

Algılanan Değersizleştirme-Ayrımcılık Ölçeği'nin Türkçeye Uyarlama Çalışması



Kutay SAÇAK¹, Deniz CANEL ÇINARBAŞ²

ÖZET

Amaç: Bu çalışmanın amacı Algılanan Değersizleştirme-Ayrımcılık Ölçeği'nin (ADA) Türk dili ve kültürüne uyarlamaktır.

Yöntem: İki farklı örneklemden katılımcılar çalışmaya dâhil edilmiştir. Sağlıklı kontrol örneklemini 145 bireyden, klinik örneklem ise kronik psikiyatrik bozukluğu bulunan 85 bireyden oluşmaktadır. Çalışma kapsamında ADA'nın Türkçe versiyonunun psikometrik özellikleri, sağlıklı kontrol ve klinik örneklemelerde istatistiksel analizlerle test edilmiştir. Bu bağlamda, açımlayıcı faktör analizi, doğrulayıcı faktör analizi, iç tutarlılık güvenilirlik analizi, yakınsak ve ayırt edici geçerliliği analizleri yapılmıştır.

Bulgular: Açımlayıcı faktör analizi sonucunda hem sağlıklı kontrol hem de klinik örneklemelerde ADA için iki faktörlü bir yapı ortaya çıkmış, doğrulayıcı faktör analizi de iki faktörlü yapıyı desteklemiştir. Bu faktörler *Algılanan Ayrımcılık ve Olumsuz Değerlendirme ile Algılanan Kabul ve Olumsuz Olmayan Değerlendirme* alt ölçekleri olarak adlandırılmıştır. ADA ölçeği için Cronbach alfa değeri sağlıklı kontrol örnekleminde 0,76; klinik örnekleme ise 0,79 olarak bulunmuştur. ADA alt ölçeklerinin Cronbach alfa değerlerinin ise her iki örnekleme de 0,72 ile 0,77 arasında değiştiği gözlemlenmiştir. ADA'nın sağlıklı kontrol örnekleminde yakınsak ve ayırt edici geçerliliğinin kısmen sağlandığı, klinik örnekleme ise tamamen sağlandığı görülmüştür.

Sonuç: Klinik ve sağlıklı kontrol örneklemelerinde güvenilirliği kanıtlanan, klinik örnekleme geçerli, sağlıklı kontrol örnekleminde ise kısmen geçerli bulunan ADA'nın algılanan ayrımcılığı ölçmek için Türkçede de kullanılabilmesi gösterilmiştir.

Anahtar Sözcükler: Damgalama, algılanan değersizleştirme, algılanan ayrımcılık

SUMMARY

Turkish Adaptation Study of the Perceived Devaluation Discrimination Scale

Objective: The aim of this study is to adapt Perceived Devaluation-Discrimination (PDD) scale for Turkish language and culture.

Method: Participants from clinical and community populations were included in the study. The community sample consisted of 145 healthy individuals from the general community and the clinical sample consisted of 85 individuals with chronic psychiatric disorders. Psychometric properties of the Turkish version of PDD were assessed in the general community and clinical samples. Exploratory factor analysis, confirmatory factor analysis, internal consistency analysis, convergent and discriminant validity analyses were conducted.

Results: As a result of exploratory factor analysis, a two-factor structure for PDD emerged in both the general community and clinical samples. Confirmatory factor analysis also supported the two-factor structure in both samples. These factors were named as *Perceived Discrimination and Negative Evaluation* and *Perceived Acceptance and Non-negative Evaluation subscales*. Cronbach's alpha values for PDD were 0.76 in the general community sample and 0.79 in the clinical sample. Alpha values of PDD subscales ranged between 0.72 and 0.77 in both samples. While convergent and discriminant validity tests provided partial support for construct validity of PDD in the general community sample, the convergent validity tests conducted with the clinical sample provided evidence for validity of PDD.

Conclusion: Based on the results of the present study, it has been demonstrated that the Turkish version of PDD is reliable and valid and can be used with community and clinical samples to measure perceived devaluation and discrimination.

Keywords: Stigma, perceived devaluation, perceived discrimination

GİRİŞ

Goffman (1963) yayımladığı ünlü çalışmasında damgalamayı tanımlarken “Bireyi zihnimize bir bütünden ve olağan bir insandan, kusurlu ve değersiz birine indirgeyen olumsuz bir atıf” ifadelerini kullanmıştır (s. 3). Crocker ve arkadaşları ise

(1998) damgalamayı “damgalanan kişinin sahip olduğuna inanılan özellikler ve atıflarla taşınan, belirli sosyal ortamlarda değersizleştirilen toplumsal bir kimlik” olarak tanımlamışlardır (s. 505). Altmışlardan bu yana geçen süre içerisinde toplumsal damgalama konusu psikolojik ve sosyolojik açıdan ele alınmış, pek çok toplumsal damgalama modelleri önerilmiştir.

Geliş Tarihi: 03.07.2019, **Kabul Tarihi:** 18.10.2019, **Çevrimiçi Yayın Tarihi:** 13.01.2020

¹Psikolog, ²Doç., Orta Doğu Teknik Üniv., Psikoloji Bl., Ankara.

KS: <https://orcid.org/0000-0003-0927-6145>, DCC: <https://orcid.org/0000-0002-7259-6822>

Dr. Deniz Canel-Çınarbaş, e-posta: dcanel@metu.edu.tr

Psikoloji alan yazınında damgalamaya ilişkin üç model öne çıkmıştır. Bunlardan ilki damgalamanın boyutları (Jones ve ark. 1984, Pachankis ve ark. 2018), ikincisi damgalamanın sosyal-bilişsel süreçleri (Corrigan 2000) ve üçüncüsü kimlik-tehdit modeli olarak sıralanabilir (Major ve O'Brien 2005). İlk modelde, Jones ve arkadaşları (1984) yaptıkları çalışmada damgalamanın altı boyutuna (tehlike, gizlenebilirlik, köken, yıkıcılık, seyir ve estetik) değinmişlerdir. İkinci modelde ise (Corrigan 2000) damgalama ile ilgili sosyal, bilişsel, duygusal ve davranışsal birtakım faktörlerin ele alındığı görülmüştür. Üçüncü model olan ve Major ve O'Brien (2005) tarafından derlenen kimlik-tehdit modeline göre ise, damgalanan bireyler kimliklerinin toplumda ne şekilde tasvir edildiğinin farkında olurlarsa damgalanma ipuçlarını algılamada daha hassas hale gelebilirler. Görüldüğü üzere psikolojik modellerde daha çok bireysel süreçlerin üzerinde durulmuş, ilişkili olabilecek sosyal değişkenler bu modellerde yeterince yer almamıştır. Bu eksiklik sosyolojik yaklaşımları da incelemeyi gerektirmektedir.

Link'in (1987) sosyolojik bir yaklaşımla geliştirdiği Değiştirilmiş Etiketleme Teorisine (DET) göre ise insanlar toplumda ruhsal hastalığı olan bireyin nasıl değersizleştirildiğini ve onlara karşı ayrımcılık yapıldığını öğrenir ve sosyalizasyon süreçleri ile ruhsal hastalıklı bireylerin toplumda nasıl algılandığını içselleştirirler. Bir birey daha sonra ruhsal hastalığa yakalandığında, önceden öğrendiği bu bilgilerin tamamının artık bizzat kendisi ile ilgili hale geldiğini fark eder. Bu noktada birey algıladığı değersizleştirme ve ayrımcılık derecesine göre düşük öz-saygı, işsizlik, azalmış sosyal çevre gibi çeşitli olumsuz sosyolojik ve psikolojik sonuçlarla karşılaşabilir (Link ve ark. 1989). Link bu hipotezlerini test etmiş ve etiketlemenin klinik örneklemede işsizliğe (Link 1987), azalmış sosyal çevreye (Link ve ark. 1989), azalmış öz-saygıya (Wright ve ark. 2000), depresyon belirtilerine (Link ve ark. 1997) ve düşük yaşam kalitesine (Rosenfield 1997) neden olduğunu göstermiştir. Değiştirilmiş Etiketleme Teorisine göre algılanan damgalamanın bazı değişkenlerle ilişkisi klinik örneklemede ve sağlıklı örneklemede farklılık gösterecektir. Bu varsayımı doğrular şekilde, algılanan damgalama klinik örneklemede moral bozukluğu (demoralization) ile ilişkili bulunurken, sağlıklı örneklemede ilişkili bulunmamıştır (Link 1987).

