

T.C
BAHÇEŞEHİR ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANA BİLİM DALI

PSİKOZ TANISI ALMIŞ BİREYLERDE TOPLUM RUH SAĞLIĞI
MERKEZLERİNE DEVAMLILIK DURUMLARINA GÖRE
İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMA DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ
GÖRKEM BAL

İSTANBUL 2024

T.C
BAHÇEŞEHİR ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANA BİLİM DALI

PSİKOZ TANISI ALMIŞ BİREYLERDE TOPLUM RUH SAĞLIĞI
MERKEZLERİNE DEVAMLILIK DURUMLARINA GÖRE
İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMA DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI
DR. ÖĞR ÜYESİ SADİGA OSMANLI SHİROLU

İSTANBUL 2024



T.C

BAHÇEŞEHİR ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

13/08/2024

YÜKSEK LİSANS TEZ ONAY FORMU

Program Adı:	Klinik Psikoloji
Öğrencinin Adı Soyadı:	Görkem BAL
Tezin Adı:	Psikoz Tanısı Almış Bireylerde Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerine Devamlılık Durumlarına Göre İçselleştirilmiş Damgalanma Düzeylerinin İncelenmesi
Tez Savunma Tarihi:	13.08.2024

Bu tezin Yüksek Lisans tezi olarak gerekli şartları yerine getirmiş olduğu Lisansüstü Eğitim Enstitüsü tarafından onaylanmıştır.

Doç. Dr. Yücel Batu SALMAN

Enstitü Müdürü

Bu tez tarafımızca okunmuş, nitelik ve içerik açısından bir Yüksek Lisans tezi olarak yeterli görülmüş ve kabul edilmiştir.

	Unvanı, Adı Soyadı	Kurumu	İmza
Tez Danışmanı	Dr. Öğr. Üyesi Sadıga Osmanlı Shirolu		
2. Üye (Kurum İçi)	Prof. Dr. Berna Güloğlu	Bahçeşehir Üniversitesi	
3. Üye (Kurum Dışı)	Prof. Dr. Semra Erpolat Taşabat	Mimar Sinan Güzel Sanatlar Üniversitesi	



Bu tezdeki tüm bilgilerin akademik kurallara ve etik ilkelere uygun olarak elde edildiğini ve sunulduğunu; ayrıca bu kuralların ve ilkelerin gerektirdiği şekilde, bu çalışmadan kaynaklamayan bütün atıfları yaptığımı beyan ederim.

Ad, Soyad : Görkem Bal

İmza :

ÖZ

PSİKOZ TANISI ALMIŞ BİREYLERDE TOPLUM RUH SAĞLIĞI MERKEZLERİNE DEVAMLILIK DURUMLARINA GÖRE İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMA DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ

GÖRKEM BAL

Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı

Tez Danışmanı: Dr. Öğretim Üyesi Sadiga Osmanlı Shirolu

Ağustos 2024 ; 61 Sayfa

Psikotik bozukluklar, toplumda yoğun stigmatizasyona ve dışlanmaya yol açmaktadır. Psikiyatri tanıli bireylerin bu damgalanmayı içselleştirerek kendilerini damgalamaları, tedavi motivasyon ve uyumlarını etkilemekte, hastalığın gidişatının olumsuz devam etmesine yol açmaktadır. Toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri ile psikiyatri tanıli bireylerin sosyal yaşamda daha işlevsel hale gelmeleri hedeflenmektedir. Bu çalışmada Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri'ne (TRSM) kayıtlı olan ve çalışmaya dahil edilen psikoz tanıli bireylerin; bu merkezlere devam etme durumlarına göre içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri araştırılmıştır. Merkezlere devamlılık sağlanması ve katılım sıklığının artması ile bireylerin içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığını anlamak amacıyla; devamlılık gösteren ve göstermeyen şizofreni, organik olmayan psikoz ve şizoaffektif bozukluk tanıli kişilere Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ) uygulanmıştır. Katılımcılar Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesine ayaktan tedavi için başvuran, yataklı kliniklerde tedavi olan ve TRSM'lerde tedavilerini sürdüren; araştırmacıya görüşme amacıyla yönlendirilen bireyler arasından gönüllülük esasıyla belirlenmiştir. Çalışmaya çeşitli eğitim düzeyi ve sosyokültürel arka plandaki 130 kişi dahil edilmiş, RHİDÖ'nün yanı sıra hastalığı kabullenmekle ilgili yaklaşımları ve tedaviye katılım sağlama motivasyonlarıyla alakalı sorular yöneltilerek içselleştirilmiş damgalanma ile ilişkili olabilecek çeşitli

faktörler araştırılmıştır. Bulgulara bakıldığında içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri; çalışma durumu, eğitim düzeyi, gelir düzeyi gibi sosyodemografik değişkenlere, hastalığa karşı yaklaşımlarına ve TRSM'lere devamlılık sağlama durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı fark ortaya koymaktadır. TRSM'lere katılımı yüksek olan bireylerin içselleştirilmiş damgalanma eğiliminin daha düşük olduğu, damgalanmaya karşı daha yüksek direnç gösterdikleri çalışmanın bulguları arasındadır. Bu açıdan çalışmanın; bireylerin içselleştirilmiş damgalanma eğilimleri üzerindeki faktörleri inceleyerek literatüre ve bu alanda hazırlanacak psikolojik destek programlarına kaynak olmak bakımından katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: İçselleştirilmiş damgalanma, Psikoz, Şizofreni, Şizoaffektif Bozukluk, Organik Olmayan Psikoz

ABSTRACT

EXAMINING THE LEVELS OF INTERNALIZED STIGMA BASED ON CONTINUITY OF ATTENDANCE IN COMMUNITY MENTAL HEALTH CENTERS FOR INDIVIDUALS DIAGNOSED WITH PSYCHOSIS

GÖRKEM BAL

Clinical Psychology Master's Program

Supervisor: Dr. Lecturer Sadiga Osmanlı Shirolu

August 2024; 61 Pages

Psychotic disorders cause intense stigmatization and exclusion which individuals with internalize affecting their self-perception, motivation, and treatment compliance. Community-based mental health programs aim to help individuals diagnosed with psychiatric disorders become more functional in social life and improve social functionality for those with such disorders. This study explores how participation in Community Mental Health Centers (CMHCs) influences internalized stigma among individuals diagnosed with psychotic disorders like schizophrenia, non-organic psychosis, and schizoaffective disorder. Using the Internalized Stigma Scale in Mental Illnesses (ISMI), the study assessed 130 participants from Erenköy Mental and Neurological Diseases Training and Research Hospital, including those in outpatient, inpatient, and CMHC treatments. Participants, chosen voluntarily by the institutional psychologist, represented various educational and socio-cultural backgrounds. The study investigated factors affecting internalized stigma, including illness acceptance and treatment motivations. Results indicate that internalized stigma is linked to sociodemographic factors such as employment status, education, and income, as well as perceptions of illness and CMHC participation. Notably, higher participation in CMHCs is associated with lower levels of internalized stigma and greater resistance to stigmatization. This study contributes to the literature by highlighting the positive

impact of CMHC involvement on reducing internalized stigma and supporting the development of targeted psychological support programs.

Keywords: Internalized Stigma, Psychosis, Schizophrenia, Schizoaffective Disorder, Nonorganic Psychosis



İÇİNDEKİLER

ETİK BEYAN.....	iii
ÖZ	iv
ABSTRACT.....	vi
İÇİNDEKİLER	viii
TABLolar LİSTESİ.....	xi
KISALTMALAR LİSTESİ	xii
Bölüm 1: Giriş.....	1
1.1 Problem Durumu	2
1.2 Çalışmanın Amacı	2
1.3 Araştırmanın Soruları ve Hipotezler	3
1.4 Çalışmanın Önemi.....	4
1.5 Tanımlar	5
1.5.1 Psikoz	5
1.5.1.1 Şizofreni.....	5
1.5.1.2 Şizoaffektif Bozukluk.....	5
1.5.1.3 Organik Olmayan Psikoz.....	6
1.5.2 Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri	6
1.5.3 Damgalanma ve İçselleştirilmiş Damgalanma	6
1.5.3.1 Damgalama ve Damgalanma.....	6
1.5.3.2 İçselleştirilmiş Damgalanma	7
Bölüm 2: Literatür Özeti	8
2.1 Şizofreninin Kapsamlı Açıklaması, Risk Faktörleri ve Hastalığın Seyri.8	
2.1.1 DSM-V ve ICD'ye Göre Şizofreni.....	9
2.1.2 Şizofreninin Tarihçesi, Epidemiyolojisi ve Etiyolojisi	10
2.1.3 Şizofrenide Risk Faktörleri.....	11

2.1.4 Şizofreniyi Açıklayan Farklı Yaklaşımlar	12
2.1.5 Şizofreni Tanısı Almış Bireylerde Hastalığın Seyri, Tedavi ve Hastalığın Sonlanması.....	13
2.2 Şizoaffektif Bozukluğun Kapsamlı Açıklaması ve Literatürdeki Yeri ..	14
2.2.1 Şizoaffektif Bozukluğun Kapsamlı Açıklaması ve Tarihçesi	14
2.2.2 Şizoaffektif Bozukluğun Epidemiyolojisi ve Etiyolojisi	15
2.3 Organik Olmayan Psikoz ve Literatürdeki Yeri.....	16
2.4 Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri, Tarihçesi, Kapsamlı İşleyişi ve Önemi	17
2.5 Ruhsal Hastalıklarda Damgalanma ve İçselleştirilmiş Damgalanma.....	20
2.5.1 Damgalanma	20
2.5.2 İçselleştirilmiş Damgalanma	21
Bölüm 3: Yöntem.....	25
3.1 Araştırmanın Deseni.....	25
3.2 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	26
3.2.1 Araştırmanın Evreni	26
3.2.2 Araştırmanın Örneklemi	26
3.3 Veri Toplama Araçları	28
3.3.1 Bilgilendirilmiş Onam Formu	29
3.3.2 Sosyodemografik Form	29
3.3.3 Hastalığa Karşı Yaklaşımı Ölçen Sorular.....	29
3.3.4 Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği	30
3.3.5 Bilgilendirme Formu	30
3.4 Uygulama	30
3.5 Verilerin Analizi.....	31
3.6 Sınırlılıklar	32
Bölüm 4: Bulgular.....	35

4.1 Ölçeklerin Güvenirliğine İlişkin Bulgular.....	35
4.2 Elde Edilen Verilerin İncelenmesi	36
Bölüm 5: Sonuç, Tartışma ve Öneriler	53
5.1 Demografik Veriler Bağlamında Bulguların İncelenmesi.....	53
5.2 Hastalığa Karşı Yaklaşım Bağlamında Bulguların İncelenmesi	56
5.3 Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri ve İçselleştirilmiş Damgalanma İlişkisi	58
5.4 Öneriler.....	60
KAYNAKÇA.....	62
EKLER.....	71
Ek A Etik Kurul Onay İzni	72
Ek B İl Sağlık Müdürlüğü Onay İzni	73
Ek C Ölçek İzin Yazısı.....	74
Ek D Bilgilendirilmiş Onam Formu.....	75
Ek E Sosyodemografik Bilgi Formu	76
Ek F Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği	78
Ek G Bilgilendirme Formu	80

