

## Pandeminin birinci yılında (2020-2021) COVID-19 hastalığı geçirenlerin damgalanma algısı: Türkiye örneği

*Stigma perception of those who had COVID-19 in the first year of the pandemic (2020-2021): The case of Turkey*

Ömer Erdoğan<sup>1</sup> ve Mutluhan Ersoy<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Dr. Öğr. Üyesi, Kastamonu Ün., Kastamonu-Türkiye, e-mail: oerdogan@kastamonu.edu.tr, ORCID:<https://orcid.org/0000-0003-2138-3066>

<sup>2</sup>Dr. Öğr. Üyesi, Kastamonu Ün., Kastamonu-Türkiye, e-mail: mersyo@kastamonu.edu.tr, ORCID:<https://orcid.org/0000-0003-1674-252X>

Makale Bilgisi	Öz
<p><b>Araştırma Makalesi</b></p> <p>Gönderilme: 15 Şubat 2022 Düzeltilme: 19 Nisan 2022 Kabul: 24 Nisan 2022</p> <p><b>Anahtar kelimeler:</b> Damgalanma, COVID-19, Pandemi, Sosyal dışlanma, Enfeksiyon hastalığı</p>	<p>Çalışmanın temel amacı, COVID-19 hastalığı olan ve pandemiyi henüz aşı geliştirilmediği ilk yılında iyileşenlerin damgalanma deneyimlerini ve bunun depresyon ve anksiyeteye ilişkisini araştırmaktır. Çalışma iki bölüm halinde gerçekleştirilmiş olup, birinci aşama COVID-19 hastalığı olan ve iyileşme süresi en az bir ay olan 1227 kişiye COVID-19 Stigma Ölçeği ve Hastane Kaygı ve Depresyon Ölçeği kullanılarak nicel yöntemle gerçekleştirildi. İkinci aşama, yaşam deneyimleriyle damgalanmayı ortaya çıkarmak amacıyla 50 katılımcı ile nitel görüşmelerle gerçekleştirilmiştir. Elde edilen verilerin analiz sonuçları neticesinde COVID-19 hastalığı geçirenler arasında damgalanma algısının yüksek olduğu bulunmuştur. En yüksek düzeyde damgalanma 60 yaş ve üzerindeki katılımcılar arasında görüldükçe, eğitim düzeyi yükseldikçe damgalanma algısının düştüğü ve iyileşme süresi arttıkça damgalanma algısının da arttığı bulunmuştur. Ayrıca damgalanma düzeyi arttıkça katılımcıların depresyon ve kaygı düzeyleri artmaktadır. Nitel görüşmelerde katılımcıların COVID-19 hastalığı geçirmeden önce, hastalık sürecinde ve iyileştikten sonra hastalığa ilişkin duygu, düşünce ve damgalanma algılarına ilişkin temalar ele alınmıştır. Hastalık sürecinde ve sonrasında en çok yaşanan duygu korku ve kaygı duyguları olurken hastalık sonrasında katılımcıların yakın sosyal çevrelerine ilişkin damgalanma yaşadıkları ve bunun onları sarstığı ifade edilmiştir.</p>
Article Info	Abstract
<p><b>Research Article</b></p> <p>Received: 15 February 2022 Revised: 19 April 2022 Accepted: 24 April 2022</p> <p><b>Keywords:</b> Stigma, COVID-19, Pandemic, Social exclusion, Infectious disease</p>	<p>The main purpose of the study is to investigate the experiences of stigma and its relationship with depression and anxiety in those with COVID-19 who recovered in the first year of the pandemic, when the vaccine was not developed yet. The study was carried out in two parts, and it was carried out with the quantitative method using the COVID-19 Stigma Scale and the Hospital Anxiety and Depression Scale to 1227 people with first stage COVID-19 disease and a recovery period of at least one month. The second stage was conducted with qualitative interviews with 50 participants in order to reveal the stigma with their life experiences. The results of the analysis of the data obtained showed that the perception of stigma was high among those who had COVID-19 disease. While the highest level of stigma perception was seen among the participants aged 60 and over, it was found that the perception of stigma decreased as the education increased, and the perception of stigma increased as the recovery time increased. In addition, as the level of stigma perception increases, both the depression and anxiety levels of the participants increase. In the qualitative interviews, themes related to the participants' feelings, thoughts and stigmatization perceptions regarding the disease were discussed before they contracted the COVID-19 disease, during the disease process and after recovery. While the most experienced emotions during and after the illness were feelings of fear and anxiety, it was stated that the participants experienced stigma in their immediate social environment after the illness and this shook them.</p>

\* Bu çalışmanın Etik Kurul Onayı, 25.12.2020 tarih ve 65 sayılı karar ile Kastamonu Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler, Bilimsel Araştırmalar ve Yayın Etiği Kurulu'ndan alınmıştır. Tüm sorumluluk yazara aittir.

**Kaynak göster:** Erdoğan, Ö. & Ersoy, M. (2022). Pandeminin birinci yılında (2020-2021) COVID-19 hastalığı geçirenlerin damgalanma algısı: Türkiye örneği. *International Journal of Social Sciences and Education Research*, 8 (2), 165-183. DOI: <https://doi.org/10.24289/ijsser.1073759>

## 1. Giriş

30 Ocak 2020'de DSÖ, Çin'in Hubei Eyaleti'ne bağlı Wuhan'da görülen koronavirüs hastalığını (COVID-19) altıncı "Uluslararası Önem Arz Eden Halk Sağlığı Acil Durumu" olarak ilan ederken, 11 Mart 2020'de pandemiye bir salgın olarak tanımlamıştır. Kişiden kişiye bulaşma zincirleri, nispeten uzun kuluçka süresi ve bazı asemptomatik vakaların varlığı, halk arasında virüsün son derece bulaşıcı, ölümcül ve kontrol edilemez olduğu konusunda büyük korkuyu tetiklemiştir (Tian vd., 2020; Lin 2020). Diğer koşullarla karşılaştırıldığında bulaşıcı hastalığın karakteristik doğası korkudur. Ne yazık ki korku, hastalığın kendisinin verdiği zararı artırabilir. Çünkü hastalığın, herhangi bir hijyenik önlem olmaksızın son derece yüksek bulaşma oranı ve nispeten yüksek ölüm oranına sahip olması, bazı durumlarda damgalama, ayrımcılık ve önyargı gibi diğer psiko-sosyal sonuçlara neden olabilmektedir (Pappas vd., 2009; Lin 2020).

Antik Yunanda, köleleri ve suçluları 'istenmeyen' kişiler olarak göstermek için işaretleme uygulamasına atıfta bulunan ve kişiyi suçlu, hain veya köle olarak damgalayan kalıcı bir işaret olarak kullanılan damgalama terimi, Goffman (1963: 3) tarafından genellikle istenmeyen bir bireyi veya bir grubu diğerlerinden ayıran bir özellik veya nitelik olarak tanımlanmıştır (Goffman, 1963; Gilbert vd., 1998). Goffman'a göre damgalama, sapkın özelliğe sahip bir bireyin genel olarak değer kaybetmesi süreci olup, bireyin gerçek sosyal kimliğinin toplumun sahip olması gereken niteliklere ilişkin normatif beklentilerini karşılamadığında ortaya çıkar (s. 11). Böylece, bireyin sosyal kimliği bozulur ve sosyal etkileşimin rol gereksinimlerini yerine getirmekten aciz kaldığı varsayılır. Dolayısıyla damgalanma sosyal olarak inşa edilerek sosyal ilişkilere gömülür ve kişinin yakın sosyal çevre ile günlük etkileşimlerinde kendini gösterir (Pescosolido vd., 2008).

Crocker, Major ve Steele (1998), damgalanmanın tek bir tanımlayıcı özelliğini ortaya koymanın zorluğunu kabul ederek, damgalanan kişilerin, belirli bir sosyal kimliği taşıyan "sosyal bağlamda belirli bir niteliğe veya karakteristiğe sahip olduklarına inanıldığını" öne sürerler (s. 505). Onlara göre damgalama, kişinin belirli bir durumda olumsuz olarak değerlendirilen bir grup veya kategori üyeliğinden kaynaklanır. Belirli bir sosyal bağlamda değeri düşürülen bir sosyal kimliği işaret eden bir nitelik veya özellik olarak tanımlanmış olan damgalama, 1960'lardan beri hastalık/lara, özellikle de akıl hastalarına onlarla olan sosyal ilişkilerden kaçınma, korkulması gereken kişiler gibi davranışlarla uygulanmıştır. Bunun sonucu olarak hastalık teşhisi konulduğunda kişiler hastalığın toplumsal yorumuna bağlı olarak, eski kimliklerinden sıyrılarak "hasta" statüleriyle tutarlı yeni bir kimliği içselleştirirler (Goffman, 1963; Link vd., 1989; Scheff, 1966).

DSÖ'ne göre, sağlık bağlamında sosyal damgalama, belirli özellikleri paylaşan bir kişi veya bir grup insan ile belirli bir hastalığı arasında olumsuz bir ilişkidir. Salgında, insanların etiketlendiği, klişeleştirildiği, ayrımcılığa uğradığı, ayrı tedavi edildiği ve/veya bir hastalıkla algılanan bir bağlantı nedeniyle statü kaybı yaşadığı anlamına gelir. Dolayısıyla damgalama süreci boyunca, bireyler, belirli bir özelliğe sahip oldukları veya belirli bir grubun üyesi oldukları için belirli türdeki sosyal etkileşimlerden sistematik olarak dışlanırlar. Örneğin, Suudi Arabistan'da MERS ile hastaneye kaldırılan sağlık personelleri ile yapılan çalışmada, katılımcılar yıllar sonra bile, insanların kendilerine farklı davrandıklarını ve birçoğu için iş hayatlarındaki tüm anlam ve aidiyet duygularının asla geri dönmediğini bildirmişlerdir (Almutairi vd., 2018).

Ayrıca bulaşıcı hastalık salgınları, belirli etnik grupların damgalanmasıyla da ilişkilendirilmiştir. Örneğin, 1892'de tifo ve kolera salgınları, Doğu Avrupa'dan Rus Yahudi göçmenlere kadar izlenmiş ve bu grubun damgalanmasına ve ayrımcılığına neden olduğu bulunmuştur. Benzer şekilde, Çin Mahallesi topluluğu, Hong Kong'dan bir gemiyle taşınan sıçanlara atfedilen hiyarcıklı plak salgını nedeniyle damgalanmış ve Amerika Birleşik Devletleri'ndeki 1993 Hantavirüs salgını başlangıçta Navajo hastalığı olarak anılmış ve bu da bölgedeki Amerikan Yerlilerinin ayrımcılığına ve damgalanmasına yol açmıştır (Person vd., 2004). Liberya'daki Ebola salgını sırasında, karantina altındakiler genellikle farklı etnik gruplardan, dinlerden veya kabilelerden olduğundan ve tehlikeli olarak algılandığından, sosyal dışlanmanın azınlık gruplarının haklarından mahrum kalmasına yol açtığı bulunmuştur (Pellecchia vd., 2015; Overholt vd., 2018).

Dünya çapında diğer salgınlarda olduğu gibi bu salgın sırasında da sağlık çalışanlarının, COVID-19 hastalarının ve iyileşenlerin çeşitli dışlanma vakaları ortaya çıkmıştır (Poudel, 2020). Örneğin, Meksika'da doktorların ve hemşirelerin toplu taşıma araçlarına erişimlerinin reddedilmesi ve fiziksel saldırılara maruz kalmaları nedeniyle bisiklet kullandıkları tespit edilmiştir. Benzer şekilde, Malavi'de sağlık çalışanlarının toplu taşıma araçlarını kullanmalarına izin verilmediği, sokakta hakarete uğradığı ve kiralık dairelerden tahliye edildiği bildirilmiştir. Hindistan'da medya raporları, COVID-19 hastalarıyla ilgilenen doktorların ve sağlık personelinin önemli sosyal dışlanma ile karşı karşıya olduğunu ortaya çıkarmıştır; sağlık çalışanlarından kiraladıkları evleri boşaltmaları istenmiş

ve hatta görevlerini yerine getirirken saldırıya uğramışlardır. Yine COVID-19 hastalarının sosyal damgalanmasıyla ilgili olarak medyada yer alan bir habere göre, Hindistan'da, Maharashtra eyaletinde doğum yapan bir kadının ailesi tarafından terk edildiği şeklindedir. Ayrıca COVID-19, çeşitli gruplara karşı önceden var olan stereotiplerin güçlenmesine yol açmıştır. Örneğin, İtalya'da ulusal tecrit başlamadan birkaç hafta önce olağanüstü hal ilan edilmiş, ancak günlük yaşam her zaman olduğu gibi devam ediyorken, Çin toplumuna karşı duygu değişmiş ve restoranları boş bırakılmış, giderek daha fazla ebeveyn Çinli bir sınıf arkadaşları varsa çocuklarının okula gitmesini istememiş ve yüksek profilli bir politikacı televizyonda "hepinizin canlı fare yediğini gördük" ifadesini kullanmıştır.

