olduğu ortaya konmuştur (Ghuloum ve ark. 2022). Başka bir çalışmada ise hekimlerin RUKTÖ-4 toplam puanı hemşirelerden yüksek saptanmıştır (Dalky ve ark. 2020). Farklı meslek gruplarında ruhsal bakım hizmeti ve tutumlarıyla ilişkili damgalamanın araştırıldığı daha fazla çalışmaya ihtiyaç bulunmaktadır.

Çalışmamızda RUKTÖ-Kalıp Yargı alt ölçek puanı yaş, cinsiyet, meslek süresi ve ruhsal hastalıklara aşına olma durumundan bağımsız olarak hekim ve hemşirelerde benzer ve tıp fakültesi öğrencilerinde en düşük bulunmuştur. Kalıp yargıların meslek grupları arasındaki farklarına dair literatür bilgisi çelişkilidir ve değerlendirmelerin farklı ölçekler kullanılarak yapıldığı görülmektedir (Arvaniti ve ark. 2009, Fernando ve ark. 2009, Chang ve ark. 2017, Smith ve ark. 2017). Singapur'da yapılan bir çalışmada hemşirelik öğrencilerinin olumsuz kalıp yargı düzeyleri tıp fakültesi öğrencilerinden yüksek bulunmuştur (Chang ve ark. 2017). Finlandiya'da yapılan bir çalışmada hemşirelerin ön yargı düzeylerinin hekimler ve diğer sağlık personelinin daha fazla olduğu gösterilmiştir (Arvaniti ve ark. 2009). Sri Lanka'da yapılan bir çalışmada ise tıp fakültesi öğrencilerinin ön yargı düzeyleri hekimlerden daha yüksek bulunmuştur (Fernando ve ark. 2009). Amerika Birleşik Devletleri'nde farklı alanlardan sağlık çalışanlarının karşılaştırıldığı bir çalışmada psikiyatrist ve psikiyatri hemşirelerinin olumsuz kalıp yargı düzeyleri birinci basamak hekim ve hemşireleriyle benzer bulunmuştur (Smith ve ark. 2017). Çalışmada psikologların en az kalıp yargıya sahip grup olduğu gösterilmiştir. Sonuçlar tıbbi model altında eğitim alan hekim ve hemşirelerin kişinin kusurlarına ve işlev bozukluklarına odaklanmaya daha meyilli olabilecekleri, bu nedenle olumsuz kalıp yargıların bu gruplarda daha yüksek bulunduğu şeklinde yorumlanmıştır. Literatürdeki çelişkili sonuçlar ve bulgular dikkate alındığında, farklı meslek gruplarında ruhsal hastalıklara yönelik damgalamanın çeşitli ölçüm araçları kullanılarak ve sosyokültürel özellikler dikkate alınarak karşılaştırıldığı geniş örneklem büyüklüğüne sahip çok merkezli çalışmalara ihtiyaç olduğu düşünülmüştür.