Öne çıkan psikolojik ve sosyolojik modeller doğrultusunda birçok araştırma yapılmıştır. Bu araştırmalardan ruhsal hastalıkların damgalanmasını konu alanları iki grupta incelemek mümkündür. Bunlardan ilki daha çok halkın ruhsal hastalıklara yönelik genel tutumlarına odaklanmış ve damgalamayı azaltmayı amaçlamıştır (Örn., Stuart 2016, Hinshaw ve Cicchetti 2000). Ancak, 2012 yılında yayımlanan bir meta-analize göre, biyolojik unsurların ruhsal hastalıklar üzerindeki etkisine dair toplumdaki bilgi birikiminin artmış olmasına rağmen damgalamada bir azalma meydana gelmediği görülmüş ve ruhsal hastalığı olan bireylerin toplumda daha çok kabul gördüklerine dair bir bulguya ulaşılamamıştır (Schomerus ve ark. 2012, Pescosolido 2013).

Psikolojik ve sosyolojik modeller doğrultusunda yapılan diğer grup çalışmaları ise ruhsal hastalık damgalanmasının içselleştirilmesine odaklanmış ve bu içselleştirmenin hastalar üzerindeki olumsuz etki ve sonuçlarını incelemiştir (Örn., Drapalski ve ark. 2013). İçselleştirilmiş damgalama hastalar arasında oldukça yaygındır (Brohan ve ark. 2010). İçselleştirilmiş damgalamanın hasta örneklemlerinde öz-saygı, öz-yeterlilik, hayat kalitesi, sosyal uyum, umut gibi değişkenlerde azalma ve psikiyatrik belirtilerde ise artışa yol açtığı söylenebilir (Livingston ve Boyd 2010, Drapalski ve ark. 2013). Dahası, içselleştirilmiş damgalama tedavi devamlılığını sekteye uğratmakta ve tedavi programına bağlılığı azaltarak (Sirey ve ark. 2001, Fung ve ark. 2010) tedavinin önünde önemli bir engel oluşturmaktadır (Yanos ve ark. 2010).

Türkiye'de ise daha çok toplumun ruhsal hastalığı olanlara yönelik tutumları incelenmiş, toplumun sosyal anlamda kısıtlayıcı, kaçınan ve cezalandırıcı tutumlar ortaya koyduğu gösterilmiştir (Taşkın 2007). Ruhsal hastalıkların etiyojisine dair toplumun bilgisi yıllar içinde artmış olsa da (Taşkın 2007), olumsuz inanış ve tutumların 2000'li yıllar itibarıyla hâlâ varlığını koruduğu üniversite öğrencileri (Ünal ve ark. 2010) ve kırsal alan örneklemlerinde (Taşkın ve ark. 2003) gösterilmiştir. Bunlara ek olarak, sağlık çalışanlarının ruhsal hastalığı olan bireylerin tehlikeli olduğunu düşünmeleri (Bağ ve Ekinci 2005) ve acil servis çalışanlarının psikiyatri hastalarının fiziksel şikâyetlerini tedavi ederken ihmalkâr davranışları (Saillard 2010) gibi çeşitli damgalayıcı inanış ve davranışlar da bildirilmiştir.

Tıpkı Kuzey Amerika ve Avrupa'da yapılan çalışmalar gibi, Türkiye'de de toplumda yapılan ilk damgalama çalışmalarını ikinci bir grup izlemiş, bu çalışmalarda ise damgalanan bireylerin bakış açıları incelenmiştir. Psikiyatri hastalarının, aileleri, sağlık çalışanları ve toplum tarafından damgalandıklarını düşündükleri ve bu damgalamanın günlük yaşantılarını zorlaştırıp tedavi devamlılıklarını azalttığı belirtilmiştir (Yüksel ve ark. 2013). Ayrıca, içselleştirilmiş damgalamanın sosyal işlevsellik, umut, gelir gibi birtakım değişkenleri olumsuz etkilediği görülmüştür (Doğanavşargil-Baysal ve ark. 2013). Sonuç olarak, Türkiye'de ruhsal hastalıkların damgalanması ile mücadele etmek önemli bir hedef olarak gösterilmiş, bu hedef için faydalı olabilecek çeşitli yöntemler (toplumu eğitmek, sağlık çalışanlarının eğitim müfredatını genişletmek vb.) tartışılmıştır (Çam ve Bilge 2013).

Ruhsal hastalıkların damgalanması ölçüm araçlarının geliştirilmesinde Türkiye'de iki farklı yaklaşım vardır. Bunlardan ilki çeviri veya uyarlama çalışmalarıdır. Bu yöntemle geliştirilen Türkçe ölçeklere Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (Ritsher ve ark. 2003, Ersoy ve Varan 2007), Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlar Ölçeği (Hirai ve Clum 2000, Bilge ve Çam 2008) ve Ruhsal Sorunlu Bireylere Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği (Taylor ve Dear 1981, Bağ ve Ekinci 2006) gibi ölçüm araçları örnek gösterilebilir. İkinci yaklaşımda ise kültürel birtakım özellikleri de yakalamak amacıyla Türkiye kültürel bağlamı içerisinde ölçekler

geliştirilmiştir. Bunlara örnek olarak Şizofreni hastaları ve aileleri için geliştirilen Kendini Damgalama Ölçeği-Hasta (Yıldız ve ark. 2018a) ve Kendini Damgalama Ölçeği-Aile (Yıldız ve ark. 2018b) ölçüm araçları verilebilir. Bu ölçüm araçları bahsi geçen kavramları geçerli ve güvenilir bir şekilde ölçebilseler de hem toplumun genelindeki damgalamayı hem de tanı almış bireylerdeki içselleştirilmiş damgalamayı aynı sorularla ölçebilen nitelikte ölçekler değildir. Dolayısıyla, bu ölçekleri kullanan araştırmacıların farklı örneklemdeki puanları karşılaştırması mümkün olamamaktadır.

Gösterilen hedefler doğrultusunda çalışırken kullanılacak, hasta ve hasta olmayan grupların karşılaştırılabileceği geçerli ve güvenilir Türkçe bir damgalama ölçeği bulunmamaktadır. Bu bağlamda, Algılanan Değersizleştirme-Ayrımcılık (ADA) Ölçeği'nin Türkçe alan yazında bu eksiği dolduracak bir ölçüm aracı olacağı düşünülmektedir. ADA, hem ruhsal hastalığı olan bireylere hem de hasta olmayan bireylere uygulanabilmekte, ayrıca farklı psikiyatrik durumdaki gruplar arası karşılaştırma yapma amacıyla da kullanılabilir. Benzer şekilde, bu ölçek hastalarda damgalanma algısına ek olarak içselleştirilmiş damgalamayı ölçmek için de kullanılabilir. Sıralanan tüm bu avantajlara paralel olarak, bir meta-analiz çalışmasında, ADA'nın en sık kullanılan içselleştirilmiş damgalama ölçeklerinden biri olduğu bildirilmiştir (Livingston ve Boyd 2010). Genel toplumda ise ADA damgalama algısını ölçmek ve toplumdaki değişimleri yere ve zamana göre kıyaslamak için kullanılabilir (Örn., Zieger ve ark. 2016, Schomerus ve ark. 2006, Angermeyer ve ark. 2014).