COVID-19 hava yoluyla bulaşan bir hastalık olduğundan hem sosyal uyum hem de sosyal izolasyona uğramamak için kişileri hastalıklarını gizlemeye itmekte ve böylece tanı ve tedaviyi geciktirmektedir. İyileşen hastaların yeniden enfekte olabilecekleri ve virüsü başkalarına bulaştırabilecekleri algısıyla topluma katılımları istenmemektedir. Bu kapsamda çalışmanın temel amacı pandeminin birinci yılında henüz aşının geliştirilmediği bir dönemde COVID-19 hastalığı geçirmiş ve iyileşmiş olanların algıladıkları damgalanma düzeylerini belirleyerek yaşam deneyimlerini ortaya koymaktır. Bu amacın yanında COVID-19 hastalığı geçirmiş olanların depresyon ve kaygı düzeylerinin belirlenmesi ve damgalanma ile ilişkilerinin ortaya konulması da amaçlanmaktadır.

*Bu amaçlar doğrultusunda çalışmanın nicel bölümüne ilişkin hipotezler şu şekildedir:*

H1: COVID19 hastalığı geçirmiş ve iyileşmiş olan kadınlar bütün damgalanma boyutlarında erkeklerden daha fazla damgalanma algısı yaşamaktadır.

H2: Yaş arttıkça damgalanma algısı artmaktadır.

H3: COVID19 hastalığı geçirmiş ve iyileşmiş olan evliler bütün damgalanma boyutlarında bekârlardan daha fazla damgalanma algısı yaşamaktadır.

H4: Sosyo ekonomik gelir düzeyi arttıkça damgalanma algısı azalmaktadır.

H5: Eğitim düzeyi arttıkça damgalanma algısı bütün boyutlarda azalmaktadır.

H6: Hastalıktan kurtulma süresi arttıkça bütün boyutlarda damgalanma algısı artmaktadır.

H7: Damgalanma algısı ile depresyon arasında pozitif yönlü ilişki vardır.

H8: Damgalanma algısı ile kaygı arasında pozitif yönlü ilişki vardır.

*Çalışmanın nitel bölümüne ilişkin ise şu araştırma sorularına cevap aranmıştır:*

1. COVID19 hastalarının hastalık öncesi, hastalık sürecinde ve iyileşme sonrasında yaşamış oldukları duygular nelerdir?

2. COVID19 hastalarının hastalık sürecinde ve iyileşme sonrasında içselleştirdikleri damgalanma yaşantıları nelerdir?

3. COVID19 hastalarının hastalık sürecinde ve iyileşme sonrasında deneyimledikleri damgalanma yaşantıları nelerdir?

4. COVID19 hastalarının hastalık sürecinde ve iyileşme sonrasında damgalanma yaşamaya yönelik neler düşünülmüşlerdir?

## 2. Yöntem

Bu çalışma hem nicel hem de nitel görüşme yönteminin birlikte kullanıldığı betimleyici karma yöntemle gerçekleştirilmiştir. Karma yöntem araştırmalar, nitel-nicel yaklaşım ve yöntemlerin kasıtlı ve sistematik olarak tek bir çalışmada kullanımını sağlar ve sonuca ulaşırken nitel-nicel veriler bütünleştirilir (Maxwell, 2016). Nicel yöntemin kullanımı birçok katılımcıya ulaşma imkân sağlarken, nitel yöntem kullanılarak yapılan görüşmeler araştırma konusunun derinlemesine incelenmesine imkân sağlar. Dey'in (1993) belirttiği gibi, nitel yöntem kullanılarak sayılarla elde edilen verilerin anlamlarını algılayabilmek için nitel verilerin kullanımı araştırmaya derinlik kazandırmaktadır. Bu nedenle çalışma, nicel verilerin elde edilmesinden sonra nitel verilerle desteklenmiştir. Yapılan tüm çalışmalar Kastamonu Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler, Bilimsel Araştırmalar ve Yayın Etiği Kurulu tarafından 25.12.2020/65 kararıyla onaylanmıştır.

### 2.1. Örneklem

Çalışmanın örnekleme COVID-19 hastalığı tanısı almış ve en az bir ay önce iyileşmiş olan, 20 yaşından büyük, halen ruhsal bir rahatsızlığa yönelik tedavi görmeyen ve çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden 657'si

kadın 570'i'i erkek olmak üzere toplam 1227 kişiden oluşmuştur. Katılımcılar Türkiye'nin bütün illerini kapsayacak şekilde rastlantısal olarak seçilmiştir. Katılımcılar araştırmacıların derslerine girdiği Kastamonu Üniversitesi'nin farklı bölümlerinde okuyan öğrencilerin yakın çevrelerinden belirlenmiştir. Derslerin 2020-2021 Eğitim Dönemi'nde uzaktan eğitimle gerçekleştirilmesi nedeniyle öğrenciler kendi illerinde bulduklarından dolayı, öğrencilere öncelikle çalışmaya yönelik bilgi verilmiş ve çevrelerinde COVID-19 hastalığı geçirmiş ve iyileşmiş olan kişilerin belirlenerek, bu kişilerden gönüllü katılmayı kabul edenlerle gerçekleştirilmiştir. Katılımcılara ilişkin demografik bilgiler Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1. Nicel veriler için frekans dağılımı tablosu

Değişken	Cinsiyet				Toplam		
	Kadın		Erkek		N	%	
	N	%	N	%			
Yaş	20-29 Yaş	220	17,9	167	13,6	387	31,5
	30-39 Yaş	157	12,8	128	10,4	285	23,2
	40-49 Yaş	169	13,8	143	11,7	312	25,4
	50-59 Yaş	73	5,9	87	7,1	160	13,0
	60 ve Üstü	38	3,1	45	3,7	83	6,8
Medeni durum	Bekâr	170	13,9	174	14,2	344	28,0
	Evli	439	35,8	378	30,8	817	66,6
	Boşanmış + Dul	48	3,9	18	1,5	66	5,4
Eğitim düzeyi	İlkokul	176	14,3	87	7,1	263	21,4
	Ortaokul	101	8,2	79	6,4	180	14,7
	Lise	183	14,9	166	13,5	349	28,4
	Yüksekokul – Üni.	187	15,2	215	17,5	402	32,8
	Yük. Lis. - Doktora	10	0,8	23	1,9	33	2,7
SED	Gelir giderden az	194	15,8	148	12,1	342	27,9
	Gelir giderden fazla	121	9,9	135	11,0	256	20,9
	Gelir gidere denk	342	27,9	287	23,4	629	51,3
Tedavinin bittiği süre	1-2 Ay	480	39,1	391	31,9	871	71,0
	3-4 Ay	123	10,0	137	11,2	260	21,2
	5 Ay ve Üstü	54	4,4	42	3,4	96	7,8
Toplam	657	53,5	570	46,5	1227	100	

Tablo 2. Nitel veriler için frekans dağılımı tablosu

Değişken	Cinsiyet				Toplam		
	Kadın		Erkek		N	%	
	N	%	N	%			
Yaş	20-29 Yaş	5	10,0	6	12,0	5	10,0
	30-39 Yaş	5	10,0	6	12,0	11	22,0
	40-49 Yaş	6	12,0	5	10,0	13	26,0
	50-59 Yaş	7	14,0	4	8,0	15	30,0
	60 ve Üstü	4	8,0	2	4,0	6	12,0
Medeni durum	Bekâr	8	16	13	26,0	21	42,0
	Evli	19	38,0	10	20,0	29	58,0
	İlkokul	6	12,0	4	8,0	10	20,0
Eğitim düzeyi	Ortaokul	10	20,0	6	12,0	16	32,0
	Lise	7	14,0	8	16,0	15	30,0
	Yüksekokul – Üni.	4	8,0	4	8,0	8	16,0
	Yük. Lis. - Doktora	-	-	1	2,0	1	2,0
	Gelir giderden az	8	16,0	6	12,0	14	28,0
SED	Gelir giderden fazla	5	10,0	5	10,0	10	20,0
	Gelir gidere denk	14	28,0	12	24,0	26	52,0
	1-2 Ay	19	38,0	12	24,0	31	62,0
Tedavinin bittiği süre	3-4 Ay	5	10,0	7	14,0	12	24,0
	5 Ay ve Üstü	3	6,0	4	8,0	7	14,0
	Toplam	27	100	23	100	50	100

Araştırmanın nicel uygulama bölümünde toplam 1227 katılımcı yer almıştır (Tablo 1). Katılımcıların 657'si (%53,5) kadın 570'i (%46,5) ise erkek olup; kadın katılımcıların 220'si 20-29 yaş aralığında, 157'si (%12,8) 30-39 yaş aralığında, 169'u (%13,8) 40-49 yaş aralığında, 73'ü (%5,9) 50-59 yaş aralığında ve 38'i (%3,1) ise 60 yaş

ve üzerinde yer alırken, erkek katılımcıların 167'si (%13,6) 20-29 yaş aralığında, 128'i (%10,4) 30-39 yaş aralığında, 143'ü (%11,7) 40-49 yaş aralığında, 87'i (%7,1) 50-59 yaş aralığında ve 45'i (%3,7) ise 60 yaş ve üstü grupta yer almıştır. Kadın katılımcıların 170'i (13,9) bekâr, 439'u (%35,8) evli ve 48'i (%3,9) ise boşanmış veya dul grupta yer alırken, 570 erkek katılımcının 174'ü (%14,2) bekâr, 378'i (%30,8) evli ve 18'i (%1,5) ise boşanmış veya dul grubunda yer almıştır. Kadın katılımcıların 176'sı (%14,3) ilkökul mezunuyken, 101'i (%8,2) ortaokul, 183'ü (%14,9) lise, 187'si (%15,2) yüksekokul ve üniversite ve 10'u (%0,8) ise yüksek lisans veya doktora düzeyinde eğitim almışken, erkek katılımcıların 87'si (%7,1) ilkökul, 79'u (%6,4) ortaokul, 166'sı (%13,5) lise, 215'i (%17,5) yüksekokul veya üniversite ve 23'ü (%1,9) ise yüksek lisans veya doktora düzeyinde eğitim almıştır. Kadın katılımcıların 194'ü (%15,8) gelirinin giderinden az olduğunu ifade ederken, 121'i (%9,9) gelirinin giderlerinden fazla ve 342'si (%27,9) ise gelirinin giderine denk olduğunu belirtirken erkek katılımcıların 148'i (%12,1) gelirinin giderinden az olduğunu, 135'i (%11,0) gelirinin giderinden fazla olduğunu ve 287'si (%23,4) ise gelirinin giderine denk olduğunu bildirmiştir. Kadın katılımcıların 480'i (%39,1) tedavilerinin 1-2 ay önce, 123'ü (%10,0) 3-4 ay önce ve 54'ü (%4,4) ise 5 ay ve üstü süre önce bittiğini bildirirken, erkek katılımcıların 391'i (%31,9) tedavilerinin 1-2 ay, 137'si (%11,2) 3-4 ay ve 42'si (%3,4) ise 5 ay ve üstü bir süre önce bittiğini belirtmiştir.

Çalışmanın nitel bölümü 27'si (%54) kadın 23'ü (%46) erkek olmak üzere toplam 50 katılımcı ile yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılarak yüz yüze, telefonla veya internet aracılığıyla gerçekleştirilmiştir (Tablo 2). Katılımcıların yaş ortalaması 38,94 olup, 21'nin (%42) medeni durumu bekâr 29'unun (%58) ise evlidir. Katılımcıların 10'u (%20,0) ilkökul mezunuyken 16'sı (%32,0) ortaokul, 15'i (%30,0) lise, 8'i (%16,0) yüksekokul veya lisans mezunu ve 1'i (%2,0) ise yüksek lisans veya doktora mezunudur. Katılımcıların 14'ü (%28,0) gelirinin giderinden daha az olduğunu belirtirken 10'u (%20,0) gelirinin giderinden fazla olduğunu 26'sı ise (%52,0) geliriyle giderinin denk olduğunu belirtmiştir. Çalışmanın nitel bölümünde yer alan katılımcıların 31'i (%62) tedavilerinin 1-2 ay önce tamamlandığını belirtirken 12'si (%24,0) 3-4 ay ve 7'si (%14,0) ise 5 ay ve üzerindeki bir sürede tedavilerinin tamamlandığını bildirmiştir.