TABLÖLAR LİSTESİ

TABLÖLAR

Tablo 1 Örnekleme Dair Betimleyici Bulgular	28
Tablo 2 Değişkenlerin Normallik Sınaması	31
Tablo 3 Ölçek Puanlarına İlişkin Güvenirlik Analizi	35
Tablo 4 Demografik Özelliklere İlişkin Bulgular	36
Tablo 5 Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Genel ve Alt Boyut Puanlarına İlişkin Özet İstatistikler	38
Tablo 6 RHİDÖ Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması	38
Tablo 7 RHİDÖ Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması Devam	40
Tablo 8 RHİDÖ Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Medeni Duruma Göre Karşılaştırılması	41
Tablo 9 RHİDÖ Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Eğitim Düzeyine Göre Karşılaştırılması	42
Tablo 10 RHİDÖ Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Gelir Düzeyine Göre Karşılaştırılması	43
Tablo 11 RHİDÖ Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Psikiyatrik Hastalıklarını Kabul Etme Durumuna Göre Karşılaştırılması	45
Tablo 12 RHİDÖ toplam ve Alt Boyut Puanlarının Tedavi Olma İsteklerine Göre Karşılaştırılması	46
Tablo 13 RHİDÖ toplam ve Alt Boyut Puanlarının Tedaviye Katılım Sebebine Göre Karşılaştırılması	48
Tablo 14 RHİDÖ toplam ve Alt Boyut Puanlarının TRSM'lere Son Üç Aydaki Katılım Sıklığına Göre Karşılaştırılması	49
Tablo 15 RHİDÖ Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Tanı Alma Üzerinden Geçen Süreye Göre Karşılaştırılması	50

KISALTMALAR LİSTESİ

TRSM	Toplum Ruh Sağlığı Merkezi
RHİDÖ	Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği
NICE	National Institute for Health and Care Excellence (Ulusal Sağlık ve Bakım Mükemmelliği Enstitüsü)
APA	American Psychiatric Association (Amerikan Psikiyatri Derneği)
WHO	World Health Order (Dünya Sağlık Örgütü)
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences (Sosyal Bilimler İçin İstatistik Programı)
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (Uluslararası Hastalık Sınıflandırması)
ERSHH	Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Zihinsel Bozuklukların İstatistiksel Tanı Kriterleri)
PANNS	Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği
SCORS	Sosyal Biliş ve Nesne İlişkileri Ölçeği
KAPÖ	Kanada Aktivite Performans Ölçümü

Bölüm 1

Giriş

Psikoz, kişilerin gerçeklik algılarının bozulmasıyla ortaya çıkan ruhsal bozukluk süreçlerine verilen genel isimdir. Varsanı, sanrı; düşünce, konuşma ve davranış bağlamında dezorganizasyon ve negatif belirtilerle seyreden psikotik süreçler, karakteristik özelliklerine göre çeşitli alt kategorilerde incelenmektedir (NICE, 2014; NICE, 2020; APA, 2013).

1990-2015 arasında 73 farklı ülkede yapılan araştırmalardan yola çıkılarak gerçekleştirilen metaanaliz çalışmasına bakıldığında, psikozun yaşam boyu prevalansı 1000 kişide 7,49 kişi olarak tespit edilmiştir. Bu veri 150 kişiden birinin yaşamlarının bir döneminde psikoz tanısı alabileceğine işaret etmektedir (Moreno-Küstner, Martin ve Pastor, 2018). Türkiye örneklemini araştırmak için yapılan çalışmada İzmir ilinin dokuz ilçesini kapsayacak bir araştırma yapılmış; 4011 katılımcıdan 449 tanesi olası vaka olarak tanımlanmış ve psikotik semptomların yaşam boyu prevalansı 2008 yılında %2,62 olarak belirlenmiştir (Binbay ve diğerleri, 2012).

Avustralya’da psikotik bozukluklar üzerine yapılan kapsamlı bir araştırmada psikoz hastalarının %37,2’sinin izolasyonu iyileşmeye engel olan bir faktör olarak tanımladıkları anlaşılmıştır. Bu çalışmaya katılanların %30-40’ının bir arkadaştan çok bir aile bireyine güvenmeyi tercih ettikleri, %12,7’sinin katılım öncesindeki 12 ay içerisinde arkadaşlarını kaybettikleri, %15,6’sının ise hiç yakın arkadaşlarının olmadığı gözlemlenmiştir. Çalışmaya katılanların %48’i daha fazla arkadaşla ihtiyaç duyduklarını belirtmişlerdir. Bu çalışmanın bulguları psikoz tanısı almış bireylerin sosyal yaşamdaki geri çekilmelerinin ve dışlanmalarının boyutunu ortaya koymaktadır (Stain ve diğerleri, 2012). Olumsuz bir yalnızlık algısının psikotik semptomları kuvvetlendirebileceği göz önüne alındığında sosyal hayatın güçlendirilmesi ve kişilerin sosyal yaşantıya katılımlarının sağlanabilmesi psikozun zorlayıcı deneyimini azaltabilecek bir çalışma alanı olarak düşünülmektedir (Lim ve Gleeson, 2014). Bu bakımdan toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri önem kazanmaktadır.

1.1 Problem Durumu

Psikiyatrik bozuklukların hem sosyal yaşamda karşılaştıkları negatif tutumlar hem de hastalığı algılayış biçimlerindeki olumsuz duygular hastalık deneyimini güçleştirmektedir. Bu olumsuz deneyimlerin azaltılması psikoeğitimlerle, grup etkileşimleri ve toplum temelli tedavi programlarıyla mümkün olabilmektedir. Yapılan çalışmada toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin uygulandığı Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde (TRSM) yapılan uygulamalara, eğitimlere ve paylaşım gruplarına katılım gösteren bireylerin, hastalık sürecine dair olumsuz deneyimlerinin azaltılacağı ön görülmektedir. Bu nedenle bu araştırmada ruh sağlığı bozuklukları içerisinde önemli ölçüde damgalanmaya maruz kalan şizofreni, şizoaffektif bozukluk ve organik olmayan psikoz tanılı bireylerin bu damgalanmayı ne kadar içselleştirdikleri; kendilerini damgalama düzeyleri ve toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinden ne ölçüde faydalandıkları bağlamında incelenmiştir (WHO, 2011; WHO, 2022). Elde edilen verilerin istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığı SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) programı kullanılarak, bağımsız iki grup karşılaştırması ve varyans analizi yöntemleriyle değerlendirilmiştir.

1.2 Çalışmanın Amacı

Mevcut çalışmada TRSM'lere düzenli devamlılık sağlayan veya bu merkezlere düzenli devamlılık sağlamayan; psikoz tanısı almış bireylerin içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri arasındaki farklılıklar araştırılmıştır. Sosyal destek ve toplumsal hayata katılımın psikiyatrik tanı almak ve tedaviye uyum sağlamak açısından önemli bir işleve sahip olması da göz önünde bulundurulmaktadır (Üstünsoy ve Çobanoğlu, 2003).

Yapılan çalışmanın amacı TRSM'lere devamlılık durumlarına göre kendini damgalama düzeylerindeki farkı sayısal veriler üzerinden belirlemek, konuyla ilgili bulguları literatüre kazandırmak ve TRSM'lerin bu alandaki etkinliğinin artırılması ve geliştirilmesine kaynak sağlamak; böylece araştırmaya konu olan tanı gruplarındaki bireylerin tedavi uyumlarının desteklenmesine katkı sağlamaktır. Ayrıca sosyodemografik veriler ile hastalığı ve tedaviyi kabullenme durumları doğrultusunda içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri incelenerek bu alandaki çalışmalara da katkı

sağlamak amaçlanmaktadır. Elde edilecek bulgular sayesinde içselleştirilmiş damgalanma düzeylerinin azaltılmasına yönelik geliştirilecek çalışmalar ve bu çalışmaların toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerine daha işlevsel biçimde entegre edilmesine kaynak sağlanması aracılığı ile daha etkin tedavi programlarının geliştirilmesi amaçlanmaktadır.

1.3 Araştırmanın Soruları ve Hipotezler

Araştırmanın sorusu TRSM'lere katılım gösteren ve düzenli devamlılık sağlayan bireyler ile katılım göstermeyen bireyler ya da daha düşük sıklıkta devamlılık sağlayan bireyler arasında, içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunup bulunmadığı şeklindedir.

Bu araştırmanın hipotezi TRSM'lere katılım gösteren psikoz tanısı almış bireylerin, bu merkezlere hiç katılım göstermeyen bireylere göre daha düşük içselleştirilmiş damgalanma düzeylerinin olacağı şeklindedir. Ayrıca, düzenli devamlılık sağlayan gruptaki bireylerin son üç aydaki katılım sıklıkları göz önüne alınmış, daha sık devamlılık sağlayan kişilerin katılım sıklığı daha az olan bireylere göre daha düşük içselleştirilmiş damgalanma seviyelerinin olacağı varsayılmıştır.

Ek olarak TRSM'lere devam etme durumuna göre bireylerin hastalığı ve tedaviyi kabul etme durumlarının anlamlı farklılık gösterip göstermediği, araştırmanın sorularından biridir. Psikiyatrik bir hastalığının olduğunu kabul eden, tedavi konusunda istekli olan ve semptomlarının azalması amacıyla tedaviyi kabul eden bireylerin içselleştirilmiş damgalanma düzeylerinin; hastalığı olduğunu kabul etmeyen, tedavi konusunda isteksiz olan ve zorunluluktan dolayı tedaviye devam eden kişilerin içselleştirilmiş damgalanma düzeylerinden daha düşük olacağı varsayımı üzerine çalışılmıştır.

Sosyodemografik veriler doğrultusunda yaş, tanı alma üzerinden geçen süre, medeni durum, cinsiyet, çalışma durumu, gelir düzeyi, psikiyatrik tanı sebebiyle işten ayrılıp ayrılmama ve ailede psikiyatrik tanı bulunup bulunmamasına göre içselleştirilmiş damgalanma düzeylerinin farklılık gösterip göstermeyeceği, araştırma sorularına ek olarak incelenmiştir. Sosyodemografik verilere göre oluşturulan

grupların içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri arasında anlamlı farklılıklar olacağı varsayılmaktadır.