ADA ayrıca, sosyal beğenilme etkisini (social desirability bias) azaltmak amacıyla, katılımcılara doğrudan kendilerinin ne düşündüğünü sormak yerine toplumdaki *çoğu insanın* ne düşündüğünü soracak şekilde geliştirilmiştir (Link ve Cullen 1983). Dolayısıyla bu araştırmada, sosyal beğenilme etkisinden daha az etkilenebilecek bir damgalama ölçeği Türkçeye kazandırılacaktır. Son olarak, ADA ölçeği daha önce pek çok dile çevrilmiş (Örn., İsveççe, Björkman ve ark. 2007) bir ölçek olarak, kültürler arası damgalama kıyaslamaları açısından büyük bir avantaj sunmaktadır.

Yukarıda sunulan bilgiler ışığında bu çalışmanın amacı, ADA'yı Türkçeye uyarlamak ve geçerlilik ve güvenilirlik özelliklerini sağlıklı kontrol ve klinik örneklemde test etmektir. Bu amaçlar doğrultusunda oluşturulan hipotezler şu şekilde sıralanabilir: *H1*: ADA, klinik örnekleme Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ) ile pozitif ve anlamlı biçimde ilişkilidir. *H2*: ADA, sağlıklı kontrol örnekleminde Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlar Ölçeği (RHYİÖ) ile pozitif ve anlamlı biçimde ilişkilidir. *H3*: ADA, sağlıklı kontrol örnekleminde Psikolojik Yardım Aramada Yakın Çevre Damgalaması Ölçeği (PYAYÇDÖ) ile pozitif ve anlamlı biçimde ilişkilidir. *H4*: ADA, sağlıklı kontrol örnekleminde iki faktörlü yapıyı destekleyecektir. *H5*: ADA, klinik örnekleme iki faktörlü yapıyı destekleyecektir. *H6a*: ADA klinik örnekleme Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ) ile anlamlı ve pozitif şekilde ilişkili olacaktır.

H6b: Sağlıklı kontrol örnekleminde ADA ve RBSÖ arasında bir ilişki olmayacaktır. *H7*: Sağlıklı kontrol örnekleminde ADA ölçeği ve Beck Depresyon Envanteri (BDE) arasında bir ilişki olmayacaktır.

YÖNTEM

Örneklem

Bu çalışmada iki farklı örneklem grubundan veri toplanmıştır. Sağlıklı kontrol örnekleminde 18 yaş ve üzeri 150 kişi uygun (convenience) örnekleme yöntemi ile çalışmaya davet edilmiştir. Birinci yazar Ankara'da yaşayan tanıdıklarından araştırmaya katılmak isteyenlere ve onların çevrelerine anketleri dağıtmak suretiyle veri toplamıştır. Katılımcılar anketleri kendi evlerinde veya kendilerine uygun bir yerde doldurduktan sonra araştırmacıya iade etmişlerdir. Bunlardan 1 kişi anket paketini teslim etmemiş, 4 kişi ise eksik teslim ettiği için çalışmadan çıkarılmış, dolayısıyla 145 kişinin verisi çalışmaya dâhil edilmiştir. Klinik örnekleme toplum ruh sağlığı merkezleri ve şizofreni derneklerinden, 18 yaşından büyük olmak, kronik psikiyatrik bozukluğu bulunmak, hastalığının alevlenme döneminde olmamak ve anket doldurmaya engel olacak derecede, gözlemlenebilir konuşma veya algılama sorunu olmamak ölçütlerini karşılayan 85 kişi çalışmaya dâhil edilmiştir. Katılımcılara konulmuş tanılar kendi beyanlarına dayanarak belirlenmiş, ayrıca bir değerlendirme yapılmıştır. Klinik örneklemedeki katılımcılara şu kurum ve derneklerden ulaşılmıştır: Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezi (TRSM), Ankara Dr. Nafiz Körez Sincan Devlet Hastanesi TRSM, Aydın Nazilli Devlet Hastanesi TRSM, Ankara Şizofreni ile Yaşamayı Öğrenme ve Destekleme Derneği (AŞDER), ve Ankara Şizofreni Hastaları ve Yakınları Dayanışma Derneği (Mavi At).

Veri Toplama Araçları

ADA ölçeği ilk kez 1987 yılında, Link tarafından, kişilerin psikiyatri hastalarının ne derece değersizleştirildikleri ve ayrımcılığa uğradıkları ile ilgili inançlarını ölçmek için geliştirilmiştir. Ölçek 2002 yılında Link ve arkadaşları tarafından güncellenmiş ve bu araştırmada da kullanılan 13 maddelik, dörtlü Likert tipi cevap formatına kavuşmuştur. Puanlar, 6 maddenin ters kodlanmasından sonra toplam puanın 13'e bölünmesiyle elde edilir. Yüksek puanlar, psikiyatrik hastalığı olanların ayrımcılığa ve değersizleştirmeye uğradıkları inancının daha fazla olduğuna işaret eder. Ölçeğin iç tutarlılık katsayıları 0,82 ve 0,88 arasında değişmektedir (Link ve ark. 2004, Kleim ve ark. 2014). Interian ve arkadaşları (2010) ölçeğin faktör yapısını incelemek amacıyla Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA) uygulamışlar ve pozitif ifadeli maddelerle negatif ifadeli maddelerin iki ayrı faktör altında toplandığı bir yapı bulmuşlardır. ADA'nın Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (Ritsher ve ark. 2003) ve Psikolojik

Yardım Aramada Yakın Çevre Damgalaması Ölçeği (Vogel ve ark. 2009) ile pozitif ve anlamlı şekilde ilişkili olduğu bulunmuştur. Bu veriler ışığında ADA'nın İngilizce versiyonunun geçerli ve güvenilir olduğu sonucuna varılmıştır.

Çalışmada ayrıca, öz değeri ölçen 10 maddelik Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ, Rosenberg 1965) kullanılmıştır. Çuhadaroğlu (1986) tarafından Türkçeye çevrilen ölçek Guttman-tipi bir ölçek olup puanları 0 ile 6 arasında değişmekte, 5 ve 6 düşük benlik saygısını, 2 ila 4 arası puanlar orta benlik saygısını, 0 ve 1 ise yüksek benlik saygısını göstermektedir. Çuhadaroğlu ölçeğin geçerliliğini belirlemek için ölçek puanlarıyla mülakat değerlendirmelerini karşılaştırmış, düşük, orta ve yüksek benlik saygısı şeklinde oluşturulan mülakat puanları ile ölçek puanları arasındaki korelasyonun 0,71 olduğunu belirtmiştir. Bu çalışmada ise RBSÖ sağlıklı kontrol örnekleminde ayırt edici geçerliliğini, klinik örnekleminde ise yakınsak geçerliliğini ölçmek için kullanılmıştır. Bu çalışmada RBSÖ'nün Cronbach alfa katsayısı sağlıklı kontrol örnekleminde 0,86, klinik örnekleminde ise 0,79'dur.

Psikolojik Yardım Aramada Yakın Çevre Damgalaması Ölçeği (PYAYÇDÖ, Vogel ve ark. 2009, Sezer ve Kezer 2013) kapsamında katılımcılardan psikolojik yardım almalarını gerektiren bir senaryo hayal etmeleri, sonra da yakın çevrelerindeki bu durum karşısında nasıl tepki vereceğini 21 maddelik, 5'li Likert tipi bir ölçekle değerlendirmeleri istenir. Sağlıklı öğrenci örnekleminde ADA ile PYAYÇDÖ arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=0,20$, $p<0,001$; Vogel ve ark. 2009). Türkçe uyarlaması Sezer ve Kezer tarafında yapılan ölçeğin alfa katsayısı 0,93; psikolojik yardım almada karşılaşılan damgalama ölçeği ile korelasyonu ise 0,72 olarak bulunmuştur (Komiya ve ark. 2000, Topkaya 2011). Bu araştırmada PYAYÇDÖ sağlıklı kontrol örnekleminde ADA'nın yakınsak geçerliliğini ölçmek için kullanılmış, bu örneklemindeki alfa değeri 0,96 bulunmuştur.

Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlar Ölçeği (RHYİÖ, Hirai ve Clum 2000) kapsamında katılımcılara ruhsal hastalıklarla ilgili bir dizi damgalayıcı inanca ne kadar katıldıkları sorulur. Yirmi bir maddede oluşan 6'lı Likert tipi ölçeğin Türkçe uyarlaması Bilge ve Çam (2008) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin, Türkçe versiyonunda da desteklenen, üçlü faktör yapısı vardır (tedavi edilemezlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma, tehlike, utanç). Alt ölçeklerin alfa değerleri 0,69 ve 0,80 arasında değişirken tüm ölçeğin alfa değeri 0,82'dir. Bu çalışmada RHYİÖ sağlıklı kontrol örnekleminde yakınsak geçerliliğini ölçmek için kullanılmış, bu örneklemindeki alfa değeri tüm ölçek için 0,90; alt ölçekleri içinse 0,69 ila 0,87 olarak bulunmuştur.

Beck Depresyon Envanteri (BDE, Beck ve ark. 1961) 21 maddeden oluşan, depresyonu ölçmek için kullanılan bir ölçektir. Her bir maddenin puanı 0 ile 3 arasında değişmekte, katılımcılardan son bir haftadır kendilerini nasıl hissettikleri üzerinden değerlendirme yapmaları istenmektedir. Ölçek

Hisli (1988) tarafından Türkçeye uyarlanmış, MMPI'nin depresyon al ölçeğiyle korelasyonu 0,50 olarak belirtilmiştir. Bu çalışmada BDE sağlıklı kontrol örnekleminde ayırt edici geçerliliği ölçmek için kullanılmış, bu örneklemindeki alfa değeri 0,83 olarak tespit edilmiştir. Özellikle klinik örnekleminde ölçek sayısını ve soru sayısını sınırlamak amacıyla BDE sadece sağlıklı kontrol örnekleminde uygulanmıştır.

Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ, Ritsher ve ark. 2003) 29 maddelik 4'lü Likert tipi bir ölçek olup Türkçeye uyarlaması Ersoy ve Varan (2007) tarafından gerçekleştirilmiştir. Türkçe versiyonunda orijinalindeki beşli faktör yapının korunduğu bulunmuştur. Ölçeğin geçerliliğini kanıtlamak için yapılan çalışmalarda RHİDÖ ve RBSÖ, Kısa Semptom Envanteri ve BDE arasında anlamlı pozitif ilişkiler olduğu bulunmuştur. Bizim çalışmamızda RHİDÖ klinik örnekleminde yakınsak geçerliliğini ölçmek için kullanılmış ve bu örnekleminde alfa katsayısı 0,89 olarak bulunmuştur.

İşlem

Ölçeğin Türkçe uyarlamasını yapmadan önce, ölçeği geliştiren Link'ten elektronik posta yoluyla izin alınmıştır. ADA, Uluslararası Test Komisyonu'nun test uyarlama ilkeleri doğrultusunda (International Test Commission 2017), iki ayrı psikolog çevirmen tarafından bağımsız şekilde Türkçeye çevrilmiş, ardından üçüncü bir bağımsız psikolog çevirmen tarafından bu iki çeviri arasında uzlaşmaya gidilmiştir. Ortaya çıkan form psikiyatrik tanısı olan 3 bireye ve tanısı olmayan 6 bireye uygulanmış, gelen geribildirimler dikkate alınarak ölçeğe son hali verilmiştir. Uluslararası Test Komisyonu'nun ilkeleri arasında geri çeviri aşamasına yer verilmediğinden ölçeğin geri çevirisi yapılmamıştır.

Araştırma, Orta Doğu Teknik Üniversitesi Etik Kurulunca onaylanmıştır (2017-SOS-220, 2 Ocak 2018). Bahsi geçen tüm kurumlardan gerekli izinler ve katılımcıların bilgilendirilmiş onamları alındıktan sonra sağlıklı kontrol örneklemindeki katılımcılara Demografik Bilgi Formu, ADA, RBSÖ, PYAYÇDÖ, RHYİÖ ve BDE'den oluşan anket paketi verilmiş, klinik örneklemindeki katılımcılara da ADA, RBSÖ ve RHİDÖ'den oluşan anket paketi verilerek anketleri doldurmaları istenmiştir. Veri basılı formlar aracılığıyla toplanmıştır.

Verinin doğru girildiği kontrol edildikten sonra her madde için betimsel analizler ve frekanslar kullanılarak kayıp değerler belirlenmiş, kayıp değerlerin yerine seri ortalamaları konmuştur. Veri paketinde boş kalan sayfalar içinse seri ortalamaları kullanılmamıştır. Demografik değişkenlerle ölçeklerden elde edilen puanlar arasında bir ilişki olup olmadığını anlamak için bir dizi ANOVA ve korelasyon analizi gerçekleştirilmiştir. İç tutarlılığı test etmek için Cronbach alfa değerleri hesaplanmıştır. Sağlıklı kontrol örnekleminde yakınsak geçerliliğini test etmek için ADA ile PYAYÇDÖ ve RHYİÖ arasındaki

ayırt edici geçerliliği hesaplamak için ADA ile RBSÖ ve BDE arasındaki Pearson korelasyonları hesaplanmıştır. Klinik örnekleme ise yakınsak geçerliliğini test etmek için ADA ile RBSÖ ve RHİDÖ arasındaki Pearson korelasyonları hesaplanmıştır. Yapı geçerliliğini test etmek içinse açımlayıcı faktör analizi yapılmıştır. Oblimin eksen döndürme testi ile temel bileşenler analizi (principle axis factoring) yöntemi kullanılmıştır. Yapı geçerliliğini doğrulamak için ayrıca doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır. Doğrulayıcı faktör analizi dışındaki analizler için SPSS 20.0, doğrulayıcı faktör analizi için EQS 6.1 programları kullanılmıştır.

BULGULAR

Sağlıklı kontrol örnekleminde katılımcıların yaşları 18 ile 86 arasında değişirken ortalaması 44,90 (SS=14,74) olup

çoğunluğu (%64,83) üniversite mezunudur (Tablo 1). Klinik örnekleme ise katılımcıların yaşı 22 ile 71 arasında olup ortalama yaş 41,36'dır (SS=10,71). Klinik örnekleme katılımcıların çoğu erkeklerden (%78,82) ve şizofreni tanısı konulmuş (%69,41) bireylerden oluşmaktadır (Tablo 1).

Yapılan ANOVA ve korelasyon analizlerinde sağlıklı kontrol grubunda evli olanların ($O=0,73$; $SS=0,76$) bekar olanlara göre ($O=1,25$; $SS=1,51$), özgüvenlerinin daha yüksek olduğu (daha düşük RBSÖ puanı) bulunmuştur, $F(1, 136)=7,17$; $p<0,01$. Ayrıca, yaş ve ADA puanları arasında hem sağlıklı kontrol örnekleminde ($r=-0,22$; $p<0,01$) hem de klinik örnekleme ($r=0,24$; $p<0,05$) farklı yönlerde fakat anlamlı ilişki bulunmuştur. Bu bulgular doğrultusunda, korelasyon analizlerinde sağlıklı örnekleme medeni durum ve yaş, klinik örnekleme ise yaş değişkenleri kontrol edilmiştir. Son olarak,

Tablo 1. Demografik Bilgiler

	Sağlıklı Kontrol Örneklemi				Klinik Örnekleme			
	Ort.	SS	N	%	Ort.	SS	N	%
Yaş	44,90	14,74	143		41,36	10,71	85	
Hane Halkı Sayısı	3,04	1,14	143					
Hane geliri (TL/ay)	5570,36	2598,96	138					
Cinsiyet								
Erkek			69	48,25			67	78,82
Kadın			74	51,75			18	21,18
Medeni Durumu								
Bekâr			51	35,66			64	75,29
Evli			92	64,34			21	24,71
Eğitim Durumu								
İlkokul			1	0,69			14	16,47
Ortaokul			2	1,38			16	18,82
Lise			33	22,76			41	48,24
Üniversite Lisans			94	64,83			14	16,47
Yüksek Lisans			13	8,97				
Doktora			2	1,38				
Çalıştı (son bir yılda)								
Evet			92	65,25			14	16,47
Hayır			13	9,22			53	62,35
Emekli			36	25,53			16	18,82
Hastaneye yattı								
Evet							74	87,06
Hayır							11	12,94
Tanı								
Şizofreni							59	69,41
Şizoafektif Bozukluk							5	5,88
Bipolar Bozukluk							11	12,94
Kronik Psikotik Bozukluk (Tanımlanmamış)							6	7,06
Tanı Bilinmiyor							4	4,71

klirik 6rneklemde, ADA puanları ile ilk tanı konduktan sonraki süre ve son hastane yatışından sonraki süre arasındaki korelasyonlar incelenmiş, anlamlı ilişkiler bulunmamıştır.