## 2.2. Veri toplama işlemi

Çalışmanın verilerinin toplanması iki aşamada gerçekleştirilmiştir. Birinci aşamada çalışmanın nicel verileri toplanmıştır. Bu amaçla üniversite eğitiminin uzaktan yapılması dolayısıyla öğrencilere araştırmacılar tarafından araştırmanın amacına yönelik olarak bilgi verilmiştir. Çalışmanın amacı doğrultusunda kullanılacak ölçüm araçları ve nasıl uygulanacağına yönelik öğrencilerin bilgilendirilmesinden sonra çalışmaya destek olmak isteyen öğrencilerin çevrelerinde COVID-19 hastalığı geçirmiş olan kişilere ulaşmaları istenmiştir. Bu kapsamda öğrenciler çalışmaya gönüllü katılmak isteyen kişilere ölçekleri uygulamış ve sisteme yüklemişlerdir. Çalışmanın ikinci aşamasında öğrencilerden çevrelerinde nitel görüşmeye katılmak isteyen kişileri belirlemeleri istenmiş ve öğrencilerin tespit ettikleri katılımcılar ile araştırmacılar internet üzerinden online görüşmeleri gerçekleştirmişlerdir.

## 2.3. Verilerin analizi

Nicel verilerin analizinde SPSS 23 paket programı kullanılmıştır. Analizlere geçilmeden önce verilerin normal dağılım gösterip göstermediğine Kolmogorov Simirnov Z testi ve basıklık (Skewness) - çarpıklık (Kurtosis) katsayıları ile bakılmıştır. İlişkisel analizlerde Bivariate Korelasyon analizi, farklılaşmaya yönelik olarak ise çoklu varyans analizi uygulanmıştır. Farklılığa yönelik yapılan analizlerde gruplar arası farklılaşmaya verilerin homojen olup olmamasına göre Post Hoc Tukey veya Tamhane testleri uygulanmıştır.

Nitel görüşmelerden elde edilen veriler tematik analiz yöntemi kullanılarak çözümlenmiştir. Tematik analiz, verilerde tanımlanan örüntüleri/temaları belirleyerek, analiz ederek ve raporlayarak zengin ve ayrıntılı bilgi sağlayabilen, kullanışlı ve esnek bir nitel veri analizi yöntemidir (Boyatzis, 1998; Braun ve Clarke, 2006). Tematik analiz, kodlamanın araştırmacı tarafından belirlenen bir dizi tema ürettiği nitel bilgiyi kodlama sürecidir (Boyatzis, 1998; Braun ve Clarke, 2006). Tema, verilerde bulunan ve minimumda olası gözlemleri tanımlayan ve düzenleyen ve maksimumda fenomenin yönlerini yorumlayan bir kalıptır. Ayrıca, temalar açık (açıkça ifade edilmiş) ve gizli (altta yatan) seviyelerde bulunabilir.

Görüşmelerin araştırmacılar tarafından birebir transkripsiyonu yapıldıktan sonra, katılımcıların mahremiyetinin korunması amacıyla ses dosyaları silinmiştir. Görüşme sürecinde adı geçen katılımcıların ve katılmayanların gerçek isimleri de dâhil olmak üzere tüm tanımlayıcı bilgiler transkriptlerden çıkarılmıştır. Araştırmacılar, isim yerine tüm katılımcıları benzersiz bir sayı ve karakter kombinasyonu ile etiketlemişlerdir. Belirlenen kodlamada örneğin K1 görüşme yapılan kişinin sırasını belirtirken parantez içinde yer alan (K-29/1) (K=Kadın E=Erkek/1=Bekâr, 2=Evli) ise sırayla cinsiyeti, yaşı ve medeni durumu belirtmektedir.

## 2.4. Araçlar

*COVID-19 Stigma (Damgalanma) Ölçeği*: COVID-19 ölçeği geçerlilik, güvenilirlik çalışması araştırmacılar tarafından yapılmış olup, içselleştirilmiş, uygulanmış ve beklenen damgalanma algısını ölçen 13 maddelik 5'li likert tipi bir ölçektir (Erdoğan ve Ersoy, 2022). İçselleştirilmiş damgalanma boyutu, enfekte olan kişilerin hastalıkla ilişkili kendileri hakkındaki olumsuz inançlarını ve duygularını onaylama derecesini ifade eden 6 maddeden oluşmuştur. Uygulanmış damgalanma boyutu enfekte olmuş kişinin hastalık süreci ve sonrasında günlük yaşamında karşılaştığı ayırıcı davranışları kapsayan 4 maddeyi içerir. Beklenen damgalanma boyutu ise, enfekte kişinin gelecekte başkalarından hastalığına yönelik önyargı ve ayrımcılık deneyimleyeceği beklentisine yönelik duygu ve düşünceleri ifade eden 3 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin 3 faktörünün yanında bir de genel damgalanma algısını ölçmek üzere toplam damgalanma puanı kullanılmıştır. Ölçek boyutları ve toplam puan için yapılan güvenilirlik çalışmasından elde edilen Cronbah  $\alpha$  değerleri .77 ile .89 arasında değişen yeterli iç tutarlılık göstermiştir. Ölçek boyutlarının puanlamasında her boyut için ortalamanın altı düşük damgalanma algısı olarak kabul edilirken ortalamanın üstü yüksek damgalanma algısı olarak alınmıştır.

*Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADÖ)*: Anksiyete ve depresyonun belirtilerini taramak amacıyla Zigmond ve Snaith (1983) tarafından geliştirilen ölçek (Ek-2) 7'si depresyon, 7'si de anksiyete belirtileri olmak üzere 14 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları Aydemir vd. (1997) tarafından yapılmıştır. Çeşitli bedensel rahatsızlıkları olanlar için hazırlanan bu ölçekte anksiyete için 10, depresyon için kesme puanı 7'dir. Alt ölçeklerden 0-21 arası puan alınabilmektedir. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında, Cronbach alfa katsayısı anksiyete ve depresyon için sırasıyla 0.85; 0.78 olarak bulunmuştur. Ölçekte yer alan her bir maddenin puanlaması farklıdır. 1, 3, 5, 6, 8, 10, 11 ve 13. maddeler azalan şiddeti göstermektedir ve puanlama 3, 2, 1, 0'dır. Öte yandan 2, 4, 7, 9, 12 ve 14. maddeler ise puanlanmaktadır. 0, 1, 2, 3. Kaygı alt ölçeği için 1., 3., 5., 7., 9., 11. ve 13. maddelerin puanları toplanırken; Depresyon alt ölçeği için 2, 4, 6, 8, 10, 12 ve 14. maddelerin puanları toplanır.

## 3. Bulgular

### 3.1. Nicel çalışma bulguları

Çalışmanın amaçları doğrultusunda 2021 yılında COVID-19 hastalığı geçirmiş ve iyileşmiş toplam 1227 katılımcıya ölçek uygulanmış olup çalışmadan elde edilen bulgular aşağıda sunulmuştur.

COVID-19 Damgalanma alt boyutlarından olan, içselleştirilmiş damgalanma boyutunun bağımlı değişken olarak alındığı varyans analizi sonuçlarına göre (Tablo 2), yaşın ( $F_{4,1222}=5,55;P<.000$ ), eğitim düzeyinin ( $F_{4,1222}=10,26;P<.000$ ), tedavinin bitiş süresinin ( $F_{2,1224}=14,31;P<.000$ ), anksiyete düzeyinin ( $F_{1,1225}=83,46;P<.000$ ) ve depresyon düzeyinin ( $F_{1,1225}=109,62;P<.000$ ) ana etkileri anlamlı bulunurken, cinsiyetin ( $F_{1,1225}=,228; P>.050$ ), medeni durumun ( $F_{2,1224}=2,80;P>.050$ ) ve SED'in ( $F_{2,1224}=1,07;P>.050$ ) ise istatistiksel olarak gruplar arasında anlamlı farklılaşmaya neden olmadığı bulunmuştur. Katılımcıların yaş düzeyine göre içselleştirilmiş damgalanma boyutundaki farklılaşmalarına verilerin homojen dağılması nedeniyle Post Hoc Tukey testiyle bakılmış olup; 60 yaş ve üzerinde grupta yer alan katılımcıların puan ortalamaları ( $\bar{X}_{60\text{ yaş ve üstü}}=12,84$ ) en yüksek düzeyde olup bu grupta yer alan katılımcılar istatistiksel olarak anlamlı şekilde diğer grupların tamamından farklılaşmaktadır. Yani bu grupta yer alan katılımcılar anlamlı şekilde içselleştirilmiş damgalanmayı daha fazla yaşarken diğer gruplar arasında anlamlı farklılaşma bulunmamıştır.

Katılımcıların eğitim düzeyine göre içselleştirilmiş damgalanma boyutundaki farklılaşmaya verilerin homojen dağılmamasından dolayı Tamhane testiyle bakılmış olup eğitim düzeyi ilkökul ( $\bar{X}_{ilkokul}=11,98$ ) olan grupta yer alan katılımcıların puanları en yüksek grup olup bu grupta yer alan katılımcılar istatistiksel olarak anlamlı şekilde lise, yüksekokul/ üniversite ve yüksek lisans/doktora grubunda yer alan katılımcılardan daha fazla içselleştirilmiş damgalanma yaşamaktadır. Ortaokul düzeyinde eğitim almış olan grupta yer alan katılımcıların puan ortalamaları ( $\bar{X}_{ortaokul}=11,53$ ) olup bu grupta yer alan katılımcılar yüksekokul/üniversite ve yüksek lisans/doktora eğitim düzeyinde yer alan katılımcılardan anlamlı şekilde daha fazla içselleştirilmiş damgalanma yaşamaktadır. Lise düzeyinde eğitim almış grupta yer alan katılımcıların puan ortalamaları ( $\bar{X}_{lise}=10,83$ ) olup bu grupta yer alan katılımcılar ise yüksekokul/üniversite ve yüksek lisans/doktora düzeyinde eğitim alan grupta yer alan katılımcılardan anlamlı şekilde daha fazla içselleştirilmiş damgalanma yaşamaktadır. Katılımcıların tedavilerinin bitme sürelerine göre içselleştirilmiş damgalanma boyutundaki farklılaşmaya verilerin homojen dağılmamasından dolayı Tamhane testiyle bakılmış olup, tedavisinin bitme süresi 5 ay ve üzerinde olan grupta yer alan katılımcıların puan ortalaması

( $\bar{X}_{5 \text{ ay ve üstü}}=12,83$ ) en yüksek olup bu grupta yer alan katılımcılar anlamlı şekilde diğer gruplarda yer alan katılımcılardan daha fazla içselleştirilmiş damgalanma yaşamaktadır. Tedavisinin bitme süresi 1-2 ay arasında olan grupta yer alan katılımcıların puan ortalamaları ( $\bar{X}_{1-2 \text{ ay}}=11,53$ ) en düşük düzeyde olup bu grupta yer alan katılımcılar diğer iki gruptan da anlamlı şekilde daha düşük düzeyde içselleştirilmiş damgalanma yaşamaktadır.

Tablo 3. İçselleştirilmiş damgalanma boyutu ve bağımsız değişkenler arasındaki ilişki

	Değişken	İçselleştirilmiş damgalanma				
		N	Ort.	ss	F.	Sig.
Cinsiyet	Kadın	657	10,83	4,13	,228	,633
	Erkek	570	10,95	4,43		
Yaş	20-29 Yaş	387	10,82	4,26	5,55	,000
	30-39 Yaş	285	10,50	3,65		
	40-49 Yaş	312	10,64	4,19		
	50-59 Yaş	160	11,21	4,80		
	60 Yaş ve Üstü	83	12,84	5,01		
Medeni durum	Bekâr	344	10,43	4,04	2,80	,061
	Evli	817	11,06	4,30		
	Boşanmış + Dul	66	11,12	4,92		
Eğitim düzeyi	İlkokul	263	11,98	4,68	10,26	,000
	Ortaokul	180	11,53	4,51		
	Lise	349	10,83	3,94		
	Yüksekokul-Üni.	402	10,01	3,96		
	Yük. Lis. - Doktora	33	10,00	4,21		
SED	Gelir giderden az	342	11,17	4,51	1,07	,342
	Gelir giderden fazla	256	10,85	4,22		
	Gelir gidere denk	629	10,75	4,15		
Tedavinin bittiği süre	1-2 Ay	871	10,55	4,04	14,31	,000
	3-4 Ay	260	11,31	4,45		
	5 Ay ve Üstü	96	12,83	5,18		
Anksiyete düzeyi	Düşük	907	10,25	3,87	83,46	,000
	Yüksek	320	12,70	4,80		
Depresyon düzeyi	Düşük	661	9,76	3,51	109,62	,000
	Yüksek	566	12,21	4,68		

COVID-19 Damgalanma alt boyutlarından olan, uygulanmış damgalanma boyutunun bağımlı değişken olarak alındığı varyans analizi sonuçlarına göre (Tablo 3), yaşın ( $F_{4,1222}=5,04; P<.000$ ), medeni durumun ( $F_{2,1224}=4,47; P<.050$ ), eğitim düzeyinin ( $F_{4,1222}=16,94; P<.000$ ), tedavinin bitiş süresinin ( $F_{2,1224}=10,27; P<.000$ ), anksiyete düzeyinin ( $F_{1,1225}=51,12; P<.000$ ) ve depresyon düzeyinin ( $F_{1,1225}=155,92; P<.000$ ) ana etkileri anlamlı bulunurken, cinsiyetin ( $F_{1,1225}=1,05; P>.050$ ) ve SED'in ( $F_{2,1224}=,689; P>.050$ ) ise istatistiksel olarak gruplar arasında anlamlı farklılaşmaya neden olmadığı bulunmuştur.