Bu çalışmanın bazı kısıtlılıkları mevcuttur. İnternet tabanlı çevrimiçi anket uygulaması kullanmak yerine basılı anketlerle katılımcılara ulaşarak yanıtların daha sağlıklı olması amaçlanmıştır. Bu yaklaşımın sonucu yüksek örneklem büyüklüğüne ulaşılabilmiştir. Örneklem büyüklüğünün görece küçük olması analiz sonuçlarının gücünü etkilemiş olabilir. İkinci kısıtlılık, ölçeğin ruhsal hastalıklarla genel sorular içermesidir. Belirli psikopatolojiler düzeyinde değerlendirme daha özgül sonuçlara ulaşmayı sağlayabilir. Üçüncü olarak, çalışmaya dahil edilen katılımcılarla klinik bir görüşme yapılmamış, mevcut ya da daha önceki bir ruhsal hastalık varlığı bilgisi öz bildirime dayanmıştır. Bu durum ruhsal bir hastalığa aşinalık açısından sonuçları yanıt yanlılığına daha açık hale getirmiştir. Dördüncü olarak test-tekrar test analizi yapılmamıştır. Beşinci olarak, hekimlerin branş bilgileri alınmamıştır. Farklı uzmanlık alanlarındaki hekimlerin ruhsal hastalıklara karşı damgalayıcı tutumlarının farklı olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır. İleride yapılacak çalışmalar bu durumun göz önünde bulundurulması yararlı olabilir. Bu kısıtlılıkların yanında çalışmamız bildiğimiz kadarıyla ülkemizde sağlık alanındaki meslek grupları arasında damgalayıcı tutumların karşılaştırıldığı ilk çalışmadır. Aynı zamanda katılımcıların yanıt yanlılığını en aza indirmek için isimleri ve çalıştıkları birimlerle ilgili bilgiler alınmamış ve anket yanıtları kapalı zarflar içinde alınmıştır. Geçerli ve güvenilir olduğu gösterilen RUKTÖ-v4 Türkçe formunun ülkemizde sağlık çalışanlarında damgalanma ve ilişkili etkenleri inceleyen araştırmalarda kullanışlı bir ölçek olacağı düşünülmektedir.

Sonuç

Ruhsal hastalıklara karşı damgalamanın genel toplumla kıyaslandığında sağlık personelinde yaygın olarak görüldüğü bilinmektedir. Damgalayıcı tutumlar ise bakım verme, tanı koyma ve tedavi aşamalarında olumsuz sonuçlara neden olmaktadır. Damgalayıcı tutumlarla ilişkili durumların ve riskli grupların bilinmesi ise müdahale yaklaşımları için bir yol haritası oluşturulmasını sağlayacaktır. Nitekim damgalayıcı tutum düzeyi açısından ayrışan çalışanlara verilecek eğitim ve müdahale programlarının farklı yapılandırılması gerekebilir. Bu açıdan ülkemizde damgalamanın farklı meslek ve branş grupları arasında karşılaştırmasının yapıldığı, büyük örneklemli ve çok merkezli çalışmalar daha net çıkarımlarda bulunulmasını sağlayacaktır. Elde edilecek bilgiler ışığında planlanacak ülke çapında standartlaştırılmış müdahale programları, eğitimin etkisinin değerlendirebilmesine de olanak verebilecektir. Damgalayıcı tutumların çok boyutlu bir şekilde incelenmesi ve boyutların ilişkili olduğu etkenlerin ayrıştırılması da damgalayıcı tutumlara yönelik eğitimlerin planlanmasında yol gösterici olabilir. Aynı zamanda sağlık çalışanlarının bakış açısı ve tutumlarını anlamaya yönelik senaryoya dayalı nitel çalışmalar değerli olabilir. Yapılacak çalışmalarda ruhsal hastalıklara karşı damgalamanın sağlık çalışanlarına özgü yönlerini değerlendiren araçların kullanılması yararlı olacaktır. RUKTÖ-v4 bu amaçla geliştirilmiş bir öz bildirim ölçeğidir. Çalışmamızda ölçeğin Türkçe formunun geçerli ve güvenilir olduğu gösterilmiştir.