1.4 Çalışmanın Önemi

Yapılan araştırmalar, tanıya dayalı toplum tarafından maruz bırakılan damgalanmaya karşı, psikiyatrik tanısı olan bireylerin kaçınma davranışı gösterdiklerini ortaya koymaktadır (Vauth, Kleim, Wirtz ve Corrigan, 2007). Bu durum bireylerin toplumsal katılımını ve işlevselliğini azaltmaktadır. Araştırmalar içselleştirilmiş damgalanma düzeyinin yüksek olduğu bireylerde ise ilaç uyumunun azaldığını göstermektedir (Feldhaus ve diğerleri, 2018). Tüm bunlar neticesinde kendine yönelik stigmatize edici tutumların, bireylerin tedavi uyumlarını bozduğu söylenebilmektedir.

Literatürde toplum tarafından damgalanmaya maruz kalan bireylerin tedavi uyumları ve sosyal işlevselliklerinin ne ölçüde etkilendiğiyle alakalı çeşitli çalışmalar yer almaktadır. Öte yandan gündüzlü rehabilitasyon merkezleri olan ve toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin yürütüldüğü TRSM'lerin bu alandaki işlevselliğinin incelendiği çalışmalar kısıtlıdır. Tedavi uyumu üzerinde önemli bir etkisi olan içselleştirilmiş damgalanma düzeylerinin (Feldhaus ve diğerleri, 2018) düşürülmesine yönelik çalışmaların düzenlenmesi ve geliştirilmesi açısından, bu merkezlerin hali hazırda içselleştirilmiş damgalanma ile ne şekilde ilişkilendiğinin bilinmesi önem kazanmaktadır. Bu nedenle bu çalışmada kişilerin içselleştirilmiş damgalanma düzeylerinin; toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin sunulduğu ve toplumsal yaşama katılımı destekleyici yönü olan TRSM'lere devamlılık durumuna göre farklılık gösterip göstermediği, bu farkın ne düzeyde olduğu ölçülmüş; ilerleyen zamanlarda bu alanda çalışılacak terapi ve rehabilitasyon programları ile uygulamaların geliştirilmesinin önemi ortaya konmuştur. Bu araştırma neticesinde anlamlı bir fark bulunduğu takdirde bu merkezlerde içselleştirilmiş damgalanma üzerindeki iyileştirici çalışmalar önem kazanacaktır.

Literatüre bakıldığında çalışmaya dahil edilen tanılardan biri olan Organik Olmayan Psikoz başlığı ile ilgili yeterli miktarda veri ve çalışmanın yer almadığı

görülmektedir. Klinik uygulamada oldukça sık rastlanan bu tanı grubunun bilimsel araştırmaya konu edilmesinin literatürü zenginleştireceği düşünülmektedir.

1.5 Tanımlar

1.5.1 Psikoz. Bu terim gerçeklikten kopma, gerçeklik algısının bozulması ya da gerçeklikle bağların zayıflaması biçiminde açıklanan psikiyatrik bir olgudur. Psikoz, düşünce bozukluğu, anormal davranış, bilişsel fonksiyonlarda bozulma, sanrılar ve varsanılarla karakterizedir (Arciniegas, 2015). Bu çalışmada psikotik bozuklukların alt başlıklarından şizofreni, şizoaffektif bozukluk ve organik olmayan psikoz ele alınmıştır.

1.5.1.1 Şizofreni. Şizofreni, yarıma veya bölünme anlamındaki şizo (schisis) kelimesi ile akıl ve zihin anlamına gelen freni (phrenia) kelimelerinin bir araya gelişiyle oluşmuştur; yani sözcük anlamı olarak “zihin bölünmesi” demektir. Bu tanım şizofreni tanısı almış bireylerde gözlemlenen davranış, duygu ve düşüncelerdeki bölünmeyi özetlemektedir. Her toplumda şizofreni hastalığına rastlanmaktadır ve şizofreni bireylerin yaşamlarını en çok zorlaştıran ruhsal bozukluklardandır (Öztürk, 2004). Psikotik bozuklukların birçoğunda görülen varsanılar, dış algısal uyaran olmadığı halde ortaya çıkan zihinsel algısal deneyimlerdir. Akustik (işitsel) ve optik (görsel) varsanılar en yaygın karşılaşılan halüsinasyonlardır. Ek olarak psikotik bozukluğa sahip kişilerde gustatorik (tat alma), olfaktorik (koku alma), taktil (dokunsal) ve somatik (bedensel) varsanılar da görülebilmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2020).

1.5.1.2 Şizoaffektif bozukluk. ICD-11 kriterlerine göre (WHO, 2019) şizoaffektif bozukluk, şizofreni belirtileri ile duygudurum bozukluklarının (mani veya depresyon) semptomlarının aynı zaman diliminde veya birkaç gün arayla ortaya çıktığı bir psikiyatrik bozukluktur. Şizofreninin pozitif semptomlarının yanında depresif belirtiler, manik belirtiler veya karma belirtiler görülür. Semptomlar en az bir ay devam etmelidir ve başka bir sağlık sorununa (örneğin, beyin tümörü), alkol veya

madde kullanımına ya da bunların yoksunluk döneminin etkilerinden kaynaklanmamalıdır.

1.5.1.3 Organik olmayan psikoz. Bu psikiyatrik tanı DSM-5 ve ICD 11’de aynı başlıkla yer almamaktadır ancak pratikte halen psikotik bozukluklar içerisinde yaygın bir tanı kategorisi olarak kullanılmaktadır. ICD 10 kriterlerinde ise varsanı ve sanrı ile seyreden ancak şizofreni, hezeyanlı bozukluk, akut psikotik bozukluk, psikozun eşlik ettiği mani veya psikozun eşlik ettiği depresyon gibi spesifik bir alt grubu tam olarak karşılamayan psikiyatrik tanı olarak tarif edilmektedir (WHO, 1993).

1.5.2 Toplum ruh sağlığı merkezleri. Türkiye’de 2011 yılında toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesi bakımından TRSM’ler kurulmuştur. Bu merkezler; Sağlık Bakanlığına ait, psikiyatri birimi bulunduran hastanelere bağlı; uzman hekim, psikolog, sosyal çalışmacı, hemşire, iş ve uğraşı terapistleri ve alandaki diğer çalışanların koordine biçimde hizmet verdikleri gündüzlü ayaktan merkezleri ifade etmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2011).

1.5.3 Damgalanma ve içselleştirilmiş damgalanma. Araştırmanın konusu olan başkaları tarafından damgalanma ve buna bağlı olarak gelişen kendini damgalama tutumu sözcük anlamı olarak toplum tarafından dışlanma ve bu dışlanmayı kabullenme tutumlarına yol açan kavramlardır.

1.5.3.1 Damgalama ve damgalanma. “Damgalama” kavramı bir kişiye, gerçeğe dayanmayan özellikler atfetmek veya “yüz kızartıcı bir suç atfetmek” şeklinde tanımlanmaktadır (TDK, 2024). “Damgalanma” ise bu eyleme maruz kalmak biçiminde ele alınmaktadır. Bu çalışmada psikozda damgalanma ve bu damgalanmanın içselleştirilmesi ele alınmıştır.

1.5.3.2 İçselleştirilmiş damgalanma. Psikotik bozukluklar ve özellikle şizofreni; hem seyri hem işlevsellik üzerindeki etkisi düşünüldüğünde ağır bir ruhsal bozukluk olarak kabul edilmektedir. Özellikle hastalığa dair araştırmaların daha seyrek olduğu eski dönemlerde hastalık belirtilerini metafizikle açıklayan görüşler insanların psikotik bireylere korkarak bakmasına neden olmakta; bu durum da tanı almış kişilerin toplumsal yaşamdan izole olmasına yol açmaktaydı (Özdemir, 2010). Psikiyatrik bozukluk teşhisi konmuş bireyler toplum içerisinde halen sıklıkla önyargıya maruz kalmaktadır. Bu önyargılardan kaynaklanan, psikiyatrik teşhis almış bireylere yönelik aşağılayan ve ayrıştıran davranışlar ile tutumlar "ruhsal hastalıklarda damgalama", yani "ruhsal hastalıklarda stigmatizasyon" olarak ele alınmaktadır (Corrigan, Roe ve Tsang, 2011). Psikiyatrik tanı konmuş bireylerin, başkalarının kendileri üzerlerindeki ayrımcılığıyla ilgili algıları ise "algılanan damgalanma" veya "içselleştirilmiş damgalanma" olarak tanımlanmaktadır (Link, Cullen, Struening, Shrout ve Dohrenwend, 1989).

Bölüm 2

Literatür Özeti

Psikotik bozukluk tanısı almış bireylerin tedavi ve ilaç uyumlarının sağlanması, hastalığın ilerleyişi ve olumlu prognoz açısından oldukça önemlidir. Tedavi uyumunu etkileyen temel faktörler arasında bireysel farklılıklar, ailelerin ve yakın çevrenin psikiyatrik tanılara karşı tutumu, tanı almış kişilerin içgörü düzeyleri, kendi hastalık durumlarına dair inançları ve çevrenin sosyal desteği yer almaktadır. Buna göre içgörü düzeyinin azalmasıyla birlikte gelen iyileşmeye dair ilgi kaybı; bireylerin tedaviye olan yaklaşımları üzerinde etkilidir. Ayrıca bireyin kişilik yapısı ve ailelerin psikiyatrik tanıları olumsuz algılama biçimi; özellikle aile içerisinde hastalık ve ilaç kullanım öyküsü varsa bireylerde hastalık ve tedavi süreçleriyle ilgili olumsuz algılamalara yol açmakta ve tedavi sürecine uyumu bozmaktadır. Sağlık merkezlerine ulaşım kolaylığı, düzenli kontrol ve takiplere devam etmek, hastalığın şiddetini azaltan faktörler olarak görülmektedir (Üstünsoy Çobanoğlu, Aker ve Çobanoğlu N, 2003). Bu bilgiler doğrultusunda bu bölümde şizofreni, şizoaffektif bozukluk ve organik olmayan psikoz tanıları ile ilgili detaylı bilgiler; içgörü, tedavi uyumu ve TRSM'lerin işleyişi kapsamlı olarak açıklanmıştır.

2.1 Şizofreninin Kapsamlı Açıklaması, Risk Faktörleri ve Hastalığın Seyri

Şizofreni hastalarının premorbidinde çoğunlukla içe kapalı, sessiz, sosyal yaşantıdan uzak duran, yalnızlığı tercih eden, sınırlı ilgi alanlarına sahip ve şüpheli kişiler olduğu bilinmektedir. Hastalığın başlamasıyla birlikte bu özellikler negatif semptomlar arasında görülebilmekte, özbakımda azalma, konuşma miktarında azalma, isteksizlik, duygusal küntlük, ajitasyon, soyutlama becerisinde gerileme, nörokognitif disfonksiyon gibi belirtilere bir de pozitif semptomlar eklenmektedir. Pozitif semptomlar; temel duyu organlarıyla algılanan yanılsamalar olan halüsinasyonlar, gerçeklik algısının bozulduğu düşünce biçimleri olan hezeyanlar, çeşitli konuşma bozuklukları ile çağrışımlarda dağılma ve dezorganize davranışlardır (Öztürk, Uluşahin, 2011, s: 243-259).