Katılımcıların yaş düzeyine göre içsel damgalanma boyutundaki farklılaşmalarına verilerin homojen dağılımı nedeniyle Post Hoc Tukey testiyle bakılmış olup; 60 yaş ve üzerinde grupta yer alan katılımcıların puan ortalamaları ( $\bar{X}_{60 \text{ yaş ve üstü}}=10,49$ ) en yüksek düzeyde olup bu grupta yer alan katılımcılar istatistiksel olarak anlamlı şekilde diğer grupların tamamından farklılaşmaktadır. Yani bu grupta yer alan katılımcılar anlamlı şekilde uygulanmış damgalanmayı daha fazla yaşarken diğer gruplar arasında anlamlı farklılaşma bulunmamıştır.

Katılımcıların medeni durumuna göre uygulanmış damgalanma boyutundaki farklılaşmaya verilerin homojen dağılımından dolayı Tamhane testiyle bakılmış olup boşanmış veya dul grupta yer alan katılımcıların puan ortalamaları ( $\bar{X}_{\text{Boşanmış/Dul}}=9,32$ ) en yüksek olup bu grupta yer alan katılımcılar anlamlı şekilde bekâr olan grupta yer alan ( $\bar{X}_{\text{Bekâr}}=8,44$ ) katılımcılardan daha fazla uygulanmış damgalanma yaşarken, evli grupta yer alan katılımcılar ise diğer gruplardan anlamlı farklılaşma yaşamamaktadır.

Katılımcıların eğitim düzeyine göre uygulanmış damgalanma boyutundaki farklılaşmaya verilerin homojen dağılımından dolayı Tamhane testiyle bakılmış olup eğitim düzeyi ilkököl ( $\bar{X}_{\text{İlkokul}}=10,00$ ) olan grupta yer alan katılımcıların puanları en yüksek grup olup bu grupta yer alan katılımcılar istatistiksel olarak anlamlı şekilde lise, yüksekokul/ üniversite ve yüksek lisans/doktora grubunda yer alan katılımcılardan daha fazla uygulanmış damgalanma yaşamaktadır. Ortaokul düzeyinde eğitim almış olan grupta yer alan katılımcıların puan ortalamaları

( $\bar{X}_{Ortaokul}=9,71$ ) yüksekokul/üniversite ve yüksek lisans/doktora eğitim düzeyinde yer alan katılımcılardan daha yüksek olup bu gruplarda yer alanlardan anlamlı şekilde daha fazla uygulanmış damgalanma yaşamaktadır. Lise düzeyinde eğitim almış grupta yer alan katılımcıların puan ortalamaları ( $\bar{X}_{Lise}=8,74$ ) olup bu grupta yer alan katılımcılar ise yüksekokul/üniversite ve yüksek lisans/doktora düzeyinde eğitim alan grupta yer alan katılımcılardan anlamlı şekilde daha fazla uygulanmış damgalanma yaşamaktadır.

Tablo 4. Uygulanmış damgalanma boyutu ve bağımsız değişkenler arasındaki ilişki

	Değişken	Uygulanmış damgalanma				
		N	Ort.	ss	F.	Sig.
Cinsiyet	Kadın	657	8,80	3,35	1,17	,280
	Erkek	570	9,02	3,63		
Yaş	20-29 Yaş	387	8,63	3,48	5,04	,000
	30-39 Yaş	285	8,88	3,40		
	40-49 Yaş	312	8,81	3,42		
	50-59 Yaş	160	8,94	3,29		
	60 Yaş ve Üstü	83	10,49	4,01		
Medeni durum	Bekâr	344	8,44	3,51	4,47	,012
	Evli	817	9,06	3,42		
	Boşanmış + Dul	66	9,32	3,86		
Eğitim Düzeyi	İlkokul	263	10,00	3,57	16,94	,000
	Ortaokul	180	9,71	3,52		
	Lise	349	8,74	3,47		
	Yüksekokul – Üni.	402	8,06	3,14		
	Yük. Lis. - Doktora	33	7,70	3,41		
SED	Gelir giderden az	342	9,10	3,59	,900	,407
	Gelir giderden fazla	256	8,72	3,58		
	Gelir gidere denk	629	8,87	3,38		
Tedavinin bit-tiği süre	1-2 Ay	871	8,64	3,35	10,27	,000
	3-4 Ay	260	9,35	3,73		
	5 Ay ve Üstü	96	10,08	3,66		
Anksiyete dü-zeyi	Düşük	907	8,49	3,32	51,12	,000
	Yüksek	320	10,07	3,66		
Depresyon dü-zeyi	Düşük	661	7,82	2,98	155,92	,000
	Yüksek	566	10,17	3,60		

Katılımcıların tedavilerinin bitme sürelerine göre uygulanmış damgalanma boyutundaki farklılaşmaya verilerin homojen dağılmamasından dolayı Tamhane testiyle bakılmış olup, tedavisinin bitme süresi 5 ay ve üzerinde olan grupta yer alan katılımcıların puan ortalaması ( $\bar{X}_{5\text{ ay ve üstü}}=10,08$ ) en yüksek olup bu grupta yer alan katılımcılar anlamlı şekilde diğer gruplarda yer alan katılımcılardan daha fazla uygulanmış damgalanma yaşamaktadır. Tedavisinin bitme süresi 1-2 ay arasında olan grupta yer alan katılımcıların puan ortalamaları ( $\bar{X}_{1-2\text{ ay}}=8,64$ ) en düşük düzeyde olup bu grupta yer alan katılımcılar diğer iki gruptan da anlamlı şekilde daha düşük düzeyde uygulanmış damgalanma yaşamaktadır.

Anksiyete düzeyi yüksek grupta yer alan katılımcıların uygulanmış damgalanma algıları anlamlı şekilde daha yüksek olurken benzer bir durum yüksek düzeyde depresyon yaşayan grupta yer alanlar içinde geçerlidir.

COVID-19 Damgalanma alt boyutlarından olan, beklenen damgalanma boyutunun bağımlı değişken olarak alındığı varyans analizi sonuçlarına göre (Tablo 4), yaşın ( $F_{4,1222}=3,59;P<.000$ ), eğitim düzeyinin ( $F_{4,1222}=4,62;P<.000$ ), tedavinin bitiş süresinin ( $F_{2,1224}=2,94;P<.050$ ), anksiyete düzeyinin ( $F_{1,1225}=26,09;P<.000$ ) ve depresyon düzeyinin ( $F_{1,1225}=19,98;P<.000$ ) ana etkileri anlamlı bulunurken, cinsiyetin ( $F_{1,1225}=1,05;P>.050$ ), medeni durumun ( $F_{2,1224}=,837;P>.050$ ) ve SED'in ( $F_{2,1224}=1,45;P>.050$ ) ise istatistiksel olarak gruplar arasında anlamlı farklılaşmaya neden olmadığı bulunmuştur. Katılımcıların yaş düzeyine göre beklenen damgalanma boyutundaki farklılaşmalarına verilerin homojen dağılması nedeniyle Post Hoc Tukey testiyle bakılmış olup; 60 yaş ve üzerinde grupta yer alan katılımcıların puan ortalamaları ( $\bar{X}_{60\text{ yaş ve üstü}}=10,10$ ) en yüksek düzeyde olup bu grupta yer alan katılımcılar 20-29 yaş grubunda yer alanların dışında istatistiksel olarak anlamlı şekilde diğer grupların tamamından farklılaşmaktadır. Yani bu grupta yer alan katılımcılar anlamlı şekilde beklenen damgalanmayı daha fazla yaşarken diğer gruplar arasında anlamlı farklılaşma bulunmamıştır.



Tablo 5. Beklenen damgalanma boyutu ve bağımsız değişkenler arasındaki ilişki

Değişken	Beklenen damgalanma					
	N	Ort.	ss	F.	Sig.	
Cinsiyet	Kadın	657	8,92	3,09	1,86	,173
	Erkek	570	9,16	3,26		
Yaş	20-29 Yaş	387	9,14	3,21	3,59	,006
	30-39 Yaş	285	8,88	3,05		
	40-49 Yaş	312	9,00	3,00		
	50-59 Yaş	160	8,55	3,68		
	60 Yaş ve Üstü	83	10,10	2,73		
Medeni durum	Bekâr	344	9,19	3,17	,837	,433
	Evli	817	8,95	3,18		
	Boşanmış + Dul	66	9,23	3,13		
Eğitim düzeyi	İlkokul	263	9,43	2,95	4,62	,001
	Ortaokul	180	9,61	3,02		
	Lise	349	8,97	3,09		
	Yüksekokul – Üni.	402	8,60	3,31		
	Yük. Lis. - Doktora	33	8,62	4,03		
SED	Gelir Giderden Az	342	8,97	3,22	1,45	,234
	Gelir Giderden Fazla	256	9,33	3,29		
	Gelir Gidere Denk	629	8,94	3,09		
Tedavinin bittiği süre	1-2 Ay	871	8,92	3,17	2,94	,050
	3-4 Ay	260	9,15	3,20		
	5 Ay ve Üstü	96	9,72	2,98		
Anksiyete düzeyi	Düşük	907	8,76	3,17	26,09	,000
	Yüksek	320	9,80	3,05		
Depresyon düzeyi	Düşük	661	8,66	3,21	19,98	,000
	Yüksek	566	9,47	3,07		

Tablo 6. Genel damgalanma ve bağımsız değişkenler arasındaki ilişki

Değişken	Toplam damgalanma					
	N	Ort.	ss	F.	Sig.	
Cinsiyet	Kadın	657	28,55	8,17	1,40	,236
	Erkek	570	29,13	8,96		
Yaş	20-29 Yaş	387	28,60	8,87	6,70	,000
	30-39 Yaş	285	28,26	7,82		
	40-49 Yaş	312	28,45	7,98		
	50-59 Yaş	160	28,70	9,01		
	60 Yaş ve Üstü	83	33,43	9,31		
Medeni durum	Bekâr	344	28,06	8,58	2,08	,126
	Evli	817	29,08	8,45		
	Boşanmış + Dul	66	29,67	9,45		
Eğitim Düzeyi	İlkokul	263	31,41	8,90	16,58	,000
	Ortaokul	180	30,85	8,45		
	Lise	349	28,55	7,92		
	Yüksekokul – Üni.	402	26,66	8,12		
	Yük. Lis. - Doktora	33	26,36	9,91		
SED	Gelir Giderden Az	342	29,24	9,10	,706	,494
	Gelir Giderden Fazla	256	28,90	8,38		
	Gelir Gidere Denk	629	28,56	8,30		
Tedavinin bittiği süre	1-2 Ay	871	28,11	8,07	14,62	,000
	3-4 Ay	260	29,80	9,13		
	5 Ay ve Üstü	96	32,64	9,82		
Anksiyete düzeyi	Düşük	907	27,50	8,11	89,80	,000
	Yüksek	320	32,58	8,65		
Depresyon düzeyi	Düşük	661	26,24	7,46	146,81	,000
	Yüksek	566	31,84	8,75		

Katılımcıların eğitim düzeyine göre beklenen damgalanma boyutundaki farklılaşmaya verilerin homojen dağılmasından dolayı Tamhane testiyle bakılmış olup eğitim düzeyi ilkökul ( $\bar{X}_{İlkokul}=12,38$ ) ve ortaokul ( $\bar{X}$

Ortaokul=9,61) olan gruplarda yer alan katılımcıların puanları en yüksek gruplar olup bu gruplarda yer alan katılımcılar istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksekokul/ üniversite ve yüksek lisans/doktora grubunda yer alan katılımcılardan daha fazla beklenen damgalanma yaşarken, lise düzeyinde yer alan grupla bulunan katılımcılar ( $\bar{X}_{Lise}=8,97$ ) hiçbir grupla anlamlı farklılaşma göstermemektedir.