Kaynaklar

- Abdulla A, Webb HC, Mahmmod Y, Dalky HF (2022). Beliefs and attitudes of health care professionals toward mental health services users' rights: a cross-sectional study from the United Arab Emirates. *J Multidiscip Healthc*, 15:2177-2188.
- Angermeyer MC, Matschinger H, Corrigan PW (2004) Familiarity with mental illness and social distance from people with schizophrenia and major depression: testing a model using data from a representative population survey. *Schizophr Res*, 69:175-182.
- Arboleda-Flórez J, Stuart H (2012) From sin to science: fighting the stigmatization of mental illnesses. *Can J Psychiatry*, 57:457-463.
- Arvaniti A, Samakouri M, Kalamara E, Bochtsou V, Bikos C, Livaditis M (2009) Health service staff's attitudes towards patients with mental illness. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 44:658-665.
- Aydın O, Uykur AB, Cengiz C, Balıkcı K, Esen Danacı A (2016) Tıp eğitiminin şizofreniyeye yönelik tutumlar üzerine etkisi; 5 yıllık izlem çalışması. *Türk Psikiyatri Derg*, 27:176-184.
- Babicki M, Małecka M, Kowalski K, Bogudzińska B, Piotrowski P (2021) Stigma levels toward psychiatric patients among medical students-a worldwide online survey across 65 countries. *Front Psychiatry*, 12:798909.
- Babicki M, Kotowicz K, Mastalerz-Migas A (2021). The assessment of attitudes of medical doctors towards psychiatric patients: a cross-sectional online survey in Poland. *Int J Environ Res Public Health*, 18:6419.
- Barlatti S, Morena D, Nibbio G, Cacciani P, Corsini P, Mosca A et al (2022) Internalized stigma among people with schizophrenia: Relationship with socio-demographic clinical and medication-related features. *Schizophr Res*, 243:364-371.
- Baumgartner H, Homburg C (1996) Applications of structural equation modeling in marketing and consumer research: A review. *Int J Res Mark*, 13:139-161.
- Beaulieu T, Patten S, Knaak S, Weinerman R, Campbell H, Lauria-Horner B (2017) Impact of skill-based approaches in reducing stigma in primary care physicians: results from a double-blind parallel-cluster randomized controlled trial. *Can J Psychiatry*, 62:327-335.
- Bilge A (2006) Ruhsal hastalığa yönelik inançlar ölçeği geçerlilik ve güvenilirlik çalışması (Doktora tezi). İzmir, Ege Üniversitesi
- Chang S, Ong HL, Seow E, Chua BY, Abidin E, Samari E et al (2017). Stigma towards mental illness among medical and nursing students in Singapore: a cross-sectional study. *BMJ Open*, 7:e018099.
- Chaplin R (2000) Psychiatrists can cause stigma too. *Br J Psychiatry*, 177:467.
- Chekuri L, Mittal D, Ounpraseut S (2018). Relationship between stereotypes, prejudice, and social distancing in a sample of health care providers. *Prim Care Companion CNS Disord*, 20:26877.
- Chew-Graham CA, Rogers A, Yassin N (2003) 'I wouldn't want it on my CV or their records': medical students' experiences of help-seeking for mental health problems. *Med Educ*, 37:873-880.
- Cilingiroglu N, Paksoy Erbaydar N (2010) Tıp eğitimi geleceğın hekimlerinin ruh sağlığı sorunu olan bireylere yönelik tutumlarını etkilemekte midir? *Türk Psikiyatri Derg*, 21:114-125.
- Clarke DE, Dusome D, Hughes L (2007) Emergency department from the mental health client's perspective. *Int J Ment Health Nurs*, 16:126-131.
- Clement S, Schauman O, Graham T, Maggioni F, Evans-Lacko S, Bezborodovs N et al (2015) What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychol Med*, 45:11-27.
- Cohen J, Struening El (1962) Opinions about mental illness in the personnel of two large mental hospitals. *J Abnorm Soc Psychol*, 64:349-360.
- Corrigan PW, Edwards AB, Green A Diwan SL, Penn DL (2001) Prejudice, social distance, and familiarity with mental illness. *Schizophr Bull*, 27:219-225.
- Corrigan PW, Watson AC (2002) Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*, 1:16-20.
- Corrigan P, Markowitz FE, Watson A, Rowan D, Kubiak MA (2003) An attribution model of public discrimination towards persons with mental illness. *J Health Soc Behav*, 44:162-179.
- Corrigan PW, Rao D (2012) On the self-stigma of mental illness: stages disclosure and strategies for change. *Can J Psychiatry*, 57:464-469.
- Corrigan, PW, Druss, BG, Perlick, DA (2014) The impact of mental illness stigma on seeking and participating in mental health care. *Psychol Sci Public Interest*, 15:37-70,
- Cunningham R, Imlach F, Haitana T, Every-Palmer S, Lacey C, Lockett H et al (2023). It's not in my head: a qualitative analysis of experiences of discrimination in people with mental health and substance use conditions seeking physical healthcare. *Front Psychiatry*, 14:1285431.
- Çam O, Arabacı LB (2014) Bölge psikiyatri hastanelerinde çalışan hemşirelerin ruhsal hastalıklara yönelik inançları ve etkileyen faktörler. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi*, 6:13-25.
- Dalky HF, Abu-Hassan HH, Dalky AF, Al-Delaimy W (2020) Assessment of mental health stigma components of mental health knowledge, attitudes and behaviors among Jordanian healthcare providers. *Community Ment Health J*, 56:524-531