2.1.1 DSM-V ve ICD'ye göre şizofreni. DSM-V Tanı Ölçütleri Başvuru Kitabı'nda şizofreni, altı ana başlığa ayrılan semptomatik kriter üzerinden açıklanmaktadır:

A. Birey en az bir aylık bir süreç içerisinde sanrı, varsanı, dezorganize konuşma belirtilerinden en az birini; sanrı, varsanı, dezorganize konuşma, dezorganize davranış veya katatoni ve negatif belirtilerden en az iki tanesini göstermiş olmalıdır.

B. Kişinin şizofreni tanısı almadan önceki yaşantısındaki belli alanlarda işlevselliği, hastalık başlangıcından sonra belirgin düzeyde sekteye uğramış olmalıdır.

C. Öncü belirtiler, akut bulgular ve artakalan dönem en az altı ay devam etmiş olmalı; bu dönem A kriterinde belirtilen durumu kapsamalıdır.

D. Bulgular şizoaffectif bozukluk, depresyon, bipolar affectif bozukluk ayırıcı tanı aşamasında dışlanmalıdır.

E. Bulgular madde kötüye kullanımı ile açıklanamamalıdır.

F. Birey hali hazırda veya çocukluk döneminde otizm kapsamındaki bir bozukluk ya da gelişim bozukluğu tanısına sahip ise ve şizofreni semptomlarını en az bir aylık süre içerisinde belirgin biçimde gösteriyorsa şizofreni tanısı ek olarak konmalıdır (APA, 2013).

Psikobiyoloji ekolünün öncüsü Adolf Mayer'e göre psikolojik belirtiler kişinin geçmişindeki ruhsal, biyolojik ve sosyal etmenlerle bağlantılıdır. Bu teorisiyle bağlantılı olarak ruhsal bozuklukların kişinin sosyal çevresi ile olan etkileşiminin neticesinde ortaya çıkan psikobiyolojik etki ve sonuçlar olduğuna dair bir sınıflandırma geliştirmiştir. Bu görüşten etkilenecek 1952'de yayımlanan "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-I); şizofreniyi kişiliğin korunması amacıyla ortaya çıkan bir reaksiyon olarak tanımlamaktadır. 1968 yılında Kraepelin'in görüşlerinden etkilenecek yayımlanan DSM-II ile birlikte bu görüş terk edilmiştir. İlerleyen yıllarda ruhsal bozuklukların tanımını somutlaştırmak amacıyla; DSM-III (1980) sınıflandırmasında şizofreni tanımlayıcı ve betimleyici şekilde ele alınmış; sanrı ve varsanılar üzerinden yapılan tanımlama ve tanı ölçütleri öne çıkmıştır. Kısa süre sonra DSM-III-R; bu sınıflandırmayı pozitif ve negatif semptomlar üzerinden detaylandırırken DSM-IV ve DSM-IV-R ile birlikte negatif belirtilerin daha fazla vurgulandığı ve alt türlerin belirlendiği görülmektedir (Ceylan ve Çetin, 2005, s: 83-

796). Günümüzde alt tiplerin kaldırıldığı DSM-V ruhsal bozukluklarda en yaygın tanı kitabı olarak kullanılmaktadır (Zorlu, 2020).

2.1.2 Şizofreninin tarihçesi, epidemiyolojisi ve etiyolojisi. Eski Yunan kaynaklarında “şizofreni” olarak geçmese de şizofreni benzeri ruhsal durumların tanımlandığı metinler bulunmaktadır. Orta Çağ’da “içine şeytan girmiş” şeklinde tabir edilen birçok kişinin şizofreni hastası olduğu tahmin edilmektedir. Bu hastalığı ilk olarak 1860 yılında Benedict Morel “demence precoce” şeklinde isimlendirmiş, daha sonra literatüre paranoid, basit ve katatonik alt tipler çeşitli bilim insanları ve hekimler tarafından eklenmiştir. 1896 yılında Alman psikiyatrist Emil Kraepelin tüm bu başlıkları birleştirerek “dementia praecox”, yani “erken bunama” başlığında toplamıştır. Daha sonra Eugen Bleuer tarafından bu hastalığın erken başlangıçlı olmasının ve prognozunda bunama olmasının şart olmadığı, ruhsallıktaki yarıma ile alakalı olduğu söylenmiş ve “zihnin bölünmesi” anlamına gelen, Yunanca “schizein” (ayrık) ve “frenos” (akıl) kelimelerinden oluşan şizofreni terimi kullanılmaya başlamıştır (Öztürk ve Uluşahin, 2011, s: 242-243; Kuhn, 2004, s: 361-366).

Şizofreninin etiyolojisi halen çeşitli başlıklar altında incelenen bir alandır. Yapılan araştırmalar şizofreniye neden olan faktörlerle ilgili verilerin genişlemesini sağlasa da bir tek faktörle açıklamak halen mümkün olmamaktadır. Eski araştırmalarda ergenlik ve genç yetişkinlikte ortaya çıktığı kabul edilen şizofreni hastalığının son yıllarda yapılan araştırmalara göre her yaşta ortaya çıkabileceği görüşü kabul görmektedir. Yapılan çalışmalar şizofreninin çoğunlukla 15-45 yaşında başladığını göstermektedir; öte yandan yeni yapılan araştırmalarda 45 yaşından sonra da kişilerin şizofreni tanısı alabildikleri görülmektedir (Kocal, Karakuş ve Sert, 2017, s: 251-267).

Şizofreni hastalığının toplumdaki sıklığıyla ilgili çeşitli araştırmalar yapılmakla birlikte farklı faktörlerden kaynaklı olarak çeşitli sonuçlar elde edilmektedir. Sağlık Ölçümleri ve Değerlendirme Enstitüsü verilerine göre bu hastalık dünya çapında 300 kişiden 1’inde görülmektedir. Genellikle ergenliğin sonları ile yirmili yaşlarda başlamaktadır. Erkeklerde kadınlara oranla daha erken başlangıç yaşı ortalamaları görülmektedir. Başlangıç nedenleri birçok psikoloji ekolü tarafından farklı şekillerde

açıklanmaktadır. Genel olarak kabul gören faktörler genetik aktarım, erken dönem ebeveyn ve bakımveren tutumu, çevresel faktörler ve psikososyal faktörler olarak sınıflandırılabilir (WHO, 2022).

2.1.3 Şizofrenide risk faktörleri. Şizofreni hastalığı için de geçerli olan; ruhsal hastalıkların ortaya çıkmasında dört önemli öge bir araya gelmektedir:

1. Genetik yatkınlık
2. Yaşamsal stres faktörü
3. Kişilik yapılanması, baş etme yöntemleri ve kişinin sosyal desteği
4. Kişinin maruz kaldığı virüsler, toksinler, çevresel faktörler ve geçirdiği fiziksel hastalıklar

Genetik yatkınlık, hastalığın başlangıcında birincil faktör olarak kabul görmektedir. Tek yumurta ikizlerinde şizofreninin bir arada görülme oranı %33-78 arasında gözlenirken çift yumurta ikizlerinde bu oran %8-28 arasında gözlemlenmektedir (Kocal ve diğerleri, s: 251–267).

Birinci derece yakınında şizofreni tanısı olan bireylerin, şizofreni tanısı almış yakın akrabası olmayan kişilere oranla hastalığa 5 kat daha yatkın oldukları bilinmektedir. Anne babasında şizofreni tanısı olan bireylerin %40 oranında şizofreni tanısı alma olasılığı bulunmaktadır. Evlat edinme çalışmaları da bu bulguları doğrular niteliktedir (Stahl, Taneli B. ve Taneli, Ş., 2003, s: 74-89.).

Göçmenlik ise stres faktörü bağlamında incelenebilecek önemli bir risk faktörüdür. Göçmenlerin hem terk ettikleri ülkedeki insanlara; hem de gittikleri ülkedeki insanlara göre daha yüksek oranda şizofreni tanısı aldıklarına dair araştırmalar söz konusudur (Stahl, ve diğerleri, 2003). Şehirlerdeki sosyal dağınıklık ve hızlı değişen yaşam koşulları nedeniyle bu bölgelerde yaşayan insanların; daha sabit ve sosyal desteğin daha ulaşılabilir olduğu köylerde yaşayan insanlara oranla şizofreni tanısı almaya daha yatkın oldukları kabul edilmektedir (Kocal ve diğerleri, s: 251–267).

Şizofreni tanısı alan bireylerin sosyodemografik verilerine bakıldığında her ne kadar kadın ve erkeklerin eşit oranda tanı aldıkları görülse de erkeklerde hastalığın

başlangıç yaşının daha erken olduğu ve hastalığın gidişatının kadınlara oranla daha ağır seyrettiği görülmektedir. Kadınlarda atak dönemleri daha seyrek gerçekleşmekte, daha uzun süre remisyonda kalabildikleri gözlenmektedir. Medeni durum ise şizofreni tanısı alan bireylerle ilgili bir başka ayrım ortaya koymaktadır: bekar erkeklerin şizofreni tanısı alma oranı kadınlardan daha yüksektir (Stahl, ve diğerleri, 2003).

2.1.4 Şizofreniyi açıklayan farklı yaklaşımlar. Şizofreni hastalığını açıklayan çeşitli genetik, biyolojik, nörolojik, psikanalitik görüşler bulunmaktadır:

1. Genetik nedenler: Diğer psikiyatrik bozukluklarda olduğu gibi şizofrenide de genetik faktörlerin hastalığa yatkınlık üzerinde etkili olduğu kabul edilmektedir. İkiz çalışmaları, evlat edinilen bireylerle yapılan araştırmalar ve birinci derece yakınların incelendiği çalışmalar göstermektedir ki; genetik faktörler şizofreniye olan yatkınlığı artırmaktadır (Binbay, Ulas, Elbi ve Alptekin, 2011, s: 40-52; Songur, 2015).

2. Nörotransmitterler: Beyin biyokimyasıyla ilgili yapılan çalışmalarda dopaminin beynin belli bölgelerindeki eksikliği negatif semptomları tetiklerken belli bölgelerindeki aşırı aktivitesi pozitif belirtileri tetiklemektedir. Dopamini düzenleyen glutamat ve serotoninin etkinliğinin azalmasının da hastalığı tetiklediği ve şiddetini artırdığı kabul edilmektedir (Summakoğlu ve Ertuğrul, 2018, s: 43-61; Köroğlu ve Güleç, 2007.)

3. Beyin Yapısı ve Çevresel Faktörler: Çevresel faktörlerin sebep olduğu beyindeki yapısal değişikliklerin şizofreniye yakalanma olasılığını artırdığı görülmektedir. İlk trimesteri kış ve ilkbahar aylarına denk gelen gebelik ve bu dönemde geçirilen enfeksiyonlar ileriki dönemde bebeğin şizofreni tanısı alma olasılığını artırmaktadır. Gebelikte veya doğum sırasında bebeğin oksijensiz kalması, travmaya maruz kalması gibi faktörlerin bebeğin yetişkinlikte şizofreni tanısı alma olasılığını artırdığı bilinmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2020).