Katılımcıların tedavilerinin bitme sürelerine göre beklenen damgalanma boyutundaki farklılaşmaya verilerin homojen dağılmamasından dolayı Tamhane testiyle bakılmış olup, tedavisinin bitme süresi 5 ay ve üzerinde olan grupta yer alan katılımcıların puan ortalaması ( $\bar{X}_{5\text{ ay ve üstü}}=9,72$ ) en yüksek olup bu grupta yer alan katılımcılar tedavi süresi 1-2 ay önce bitmiş olan ( $\bar{X}_{1-2\text{ ay}}=8,92$ ) grupta yer alan katılımcılardan anlamlı şekilde daha fazla beklenen damgalanma yaşamaktadır. Tedavisinin bitme süresi 3-4 ay arasında olan grupta yer alan katılımcıların puan ortalamaları ( $\bar{X}_{3-4\text{ ay}}=9,15$ ) olup bu grupta yer alan katılımcılar diğer gruplarda yer alan katılımcılardan anlamlı farklılaşma göstermemektedir.

COVID-19 Damgalanma ölçeğinden alınan toplam puanın bağımlı değişken olarak alındığı varyans analizi sonuçlarına göre (Tablo 5), yaşın ( $F_{4,1222}=6,70; P<.000$ ), eğitim düzeyinin ( $F_{4,1222}=16,58; P<.000$ ), tedavinin bitiş süresinin ( $F_{2,1224}=14,62; P<.050$ ), anksiyete düzeyinin ( $F_{1,1225}=89,80; P<.000$ ) ve depresyon düzeyinin ( $F_{1,1225}=146,81; P<.000$ ) ana etkileri anlamlı bulunurken, cinsiyetin ( $F_{1,1225}=1,40; P>.050$ ), medeni durumun ( $F_{2,1224}=2,08; P>.050$ ) ve SED'in ( $F_{2,1224}=7,06; P>.050$ ) ise istatistiksel olarak gruplar arasında anlamlı farklılaşmaya neden olmadığı bulunmuştur.

Katılımcıların yaş düzeyine göre toplam damgalanma puanındaki farklılaşmalarına verilerin homojen dağılması nedeniyle Post Hoc Tukey testiyle bakılmış olup; 60 yaş ve üzerinde grupta yer alan katılımcıların puan ortalamaları ( $\bar{X}_{60\text{ yaş ve üstü}}=33,43$ ) en yüksek düzeyde olup bu grupta yer alan katılımcılar istatistiksel olarak anlamlı şekilde diğer grupların tamamından farklılaşmaktadır. Yani bu grupta yer alan katılımcılar anlamlı şekilde genel damgalanmayı daha fazla yaşarken diğer gruplar arasında anlamlı farklılaşma bulunmamıştır. Katılımcıların eğitim düzeyine göre toplam damgalanma puanındaki farklılaşmaya verilerin homojen dağılmamasından dolayı Tamhane testiyle bakılmış olup eğitim düzeyi ilkökul ( $\bar{X}_{İlkokul}=31,41$ ) ve ortaokul ( $\bar{X}_{Ortaokul}=30,85$ ) olan gruplarda yer alan katılımcıların puanları en yüksek gruplar olup bu gruplarda yer alan katılımcılar istatistiksel olarak anlamlı şekilde lise, yüksekokul/ üniversite ve yüksek lisans/doktora grubunda yer alan katılımcılardan daha fazla genel damgalanma yaşarken, diğer gruplarda yer alan katılımcılar arasında ise anlamlı farklılaşma bulunmamıştır.

Katılımcıların tedavilerinin bitme sürelerine göre toplam damgalanma puanlarındaki farklılaşmaya verilerin homojen dağılmamasından dolayı Tamhane testiyle bakılmış olup, tedavisinin bitme süresi 5 ay ve üzerinde olan grupta yer alan katılımcıların puan ortalaması ( $\bar{X}_{5\text{ ay ve üstü}}=32,64$ ) en yüksek olup bu grupta yer alan katılımcılar tedavi süresi 1-2 ay önce bitmiş olan ( $\bar{X}_{1-2\text{ ay}}=28,11$ ) ve 3-4 ay önce bitmiş olan ( $\bar{X}_{3-4\text{ ay}}=29,80$ ) gruplarda yer alan katılımcılardan anlamlı şekilde daha fazla genel damgalanma yaşamaktadır. Tedavisi 1-2 ay önce bitmiş olan grupta yer alan katılımcılar ise hem 3-4 ay önce tedavisi bitmiş olanlardan hem de tedavisi 5 aya ve üstünde bitmiş olanlardan anlamlı şekilde farklılaşmaktadır. Hem anksiyete hem de depresyon düzeyi yüksek olan gruplarda yer alan katılımcılar genel damgalanma algıları düşük olan gruplara göre anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 7. Damgalanma boyutları ile depresyon ve anksiyete boyutları arasındaki ilişki

Boyutlar	Uygulanmış damgalanma	Beklenen damgalanma	Toplam damgalanma	Anksiyete	Depresyon
İçselleştirilmiş damgalanma	,615**	,232**	,836**	,274**	,321**
Uygulanmış damgalanma		,364**	,850**	,288**	,381**
Beklenen damgalanma			,635**	,238**	,193**
Toplam damgalanma				,343**	,387**
Anksiyete					,641**

Korelasyon,  $p=0.01$  (2-yönlü).

C-19SS ölçeğinin boyutları ile depresyon ve anksiyete düzeylerinin ilişkilerine Pearson momentler çarpımı korelasyon katsayısı ile bakılmıştır (Tablo 6). Yapılan analiz sonuçları, içsel damgalanma boyutu anksiyete boyutuyla ( $r=.274$ ;  $p<0,01$ ) depresyon boyutuyla ( $r=.321$ ;  $p<0,01$ ) düzeyinde pozitif yönlü ilişkili bulunurken, uygulanmış damgalanma boyutu anksiyete boyutuyla ( $r=.288$ ;  $p<0,01$ ) ve depresyon boyutuyla ( $r=.381$ ;  $p<0,01$ ) düzeyinde pozitif yönlü ilişki bulunmuştur, beklenen damgalanma boyutu ile anksiyete boyutu arasında ise ( $r=.238$ ;  $p<0,01$ ) depresyon boyutuyla ( $r=.193$ ;  $p<0,01$ ) düzeyinde pozitif yönlü ilişki bulunmuştur. Ayrıca genel damgalanma algısı puanı ile anksiyete boyutu ( $r=.343$ ;  $p<0,01$ ) depresyon boyutu ( $r=.387$ ;  $p<0,01$ ) düzeyinde pozitif

yönlü ilişki bulunmuştur. Elde edilen bu sonuçlar damgalanma algısı arttıkça hem depresyonun hem de anksiyetenin arttığını göstermektedir.

### 3.2. Nitel çalışma bulguları

Katılımcılara bu bölümde, COVID-19 hastalığı geçirmeden önceki süreçte hastalık hakkındaki düşünceleri; çevrelerinde hastalık geçirmiş olan kişilere yönelik tutum ve davranışları; hastalık sürecindeki duygu, düşünce ve davranış değişimleri; tedavi sonrasında çevrelerinde bulunan kişilerin kendilerine yönelik tutum ve davranışlarını anlamaya yönelik sorular yöneltilmiştir. Çalışmanın amacı COVID-19 hastalığında damgalanma algısı olması nedeniyle, nitel görüşmeler sonucunda elde edilen bilgilerin sadece damgalanma algısı ile ilişkili olan kısımları bu bölümde aktarılacaktır.

Tema 1: Hastalık öncesi hastalığa yönelik hissedilen duygular (kaygı, korku, endişe vb.)

Katılımcılar COVID-19 hastalığını geçirmeden önce, geçirdikleri dönemde ve tedavi sonrasında hastalığa ilişkin olarak en çok korku, tedirginlik, kaygı ve yalnızlık duygularını hissettiklerini ifade etmişlerdir. Örneğin pandeminin başlangıcında yaşanan duygulara ilişkin K4(E-33/1) katılımcısı “*Doğrusu çok korkuyordum, hastalığa yakalanırım düşüncesiyle. Nasıl atlattırım diye düşünüyordum. Tedirgindim yani*” ifadesini kullanırken; K6(K-38/2) katılımcısı “*hani gidip gelmeleri engelledik, hani gitmedik gelmedik hiçbir yere evin içerisindeydik bunlara dikkat etmeye çalıştık ama korku, tedirginlik vardı üzerimizde. Korkuyorduk, panik havasındaydık, hepimiz televizyonda sık sık haberleri izliyorduk*” ifadesini ve K20(E-52/E) katılımcısı ise “*Korkum vardı, korkum kendimden değil aile üyelerimden, çünkü ailemde kronik kalp rahatsızlığı olan biri var*” ifadesini kullanmıştır. Katılımcıların virüsün yakın çevreye bulaşmaya başladığı dönemde ki duygularına bakılacak olursa örneğin K29(E-26/1) katılımcısı “*...Babamın COVID19 olduğunu öğrendiğimde nedenini tam olarak bilmiyorum ama bir korku kapladı içimi. Annemle birlikte tedirgin olduğumuz için karantina sürecinde babamın odasına girmeyip, yemeğini kapıyı açıp maskeyle veriyorduk...*” ifadesini kullanmıştır.

Tema 2: Hastalık sürecinde hastalığa yönelik hissedilen duygular (kaygı, korku, endişe vb.)

Katılımcıların kendilerinin hastalık dönemindeki duygularına baktığımızda ise örneğin, K3(K-45/2) katılımcısı “*bu hastalığı grip gibi bir şey zannediyordum ama hastanede o titreyenleri bayılanları görünce nefes alamayanları görünce şoka girdim... o an psikolojim zaten bozuldu. Eyvah! Dedim. Hani bende bunlar gibi titreyecek miyim? Ne yapacağım? Nasıl olacak?... Yani bir anda ümitsizliğe kapıldım.*” ifadesini; K4(E-33/1) katılımcısı “*Hastaneye giderken çekimser gittim. Hastaneye gitmekten çekindim. Acaba hani hastaneye gitmek demek dedim başka hastalardan şey olabilir. Ya daha doğrusu ölmekten korktum. Şöyle diyelim ölürüm yani ben ölürüm diye düşündüm kendi kendime.*” ifadesini; K12(E-56/2) katılımcısı “*Sürekli kâbus görüyordum gece. Kâbuslar görüyordum. Psikolojik ben dedim herhalde dedim eşimle birlikte zor atlatacağız. Herhalde öleceğim diye düşündüm yani...*” ifadesini kullanırken K20(E-52/E) katılımcısı ise “*haber gelir gelmez adeta böyle buz kesildim, şok oldum çünkü beklemiyordum... Tedavisi kesin olmayan bir hastalık olduğu için insanların size yaklaşımı tuhafınıza gidiyor, çünkü odada tek başınıza kalıyorsunuz, yemeğinizi kapının yanına sehpa gibi bir şey oluyor onun üstüne bırakıyorlar, her şeyinizi oraya bırakıyorlar, ne biliyim ateşinizi ölçmeye geldiklerinde çok temkinli ne biliyim kan almaya geldiklerinde çok temkinli, hani sol kolunuzdan kan alıyorsa siz sağ tarafınızı dönmek zorunda kalıyorsunuz, bu muamele insanın da psikolojisini etkiliyor...*” ifadesini kullanmıştır.

Tema 3: Hastalık sonrasında hastalığa yönelik hissedilen duygular (kaygı, korku, endişe vb.)

Katılımcıların hastalık sonrası duygularına bakıldığında ise örneğin K11(E-29/1) katılımcısı “*Günlük hayatımı korkarak yaşıyorum insanlardan normalde belki bu hastalığı yaşamamış olsaydım insanlardan bu kadar uzak durmazdım ama bu hastalığın zorluğunu yalnızlık ve fiziksel olarak vücudunuzda yaşadığınız şeyler sizi zorladığı için tekrar bu hastalığı yaşamaktan korktuğum için insanlardan uzak duruyorum, insanların bana yaklaşmasını engelliyorum, sürekli maske takıyorum ellerimi sürekli dezenfekte ediyorum, yıkıyorum bu hastalık korkutuyor insanı en büyük etkisi korku diyebilirim insanlara karşı*” ifadesini kullanırken; K28(K-44/2) katılımcısı “*Yendikten sonra çok takıntılarım olduğunu fark ettim. Zaten el yıkama takıntım vardı. Daha sonra farklı şeyler de oldu. Mesela ocağın altını kapattıktan sonra tekrar tekrar kontrol etmeye başladım. Ütüyü prizden çektikten sonra tekrar tekrar kontrol etmeye başladım.*” ifadesini kullanmıştır.