- Daumit GL, Pronovost PJ, Anthony CB, Guallar E, Steinwachs DM, Ford DE (2006) Adverse events during medical and surgical hospitalisations for persons with schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*, 63:267–272.
- Deres AT, Bürkner PC, Klauke B, Buhlmann U (2020) The role of stigma during the course of inpatient psychotherapeutic treatment in a German sample. *Clin Psychol Psychother*, 27:239–248.
- Douki S, Marvaki C, Toulia G, Stavropoulou A (2019) Attitudes and perceptions of health professionals towards mental patients attending emergency room. *Health Res J*, 2:261-76.
- Druss BG, Bradford DW, Rosenheck RA, Radford MJ, Krumholz HM (2000) Mental disorders and use of cardiovascular procedures after myocardial infarction. *JAMA*, 283:506–511.
- Feldman DB and Crandall CS (2007). Dimensions of mental illness stigma: What about mental illness causes social rejection? *J Soc Clin Psychol*, 26:137-154.
- Fernando SM, Deane FP, McLeod HJ (2010). Sri Lankan doctors' and medical undergraduates' attitudes towards mental illness. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 45:733-739.
- Fleary SA, Joseph PL, Gonçalves C, Somogie J, Angeles J (2022). The relationship between health literacy and mental health attitudes and beliefs. *Health Lit Res Pract*, 6:e270-e279.
- Gabbidon J, Clement S, van Nieuwenhuizen A, Kassam A, Brohan E, Norman I et al (2013) Mental Illness: Clinicians' Attitudes (MICA) scale-psychometric properties of a version for healthcare students and professionals. *Psychiatry Res*, 206:81–87.
- George D, Mallery P (2020) IBM SPSS Statistics 26 Step by Step A Simple Guide and Reference 16th ed. London, Routledge.
- Ghuloum S, Mahfoud ZR, Al-Amin H, Marji T, Kehyayan V (2022) Healthcare professionals' attitudes toward patients with mental illness: a cross-sectional study in Qatar. *Front Psychiatry*, 13:884947.
- Giandinoto JA and Edward KL (2015) The phenomenon of co-morbid physical and mental illness in acute medical care: the lived experience of Australian health professionals. *BMC Res Notes*, 8:295.
- Givens JL, Tjia J (2002) Depressed medical students' use of mental health services and barriers to use. *Acad Med*, 77:918–921.
- Goforth C (2015). Using and interpreting Cronbach's alpha. <https://library.virginia.edu/data/articles/using-and-interpreting-cronbachs-alpha>. (Accessed 12.12.2023)
- Gorsuch RL (1997) Exploratory factor analysis: its role in item analysis. *J Pers Assess*. 68:532–560.
- Grausgruber A, Meise U, Katschnig H, Schöny W, Fleischhacker WW (2007). Patterns of social distance towards people suffering from schizophrenia in Austria: a comparison between the general public, relatives and mental health staff. *Acta Psychiatr Scand*, 115:310-319.