4. Psikanalitik Görüş: Bu yaklaşım, erken dönemde anne-çocuk arasındaki iletişimle ilgili bozuklukların ve aile içerisindeki travmatik yaşantıların; çocuğun gerçeklik ilkesini sekteye uğratabileceğini ve ilerleyen yaşlarda şizofreni tanısı alma olasılığını yükselttiğini söylemektedir (Faustman, 2008, s: 74-75)

Tüm bu faktörler göz önüne alındığında şizofreninin birden fazla faktörle açıklanabileceği ve hiçbirinin tek başına yeterli olmadığı görüşü ortaya çıkmaktadır. Doğumla ilgili faktörlerin, genetik yatkınlıkların, stres faktörünün ve psikososyal etmenlerin bir arada şizofreniyi tetikleyen unsurlar olduğu yaygın kabul edilen bir görüştür (Bademli, ve Çetinkaya-Duman, 2013, s: 461-478).

2.1.5 Şizofreni tanısı almış bireylerde hastalığın seyri, tedavi ve hastalığın sonlanması. Yapılan araştırmalar şizofreni hastalığının ani veya yavaş başlayabileceğini göstermekte, herkes için geçerli bir başlangıç seyri ortaya konamamaktadır. Yıllar içerisindeki hastalığın gidişatı incelendiğinde alevlenme (atak) dönemleri arttıkça hastalığın uzama olasılığının da o kadar arttığı sonucuna varılmaktadır (Soygür, Alptekin, Atbaşoğlu, Herken, 2007).

Araştırmalara bakıldığında kadın olmak, hastalığın ani başlaması, daha ileri yaşta tanı almak, tanı almadan önce yüksek işlevselliğe ve yüksek zeka seviyesine sahip olmak, kırsal kesimde yaşamak, evli olmak, pozitif belirtilerin negatif belirtilerden daha belirgin olması, atak sayısının az olması, erken dönemde teşhis ve tedavi, başka bir psikiyatrik bozukluk tanısının bulunmaması ve sosyal destek; prognozun daha iyi olacağına işaret eden faktörlerdir (Üçok, 2008, s: 3-8).

Şizofreni hastalığının tedavisinde antipsikotik kullanımı, grup terapileri, destekleyici terapiler, bilişsel davranışçı terapiler ve aile terapisi yaygın olarak kullanılmaktadır. Elektrokonvülsif tedavi de dirençli ve negatif belirtileri ön planda olan psikotik bireylerde yardımcı bir yöntem olarak kullanılmaktadır (Çataloluk ve Buran, 2023, s: 916-933).

Tedavi yöntemlerinin işlevselliği ve hastalığın sonlanması kişiye göre farklılık göstermekle birlikte kimi bireyler tamamen iyileşme gösterebilmektedirler. Tam bir iyileşme göstermeyen kişilerde ise dönem dönem iyileşme (remisyon) ve tekrar atak geçirme (alevlenme) döngüleri görülmektedir. Araştırmalar şizofreni hastalığının iyileşme ihtimalinin %10 ile %60 arasında değişebildiğini göstermektedir. Tam bir iyileşme gösteren kişilerin günlük hayatlarını tanı almamış bireyler gibi işlevsel sürdürebildikleri gözlenmektedir (Koroğlu ve Güleç, 2007).

2.2 Şizoaffectif Bozukluğun Kapsamlı Açıklaması ve Literatürdeki Yeri

Duygudurum atakları ile birlikte giden psikotik bozukluk türü olarak ele alınan şizoaffectif bozukluk, DSM ve ICD kaynaklarında detaylı biçimde tanımlanmakta, çeşitli araştırmalarda kapsamı ve özellikleri ele alınmaktadır.

2.2.1 Şizoaffectif bozukluğun kapsamlı açıklaması ve tarihçesi. ICD 10'a göre (WHO, 1993) şizoaffectif bozukluk; hem affectif hem psikotik belirtilerin epizodlar halinde geldiği ancak tek başına şizofreni veya depresyon/mani tanımı ile açıklanamayan ruhsal bozukluktur. Şizofreniye eşlik eden affectif epizod ya da psikotik belirtili duygudurum atakları bu başlığa dahil edilmemektedir. Şizoaffectif bozukluklar manik ve depresif olmak üzere iki başlık altında sınıflandırılır: (1) Manik tip şizoaffectif bozukluk (Şizo-manik tür): şizofrenik ve manik semptomların ön planda olduğu; hastalığın şizofreni veya manik epizodla tek başına açıklanamadığı ruhsal bozukluktur. Bir tek atak dönemi için de, tekrarlayan atak dönemlerinin çoğunluğunun manik ataklar olduğu durumlar için de bu tanım kullanılmaktadır. (2) Depresif Tip Şizoaffectif Bozukluk (şizo-depresif tür): bu alt tipte hem depresif hem şizofrenik semptomların belirgin olduğu ruhsal bozukluk söz konusudur ve bu semptomlar tek başına şizofreni veya depresyon ile açıklanamamaktadır. Bir tek atak döneminin yanı sıra tekrarlayan atak dönemlerinde de depresif epizodlar ön plandaysa bu tanım kullanılmaktadır.

Diğer adıyla şizoduygulanımsal bozukluk, DSM-V Tanı Ölçütleri Başvuru Kitabı'nda (2013) dört kriter kategorisi altında tanımlanmaktadır:

A. Öne çıkan bir affectif dönem (depresyon veya mani dönemi) ile eş zamanlı olarak şizofreninin A kriterinin karşılandığı süregelen bir hastalık süreci olmalıdır.

B. Öne çıkan bir affectif dönemin olmadığı iki hafta veya üzeri bir sürede varsanı veya sanrılar bulunmalıdır.

C. Bireyin remisyonda veya akut dönemde olduğu sürenin çoğunluğunda affectif dönemin özellikleri gözlenmelidir.

D. Belirtiler madde veya ilaç kötüye kullanımı sebebiyle ortaya çıkmamalı, başka bir fizyolojik hastalıktan kaynaklanmamalıdır.

1800'lü yılların sonunda Emil Kraepelin; psikotik bozuklukları tanımlarken prognozu daha olumsuz seyreden dementia praecox (erken bunama) ile prognozu daha ılımlı seyreden manik depresif psikoz olmak üzere iki başlığa ayırmıştır. Daha sonraki çalışmalarda kimi hastaların bu iki tanının kriterlerini bir arada bulundurabildiği gözlemlenmiştir. Psikiyatrist Jacob Kasanin 1933 yılında “akut şizoaffectif psikoz” kavramını literatüre kazandırmış, bu kavram duygudurum ve şizofreni semptomlarını bir arada gösteren kişiler için kullanılmıştır. Bu kavram affectif belirtilerin ve şizofreni belirtilerinin aynı anda ortaya çıktığı, bu durumun bir stresör tarafından tetiklendiği, epizodların kısa sürdüğü ve prognozun olumlu olduğu bir ruhsal bozukluk olarak tarif edilmiştir (Lake ve Hurwitz, 2006, s: 255-287; Marneros 2003; s: 29–33.)

Aynı dönemde psikotik bozuklukların tanımlanmasındaki önemli isimlerden Alman psikiyatrist Kurt Schneider bu bozukluğu “cases in between”, yani “aradaki olgular” olarak tanımlamıştır (Padhy ve Hedge, 2015 s: 131-137).

Güncel araştırmalara ve literatüre bakıldığında şizoaffectif bozukluğun, şizofreniden bipolar bozukluğa kayan genetik bir geçiş olduğu; aynı zamanda hem şizofreni hem de duygudurum bozukluğu tanımlarını kapsayan bir şemsiye tanı grubu olduğu savunulmaktadır (Padhy ve Hedge, 2015; Peralta ve Cuesta, 2008, s:71-86).

2.2.2 Şizoaffectif bozukluğun epidemiyolojisi ve etiyolojisi. Yapılan araştırmalar toplum içerisinde şizoaffectif bozukluğun yaşam boyu yaygınlığının %0,2-1,1 arasında olduğunu; kliniklerde yatışı olan hastalar arasında ise hastalığın görülme sıklığının arttığını (%9) göstermektedir (Abrams, Rojas ve Arciniegas, 2008, s:108-109).

Bu alanda literatür zayıf olmakla birlikte yapılan çalışmalar şizofreni ile duygudurum bozukluklarının birlikte görülme oranının oldukça yüksek olduğunu göstermektedir. Şizoaffectif bozukluğun görülme sıklığının şizofreninin görülme sıklığından daha az olduğu tahmin edilmektedir. Risk faktörleri açısından değerlendirildiğinde affectif bozukluklara benzer şekilde manik türde cinsiyetler arası fark gözlenmezken depresif türün kadınlarda daha sık görüldüğü gözlenmektedir (Semiz, 2005, s: 1299-312; Danacı, 2007, s: 205-10). Yaş grupları açısından

karşılaştırıldığında şizoaftif bozukluk tanısı alan kişilerin üçte birinin 25 yaş altı; üçte birinin 25-35 yaş arası; üçte birinin 35 yaşından sonra ilk tanıyı aldıkları görülmektedir (Marneros, Deister ve Rohde, 1990, s:352–8).

Şizoaftif bozukluğa has çalışmalar etioloji bağlamında oldukça kısıtlıdır. Bu hastalıkla ilgili çalışmalar genellikle şizofreni hastalığı ile bir arada gerçekleştirilmiş; bu bozukluğun da şizofreniye benzer şekilde nörogelişimsel bir bozukluk olabileceğine değinilmiştir. Aile öyküsü incelendiğinde şizoaftif bozukluk tanısı almış bireylerin ailelerinde duygudurum bozukluğu tanısı alan bireylerin; şizofreni tanısı almış olanların ailelerine oranla daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu bulgunun yanı sıra şizoaftif bozukluk tanısı almış kişilerin ailelerinde duygudurum bozukluğu almış bireylerin ailelerine oranla daha fazla şizofreni öyküsü görülmektedir (Danacı, Balıkcı ve Aydın, 2018, s: 220–239). Genetik araştırmalar şizoaftif bozukluğun gelişmesinde rol oynayan bazı yatkınlık genlerinin de bulunduğuna işaret etmektedir (Padhy ve Hedge, 2015; Bertelsen ve Gottesman, 1995, s:7-11; Kendler, ve diğerleri, 1993, s:527-540; Gershon ve diğerleri,1982 s:1157-67). Tek ve çift yumurta ikizleri ile yapılan çalışmalar da diğer genetik geçişlilik çalışmaların destekler niteliktedir (Cardno, ve diğerleri, 2002, s:539-45). Çalışmaların çoğunda şizoaftif bozukluk, şizofreniye göre hastalık öncesinde işlevselliğin daha yüksek olduğu, tetikleyici bir olayın saptanabildiği, döngüsel ve hızlı başlangıçlı belirtilerin görüldüğü ve iyileşme oranlarının görece daha yüksek bulunduğu bir rahatsızlık olarak tanımlanır (Tsuang, Stone ve Faraone, 2009, s:595-602).