Tema 4: İçselleştirilmiş damgalanma

Katılımcıların kendilerine yönelik içselleştirilmiş damgalanma ifadelerine bakıldığında; K6(K-38/2) katılımcısı “*Tabi ki benim hatam ben çok dikkat ettim akrabalarımınla görüşmedim dışarı çıkmıyordum. Hani markete,*

*bakkala, pazara gitmiyordum ama benim yalnızca bir hatam oldu şöyle ki üst komşumla 5 dakikalığına görüşmem benim korona olmam sebebiydi ve ben bunun için kendimi suçluyordum. Yani görüşmeseydim olmazdım, ben oldum benden de çocuğum kaptı oğlum için üzülüyordum, hani benden kaptı diye çocuk o kadar dikkat ettiği halde gitmiyordu arkadaşlarına dahi gitmiyordu çocuk ama benden dolayı o da kaptı benim ihmalkârlığımdı diye düşünüyorum...” ifadesini kullanırken; K25(K-52/E) katılımcısı ise “Uzaktan konuşmaya başladık yan yana gelmeye başladık. Yanlarına da gitmiyoruz. Çünkü biz kendimizi suçlu hissediyoruz.” ifadesini kullanmıştır.*

#### Tema 5: Deneyimlenmiş dışsal damgalanma

Katılımcıların tedavi sonrasında yaşadıkları dışsal damgalanma yaşantısına ilişkin ifadelerine bakıldığında, örneğin K1(K-23/1) katılımcısı “Şaka yollu takılanlar var tabii. Uzak dur, öteye git, yaklaşma falan...” ifadesini kullanırken, K2(E-49/2) katılımcısı “Mesafeli davrandılar. Hastaneden döndüğümüz zaman, yakınlarımız hep çok uzak mesafede benimle konuştular. Ya öyle hastalık geçti ama yine de olur mantığıyla mı bakılıyordu? Benim çok moralim bozuluyordu... Yani ben sanki veremliyim, sana bulaşacak. Hep uzak durdular, hep mesafeli davrandılar. Tamam, bunlar olacak ama aşırıydı yani. Ben zaten tedavi görmüşüm.” ifadesini; K6(K-38/2) katılımcısı “çocuklarımız korkuyordu hani önceden çocuğum bana gelmek isterken bu defa çocuğun benden kaçtığı hissediyordum küçük çocuğumun benden uzaklaştığını korktuğunu hissediyordum görüyordum... benim küçük oğlan böyle arkamda tamam bizim bu şey bitti ama testimiz temiz çıktıktan sonra bana uzaktan elini sürme böyle sürmek istiyor, bana sarılmak istiyor ve kendini geri çektiğini gördüm ve ben orda çok duygulanmıştım çok hüznlenmiştim çocuk bana sarılmak istiyor ama korktuğu için geri çekildiğini gördüm birebir gördüm o beni çok etkilemişti...” ifadesini; K9(K-62/2) katılımcısı “iyileştikten sonra bile benimle kimse iletişime geçmedi. Yani hiçbir akraba bile, bir yakın bile sana gelemiyor, ben gidemiyorum. Daha şu anda hala kimseyle iletişim kuramadım yani. Hiç hele de sarılmak yok. Marttan geçen seneki marttan beri sarılma, kimseyle görüşmek yok.” ifadesini; K13(K-50/E) katılımcısı “Yani çevre olarak dersem apartmanı düşünelim. Biz 8 dairelik bir yerde oturuyorduk. Yani kimse en yakınımızda dâhil ne ziyarete geldi ne bir şeye geldi yani telefonla dahi soranlar olmadı... İnsan bazı şeylere üzülüyor kendi yakınlarından kendi kanından canından arayanlar olmadığı için tabii ki insan buna çok duygulanıyor yani yeri geliyor ağlıyorsun yani acaba ben yaptım da böyle bir şey bana geldi bana beddua mı ettiler de bu iş başıma geldi veya benimle niye konuşmuyorlar tabii ki insan ister istemez etkileniyor.” ifadesini; K17(E-36/2) katılımcısı “insanlar sanki sen vebalıymışsın gibi birazcık temkinli yaklaşıyor bak onu hissediyorsun. Ama tabii o sana belli etmiyor. Ama sen insanların eski samimiyetini bildiğin için kimisi hani hava soğuk dükkânın dışına gel muhabbet edelim diyor... Yani belli etmiyorsun ama yani insanlarda bi şey var korku var sana karşı. Sen sanki vebalıymışsın gibi.” ifadesini; K30(E-31/1) katılımcısı “...İş yaşamım da çalıştığım arkadaşlarım bana bir öcü gibi bakmaya başladılar sürekli uzaklaşmaya yöneliyorlardı ve bu davranışlar bana sonsuza kadar böyle sürecek gibi geliyordu. Ve beni çalışma isteği yönünden olumsuz etkiledi.” ifadesini; K39(K-27/1) katılımcısı “Açıkçası çevrem bende çok fazlasıyla koştular. Sanki bana vebalı gibi davranmışlar gibi oldu..... İşte bu corona geçirdi bundan uzak duralım, işte bizde hastalık kapmayalım gibi” ifadesini ve K41(E-48/2) katılımcısı ise “Kimin dost kimin düşman olduğunu öğrendim diyebilirim bu süreçte. Yakınken bir anda ben COVID oldum diye kendilerini korumak için geri çektiler fakat yine de telefonla arayabilirlerdi yapmadılar. Çocuklarımla eskisi kadar içten sarılamıyoruz hala.” ifadesini kullanmıştır.

#### 4. Tartışma ve sonuç

Türkiye’de COVID-19 salgını sırasında hastalığa yakalanan ve iyileşen insanlar arasında damgalanma algısını ve bu algının ruh sağlığına olan etkisini incelemek amacıyla yapılmış olan bu çalışmanın bulguları incelendiğinde, COVID-19 ile ilgili damgalama deneyimlerinin çoğunun, önceki enfeksiyon salgınları sırasında meydana gelen damgalanma deneyimlerine benzer olduğu bulunmuştur. Damgalanma, sosyal gruplaşmanın bilişsel temeli olarak, kişinin kendisini damgalanmaya yönelik ötekileştirilmiş grubun içine yerleştirmesiyle başlar. Ötekinin yaratılmasının koşulu, damgalanan kişilerin, fiziksel ve/veya başka türlü belirli bir özelliğe dayalı olarak diğerlerinden ayırt edilebilmesidir. Bu sayede benzer özelliklere sahip bireyler, iç grup ve farklı olanlar dış grup olarak kategorize edilir. Bu farklılaşma, iç grup üyelerinin benzerliklerini ve dolayısıyla homojenliğini vurgularken dış grup üyelerinin farklılıklarını bir araya getirir (Turner vd., 1987; Stets ve Burke, 2000). Böylece, damgalama tepkileri, damgalananlar ile damgalayıcılar arasında mesafe yaratarak, "biz" ile "ötekiler" kategorisini oluşturur ve "bizi" güçlendirirken "ötekinde" güçsüzlük ve iktidarsızlık duygusu yaratır (Jones vd., 1984). Geçmiş salgınlarda damgalama olgusuna yönelik yapılan araştırma sonuçları incelendiğinde "biz" ve "ötekinin" genellikle ırk, kültür, cinsiyet ve salgının ortaya çıktığı bölge üzerinden oluşturulduğu görülmektedir (McClain, 1994; Garrett, 1995; Mar- kel, 1997; Hunter vd., 2019).

COVID-19 hastalığının etkisini göstermeye başladığı ilk dönemlerde, enfekte olanların çoğu, çok az semptom gösterdiğinden veya hiç semptom göstermediğinden, dünyanın bazı bölgelerinde insanlar, kimin enfekte olabileceğini belirlemek için semptomlar dışındaki özellikleri kullanarak belirli bir etnik kökene sahip kişilere karşı ayrımcı sosyal davranışlar uygulamıştır. Örneğin, Hindistan ve Singapur'daki din ve hükümet liderleri, meydana gelen olaylardan dolayı Allah'ın/Tanrı'nın gazabına atıfta bulunarak Çin'i suçlamış (Kurohi, 2020), ABD Başkanı COVID-19'u "Çin Virüsü" olarak adlandırmış (Kandil, 2020) ve pek çok Asyalı Amerikalı, virüsün yayılmasından dolayı suçlanarak tepkiyle karşı karşıya kalmıştır (Scheimer ve Chakrabarti, 2020). Fakat COVID-19'un 135 ülkeyi etkileyen bir salgın haline gelmesiyle birlikte, damgalama ve ayrımcılık, yöneldiği "ötekini" yeniden inşa ederek, önceki salgınlara benzer şekilde daha çok sağlık çalışanlarına ve ailelerine yönelmiştir (Locsin ve Matua 2002; Honey ve Wang 2013; Batey vd., 2016). Bazı Latin Amerika, Afrika ve Avrupa ülkelerinde en çok etkilenen bölgelerdeki sağlık çalışanları ve ambulans ekipleri damgalama ve ayrımcılığın hedefi haline gelmiştir (Xiong ve Peng, 2020; Poudel, 2020; Banerjee, 2020).

Farklı sosyal, ekonomik ve eğitim düzeyindeki bireyler arasında COVID-19 enfeksiyonunun hızla yayılması tarihsel bağlamda hastalıktan korunmanın bir yolu olarak görülen damgalamaya yönelik olarak "yeni ötekilerin" oluşturulmasına neden olmuştur. Mevcut çalışma bulguları, cinsiyet, medeni durum ve sosyo-ekonomik düzeyin anlamlı bir etki yaratmamasına rağmen yaş değişkeninin ise Banerjee ve Rai'nin (2020) çalışmasının sonuçlarına benzer şekilde, özellikle damgalanma algısı gelişiminde anlamlı şekilde etkili olduğunu göstermiştir. Mevcut çalışma bulgularından farklı olarak Kelly ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, 20-49 yaşları arasında iyileşmiş ve daha yüksek eğitime sahip kişilerin kültür ve ülkeden bağımsız olarak damgalanma yaşama riskinin daha yüksek olduğunu bulmuş olmakla birlikte, bu farklılaşmanın temel nedeni her salgında hastalıktan uzaklaşmaya yönelik yaratılan "ötekinin" farklılık göstermesi olabilir. Mevcut çalışmada yaşın ana etkisinin bütün damgalanma boyutlarında anlamlı çıkmasının nedeni, salgının başlangıcından itibaren hem medya da hem de uzmanların uyarılarında, 65 yaş ve üstü kişilerin salgından en çok etkilenecek grup olacağına yönelik etiketleme olarak görülmektedir. Özellikle 65 yaş ve üstü grupların sokağa çıkma yasaklarının başlaması, onlara yönelik etiketlenmenin belirgin hale gelmesini sağlamıştır. Aynı dönemde 20 yaş ve altı gruplarında benzer şekilde sokağa çıkma kısıtlaması yaşamış olmasına rağmen özellikle medya yayınlarında ve uzmanların katıldığı tartışma programlarında, bu grupların daha az bulaş yaşadıkları veya hastalığı daha kolay atlattıklarına yönelik yayınların olması bu gruplarda daha az damgalanma algısı gelişimine neden olduğu söylenebilir. Özellikle Türkiye'de bazı büyük şehirlerde 65 yaş ve üstü kişilerin, toplu taşıma araçlarına belirli saatlerde alınmaması veya diğer kronik hastalıklarının tedavisine yönelik hastaneye gitmelerinin kısıtlanması ya da ekonomik yaşamın içinde yer almaktan uzaklaşmaları, yalıtılmışlık hislerini arttırarak damgalanma algılarını yükseltmiştir. Aslında, alınan bütün bu önlemler 65 yaş ve üstü grupta yer alan kişileri korumaya yönelik olsa dahi kendi çocuklarını veya torunlarını bile görmekte sorun yaşamaları, yaşam alanlarında ihtiyaçlarını karşılamada sorun yaşamaları ve medyada sürekli yaşlı ölümlerine ilişkin verilen bilgiler damgalanma algısı yaşamalarının nedeni olabilir.

Çalışmadan elde edilen bir diğer önemli bulgu ise eğitim düzeyinin damgalanma algısında istatistiksel olarak etkili olduğudur. Buna göre, eğitim düzeyi arttıkça damgalanma algısı düşmektedir. Üniversite ve üstü eğitim almış grupta yer alan katılımcılar geçmişte yaşanan salgınlarda yapılan çalışma sonuçlarına benzer şekilde en düşük düzeyde damgalanma algısını yaşarken (Pappas vd., 2009; Des Jarlais vd., 2006) ortaokul ve altında eğitim almış gruplarda yer alan katılımcılar daha yüksek damgalanma algısı yaşamaktadır. Burada etkili olan faktörlerden birinin yaş grubu yüksek olan kişilerde eğitim düzeyinin düşük olması ve dolayısıyla bu grupların daha fazla kısıtlamayla karşılaşmaları olabilir. İkinci bir neden ise eğitim düzeyi arttıkça hastalığa ilişkin doğru bilgi düzeyinin artmasına paralel olarak alınabilecek önlemlere yönelik davranışlarda daha fazla uyum sağlanabilmesi olabilir (Hatzenbuehler vd., 2013; Link ve Phelan, 1995). Ayrıca eğitim düzeyinin artması sosyo-ekonomik düzeyinde artmasını sağlayarak sağlık hizmetlerine ulaşımı kolaylaştırarak damgalanma algısını düşürebilir. Bulgularımız, düşük sosyo-ekonomik düzeyde yer alan bireylerin algılanan damgalanma deneyimine karşı savunmasız görüldüğünü gösteren önceki çalışmalarla tutarlıdır (Yang, 2014; Duan, Bu ve Chen, 2020; Chopra ve Arora, 2020).