Sağlıklı kontrol örnekleminde Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) testi sonucu 0,73 çıkmış, Bartlett testi anlamlı bulunmuştur, $\chi^2(78)=444,30$; $p<0,001$. Bu sonuçlar ADA'nın faktör analizine uygun olduğunu göstermiştir. Analiz sonucu özdeğerleri 3,54; 1,98; 1,19 ve 1,01 olan dört faktörlü bir yapı ile toplam varyansın %59,46'sı açıklanmıştır. Interian ve arkadaşları da (2010) ADA'nın faktör yapısını klinik örnekleme incelemişler, pozitif ve negatif ifadele maddelerden oluşan iki faktörlü bir yapı bulmuşlardır. Hem Interian ve arkadaşlarının bulguları hem de yamaç birikinti grafiği (scree plot) eğim noktası göz önünde bulundurularak iki faktörlü yapı esas alınmıştır. Faktör analizi iki faktörlü yapıyla tekrarlandığında toplam varyansın %42,48'ini açıklanmıştır. Benzer bir şekilde, klinik örnekleme de KMO testi sonucu 0,74 çıkmış, Bartlett testi anlamlı bulunmuş $\chi^2(78)=308,60$; $p<0,001$ ve ADA'nın faktör analizine uygun olduğu görülmüştür. Analiz sonucu özdeğerleri 3,77; 2,20; 1,23 ve 1,01 olan dört faktörlü bir yapı ile toplam varyansın %63'ü açıklanmıştır. Fakat yine daha önceki çalışmalar (Örn., Interian ve ark. 2010) ve yamaç birikinti grafiği eğim noktası göz önünde bulundurularak iki faktörlü yapı esas alınmıştır. Faktör analizi iki faktörlü yapıyla tekrarlandığında toplam varyansın

%45,88'ini açıklanmıştır. Bu yapıya göre ADA'nın pozitif (madde 1, 2, 3, 4, 8 ve 10) ve negatif (madde 5, 6, 7, 9, 11, 12 ve 13) ifadele maddeleri ayrı faktörlerde gruplanmıştır (Tablo 2). Alt faktörlere Interian ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında ifade edilen isimler konmuştur. Pozitif ifadelerden oluşan faktöre *Algılanan Kabul ve Olumsuz Olmayan Değerlendirme* (KOOD) ve negatif ifadelerden oluşan faktöre *de Algılanan Ayrımcılık ve Olumsuz Değerlendirme* (AOD) isimleri verilmiştir.

Yapılan doğrulayıcı faktör analizi her iki örnekleme de iki faktörlü yapıyı doğrulamıştır. Bu analizlerde, sağlıklı kontrol örnekleminde madde 2 ve 3, madde 2 ve 8, madde 6 ve 11, madde 9 ve 12'nin; klinik örnekleme ise madde 2 ve 8'in hata terimlerinin arasına kovaryans eklenmiştir. Her bir değişiklik ayrı ayrı yapılmış, her bir değişiklikten sonra model anlamlı bir şekilde iyileşmiştir. Genel toplum örnekleminde verimodel uyumu iyi bulunmuş (*Satorra-Bentler* $\chi^2(60)=70,80$; $p>0,05$; CFI=0,96; RMSEA=0,04; CI [0,00; 0,07]), klinik örnekleme de kabul edilebilir bulunmuştur (*Satorra-Bentler* $\chi^2(63)=75,96$; $p>0,05$; CFI=0,93; RMSEA=0,05; CI [0,00; 0,09]). Hem AFA hem de DFA analizlerinde iki faktörlü yapı elde edilmiş olsa da bu yapı maddelerin ifade şekline, yani pozitif veya negatif cümleler olmalarından kaynaklandığından, bundan sonraki analizler ADA'nın alt ölçek puanlarıyla değil toplam puanlarıyla hesaplanmıştır.

Tablo 2. ADA'nın Sağlıklı Kontrol Örnekleminde (n = 144) ve Klinik Örnekleme (n = 85) Faktör Yapısı

ADA Maddeleri	Faktör	
	Algılanan Ayrımcılık ve Olumsuz Değerlendirme	Algılanan Kabul ve Olumsuz Olmayan Değerlendirme
11. Çoğu genç kadın ciddi bir ruhsal hastalıktan dolayı hastanede yatmış bir adamla romantik ilişki yaşama konusunda isteksiz olur.	,72 (SKÖ) ,68 (KÖ)	
13. Çoğu kişi ciddi bir ruhsal hastalık sebebiyle hastanede yatmış birinin tehlikeli ve öngörülemez olduğunu düşünür.	,63 (SKÖ) ,72 (KÖ)	
12. Çoğu kişi psikiyatri hastanesinde yatmış olduğunu öğrendikleri kişinin görüşlerini daha az ciddiye alır.	,60 (SKÖ) ,45 (KÖ)	
9. Çoğu işveren ruhsal hastalığından dolayı hastanede yatmış birini işe almak yerine başka bir adayı tercih eder.	,59 (SKÖ) ,49 (KÖ)	
7. Çoğu kişi psikiyatri hastanesine girmiş biriyle ilgili olumsuz düşünür.	,55 (SKÖ) ,59 (KÖ)	
6. Çoğu kişi ciddi bir ruhsal hastalık sebebiyle hastanede yatmış olan birini, bir süredir iyi durumda olsa bile, çocuklarına bakıcı olarak işe almaz.	,41 (SKÖ) ,53 (KÖ)	
5. Çoğu kişi psikiyatri hastanesine girmenin kişisel bir başarısızlık olduğuna inanır.	,35 (SKÖ) ,48 (KÖ)	
3. Çoğu kişi psikiyatri hastanesinde yatmış birinin ortalama bir insan kadar güvenilir olduğuna inanır.		,72 (SKÖ) -,81 (KÖ)
2. Çoğu kişi psikiyatri hastanesinde tedavi görmüş birinin ortalama biri kadar zeki olduğuna inanır.		,68 (SKÖ) -,64 (KÖ)
4. Çoğu kişi geçirdiği ciddi ruhsal hastalıktan tamamen kurtulmuş olan birinin devlet okulunda küçük çocuklara öğretmenlik yapmasını kabul eder.		,57 (SKÖ) -,55 (KÖ)
1. Çoğu kişi önceden ciddi bir ruhsal hastalık geçirmiş biriyle yakın arkadaş olmayı kabul eder.		,52 (SKÖ) -,62 (KÖ)
10. Benim çevremdeki çoğu kişi herkese nasıl davranıyorsa, ruhsal bir hastalık sebebiyle hastanede yatmış birine de aynı şekilde davranır.		,40 (SKÖ) -,49 (KÖ)
8. Çoğu işveren ruhsal hastalık sebebiyle hastanede yatmış birini, eğer o iş için yeterli beceriye sahipse işe alır.		,38 (SKÖ) -,50 (KÖ)