2.3 Organik Olmayan Psikoz ve Literatürdeki Yeri

Organik olmayan psikoz; güncel olarak DSM-V ve ICD-11 tanı sistemlerinde yer almamakla birlikte daha eski tanı sistemlerinde “atipik psikoz” veya “başla türlü adlandırılmayan psikoz” tanı kategorilerine uyan tanı grubu olarak kabul görmektedir. DSM-IV’te psikoz ile ilişkilendirilebilecek belirtiler gösteren ancak herhangi bir belirgin psikotik bozukluğun kriterlerini tam olarak karşılamayan hastalar, ya da herhangi spesifik bir psikotik bozukluk kategorisine dahil etmek için yeterli verinin elde edilemediği olgular için bu tanı kategorisi kullanılmaktadır (Erdoğan ve Gürhan, 2019).

Klinik uygulamada sıklıkla kullanılan bir tanı kategorisi olmasına rağmen (Öztürk ve diğerleri, 2016) alanyazında bu tanı grubuyla ilgili çalışmaların çok fazla yer almadığı görülmektedir. Literatüre bakıldığında bu tanı grubunun şizofreni, atipik psikoz, şizoaffektif bozukluk gibi tanılarla birlikte incelendiği gözlenmiştir. TRSM'lere katılım sıklıklarının diğer tanı gruplarıyla benzer düzeyde olması, Organik Olmayan Psikoz kategorisinin de içgörü, damgalanma, tedavi ve ilaç uyumu gibi çeşitli bağlamlarda incelenmesinin önemli olduğunu göstermektedir.

2016 yılında yapılan ve tanıların konma sıklığını gösteren bir çalışmada akut ve geçici psikotik bozukluk tanısı alan kişilerin uzun vadede tanılarının organik olmayan psikoz veya şizofreniye döndüğü, klinik işleyişte en sık konulan tanının organik olmayan psikoz olduğu ortaya çıkmıştır (Öztürk, Çeri, Uzun ve Özen; 2016). Bu durum psikoz tanılı bireylerle ilgili yapılan çalışmalarda bu tanı grubunun dahil edilmesini önemli kılmaktadır.

2.4 Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri, Tarihçesi, Kapsamlı İşleyişi ve Önemi

Son yıllarda geliştirilen toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri, koruyucu ve önleyici çalışmalarla ruh ruhsal hastalığı olan bireylerin takibinin yapılmasını ve böylece ruh sağlığı alanındaki tedavi yükünün hafifletilmesini hedeflemektedir. Ruhsal sağlık alanındaki son çalışmaların raporlandığı başka bir Dünya Sağlık Örgütü (2011) belgesinde de toplum temelli ruh sağlığı, tedavinin devamlılığı, farklı gereksinimleri karşılayan kapsamlı çalışmaların erişilebilirliği, ruh sağlığı hizmetlerinin birinci basamak sağlık hizmetlerine entegrasyonu, koruyucu ve önleyici çalışmaların geliştirilmesi üzerinde durulmaktadır (WHO, 2011).

Toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri ile geleneksel tedavinin birlikte incelendiği bir çalışmada toplum temelli tedavi alan kişilerin tedavi uyumlarının diğer gruba göre daha yüksek olduğu görülmektedir (Petersen ve diğerleri, 2005). Başka bir araştırma ise TRSM'lerin; bireylerin ilaç uyumlarının geliştirilmesinde önemli bir rolünün olduğunu ortaya koymuştur (Na ve diğerleri, 2015, s: 724-730).

TRSM'lerin kurulma amacı kronik ruhsal hastalığı olan bireylere toplum temelli ruh sağlığı hizmeti anlayışıyla psikososyal destek, tıbbi takip ve tedavi sağlanması, bu

hizmetlerin gerektiğinde evde sağlık uygulamalarına entegre edilebilmesidir. Sağlık Bakanlığının 2011 tarihli yönergesinde TRSM'lerin fiziksel olarak grup terapisi alanı; uğraş, terapi ve rehabilitasyon alanı, yemek alanı, okuma salonu, görüşme odaları gibi birimlere sahip olması koşul olarak belirlenmiştir. Böylece bu merkezlere devam eden hastalar hem bireysel takip ve tedavilerini sürdürebilmekte; hem grup etkinliklerine ve rehabilitasyon faaliyetlerine katılım gösterebilmektedirler. Aynı yönergenin 10. maddesinde personelin görev ve sorumlulukları sıralanmış; bu görev ve sorumluluklar arasında hastalara psikososyal destek sağlanması, toplumun bilgilendirilmesi, damgalamaya karşı çalışmalar yapılması, damgalama karşıtı çalışmaların geliştirilmesi amacıyla başka kurum ve kuruluşlarla iş birliği kurulması maddeleri yer almıştır (Sağlık Bakanlığı, 2011).

2012 yılında yayımlanan çalışma rehberinde ise TRSM'lerin en önemli bileşenleri olarak (1) kişinin işlevselliğine yönelik tedavilerin geliştirilmesi, (2) aile desteği ve psikoeğitim sunulması, (3) psikososyal desteğin koordinasyonunun sağlanması belirtilmiştir. Merkezlerin temel amaçları ağır ruhsal hastalığı olan bireylerin tekrarlayan hastane yatışlarını önlemek, işlevselliklerini geliştirmek, hasta yakınlarına psikososyal ve psikoeğitsel destek sağlamak, ruhsal hastalığı olan bireylerin toplumsal yaşama dahil olmalarını devamlılık çerçevesinde sağlamak, diğer kurumlarla iş birliği sağlamak, toplumdaki ruhsal hastalıklarla ilgili damgalama eğilimlerinin azaltılmasına yönelik çalışmalar yapmaktır (Sağlık Bakanlığı, 2012).

Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklarda sosyal desteğin önemi birçok çalışmada vurgulanmaktadır. Sosyal ve çevresel desteğin yetersiz olmasının ilaç uyumunu en çok etkileyen faktörlerden biri olduğu bilinmektedir. Ayrıca yapılan çalışmalar ruhsal hastalıklara karşı olumsuz bakış açısının ve toplumun psikotik bireyleri dışlama davranışının hastalığın prognozuna olumsuz etki göstereceğini göstermiştir. Buna göre ruh sağlığı çalışanları ve toplumun geri kalanı tarafından ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz tutum, ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik tutumlarını etkilemekte, bu durum da bireylerin tedavi uyumlarını azaltmaktadır (Üstünsoy ve Çobanoğlu, 2003). Tunca ve Hancıoğlu (1993) psikiyatriye başvuran 628 kişinin takibini yaptıkları çalışmada hastaların %44'ünün düzenli tedaviye katılım göstermediklerini; tedavi uyumu bulunmayan hastalık gruplarının ise somatik bozukluk, distimik bozukluk ve psikotik bozukluk olduğunu tespit etmişlerdir.

Tedavi uyumu iyi olan ve olmayan şizofreni hastalarının sosyal destek algılarının karşılaştırıldığı araştırmada 73 hasta ve aileleri ile Morisky Uyum Ölçeği ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği formları uygulanmıştır. Bu çalışmanın sonuçlarına bakıldığında şizofreni hastalarında özellikle arkadaş ve özel bir insanın desteğinin tedavi uyumunu artırdığına yönelik istatistiksel açıdan anlamlı bulgulara rastlanmaktadır (Muslu, 2010).

Şizofreni tanılı bireylerin günlük hayata katılımları azalma eğilimindedir ve sosyal aktivitelere katılma motivasyonları daha düşüktür (Schretlen ve diğerleri, 2000, s:134-138). Yapılan çalışmalar düzenli bir sosyal yaşantısı olan şizofreni tanılı bireylerin eğitim, iş hayatı gibi konularda daha yüksek işlevsellik gösterdiklerine işaret etmektedir, öte yandan sosyal bakımdan izole olan şizofreni hastalarının günlük yaşamsal aktivitelerinin de daha düşük olduğu görülmektedir (Howard, Leese ve Thornicroft, 2000, s: 376-385).

İçgörü, psikopatoloji ve kişilerarası ilişkilerin arasındaki korelasyonun incelendiği bir araştırmada ayaktan tedavi gören 82 şizofreni hastasına içgörü ölçeği, PANNS (Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği) ve SCORS (sosyal biliş ve nesne ilişkileri ölçeği) uygulanmıştır. Bu üç olgu arasında ikili korelasyon hesaplamaları yapılmış ve şu bulgulara ulaşılmıştır: İçgörü düzeyi ve psikopatolojik semptomlar arasında güçlü bir negatif korelasyon bulunmaktadır. İçgörü düzeyi ne kadar düşük ise kişilerde şizofreni hastalığının getirdiği semptomlar o kadar güçlenmektedir. Ayrıca kişilerde şizofreniye bağlı zihinsel durumların hastalıktan kaynaklı olarak algılanması becerisinin; sosyal nedenselliği anlama yeteneğiyle güçlü bir ilişki göstermektedir. Özetle içgörü düzeyiyle sosyal gerçekliğe uyum arasında önemli bir paralellik görülmektedir (Vaz, Bejar ve Casado, 2002, s: 311-317).

Bu çalışmada sosyal destek kavramının üzerinde durulmasının nedeni; TRSM'lerin bireylerin sosyal desteğe erişebilirliklerini artırıcı yönünün vurgulanmasıdır. Sağlık Bakanlığı resmi kaynakları incelendiğinde, TRSM'lerin işleyişinde hasta hakları konusunda bilinçlendirme çalışmaları, çeşitli sosyal aktivitelere katılımın teşvik edilmesi, grup etkinlikleri ve paylaşım grupları ile sosyal katılımı artırma amaçlı yapılan çalışmalar dikkat çekmektedir (ERSHH, 2018). Sosyal destek ile tedavi uyumu ilişkisi de ele alındığında TRSM'lerin bireylerin tedavi

uyumlarında olumlu bir etkiye yol açacağı düşünülmektedir. TRSM’lerde uygulanan psikoeğitimler ve gelişen tedavi uyumuyla birlikte bireylerin gerçeklikle bağlantılarının güçlendirilmesinin içgörü düzeylerini artırmak, semptomların hastalıktan kaynaklı olduklarına dair görüşleri artan ve hastalığı kabullenen bireylerin bu semptomlara ait olumsuz yargıları içselleştirmek yerine damgalanmaya karşı direnç göstermeleri açısından önemli bir rol oynayacağı varsayılmaktadır.

2.5 Ruhsal Hastalıklarda Damgalanma ve İçselleştirilmiş Damgalanma

Araştırmanın sorusu olan TRSM’lerin içselleştirilmiş damgalanma ile olan ilişkisini daha iyi anlayabilmek için; damgalanma, ruhsal hastalıklarda damgalanma ve içselleştirilmiş damgalanma başlıklarını detaylı ele almak ve bu alanda yapılmış çalışmaları incelemek önem kazanmaktadır.