- Grover S, Aneja J, Hazari N, Chakrabarti S, Avasthi A (2019) Stigma and its correlates among caregivers of patients with bipolar disorder. *Indian J Psychol Med*, 41:455–461.
- Guadagnoli E, Velicer W (1988) Relation of sample size to the stability of component patterns. *Psychol Bull*, 103:265–275.
- Hallyburton A (2022). Diagnostic overshadowing: An evolutionary concept analysis on the misattribution of physical symptoms to pre-existing psychological illnesses. *Int J Ment Health Nurs*, 31:1360-1372.
- Hamilton S, Pinfold V, Cotney J, Couperthwaite L, Matthews J, Barret K et al (2016) Qualitative analysis of mental health service users' reported experiences of discrimination. *Acta Psychiatr Scand*, 134:14–22.
- Haslam D (2015) Plan for the unpredictable. *Practitioner*, 259:35.
- Hirai M, Clum GA (2000) Development reliability and validity of the Beliefs Toward Mental Illness Scale. *J Psychopathol Behav Assess*, 22:221–236.
- Hoftman GD (2016) The burden of mental illness beyond clinical symptoms: impact of stigma on the onset and course of schizophrenia spectrum disorders. *Am J Psychiatry Resid J*, 11:5–7.
- Hori H, Richards M, Kawamoto Y, Kunugi H (2011) Attitudes toward schizophrenia in the general population psychiatric staff physicians and psychiatrists: a web-based survey in Japan. *Psychiatry Res*, 186:183–189.
- Jones S, Howard L, Thornicroft G (2008) "Diagnostic overshadowing": worse physical health care for people with mental illness. *Acta Psychiatr Scand*, 118:169–171.
- Jorm AF and Oh E (2009). Desire for social distance from people with mental disorders. *Aust N Z J Psychiatry*, 43:183-200.
- Kaiser HF (1960) The application of electronic computers to factor analysis. *Educ Psychol Meas*, 20:141–151.
- Kassam A, Glozier N, Leese M, Henderson C, Thornicroft G (2010) Development and responsiveness of a scale to measure clinicians' attitudes to people with mental illness (medical student version). *Acta Psychiatr Scand*, 122:153–161.
- Kigozi-Male NG, Heunis JC, Engelbrecht MC (2023) Primary health care nurses' mental health knowledge and attitudes towards patients and mental health care in a South African metropolitan municipality. *BMC Nurs*, 22:25.
- Knaak S, Mantler E, Szeto A (2017) Mental illness-related stigma in healthcare. *Healthc Manage Forum*, 30:111–116.
- Kvaale EP, Gottdiener WH, Haslam N (2013) Biogenetic explanations and stigma: A meta-analytic review of associations among laypeople. *Soc Sci Med*, 96:95–103.
- Latifian M, Abdi K, Raheb G, Islam SMS, Alikhani R (2023) Stigma in people living with bipolar disorder and their families: a systematic review. *Int J Bipolar Disord*, 11:9.
- Lau YW, Picco L, Pang S, Jeyagurunathan A, Satghare P, Chong SA et al (2017) Stigma resistance and its association with internalised stigma and psychosocial outcomes among psychiatric outpatients. *Psychiatry Res*, 257:72–78.