Not: SKÖ: Sağlıklı kontrol örnekleme, KÖ: Klinik örnekleme

Tablo 3. Sağlıklı Kontrol Örnekleminde ADA ve Diğer Ölçekler Arasındaki Korelasyon

Ölçekler	ADA	ADA-AOD	ADA-KOOD	RHYİÖ	RHYİÖ-İKİB	RHYİÖ-T	RHYİÖ-U	RBSÖ	PYAYÇDÖ	BDE
ADA	-									
ADA-AOD	,83***	-								
ADA-KOOD	,76***	,28***	-							
RHYİÖ	,30***	,27***	,20*	-						
RHYİÖ-İKİB	,31***	,30***	,20*	,94***	-					
RHYİÖ-T	,25**	,22**	,18*	,86***	,65***	-				
RHYİÖ-U	,19**	,11	,21*	,55***	,42***	,44***	-			
RBSÖ	,04	,12	-,06	,03	,05	-,04	-,05	-		
PYAYÇDÖ	,12	,08	,12	,23**	,27**	,11	,14	,17	-	
BDE	,24**	,17*	,22*	,11	,12	,06	,07	,47***	,20*	-

Not 1. *p<,05 (2-uçlu), ** p<,01 (2-uçlu), *** p<,001 (2-uçlu).

Not 2. Yaş ve medeni durum değişkenleri kontrol edilmiştir.

Not 3. ADA: Algılanan Değersizleştirme-Ayrımcılık Ölçeği, ADA-AOD: ADA Algılanan Ayrımcılık ve Olumsuz Değerlendirme Alt Ölçeği, ADA-KOOD: ADA Algılanan Kabul ve Olumsuz-Olmayan Değerlendirme Alt Ölçeği, RHYİÖ: Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlar Ölçeği, RHYİÖ-İKİB: RHYİÖ: İyileşememe ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma Alt Ölçeği, RHYİÖ-T: RHYİÖ Tehlikeli Alt Ölçeği, RHYİÖ-S: RHYİÖ Utanç Alt Ölçeği, RBSÖ: Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği, PYAYÇDÖ: Psikolojik Yardım Almada Yakın Çevre Damgalaması Ölçeği, BDE: Beck Depresyon Envanteri.

ADA'nın iç tutarlılık değerleri Cronbach alfa katsayısı ile test edilmiş, alfa değerleri sağlıklı kontrol ve klinik örneklerde sırasıyla 0,76 ve 0,79 olarak bulunmuştur. Sağlıklı kontrol örnekleminde AOD alt ölçeğinin Cronbach alfa katsayısı 0,74 iken, KOOD alt ölçeğinin alfa değeri 0,72 olarak tespit edilmiştir. Klinik örnekleminde ise AOD için Cronbach alfa katsayısı 0,76 ve KOOD için alfa katsayısı 0,77 olarak belirlenmiştir.

Klinik örnekleminde yapılan yakınsak geçerlilik analizleri sonucunda ADA ve RHİDÖ arasında pozitif ve güçlü bir korelasyon ($r=0,51$; $p<0,001$), ayrıca ADA ve RBSÖ arasında da pozitif ve orta büyüklükte bir korelasyon bulunmuştur ($r=0,34$; $p<0,01$). Buna göre, yüksek ADA puanları yüksek içselleştirilmiş damgalama ve düşük benlik saygısı ile ilişkilidir. Sonuç olarak klinik örneklem çalışmasındaki hipotezlerin tümü desteklenmiştir.

Öte yandan sağlıklı kontrol örnekleminde yapılan yakınsak ve ayırt edici geçerlilik analizlerinde birtakım hipotezler

desteklenirken (H2, H6b), diğer iki hipotez (H3, H7) ise desteklenmemiştir. İlk olarak beklenildiği gibi sağlıklı kontrol örnekleminde ADA ve RHYİÖ arasında pozitif ve orta büyüklükte bir ilişki bulunmuştur ($r=0,30$; $p<0,001$), yani ADA ile ruhsal hastalıklara dair inançlar arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur. Yine beklenildiği gibi, hipotezi (H6b) doğrular şekilde sağlıklı kontrol örnekleminde algılanan damgalama (ADA) ile benlik saygısı (RBSÖ) arasında ($r=0,04$; $p>0,05$) bir ilişki bulunmamıştır. Bunlar ADA'nın sağlıklı kontrol örnekleminde yakınsak ve ayırt edici geçerlilik kanıtları olarak hipotezleri desteklemiştir. Ancak, beklenilenin aksine, ADA ile PYAYÇDÖ arasında bir ilişki çıkmamıştır ($r=0,12$; $p>0,05$), yani algılanan damgalama ile psikolojik yardım almaya dair yakın çevre damgalaması arasında bir ilişki bulunamamış ve üçüncü hipotez reddedilmiştir. Yine beklenenin aksine (H7), ADA ve BDE arasında anlamlı bir korelasyon ($r=0,24$; $p<0,01$) bulunmuştur, yani sağlıklı örnekleminde algılanan damgalama ile depresyon puanları arasında bir ilişki olması beklenmezken

Tablo 4. Klinik Örnekleminde ADA ve Diğer Ölçekler Arasındaki Korelasyon

Ölçekler	ADA	ADA-AOD	ADA-KOOD	RBSÖ	RHİDÖ	RHİDÖ-Y	RHİDÖK-YO	RHİDÖ-AD	RHİDÖ-Sİ	RHİDÖ-DD
ADA	-									
ADA-AOD	,82***	-								
ADA-KOOD	,80***	,30**	-							
RBSÖ	,34**	,20	,35***	-						
RHİDÖ	,51***	,57***	,25*	,40***	-					
RHİDÖ-Y	,58***	,64***	,28*	,42***	,87***	-				
RHİDÖ-KYO	,23*	,34**	,03	,17	,75***	,59***	-			
RHİDÖ-AD	,41***	,54***	,12	,24*	,83***	,64***	,59***	-		
RHİDÖ-Sİ	,37***	,49***	,11	,34**	,86***	,67***	,58***	,70***	-	
RHİDÖ-DD	,30**	,02	,47***	,28*	,36***	,24*	,01	,13	,15	-

Not 1. * p<,05 (2-uçlu), ** p<,01 (2-uçlu), *** p<,001 (2-uçlu).

Not 2. Yaş kontrol edilmiştir.

Not 3. ADA: Algılanan Değersizleştirme-Ayrımcılık Ölçeği, ADA-AOD: ADA Algılanan Ayrımcılık ve Olumsuz Değerlendirme Alt Ölçeği, ADA-KOOD: ADA Algılanan Kabul ve Olumsuz-Olmayan Değerlendirme Alt Ölçeği, RBSÖ: Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği, RHİDÖ: Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği, RHİDÖ-Y: RHİDÖ Yabancılaşma Alt Ölçeği, RHİDÖ-KYO: RHİDÖ Kalıp Yargı Onaylama Alt Ölçeği, RHİDÖ-AD: RHİDÖ Ayrımcılık Deneyimi Alt Ölçeği, RHİDÖ-Sİ: RHİDÖ Sosyal İçe çekilme Alt Ölçeği, RHİDÖ-DD: RHİDÖ Damgalama Direnci Alt Ölçeği.

istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Sonuç olarak, ADA'nın sağlıklı kontrol örnekleminde yakınsak ve ayırt edici geçerliliği kısmi destek bulmuştur.

TARTIŞMA

Bu araştırmanın amacı, Algılanan Değersizleştirme ve Ayrımcılık (ADA) ölçeğinin Türkçe uyarlamasını yaparak psikometrik özelliklerini klinik ve sağlıklı kontrol örneklemelerinde test etmektir. Yapılan analizler sonucunda ADA'nın iç tutarlılık katsayısının literatürde kabul gören eşik olan 0,70'in üzerinde olduğu, dolayısıyla klinik ve sağlıklı kontrol örneklemelerinde güvenilir bir ölçüm aracı olduğu ortaya konmuştur. Yapılan açımlayıcı faktör analizi sonucunda, ADA'nın alan yazında kabul gören istatistiksel değerlerde (Matsunaga 2010) iki faktörlü yapıyı desteklediği bulunmuştur. Bu durum ADA'nın her iki örnekleme de yapı geçerliliğini destekleyici bir kanıt olarak değerlendirilmiştir.