2.5.1 Damgalanma. Toplumda birçok alanda karşılaşılsa da özellikle ruhsal hastalıklara yönelik oldukça yaygın görülen damgalama tutumu; bu hastaların sosyal bakımdan dışlandığını ve ayrımcılığa maruz bırakılmalarını ifade etmektedir. Ruhsal bozukluk tanısı almış bireylerin toplum tarafından tehlikeli ve yordanamaz algılanmaları bu damgalamaya yol açmakta; bu algı toplumda bu bireylerin davranışlarıyla alakalı kaygıya yol açmaktadır. Bu durum beraberinde ruhsal bozukluk tanısı almış kişilerin toplumdan dışlanmalarını getirmektedir (Taşkın, 2007, s: 31-40).

Ağır seyreden ruhsal bozukluklardan birinin tanısını almış kişiler özellikle atak dönemlerinde dezorganize davranışlar sergiledikleri ya da “farklı” olduklarını ortaya koydukları takdirde toplum tarafından dışlayıcı tutum ve davranışlarla karşılaşabilmektedirler (Bahar, 2007).

Ruhsal hastalık tanısı almış kişilere yönelik damgalayıcı tutumlar bu kişileri bulundukları toplumun bir parçası olmadıkları duygusu ile karşı karşıya bırakarak yıkıcı bir deneyime sebep olmaktadır (Ritsher, Otilingam ve Graiales, 2003, s:31-49).

2.5.2 İçselleştirilmiş damgalanma. Ruhsal bozukluk tanısı almış kişiler damgalanmaya maruz kaldıklarında, toplum tarafından reddedilecekleri ve değersizleştirilecekleri olasılığıyla yüzleşmekte; bu durum da benlik saygılarını yitirmelerine, sosyal uyumlarında bozulmaya, sosyal geri çekilme ve beraberinde iş, gelir kaybı gibi güçlüklerle karşı karşıya kalmalarına yol açmaktadır. Bu da kişilerin tedavi uyumlarını olumsuz etkilemektedir (Ritsher ve Phelan, 2004, 257-265). Toplum tarafından dışlanacakları düşüncesi bu bireylerde henüz dışlanmaya maruz kalmadıkları halde, önceden getirdikleri hastalık stereotipi nedeniyle kendileriyle ilgili olumsuz duygulara, yetersizlik hislerine ve benlik değerinde düşmeye yol açmaktadır. Bu semptomları yaşamaya başlayan kişi toplum ile ilişkisini bunun üzerine kurmakta, bir yandan da toplum tarafından gerçek bir damgalanmaya maruz kalarak bir döngünün içerisine girmektedir. İçselleştirilmiş damgalanmanın daha yüksek oranda görüldüğü psikopatoloji tiplerinin madde kötüye kullanımı, alkol kötüye kullanımı ve şizofreni hastalığı olduğu bilinmektedir (Taşkın, 2007, s: 31-40).

İçselleştirilmiş damgalanma düzeyi, sosyal damgalanmadan önemli düzeyde etkilenmektedir. Yapılan çalışmalar ailelerin damgalayıcı tutumunun ve ruhsal hastalıklara karşı önyargılarının hastalar tarafından benimsendiğini; psikiyatrik tanı almış bireylerin çevreleri tarafından kendilerine yöneltilen damgalayıcı tutumlarını gözlemlediklerini, hali hazırda damgalanma konusunda hassasiyeti olan bireylerin bu hassasiyetlerinin daha fazla arttığını göstermektedir (Shibre ve diğerleri, 2001, s:299-303).

1999-2002 yılları arasında Corrigan ve arkadaşları tarafından Amerika’da stigmatizasyon hakkında kapsamlı bir araştırma yapılmıştır. Bu çalışmada ciddi ruhsal hastalığı olan; DSM-IV’e göre bipolar affektif bozukluk, majör depresyon ve şizofreni tanılarını almış olan ve bunlarla alakalı işlevsellikte önemli bozulmalar olan (APA, 2000) bireyleri ele almaktadır. 1824 katılımcıya iki bölümden oluşan bir damgalanma anketi verilmiş, ruhsal hastalıklarla ve başka grup özellikleriyle ilgili algılarını ölçen sorular yöneltilmiştir. Bu araştırmanın sonuçlarına bakıldığında katılımcıların %53’ünün ayrımcılığa uğradıklarını belirttikleri görülmüştür. Katılımcılar en çok ayrımcılığa uğradıkları konuları zihinsel ve ruhsal bozukluklar, cinsel yönelim, ırk ve fiziksel engel olarak belirlemiştir. Ayrımcılığa uğradığını

belirten alt grubun yüzde 73,3'ü bu ayrımcılığın psikiyatrik tanısıyla alakalı olduğunu belirtmiştir (Corrigan ve diğerleri, 2003, s:1105-1110).

Şizofreni tanısı almış bireyler, hem ruh sağlığı kurumlarında hem de sosyal yaşamda sıklıkla hak ihlali yaşamaktadırlar. Bu tanıyı almış olan bireylere karşı damgalama, sosyal izolasyon oldukça yaygındır. Şizofreni belirtileri bireylerin hem aileleriyle hem de sosyal çevreleri ile olan iletişimlerini etkilemektedir. Bu durum damgalanmanın ve ayrımcılığın artmasına neden olmakta ve sonuç olarak bireylerin sağlık hizmetlerinden faydalanma, eğitim görme, barınma ve çalışma yaşantısına erişmesi güçleşmektedir (WHO, 2022).

İçselleştirilmiş damgalanma ve aktivite performansı arasındaki ilişkinin araştırıldığı çalışmada; şizofreni tanısı almış 110 katılımcıya Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ) ve Kanada Aktivite Performans Ölçümü (KAPÖ) uygulanmıştır. Bu çalışmanın sonuçlarına bakıldığında içselleştirilmiş damgalanma düzeyi ve aktivite performansı arasında oldukça yüksek bir negatif yönlü korelasyon olduğu görülmektedir. Buna göre içselleştirilmiş damgalanma düzeyi yüksek olan kişiler yaşamdaki rollerini ve sosyal görevlerini yerine getirmekte güçlük çekmekte, çevresi ile ve içerisinde bulunduğu durum ile arasındaki ilişkiyi kuramamakta ve içerisinde bulunduğu topluluğun parçası olmakta zorlanmaktadır (Turunç, 2021).

Bipolar bozukluk ve depresyon hastalarının birlikte katıldığı bir araştırmada 70 katılımcıya hastalık tiplerine özgü belirleyici ölçeklerin yanı sıra RHİDÖ, Rosemberg Benlik Saygısı Ölçeği ve Sosyal İşlevsellik Ölçeği verilmiştir. Ayrıca nöropsikolojik değerlendirme amacıyla Sözel Bellek Süreçleri Testi, Wisconsin Kart eşleme Testi ve Stroop testleri uygulanmıştır. Bulgulara bakıldığında Bipolar Bozukluk tanısı almış bireylerde içselleştirilmiş damgalanma düzeyi ile Sözel Bellek işlevleri açısından anlamlı farklılık bulunmazken Depresyon tanısı almış bireylerde bu işlev ve İçselleştirilmiş Damgalanmanın “algılanan ayrımcılık” boyutu arasında anlamlı negatif korelasyon tespit edilmiştir. Ayrıca hem Depresyon hem Bipolar bozukluk tanısı almış kişilerde İçselleştirilmiş damgalanma düzeyinin alt boyutlarındaki skorlar arttıkça Sosyal İşlevselliğin alt ölçeklerinde anlamlı düzeyde düşük skorlar elde edildiği görülmektedir. Buna göre içselleştirilmiş damgalanma ne kadar yüksek olursa

Sosyal İşlevsellik Ölçeği skorlarının o kadar düşük olduğu sonucuna ulaşılmaktadır (Baysal, Özkan ve Gökmen, 2013; s: 390-402).

Damgalanma düzeylerini anlamak ve hastalıklara bakış açılarını araştırmak amacıyla kişilerle yapılan görüşmelerde şizofreni tanısı almış bireylerin, şizofreniyi en kötü ruhsal hastalık olarak tanımladıkları çünkü medyada şizofreniye dair bu şekilde mesajlar verildiği, toplum tarafından şizofreninin tehlikeli ve kontrolsüz algılandığı, bu tanıyı almış kişilerin diğer insanlara ilaç kullanımlarının sebeplerini anlatmadıkları, toplum tarafından yansıtılan bu olumsuz tutumun tanı almış kişilerin hastalıklarını olduğundan daha kötü değerlendirerek kendilerini etiketlemelerine yol açtığı görülmektedir. Bazı şizofreni hastaları, iş yerlerindeki tanı almamış kişilere şizofreni değil depresyon tanılarının olduğunu söylediklerini belirtmişlerdir (Dinos ve diğerleri, 2004, s: 176-181).

On dört Avrupa ülkesinde şizofreni hastaları ile yapılan 1229 katılımcılı bir araştırmada şizofreni, psikoz ve şizoaffektif bozukluk tanısı almış bireylerin yarısının içselleştirilmiş damgalanma düzeylerinin yüksek olduğu görülmektedir (Brohan, Elgie, Sartorius ve Thornicroft, 2010 s: 232-8).

Son dönemde Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniğinde stigmatizasyon alanında yapılan araştırmada, majör depresyon ve psikotik bozukluklardan birinin tanısını almış bireylerdeki içselleştirilmiş damgalanmanın bu bireylerin işlevsellik seviyelerine etkisi, ilk tanı alma üzerinden geçen süre bağlamında incelenmiştir. Bu araştırmanın sonuçlarına göre psikoz veya depresyon tanısı konan bireylerde tanı aldıktan sonra geçen sürenin içselleştirilmiş damgalanmayla korelasyon göstermediği tespit edilirken; psikoz tanısı alan kişilerin içselleştirilmiş damgalanmanın alt ölçeklerinden "sosyal geri çekilme", "kalıp yargıların onaylanması" ve "algılanan ayrımcılık" skorlarının işlevselliğin azalmasıyla yüksek korelasyon gösterdiği görülmüştür. Ayrıca bir diğer içselleştirilmiş damgalanma boyutu olan "yabancılaşma" alt ölçeğinin de işlevsellik alt ölçeklerinin birçoğuyla anlamlı şekilde ilişkilendiği gözlemlenmiştir (Sevindik, Özer, Kolat, ve Önem, 2014, s:198-207). Bir başka araştırma ise gelecekteki olası damgalanmaya ve öz damgalanmaya yönelik kendini korumak amacıyla bireylerin çeşitli kaçınma davranışları ortaya koyduklarını göstermektedir. Algılanan ayrımcılığın yüksek

boyutta olması kişilerde öz yeterliği azaltmakta, bununla birlikte kişilerin depresyon seviyelerini artırmaktadır. Bu nedenle kişiler başa çıkma yöntemi olarak kaçınmayı tercih etmektedirler (Vauth ve diğerleri, 2007). Bu kaçınmanın kişinin sosyal yaşamdaki katılımını azaltacağı genel yaşam fonksiyonları bakımından işlevselliğini düşüreceği düşünülmektedir. Feldhaus ve arkadaşları psikotik bozukluk tanılarında birini almış kişilerde öz damgalamanın ilaç kullanımına yönelik tutum üzerindeki etkisini incelemiştir. Bu araştırmanın katılımcılarından şizoaffektif bozukluk ve şizofreni tanısı olan bireylerde öz damgalama düzeyleri arttıkça ilaç kullanımıyla ilgili olumsuz tutumlarında da artış gözlemlendiği sonucuna ulaşılmıştır (Feldhaus ve diğerleri, 2018). Bu bulgular değerlendirildiğinde psikoz tanısı almış kişilerin sosyal katılımını ve işlevselliğini iyileştirmeye yönelik etkin bir tedavi yürütmek için; bireylerin kendilerine yönelik etiketleyici eğilimleriyle ilgili koruyucu ve önleyici çalışmalar geliştirilmesinin faydalı olacağı sonucuna varılmaktadır.