COVID-19 gibi salgın hastalıklardan korunma yolu olarak, insanların kendilerini sosyal çevreden izole etmesi ve sosyal etkileşimi kısıtlaması arttıkça, bu durum bireyin yanı sıra bir bütün olarak toplumun genelinin yaşam kalitesini etkiler ve ruh sağlığı ile ilişkili damgalanma, korku ve paniğe neden olabilir (Abuhammad vd., 2020; See vd., 2011; Mamun vd., 2019; Ramaci vd., 2020; Katherine vd., 2020; Roy vd., 2020). Mevcut çalışma bulguları incelendiğinde hem nitel görüşmelerde katılımcıların vermiş oldukları yanıtlar hem de nicel veri sonuçları salgının COVID-19 hastalığı geçirmiş olan kişilerde ruh sağlığı üzerinde negatif sonuçları olduğunu göstermektedir. Diğer salgınlarda yapılan çalışma sonuçlarına benzer şekilde (Rabelo vd., 2016; Guetiya vd., 2017; Mohammed vd., 2015; Arwady vd., 2014; Venables, 2017), damgalanma algısı yüksek olan katılımcılar anlamlı şekilde damgalanma algısı düşük olanlardan daha fazla depresif duygu durumu ve anksiyete yaşamaktadır. COVID-19

hastalığını yenenlerle yapılan derinlemesine görüşmeler hastalık öncesi, hastalık süreci ve hastalık sonrasında katılımcıların yaşadıkları en önemli duyguların, Sahoo ve ark.'nın (2020) çalışma sonuçlarına benzer şekilde, korku, anksiyete, öfke, suçluluk, hayal kırıklığı ve yalnızlık hissi olduğunu göstermektedir.

Nicel çalışma sonuçlarından bir diğeri de tedavinin sonuçlandığı süre uzadıkça yaşanan damgalanma algısının da anlamlı şekilde artıyor olmasıdır. Bu durum özellikle hastalığa yakalananların iyileşmiş olmasının tek başına yeterli olmadığı sonrasında yaşanan içselleştirilmiş, yaşanmış ve beklenen damgalanma deneyimlerinin de ruh sağlığı üzerinde bozucu bir etkisi olduğunu göstermektedir. Yapılan araştırmalar mevcut çalışma sonuçlarına benzer şekilde, bulaşıcı hastalık sonrası fiziksel ve psikolojik rahatsızlıkların, iyileşenler arasında yaygın olduğunu ve sağlıkları ve yaşam kaliteleri üzerinde önemli derecede olumsuz etkisi olduğunu göstermiştir (Rabelo vd., 2016; Gardner ve Moallem, 2015; Lotsch vd., 2017; McIntosh ve Rosselli, 2012; Vetter vd., 2016; Siu, 2008; Lau vd., 2006). Tüm bu sorunlar, ruh sağlığının COVID-19 enfeksiyonu teşhisi konan ve COVID servislerine kabul edilen kişilere büyük zarar verdiğini gösteriyor. Özellikle tedavi sonrasında sosyal çevreyle yaşanan uzaklaşma ve dışlanma algısı katılımcılarda damgalanmaya ve ruhsal bir takım problemlere neden olurken (Villa vd., 2020) bazı katılımcıların aile ve yakın çevreden görmüş oldukları ilgi ve desteğin duygu durumlarını düzenlemede yardımcı olduğunu belirtmiş olması damgalanmanın önüne geçilmesinde sosyal desteğin önemini göstermektedir. Damgalanmaya yönelik yapılan çalışmalar da depresyon, anksiyete gibi psikolojik durumların, yetersiz sosyal destek ve çevrenin, hastaların sağlık durumlarını, sağlık algılarını, tedavi uyumlarını ve tedavi cevaplarını olumsuz etkilediği göstermiştir (Sahoo vd., 2020).

Hem nitel hem de nicel çalışma sonuçları Banerjee'nin (2020) de belirttiği gibi COVID-19'dan muzdarip hastaların hastaneye kabul/koğuşta kalış, karantina sırasında ve sonrasında ruh sağlığı sorunlarını ele alma ve anlamaya acil ihtiyaç olduğunu ve damgalanmayı önlemenin çok yönlü bir strateji gerektirdiğini göstermektedir. Özellikle salgın hastalıklarda damgalamanın ön koşulunun "öteki"ni yaratmak olduğunu ve bunun da medya ve politika yapımcılar tarafından oluşturulduğunu görmek önemlidir. Bu nedenle gerçek bilginin yaygın bir şekilde yayılmasıyla çarpıtılmış ve yanlış bilginin yayılmasını engellemek ve yaygın yanlış bilgiler üzerinde doğruluk kontrolleri yapmak salgını yönetenlerin birinci önceliği olmalıdır. İkincisi, halkı yanlış bilgi tüketmenin ve paylaşmanın kötü etkileri konusunda eğitmek ve bunlara karşı korunmak için eşitsizlikler ve önceden var olan klişeler konusunda bilinçlendirmeye ihtiyaç vardır (Bagcchi, 2020). Ayrıca birçok araştırmacı, COVID-19 servislerine kabul edilen hastalara sağlanacak psikolojik ilk yardımın altını çizmiştir (Rabelo vd., 2016; Li vd., 2020; Xiang vd., 2020). Bunun yanında damgalamanın kalıcı etkisi de göz önüne alınarak, iyileşme sonrası günlük rutini sürdürmek ve ailelerle ve arkadaşlarla iletişim kurmak, insanların kontrolü hissetmelerine ve duygusal destek almalarına yardımcı olacağı için tavsiye edilir. Dahası, damgalanmanın hastalığın daha da yayılmasına ve sosyal huzursuzluğa yol açabilecek olumsuz etkilerini hafifletmek için sosyal destek gereklidir. Tıp, sosyal ve davranış bilimleri, iletişim ve medya uzmanlarından oluşan çok disiplinli ekipler, bu önemli görevi yerine getirmek ve net olmayan mesajlar ve yanlış bilgilendirme riskini azaltmak için kurulmalıdır (WHO, 2005).

Bu çalışmanın çeşitli güçlü yönleri ve sınırlılıkları vardır. Çalışmanın karma yöntemle hem nicel hem de kişilerin yaşam deneyimlerini derinlemesine sorgulaması açısından olguya ilişkin güçlü bilgiler sunmaktadır. Kısıtlamalar açısından ise, çalışmanın salgının ilk yılında henüz yeterince tanınmadığı ve önlem olarak aşının henüz geliştirilmediği dönemde birkaç ay yürütüldü ve bu nedenle, yanıt verenlerin tutum ve davranışlarının zamanla değişmesi mümkündür. Değerlendirmemiz, gerçek davranışların doğrudan gözlemsel değerlendirmelerinden ziyade, tutum ve davranışların kendi kendine bildirilmesiyle sınırlıydı. Bu çalışmada elde edilen bulguların tekrarlanabilirliğini ve genelleştirilebilirliğini değerlendirmek için ileride yapılacak araştırmalara ihtiyaç vardır. Damgalanmayı değerlendirmek için bulguların farklı yöntemler kullanılarak tekrarlanıp tekrarlanmadığını belirlemek için araştırma yapılabilir.

#### ***Yazarların katkı oranı***

Yazarlar makalenin veri toplama, verilerin çözümlenmesi, raporlaştırma ve diğer aşamalarından eşit düzeyde sorumlu olduğunu beyan ederler.

#### ***Çıkar çatışması***

Bu çalışmada yazarlar tarafından herhangi bir çıkar çatışması belirtilmemiştir.

#### ***Etik kurul beyanı***

Bu çalışmanın Etik Kurul Onayı, 25.12.2020 tarih ve 65 sayılı karar ile Kastamonu Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler, Bilimsel Araştırmalar ve Yayın Etiği Kurulu'ndan alınmıştır. Tüm sorumluluk yazara aittir.

## Kaynakça

- Abuhammad, S., Alzoubi, KH, Khabour, O. (2020). Fear of COVID-19 and stigmatization towards infected people among Jordanian people. *Int J Clin Pract.* 00:e13899. <https://doi.org/10.1111/ijcp.13899>
- Almutairi, A. F., Adlan, A. A., Balkhy, H. H., Abbas, O. A., & Clark, A. M. (2018). “It feels like I'm the dirtiest person in the World”: Exploring the experiences of healthcare providers who survived MERS-CoV in Saudi Arabia. *Journal of Infection and Public Health, 11*(2), 187–191.
- Arwady MA, Garcia EL, Wollor B, Mabande LG, Reaves EJ, Montgomery JM. Reintegration of ebola survivors into their communities - Firestone District, Liberia, 2014. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 63(50): 1207–1209.
- Aydemir, Ö., Guvenir, T., Kuey, L., & Kultur, S. (1997). Validity and reliability of Turkish version of hospital anxiety and depression scale. *Turk Psikiyatri Dergisi, 8*(4), 280-287.
- Bagcchi S. (2020). Stigma during the COVID-19 pandemic. *Lancet Infect Dis.*20(7):782. [https://doi.org/10.1016/S1473 - 3099\(20\)30498 -9](https://doi.org/10.1016/S1473 - 3099(20)30498 -9). PMID: 32592670, PMCID: PMC7314449
- Banerjee, D., (2020). The COVID-19 outbreak: crucial role the psychiatrists can play. *Asian J. Psychiatry, 50*, 102014. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102014>.
- Banerjee, D., & Rai, M. (2020). Social isolation in COVID-19: The impact of loneliness. *International Journal of Social Psychiatry, 66*(6), 525-527. doi:10.1177/0020764020922269
- Batey DS, Whitfield S, Mulla M, Stringer KL, Durojaiye M, McCormick L, et al. (2016). Adaptation and implementation of an intervention to reduce HIV-related stigma among healthcare workers in the United States: piloting of the FRESH workshop. *AIDS Patient Care STDs.* 30(11):519–27.
- Chopra KK, Arora VK. (2020). COVID-19 and social stigma: role of scientific community. *Indian J Tuberc.* 67(3):284-285.
- Crocker, J., Major, B., & Steele, C. (1998). Social stigma. In D. T. Gilbert, S. T. Fiske, & G. Lindzey (Eds.), *The handbook of social psychology* (Vol. 2, 4th ed., pp. 504-553). Boston, MA: McGraw-Hill.
- Des Jarlais DC, Galea S, Tracy M, et al. (2006). Stigmatization of newly emerging infectious diseases: AIDS and SARS. *Am J Public Health, 96*: 561–567.
- Duan, W., Bu, H., & Chen, Z. (2020). COVID-19-related stigma profiles and risk factors among people who are at high risk of contagion. *Soc Sci Med, 266*, 113425. doi:10.1016/j.socscimed.2020.113425
- Erdoğan, Ö., & Ersoy, M. (2022). Development and psychometric evaluation of a covid-19 stigma scale: a factor analysis investigation in a Turkish population. *Akademik Sosyal Bilimler Dergisi, 9*, 25, 86-101. DOI: 10.34189/asbd.9.25.006
- Gardner PJ, Moallem P. (2015). Psychological impact on SARS survivors: critical review of the English language literature. *Can Psychol.* 56(1): 123.
- Gilbert, D.T., Fiske, S.T., Lindzey, G., (1998). *The Handbook of Social Psychology*. Oxford University Press, New York.
- Goffman, I. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Guetiya Wadoum RE, Samin A, Mafopa NG et al. (2017). Mobile health clinic for the medical management of clinical sequelae experienced by survivors of the 2013–2016 Ebola virus disease outbreak in Sierra Leone, West Africa. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis.* 36(11): 2193–2200.
- Hatzenbuehler, M. L., Phelan, J. C., & Link, B. G. (2013). Stigma as a fundamental cause of population health inequalities. *American Journal of Public Health, 103*, 813-821.
- Honey M, Wang WY. (2013). New Zealand nurses perceptions of caring for patients with influenza A (H1N1). *Nurs Crit Care.* 18:63–69..
- Hunter M. Keys, Bonnie N. Kaiser, Jenny W. Foster, Matthew C. Freeman, Rob Stephenson, Andrea J. Lund & Brandon A. Kohrt, (2019). Cholera control and anti-Haitian stigma in the Dominican Republic: from migration policy to lived experience, *Anthropology & Medicine, 26*:2, 123-141, DOI: 10.1080/13648470.2017.1368829
- Jones, E. E., Farina, A., Hastorf, A. H., Markus, H., Miller, D. T., & Scott, R. A. (1984). *Social stigma: The psychology of marked relationships*. New York: W.H. Freeman and Company.
- Kandil, C. Y. (2020, March 26). Asian American report over 650 racist acts over last week, new data says. *NBA News.com.* <https://www.nbcnews.com/news/asian-america/asian-americansreport-nearly-500-racist-acts-over-last-week-n1169821>.
- Katherine J. Roberto, Andrew F. Johnson & Beth M. Rauhaus (2020) Stigmatization and prejudice during the COVID-19 pandemic, *Administrative Theory & Praxis, 42*:3, 364-378, DOI: 10.1080/10841806.2020.1782128
- Kurohi, R. (2020, February 7). MHA investigating religious teacher for xenophobic, racist posts. *The Straits Times.* <https://www.straitstimes.com/singapore/coronavirus-mha-investigating-religious-teacher-for-xenophobic-racist-posts>.
- Lau JT, Yang X, Wong E, Tsui H. (2006). Prevalence and factors associated with social avoidance of recovered SARS patients in the Hong Kong general population. *Health Educ Res.* 21(5): 662–673.