- Lauber C, Nordt C, Braunschweig C, Rössler W (2006). Do mental health professionals stigmatize their patients? *Acta Psychiatr Scand*, 113:51-59.
- Lawrence DM, Holman CD, Jablensky AV, Hobbs MS (2003) Death rate from ischaemic heart disease in Western Australian psychiatric patients 1980–1998. *Br J Psychiatry*, 182:31–36.
- Ma H, Hsieh CE (2020) Questionnaires on stigmatizing attitudes among healthcare students in Taiwan: development and validation. *BMC Med Educ*, 20:59.
- MacDonald J, Morley I (2001) Shame and non-disclosure: A study of the emotional isolation of people referred for psychotherapy. *Br J Med Psychol*, 74:1–21.
- Modgill G, Patten SB, Knaak S, Kassam A, Szeto AC (2014) Opening Minds Stigma Scale For Health Care Providers (OMS-HC): examination of psychometric properties and responsiveness. *BMC Psychiatry*, 14:120.
- Muthén LK, Muthén BO (2002) How to use a Monte Carlo study to decide on sample size and determine power. *Struct Equ Modeling*, 9:599–620.
- Nehra R, Chakrabarti S, Kulhara P, Sharma R (2005) Caregiver-coping in bipolar disorder and schizophrenia--a re-examination. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 40:329–336.
- Oliveira AM, Machado D, Fonseca JB, Palha F, Silva MP, Sousa N et al (2020) Stigmatizing attitudes toward patients with psychiatric disorders among medical students and professionals. *Front Psychiatry*, 11:326.
- Öri D, Szocsics P, Molnár T, Bankovska ML, Kazakova O, Mörk S et al (2023) Psychometric properties of the Opening Minds Stigma Scale for Health Care Providers in 32 European countries--A bifactor ESEM representation. *Front Public Health*, 11:1168929.
- Öri D, Szocsics P, Molnár T, Ralovich FV, Husza' r Z, Bene A et al (2022) Stigma towards mental illness and help-seeking behaviors among adult and child psychiatrists in Hungary: A crosssectional study. *PLoS One*, 17: e0269802.
- Pallant J (2010) *SPSS Survival Manual: A Step by Step Guide to Data Analysis Using SPSS*. Maidenhead, McGraw-Hill.
- Porfyri, GN, Athanasiadou M, Siokas V, Giannoglou S, Skarpari S, Kikis M et al (2022) Mental health-related stigma discrimination and prejudices among Greek healthcare professionals. *Front Psychiatry*, 13:1027304.
- Rao H, Mahadevappa H, Pillay P, Sessay M, Abraham A, Luty J (2009) A study of stigmatized attitudes towards people with mental health problems among health professionals. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 16:279–284.
- Richard-Lepouriel H, Aubry JM, Favre S (2022) Is coping with stigma by association role-specific for different family members? A qualitative study with bipolar disorder patients' relatives. *Community Ment Health J*, 58:179–192.
- Rossi A, Galderisi S, Rocca P, Bertolino A, Rucci P, Gibertoni D et al (2017) Personal resources and depression in schizophrenia: The role of self-esteem resilience and internalized stigma. *Psychiatry Res*, 256 359–364.
- Sathyanath S, Mendonsa RD, Thattil AM, Chandran VM, Karkal RS (2016). Socially restrictive attitudes towards people with mental illness among the non-psychiatry medical professionals in a university teaching hospital in South India. *Int J Soc Psychiatry*, 62:221-226.
- Schermelleh-Engel K, Moosbrugger H, Müller H (2003) Evaluating the fit of structural equation models: tests of significance and descriptive goodness-of-fit measures. *Methods Psychol Res*, 8:23–74.
- Sekaran U, Bougie R (2010) *Research Methods for Business: A Skill Building Approach* 5th edition. Haddington, Wiley Chichester.
- Siddiqua A, Foster A (2015) Critical synthesis package: Mental Illness Clinicians' Attitudes Scale (MICA). *MedEdPORTAL*, 11:10024.
- Smith JD, Mittal D, Chekuri L, Han X, Sullivan G (2017) A comparison of provider attitudes toward serious mental illness across different health care disciplines. *Stigma Health*, 2:327.
- Sukhera J, Chahine S (2016) Reducing mental illness stigma through unconscious bias-informed education. *MedEdPublish*, 5:44.
- Sullivan G, Han X, Moore S, Kotrla K (2006) Disparities in hospitalisation for diabetes among persons with and without co-occurring mental disorders. *Psychiatr Serv*, 57:1126–1131.
- Svensson B, Markström U, Bejerholm U, Björkman T, Brunt D, Eklund M, Hansson L et al (2011) Test-retest reliability of two instruments for measuring public attitudes towards persons with mental illness. *BMC Psychiatry*, 11:11.
- Tabachnick BG, Fidell LS, Ullman JB (2007) *Using Multivariate Statistics*. Boston, MA, Pearson.
- Taherdoost H, Sahibuddin S, Jalaliyoon N (2014) Exploratory factor analysis; concepts and theory. In *Advances in Applied and Pure Mathematics Mathematics and Computers in Science and Engineering Series 27* (Ed J Balicki):375-382. Athens, Greece, WSEAS.
- Tavşancıl E (2002) *Tutumların Ölçülmesi ve SPSS İle Veri Analizi*. Ankara, Nobel.
- Telles-Correia D, Saraiva S, Gonçalves J (2018) Mental disorder: the need for an accurate definition. *Front Psychiatry*, 9:64.
- Thornicroft G, Brohan E, Rose D, Sartorius N, Leese M, INDIGO Study Group (2009) Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey. *Lancet*, 373:408–415.
- Thornicroft G, Rose D, Kassam A (2007). Discrimination in health care against people with mental illness. *Int Rev Psychiatry*, 19:113-122.
- Valentim O, Moutinho L, Laranjeira C, Querido A, Tomás C, Longo J et al (2023). "Looking beyond mental health stigma": an online focus group study among senior undergraduate nursing students. *Int J Environ Res Public Health*, 20:4601.