Yakınsak ve ayırt edici geçerliliği incelendiğinde ise ADA'nın klinik örnekleme yakınsak geçerliliği için güçlü kanıtlar bulunmuştur. Sağlıklı kontrol örnekleminde ise kısmi yakınsak ve ayırt edici geçerliliği kanıtı bulunmuştur. ADA ile ruhsal hastalıklara dair inançlar arasındaki ilişki yakınsak geçerliliğini desteklerken, ADA ile psikolojik yardım almaya dair yakın çevre damgalaması arasında ilişki bulunmaması yakınsak geçerliliğini destekleyememiştir. ADA ile benlik saygısı arasında sağlıklı kontrol örnekleminde bir ilişki bulunmaması ADA'nın ayırt edici geçerliliğin desteklerken, ADA ile BDE arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunması ADA'nın sağlıklı kontrol örnekleminde ayırt edici geçerliliğini destekleyememiştir.

Sağlıklı kontrol örnekleminde BDE ile ADA arasındaki anlamlı korelasyon açıklanmaya ihtiyaç duymaktadır. Çünkü Değiştirilmiş Etiketleme Teorisi'ne (DET) göre sağlıklı bireylerde ADA ile olumsuz psikolojik sonuçlar arasında bir ilişki bulunmamaktadır, oysa ADA ile depresyon skorları arasında bir ilişki bulunmuştur. Geçmişte Link (1987) ADA ile içerisinde bir takım depresyon belirtilerinin de ölçüldüğü demoralizasyon ölçeği (Dohrenwend ve ark. 1980) arasında, sağlıklı kontrol örnekleminde bir ilişki bulunmadığını bildirmiştir. Ancak daha sonra yapılan bir inceleme demoralizasyonun depresyondan daha farklı bir klinik durum olduğunu ortaya koymuştur (Técuta ve ark. 2015). Bu nedenle, ADA ile BDE arasındaki sağlıklı kontrol örnekleminde bulunan korelasyon, Link (1987) tarafından bildirilen bulgu ile tümüyle çelişmemektedir. ADA ile BDE arasındaki korelasyon, depresyonla ilişkilendirilen olumsuz bilişsel süreçlere yatkın olma sonucu ADA sorularının yanıtlanmasındaki bir yanlılık haliyle açıklanabilir (Gotlib ve Joorman 2010).

Bu çalışmada şaşırtıcı bir diğer sonuç olan ADA ile PYAYÇDÖ arasında sağlıklı kontrol örnekleminde bir ilişki bulunmayışı ise örneklem özellikleri ile bağlantılı olabilir. Özellikle Vogel

ve arkadaşlarının (2009) ADA ile PYAYÇDÖ arasında anlamlı bir pozitif korelasyon bildirdiği çalışmadaki örneklem incelendiğinde, katılımcıların üniversite öğrencilerinden oluştuğu görülür. Şimdiki çalışmadaki sağlıklı kontrol örnekleminin ise yaş ortalaması 44,90 olup, Vogel ve arkadaşlarının yaptığı çalışmadaki örneklemden çok farklı bir yaş grubunu temsil etmektedir. Ayrıca, çalışmamızda sağlıklı kontrol örnekleminde araştırmacının kişisel bağlantıları üzerinden, uygun örnekleme yöntemi ile ulaşılmıştır. Bu nedenle, örneklemin genel sağlıklı toplumu temsil etme niteliği azalmış olabileceği gibi, sonuçların genellenebilirliği de etkilenmiş olabilir.

Sonuç olarak, geçerlilik ve güvenilirlik testlerinde ADA ölçeği için klinik örnekleme güçlü kanıtlar ortaya konmuş, sağlıklı kontrol örnekleminde ise güçlü güvenilirlik kanıtları ve kısmi geçerlilik kanıtları bulunmuştur. Öte yandan bu çalışmanın birtakım eksiklikleri de mevcuttur. Sağlıklı kontrol örnekleminde çok sayıda üniversite mezunu olması, klinik örnekleme de çok sayıda şizofreni/psikotik spektrumda tanı konulmuş erkek katılımcıların olması örneklemlerde kısmen homojen özellikler oluşturmaktadır. Bu durum ve muhtemel bir sosyal beğenilme etkisi analizlerde ortaya konan ilişkilerin gerçek büyüklüğünü maskeleyebilir. Gelecek çalışmalarda sosyal beğenilme etkisinin kontrol edilmesi önerilmektedir. Ayrıca, test-tekrar test güvenilirliği incelenememiş ve klinik örnekleme hastalar, kendi tanılarına dair beyanlarına dayanarak çalışmaya dâhil edilmişlerdir. İleride yapılacak çalışmaların test-tekrar test güvenilirliğini de incelemeleri ve klinik örnekleme hastaların tanılarını doğrulayıcı değerlendirmelerin yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Angermeyer MC, Matschinger H, Carta MG ve ark. (2014) Changes in the perception of mental illness stigma in Germany over the last two decades. *Eur Psychiatry* 29: 390-5.
- Bağ B, Ekinci M (2005) Sağlık personelinin ruhsal sorunları olan bireylere yönelik tutumlarının araştırılması. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi* 3: 107-27.
- Bağ B, Ekinci M (2006) Ruhsal Sorunlu Bireylere Yönelik Toplum Tutumları Ölçeğinin (RSTTÖ) Türk toplumunda geçerlilik ve güvenilirliğinin değerlendirilmesi. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi* 5: 63-83.
- Beck AT, Ward CH, Mendelson M ve ark. (1961) An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 4: 561-71.
- Bilge A, Çam O (2008) Ruhsal hastalığa yönelik inançlar ölçeğinin geçerliliği ve güvenilirliği. *Anadolu Psikiyatri Derg* 9: 91-6.
- Björkman T, Svensson B, Lundberg B (2007) Devaluation and Discrimination Scale-Swedish Version. *PsycTESTS Dataset*.
- Brohan E, Elgie R, Sartorius N ve ark. (2010) Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with schizophrenia in 14 European countries: The GAMIAN-Europe study. *Schizophr Res* 122: 232-8.
- Crocker J, Major B, Steele C (1998) Social stigma. In S. Fiske, D. Gilbert, & G. Lindzey (Eds.), *Handbook of social psychology* (pp. 504-553). Boston: McGraw-Hill.
- Corrigan PW (2000) Mental health stigma as social attribution: Implications for research methods and attitude change. *Clin Psychol* 7: 48-67.
- Çam OT, Bilge AT (2013) Türkiye'de ruhsal hastalığa / hastaya yönelik inanç, tutum ve damgalama süreci: Sistematik derleme. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 4: 91-101.