- Lotsch F, Schnyder J, Goorhuis A, Grobusch MP. (2017). Neuropsychological long-term sequelae of Ebola virus disease survivors - A systematic review. *Travel Med Infect Dis.* 18: 18–23.
- Lin, C.Y. (2020). Social reaction toward the 2019 novel coronavirus (COVID-19). *Social Health and Behavior*, 3(1), 1–2. [https://doi.org/10.4103/SHB.SHB\\_11\\_20](https://doi.org/10.4103/SHB.SHB_11_20).
- Link, B. G., Cullen, F. T., Struening, E., Shrout, P. E., & Dohrenwend, B. P. (1989). A Modified Labeling Theory Approach to Mental Disorders: An Empirical Assessment. *American Sociological Review*, 54(3), 400–423. <https://doi.org/10.2307/2095613>
- Link, B., and Phelan, J. (1995). Social conditions as fundamental causes of disease. *Health Soc Behav, (special issue)* 80-94
- Loesin R.C. & Matua A.G. (2002) The lived experience of waiting-to-know: Ebola at Mbarara, Uganda—hoping for life, anticipating death. *Journal of Advanced Nursing* 37(2), 173–81.
- Maxwell, J. A. (2016). Expanding the history and range of mixed methods research. *Journal of Mixed Methods Research*, 10(1) 12–27
- Mohammed A, Sheikh TL, Gidado S et al.(2015). An evaluation of psychological distress and social support of survivors and contacts of Ebola virus disease infection and their relatives in Lagos, Nigeria: a cross sectional study 2014. *BMC Public Health*, 15(1): 1–8.
- Overholt, L.; Wohl, D.A.; Fischer, W.A.; Westreich, D.; Tozay, S.; Reeves, E.; Pewu, K.; Adjasso, D.; Hoover, D.; Merenbloom, C.; et al. (2018). Stigma and Ebola survivorship in Liberia: Results from a longitudinal cohort study. *PLoS ONE*, 13, e0206595
- Pappas, G., Kiriaze, I. J., Giannakis, P., & Falagas, M. E. (2009). Psychosocial consequences of infectious diseases. *Clinical Microbiology and Infection*, 15(8), 743–747. <https://doi.org/10.1111/j.1469-0691.2009.02947.x>.
- Pellecchia, U., Crestani, R., Decroo, T., Van den Bergh, R., & Al-Kourdi, Y. (2015). Social consequences of Ebola containment measures in Liberia. *PLOS ONE*, 10 (12), e0143036. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0143036>
- Person, B., Sy, F., Holton, K., Govert, B., Liang, A., & Garza, B. (2004). Fear and stigma: The epidemic within the SARS outbreak. *Emerging Infectious Diseases*, 10(2), 358-363. Doi: 10.3201/eid1002.030750
- Pescosolido, B.A., Martin, J.K., Lang, A., Olafsdottir, S. (2008). Rethinking theoretical approaches to stigma: a Framework integrating normative influences on stigma (FINIS). *Soc. Sci. Med.* 67 (3), 431–440. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.03.018>.
- Poudel, A., (2020). Stigma Against Health Workers, Patients and Area Locals Continues in COVID-19 Hotspots. <https://kathmandupost.com/national/2020/05/01/stigmaagainst-health-workers-patients-and-area-locals-continues-in-COVID-19-hotspots>.
- Ramaci T, Barattucci M, Ledda C, Rapisarda V. (2020). Social stigma during COVID-19 and ITS IMPACT on HCWs outcomes. *Sustainability*.12(9):3834.
- Rabelo, I.; Lee, V.; Fallah, M.P.; Massaquoi, M.; Evlampidou, I.; Crestani, R.; Severy, N. (2016) Psychological Distress among ebola survivors Discharged from an ebola Treatment Unit in Monrovia, liberia—A Qualitative study. *Front. Public Health*, 4, 142.
- Roy D, Tripathy S, Kar SK, Sharma N, Verma SK, Kaushal V. (2020). Study of knowledge, attitude, anxiety & perceived mental healthcare need in Indian population during COVID-19 pandemic. *Asian J Psychiatry*.8:102083.
- Sahoo, S., Mehra, A., Suri, V., Malhotra, P., Yaddanapudi, N., Puri, G. and Grover, S. (2020). Lived experiences of the corona survivors (patients admitted in COVID wards): a narrative reallife documented summaries of internalized guilt, shame, stigma, anger. *Asian Journal of Psychiatry*, Vol. 53, pp. 1-3.
- Scheff TJ. (1966). *Being Mentally Ill: A Sociological Theory*. Chicago, IL: Aldine de Gruyter
- Scheimer, D., & Chakrabarti, M. (2020). Asian American discrimination and the coronavirus crisis. On Point.org. <https://www.wbur.org/onpoint/2020/04/14/george-takei-asianamerican-discrimination-coronavirus>.
- See LC, Shen YM, Chen CL, et al. (2011). Professional attitude of health care workers toward serving HIV/AIDS patients and drug users: Questionnaire design and evaluation of reliability and validity. *AIDS Care*.23:1448-1455.
- Siu, J. Y. M. (2008). The SARS-associated stigma of SARS victims in the post-SARS era of Hong Kong. *Qualitative Health Research*, 18(6), 729–738.
- Stets, J. E. , & Burke, P. J. (2000). Identity theory and social identity theory. *Social Psychology Quarterly*, 63, 224-237
- Tian, S., Hu, N., Lou, J., Chen, K., Kang, X., Xiang, Z., et al., (2020). Characteristics of COVID-19 infection in Beijing. *Journal of Infection*, 80 (4), 401–406. <https://doi.org/10.1016/j.jinf.2020.02.018>.
- Turner, J. C., Hogg, M. A., Oakes, P. J., Reicher, S. D., & Wetherell, M. S. (1987). *Rediscovering the social group: A self-categorization theory*. Basil Blackwell.
- Xiong, Y., Peng, L., (2020). Focusing on health-care providers' experiences in the COVID-19 crisis. *Lancet Glob. Health* 8 (6), e740–741. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30214-X](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30214-X).



- 
- World Health Organization WHO, (2020). Positive Tests for Recovered Virus Patients are not Reinfections, WHO Says. <https://www.sciencealert.com/those-positive-resultsfrom-recovered-COVID-19-patients-weren-t-reinfections-after-all>.
- Venables E. 'Atomic bombs' in Monrovia, Liberia: the identity and stigmatisation of Ebola survivors. *Anthropol Action*, 24(2): 36–43.
- Vetter P, Kaiser L, Schibler M, Ciglenecki I, Bausch DG. (2016). Sequelae of Ebola virus disease: the emergency within the emergency. *Lancet Infect Dis*. 16(6): e82–e91.
- Villa, S., Jaramillo, E., Mangioni, D., Bandera, A., Gori, A., & Raviglione, M. C. (2020). Stigma at the time of the COVID-19 pandemic. *Clin Microbiol Infect*, 26(11), 1450-1452. doi:10.1016/j.cmi.2020.08.001
- Yang, L., F. Chen, K. Sia, J. Lam, K. Lam, H. Ngo, S. Lee, A. Kleinman, and B. Good. (2014). What Matters Most: ' A Cultural Mechanism Moderating Structural Vulnerability and Moral Experience of Mental Illness Stigma. *Social Science and Medicine* 103: 84–93.
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*, 67(6), 361-370. doi:10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x

## **Extended abstract**

### **Introduction**

The intensity of the transmission chains of the COVID-19 disease from person to person, the relatively long incubation period and the presence of some asymptomatic COVID-19 cases, triggering the fear that the virus is highly contagious, deadly and uncontrollable in societies. This perception may influence the perception of stigmatisation even if individuals recover from COVID-19. Thus, this may reduce COVID-19 survivors' quality of life and adversely affect their psychological well-being.

Since COVID-19 is an infectious disease, it leads people to hide their infection status in order to avoid social cohesion and social isolation, which leads to a delay in diagnosis and treatment. Individuals who recovered from COVID-19 are subjected to stigma in society, which may enhance social isolation. So, the main aim of the current study was to investigate the stigma experiences of those who had COVID-19 disease and recovered in the first year of the pandemic when the vaccine was not yet developed. In addition, the second aim was to determine the depression and anxiety levels and their relationships with stigmatisation.

*For these purposes, the hypotheses of the study are:*

H1: Women, who had COVID-19 and recovered from it, will experience more stigma perception than men in all stigma dimensions.

H2: As the age of the participants' increases, the stigma perception will increase too.

H3: People who are married will experience more stigma perception than singles in all stigma dimensions.

H4: As the socio-economic level increases, the perception of stigma will decrease.

H5: As the level of education increases, the perception of stigma will decrease in all dimensions.

H6: As the recovery period from the disease increase, the perception of stigma will increase in all dimensions.

H7: There will be a positive relationship between the perception of stigma and depression.

H8: There will be a positive relationship between the perception of stigma and anxiety.

*Qualitative research questions:*

1. What are the feelings of COVID-19 patients before, during and after the illness?
2. What are the stigmatisation experiences that COVID-19 patients internalise during the disease and after recovery?
3. What are the stigma experiences of COVID-19 patients during the disease and after recovery?
4. Expectations of COVID-19 patients to experience stigma during the disease and after recovery?

### **Methods**

In this study, we employed a mixed-method approach. In the first phase of the study, we followed a quantitative approach and included participants who recovered from the COVID-19 disease at least one month ago and who were 20 years old or above. Another inclusion criterion was being able to read and write in Turkish in order to understand the questions being asked. Exclusion criteria were currently having a mental health problem and being prescribed. A total of 1227 [n(women) = 657, n(men) = 570] participants completed the COVID-19 stigma scale and the Hospital Anxiety and Depression Scale. In the second phase of the study, we employed a qualitative approach and selected 50 [n(women) = 27, n(men) = 23] participants within the sample who completed the first phase of the study. We followed a convenience sampling strategy and reached participants via the students of Kastamonu University who were coming from different regions of Turkey. Due to the teaching method being distant (online teaching) in 2021-2022 education period and students were mostly were at their home town, they were briefed about the study and took part in reaching up to the participants. The participation in this study was a volunteer, and ethical approval for the study was given from the Kastamonu University Ethics Committee of the Scientific Research and Publication (approval no: 25.12.2020/65).

### **Results**

The results of the analyses showed that the perception of being a victim of stigmatisation is high among those who had COVID-19. Some variables influenced this perception. For example, age had an influence and the highest

level of stigma perception were experienced among those aged 60 years old and above. The level of education influenced the perception of the stigma and the higher the level of education, the lesser the perception of stigma. The results also indicated a positive association between the length of the recovery period and the perception of the stigma. Moreover, the increase in the perception of stigma influenced the increase in both anxiety and depression levels.

### **Discussion**

Results from the study showed that most of the stigma experiences associated with COVID-19 were similar to the stigma experiences that occurred during previous infection outbreaks. Stigmatization begins as the cognitive basis of social grouping, by placing oneself in the marginalized group for stigmatization. Thus, stigmatization reactions create a distance between the stigmatized and the stigmatized, creating the category of "us" and "they", empowering "us" and creating a feeling of powerlessness and impotence in the "other" (Jones et al. 1984). Thus, in this pandemic, too, in some parts of the world, people practiced discriminatory social behavior against people of a particular ethnicity, using characteristics other than symptoms to determine who might be infected. The rapid spread of COVID-19 infection among individuals of different social, economic and educational levels has led to the creation of "new others" for stigma, which has historically been seen as a way of protection from the disease. Similar to other pandemics that came to the fore in this period, there were health workers. However, as the spread increased, the age variable came to the fore as the new other with the influence of the media and policy makers. The most important finding obtained from the study was that the perception of stigma increases with age. The main reason for this has been the constant emphasis in both the media and discussion programs that the elderly are the group most affected by this pandemic. The results of the study showed that stigma, which developed as an evolutionary protective factor, progressed by creating new others during the pandemic process and its main purpose was protection.