- van der Maas M, Stuart H, Patten SB, Lentinello EK, Bobbili SJ, Mann RE et al (2018). Examining the application of the opening minds survey in the community health centre setting. *Can J Psychiatry*, 63:30-36.
- Vistorte AOR, Ribeiro W, Ziebold C, Asevedo E, Evans-Lacko S, Varas DJ et al (2023) Adaptation to Brazilian Portuguese and Latin-American Spanish and psychometric properties of the Mental Illness Clinicians' Attitudes Scale (MICA v4). *Trends Psychiatry Psychother*, 45:e20210291.
- Vistorte AOR, Ribeiro W, Ziebold C, Asevedo E, Evans-Lacko, S, Keeley JW et al (2018). Clinical decisions and stigmatizing attitudes towards mental health problems in primary care physicians from Latin American countries. *PLoS One*, 13:e0206440.
- Walker ER, McGee RE, Druss BG (2015) Mortality in mental disorders and global disease burden implications: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 72:334-341.
- Wang H, Abbas KM, Abbasifard M, Abbasi-Kangevari M, Abbastabar H, Abd-Allah F et al (2020) Global age-sex-specific fertility, mortality, healthy life expectancy (HALE), and population estimates in 204 countries and territories, 1950-2019: a comprehensive demographic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*, 396: 1160-1203.
- Weiss AK, Quinn SM, Danley AL, Wiens KJ, Mehta JJ (2021) Burnout and perceptions of stigma and help-seeking behavior among pediatric fellows. *Pediatrics*, 148:e2021050393.
- Wijeratne C, Johnco C, Draper B, Earl J (2021) Doctors' reporting of mental health stigma and barriers to help-seeking. *Occup Med*, 71:366-374.
- WHO (2002) Mental Health Global Action Programme (mhGAP): Close The Gap, Dare To Care. Geneva, World Health Organization.
- Yanos, PT, VayshenkerB, DeLuca JS, O'Connor LK (2017). Development and validation of a scale assessing mental health clinicians' experiences of associative stigma. *Psychiatr Serv*, 68:1053-1060,
- Zeller RA (2005) Measurement error issues and solutions. In *Encyclopedia of Social Measurement* (Ed K Kempf-Leonard): 665-676. New York, Elsevier.