- Çuhadaroğlu Ö (1986) Adölesanlarda benlik saygısı. (Yayınlanmamış Doktora Tezi). Hacettepe Üniversitesi, Ankara, Türkiye.
- Doğanavargil-Baysal GÖ, Özkan Ç, Gökmen Z (2013) Duygudurum bozukluklarında içselleştirilmiş damgalanma, bilişsel işlevler ve işlevsellik. Çukurova Medical Journal, 38: 390-402.
- Dohrenwend BP, Shrout PE, Egri G ve ark. (1980) Nonspecific psychological distress and other dimensions of psychopathology. Arch Gen Psychiatry 37: 1229-36.
- Drapalski AL, Lucksted A, Perrin PB ve ark. (2013) A model of internalized stigma and its effects on people with mental illness. Psychiatr Serv 64: 264-9.
- Ersoy MA, Varan A (2007) Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği Türkçe Formu'nun güvenilirlik ve geçerlik çalışması. Turk Psikiyatri Derg 18: 163-71.
- Fung KM, Tsang HW, Chan F (2010) Self-stigma, stages of change and psychosocial treatment adherence among Chinese people with schizophrenia: A path analysis. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 45: 561-8.
- Goffman E (1963) Stigma: Notes on the management of spoiled identity. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, s. 3.
- Gotlib IH, Joormann J (2010) Cognition and Depression: Current Status and Future Directions. Annu Rev Clin Psychol 6: 285-312.
- Hinshaw SP, Cicchetti D (2000) Stigma and mental disorder: Conceptions of illness, public attitudes, personal disclosure, and social policy. Dev Psychopathol 12: 555-98.
- Hirai M, Clum GA (2000) Development, reliability, and validity of the Beliefs Toward Mental Illness Scale. J Psychopathol Behav Assess 22: 221-36.
- Hisli N (1988) A study on the validity of Beck Depression Inventory. Turkish Journal of Psychology 6: 118-123.
- Interian A, Ang A, Gara M ve ark. (2010). Stigma and Depression Treatment Utilization Among Latinos: Utility of Four Stigma Measures. Psychiatr Serv 61: 373-9.
- International Test Commission (2017) The ITC Guidelines for Translating and Adapting Tests (2nd ed.). Retrieved February 20, 2019 from https://www.intestcom.org/files/guideline_test_adaptation_2ed.pdf.
- Kleim B, Vauth R, Adam G ve ark. (2008) Perceived stigma predicts low self-efficacy and poor coping in schizophrenia. J Ment Health 17: 482-91.
- Komiya N, Good GE, Sherrod NB (2000) Emotional openness as a predictor of college students' attitudes toward seeking psychological help. J Couns Psychol 47: 138-43.
- Link BG (1987) Understanding labeling effects in the area of mental disorders: An assessment of the effects of expectations of rejection. Am Sociol Rev 52: 96-112.
- Link BG, Cullen FT (1983) Reconsidering the social rejection of ex-mental patients: Levels of attitudinal response. Am J Community Psychol 11: 261-73.
- Link BG, Cullen FT, Struening E ve ark. (1989) A Modified Labeling Theory approach to mental disorders: An empirical assessment. Am Sociol Rev 54: 400-23.
- Link BG, Struening EL, Neese-todd S ve ark. (2002) On describing and seeking to change the experience of stigma. Am J Psychiatr Rehabil 6: 201-31.
- Link BG, Struening EL, Rahav M ve ark. (1997) On stigma and its consequences: Evidence from a longitudinal study of men with dual diagnoses of mental illness and substance abuse. J Health Soc Behav 38: 177-90.
- Link BG, Yang LH, Phelan JC ve ark. (2004) Measuring mental illness stigma. Schizophr Bull 30: 511-41.
- Livingston JD, Boyd JE (2010) Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. Soc Sci & Med 71: 2150-61.
- Major B, O'Brien LT (2005) The social psychology of stigma. Annu Rev Psychol 56: 393-421.
- Matsunaga M (2010) How to factor-analyze your data right: do's, don'ts, and how-to's. Int J Psychol Res 3: 97-110.
- Pachankis JE, Hatzenbuehler ML, Wang K ve ark. (2018) The burden of stigma on health and well-being: A taxonomy of concealment, course, disruptiveness, aesthetics, origin, and peril across 93 stigmas. Pers Soc Psychol Bull 44: 451-74.
- Pescosolido BA (2013) The public stigma of mental illness: What do we think; what do we know; what can we prove? J Health Soc Behav 54: 1-21.
- Ritsher JB, Otilingam PG, Grajales M (2003) Internalized stigma of mental illness: Psychometric properties of a new measure. Psychiatr Res 121: 31-49.
- Rosenberg M (1965) Society and the adolescent: Self-image. Princeton: Princeton University Press, ss. 305-19.
- Rosenfield S (1997) Labeling mental illness: The effects of received services and perceived stigma on life satisfaction. Am Sociol Rev 62: 660.
- Saillard ET (2010) Ruhsal hastalara yönelik damgalanmaya ilişkin psikiyatrist görüşleri ve öneriler. Turk Psikiyatri Derg 21: 14-24.
- Sarıkoç G, Öz F (2015) The effects and stigma of mental illness in Turkey. Community Mental Health Journal, 52(3), 353-360.doi:10.1007/s10597-015-9960-7
- Schomerus G, Matschinger H, Kenzin D ve ark. (2006) Public attitudes towards mental patients: a comparison between Novosibirsk, Bratislava and German cities. Eur Psychiatry 21: 436-41.
- Schomerus G, Schwahn C, Holzinger A ve ark. (2012) Evolution of public attitudes about mental illness: A systematic review and meta-analysis. Acta Psychiatr Scand 125: 440-52.
- Sezer S, Kezer, F (2013) Psikolojik Yardım Aramada Yakın Çevre Damgalaması Ölçeği'nin bir Türk örnekleminde geçerlik ve güvenilirliği. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi 46: 181-201.
- Sirey JA, Bruce ML, Alexopoulos GS ve ark. (2001) Perceived stigma as a predictor of treatment discontinuation in young and older outpatients with depression. Am J Psychiatry 158: 479-81.
- Stuart H (2016) Reducing the stigma of mental illness. Global mental health (Cambridge, England), 3, e17.
- Taşkın EO (2007) Türkiye'de ruhsal hastalıklara yönelik tutumlar ve damgalama. EO Taşkın (Ed.), Stigma Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumlar ve Damgalama (pp. 255-278). İzmir, Türkiye: Meta Basım Matbaacılık.
- Taşkın EO, Seyfe-Şen F, Aydemir Ö ve ark. (2003) Public attitudes to schizophrenia in rural Turkey. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 38: 586-92.
- Taylor SM, Dear MJ (1981) Scaling community attitudes toward the mentally ill. Schizophr Bull 7: 225-40.
- Tecuta L, Tomba E, Grandi S ve ark. (2015) Demoralization: a systematic review on its clinical characterization. Psychol Med 45: 673-91.
- Topkaya N (2011) Psikolojik yardım alma niyetinin sosyal damgalanma, tedavi korkusu, beklenen yarar, beklenen risk ve tutum faktörleriyle modellenmesi (Yayınlanmamış doktora tezi). Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.
- Ünal S, Hisar F, Çelik B ve ark. (2010) Üniversite öğrencilerinin ruhsal hastalığa yönelik inançları. Dusunen Adam 23:145-50.
- Vogel DL, Wade NG, Ascherman PL (2009) Measuring perceptions of stigmatization by others for seeking. Psychological help: Reliability and validity of a new stigma scale with college students. J Couns Psychol 56: 301-8.
- Wright ER, Gronfein WP, Owens TJ (2000) Deinstitutionalization, social rejection, and the self-esteem of former mental patients. J Health Soc Behav 41: 68.
- Yanos PT, Roe D, Lysaker PH (2010) The impact of illness identity on recovery from severe mental illness. Am J Psychiatr Rehabil 13: 73-93.
- Yıldız M, İncedere A, Kiras F ve ark. (2018b) Development of Self-Stigma Inventory for Families of the patients with schizophrenia (SSI-F): Validity and reliability study. Psychiatry and Clinical Psychopharmacology, 1-9.
- Yıldız M, Kiras F, İncedere A ve ark. (2018a) Development of Self-Stigma Inventory for Patients with schizophrenia (SSI-P): Reliability and validity study. Psychiatry and Clinical Psychopharmacology, 1-10.
- Yüksel C, Bingöl F, Oflaz F (2013) 'Stigma: the cul-de-sac of the double bind' the perspective of Türkiye; a phenomenological study. J Psychiatr Ment Health Nurs 21: 667-78.
- Zieger A, Mungee A, Schomerus G ve ark. (2016) Perceived stigma of mental illness: A comparison between two metropolitan cities in India. Indian J Psychiatry 58: 432-37.