Yazarların Katkıları: Çalışmaya önemli bir bilimsel katkı sağlandığı ve makalenin hazırlanmasında veya gözden geçirilmesinde yardımcı olduğu tüm yazar(lar) tarafından beyan edilmiştir.

Danışman Değerlendirmesi: Dış bağımsız

Çıkar Çatışması: Çıkar çatışması bildirilmemiştir.

Finansal Destek: Bu çalışma için finansal destek alındığı beyan edilmemiştir.

Authors Contributions: The author(s) have declared that they have made a significant scientific contribution to the study and have assisted in the preparation or revision of the manuscript

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Conflict of Interest: No conflict of interest was declared.

Financial Disclosure: No financial support was declared for this study.

Ek 1. Ölçek

Ruhsal Hastalıklara Karşı Klinisyen Tutum Ölçeği 4. Versiyon (RUKTÖ-4)

Soruların her biri için lütfen yalnızca bir kutuyu işaretleyin. Buradaki ruhsal hastalık terimi, bir bireyin bir psikiyatrist tarafından görülebileceği koşulları ifade eder.

	Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Kısmen katılıyorum	Kısmen katılmıyorum	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
1.Ruh sağlığı hakkında sadece mecbur kaldığım zaman bilgi edinirim ve bu konuda fazladan materyal okumak için uğraşmam						
2.Ciddi ruhsal bir hastalığı olan insanlar hiçbir zaman kaliteli bir hayat yaşayacak kadar iyileşemezler						
3.Ruh sağlığı alanında çalışmak sağlık ve sosyal bakım hizmetlerinin diğer alanlarında çalışmak kadar saygıdeğerdir						
4. Eğer ruhsal bir hastalığım olsaydı, bunu asla “arkadaşlarım” itiraf etmezdim, çünkü farklı muamele görmekten korkardım						
5. Ciddi ruhsal hastalığı olan insanlar ruhsal bir hastalığı olmayan insanlara göre çoğu zaman daha tehlikelidirler						
6.Sağlık/sosyal hizmet çalışanları ruhsal bir hastalık için tedavi gören insanların yaşamları hakkında o insanların aile fertleri ve arkadaşlarından daha bilgilidir						
7.Eğer ruhsal bir hastalığım olsaydı, bunu asla “iş arkadaşlarım” itiraf etmezdim, çünkü farklı muamele görmekten korkardım						
8.Ruh sağlığı alanında sağlık ya da sosyal bakım hizmetleri uzmanı olmak gerçek bir sağlık ya da sosyal bakım hizmeti uzmanı olmaya benzemez						

9.Eğer kıdemli bir meslektaşım bana ruhsal bir hastalığı olan kişilere saygısızca davranmamı söylese bu talimatlarına uymazdım						
10,Ruhsal hastalığı olan biri ile konuşurken, fiziksel hastalığı olan biriyle konuşurkenki kadar rahat hissederim						
11. Ruhsal hastalığı olan bir kişiyle ilgilenen her sağlık ya da sosyal bakım hizmeti uzmanı aynı zamanda o kişinin fiziksel sağlığının da değerlendirildiğinden emin olmalıdır						
12.Toplumun ağır ruhsal hastalığı olan bireylerden korunmasına gerek yoktur						
13.Eğer ruhsal hastalığı olan bir kişi fiziksel semptomlardan yakınır (göğüs ağrısı gibi), bu durumu onun ruhsal hastalığına bağlarım						
14.Pratisyen hekimlerin psikiyatrik semptomları olan kişiler için kapsamlı bir değerlendirme yapmaları beklenmemelidir çünkü bu kişiler psikiyatriste yönlendirilebilirler						
15.İşteyken gördüğüm ruhsal hastalığı olan kişileri meslektaşlarıma tarif ederken “deli”, “çatlak”, “manyak” vb. terimler kullanırım						
16.Bir iş arkadaşım bana ruhsal hastalığı olduğunu söyleseydi, yine de onunla çalışmak isterdim						

Not: Ölçeğin Türkçe formunda 6,8 ve 16. maddeler çıkarılmıştır.

Ölçeğin Puanlaması

1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 13, 14 ve 15. maddeler ters puanlanmaktadır

RUKTÖ-Bakım: 3,9,11,13,15

RUKTÖ-Kalıp yargı: 1,2,5,14

RUKTÖ-Sosyal mesafe: 4,7,10,12