Bölüm 3

Yöntem

3.1 Araştırmanın Deseni

Yapılan çalışma nicel ve kesitsel bir araştırma olarak gerçekleştirilmiştir. Nicel araştırma, çalışma konusunu ifade eden sayısal değerlerin sistemli ve objektif olarak ele alınarak ölçülmesini, ve elde edilen verilerin yinelenabilir olmasını ifade etmektedir. Çalışmaya konu olan değişkenler arasındaki fark ve ilişkiye sayısal veriler aracılığıyla bakılan araştırma türüdür (Garip, 2023). Kesitsel çalışma kavramı ise belli bir zaman diliminde, araştırmanın evreninden alınan belli bir grup üzerinde yapılan çalışmayı ifade etmektedir. Bu tip araştırmalarda, katılımcıların çalışmanın gerçekleştirildiği zaman dilimindeki durumunun tespiti esas alınmaktadır. Evreni temsil edecek şekilde seçilen örneklemden toplanan veriler ile çalışma gerçekleştirilmektedir (Hayran ve Özbek, 2017, s:9-10).

Yapılan araştırma psikotik bozukluklardan şizofreni, şizoaffektif bozukluk ve organik olmayan psikoz tanısı almış bireylerin içselleştirilmiş damgalanma düzeylerini standardize ölçek ve sosyodemografik veriler ışığında belirlemek hedeflenmiştir. Bu doğrultuda Ritsher, Otilingam ve Grajales tarafından 2003 yılında geliştirilen; Ersoy ve Varan (2007) tarafından Türkçe formu standardize edilmiş olan bir öz bildirim formu olan RHİDÖ ile bireylerin sosyodemografik özelliklerini araştıran iki form kullanılmıştır.

Çalışmaya veri toplama aşamasının sürdürüldüğü 1 aylık süre içerisinde psikiyatri servislerine, TRSM'lere ve çalışmanın yürütüldüğü hastanenin psikolog görüşmelerine başvurusu bulunan bireyler dahil edilmiştir. Verilerin yorumlanması bakımından analitik bir araştırma deseni benimsenmiştir. Elde edilen veriler dijital ortama aktarılarak Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) adlı istatistik programında matematiksel olarak karşılaştırılarak yorumlanmıştır.

3.2 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Bu kısımda yapılan çalışmaya dahil edilen katılımcıların hangi kriterlere göre belirlendikleri ve hangi kriterlere göre dışlandıkları ele alınmıştır.

Hali hazırda hastane psikoloğu olarak görev yapan araştırmacıya, veri toplama süresi içerisinde yalnızca psikoz tanısı almış bireylerin yönlendirilmesi birim uzmanları ve görevlileri tarafından sağlanmıştır. Buna göre hastane polikliniklerine tedavi düzenlenmesi, tanı konma amaçlı veya atak dönemine girmesi sebebiyle başvuru yapan, adli süreçler nedeniyle psikometrik değerlendirmeye yönlendirilen, kapalı servislerde yatışı yapılan veya TRSM'lere devam eden psikoz tanısı almış bireyler ile görüşme yapılmış; gönüllü olmaları durumunda çalışmaya katılımları sağlanmıştır.

3.2.1 Araştırmanın evreni. Çalışmanın evrenini şizofreni, şizoaffektif bozukluk veya organik olmayan psikoz tanısı almış bireyler oluşturmaktadır. Araştırmaya 67 kadın, 62 erkek, 1 cinsiyet belirtmeyen kişi olmak üzere toplam 130 kişinin katılımı sağlanmıştır.

Katılımcılar DSM-V ve ICD-11 tanı kriterleri kapsamında şizofreni, şizoaffektif bozukluk ve organik olmayan psikoz tanılarından birini almış olan; TRSM'lere son 3 ay içerisinde en az 3 defa devamlılık göstermiş olan veya son 3 ay içerisinde katılımları bulunmayan 25-40 yaş arası her cinsiyetten bireylerden oluşmaktadır. Kişilerin aylık ilaç tedavilerinin düzenlenmesi amacıyla her ay en az bir defa TRSM'lere başvurmuş olmaları gerekmektedir. Bu nedenle düzenli takip kriteri olarak minimum gereken katılım sıklığına göre son 3 ayda en az 3 defa katılma kriteri belirlenmiştir.

3.2.2 Araştırmanın örnekleme. Katılımcı grubu Sağlık Bilimleri Üniversitesi Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesine (ERSHH) bağlı TRSM'lerde kaydı olan ve son 3 ay içerisinde en az 3 defa devamlılık gösteren ya da bu merkezlerde kaydı olmayan, veya kaydı olduğu halde son 3 ayda 3 defadan daha az devamlılık göstermiş olan; DSM ve ICD kriterlerine göre şizofreni, şizoaffektif bozukluk veya organik olmayan psikoz tanılı 25-40 yaş arası bireylerden oluşmaktadır. TRSM'lere katılım gösterip göstermediklerine göre “katılıyor” ve “katılmıyor”

şeklinde gruplanarak ve katılım sıklıklarının düzeylerine göre “3 defa”, “4-6 defa” ve “7 defa ve üzeri” şeklinde gruplanarak göre ölçek puanları karşılaştırılmıştır.

Araştırmaya dahil olma kriterleri aşağıdaki gibi belirlenmiştir:

1. DSM-5 veya ICD kriterlerine göre şizofreni, şizoaffektif bozukluk veya organik olmayan psikoz tanılarından birini almış olmak,
2. 25-40 yaş arası olmak,
3. Okuma yazma bilmek,
4. Bilgilendirilmiş onam formunu anladığını ve onayladığını beyan etmek,
5. Bilinen bir bilişsel kapasite yetersizliği olmamak,
6. Psikometrik değerlendirme amacıyla geldiyse bilişsel kapasite yetersizliği şüphesiyle yönlendirilmemiş olmak.

Araştırma için dışlama kriterleri aşağıdaki gibi belirlenmiştir:

1. 25 yaşından küçük veya 40 yaşından büyük olmak,
2. Madde kullanım öyküsü ve/veya madde kullanımına bağlı psikotik bozukluk tanısı almış olmak,
3. Mental kısıtlılık veya organik sebeplere bağlı mental bozuklukların araştırılması amacıyla psikometrik değerlendirmeye yönlendirilmiş olmak,
4. Form doldurmaya engel teşkil edecek seviyede görme engeli bulunmak,
5. Okuryazar olmamak.

Veri toplama aşamasında TRSM'lere katılım gösteren ve göstermeyen kişiler ile cinsiyetler arasındaki dağılımın birbirine yakın olması gözlemlenmiştir. Demografik verilere bakıldığında katılımcıların 67 tanesinin kadın olduğu, 62 tanesinin erkek olduğu görülmektedir. Bir kişinin cinsiyet belirtmediği gözlenmiştir. TRSM'lere katılım göstermeyen 63 kişi mevcut olup 67 kişinin son 3 ay içerisinde en az 3 defa TRSM'lere devamlılık gösterdiği görülmektedir.

Tablo 1

Örnekleme Dair Betimleyici Bulgular

Değişken		f	%
Cinsiyet	Kadın	62	48,06
	Erkek	67	51,94
Öğrenim Düzeyi	İlköğretim ve altı	39	30,00
	Lise	48	36,92
	Üniversite ve üzeri	43	33,08
Medeni Durum	Evli	34	26,15
	Bekar	69	53,08
	Ayrı	27	20,77
Çalışma Durumu	Çalışıyor	46	35,38
	Çalışmıyor	84	64,62
TRSM'lere devam durumu (son 3 ayda)	3'ten az veya kayıtsız	63	48,46
	3 defa ve üzeri	67	51,54

f= katılımcı sayısı

Veri toplama aşamasından sıklıkla isim soy isim yazmak ve imza atmak konusunda kaygılı yaklaşımla karşılaşmış, onam formu doldurulurken kişilere katılmaktan vazgeçebilecekleri, ya da katılma kararı aldıkları takdirde verilerin dijital ortama manuel olarak aktarılırken olası mükerrer kayıtların önüne geçilmesi amacıyla onam formunda bulunan alana ad ve soyadlarının ilk iki harfleri ile doğum yıllarını kod adı olarak yazabilecekleri; imza yerine paraf kullanabilecekleri belirtilmiştir. Veriler dijital ortama aktarıldıktan sonra mükerrer kayıt bulunmadığı teyit edilmiş; analiz aşamasında tablolarda bulunan kod adları veri tablosundan çıkarılarak katılımcılar 1'den 130'a kadar numaralandırılarak değerlendirilmiş; böylece gizlilik ve anonimlik sağlanmıştır.

3.3 Veri Toplama Araçları

Çalışmada katılımcılara sosyodemografik form, bu forma dahil edilmiş hastalığa karşı bakış açısını ve hastalığı kabullenme düzeylerini ölçen sorular ve RHİDÖ verilmiştir.

3.3.1 Bilgilendirilmiş onam formu. Bu formda katılımcılara yapılan çalışmanın kapsamı, araştırmanın herhangi bir risk içermediği, gizlilikle ilgili konular, çalışmanın süresi, katılımcı sayısı, gönüllülük esası ve katılımcının istediği takdirde çalışmadan ayrılabilceği konuları anlatılmıştır. Araştırmacılara dair kısa bilgi bu kısımda yer almaktadır.

3.3.2 Sosyodemografik form. Bu formda katılımcıların yaş, cinsiyet, medeni durum, öğrenim düzeyi, çalışma durumu, ruhsal hastalık nedeniyle işten ayrılıp ayrılmadıklarına dair sorular, ailedeki psikiyatrik tanı öyküsü, gelir düzeyi sorulmuştur. Veri toplama aşamasındaki güncel asgari ücretin aşağısı, gelir düzeyindeki minimum seçenek olarak belirlenmiş, basamaklı olarak artırılarak çoktan seçmeli olarak sorgulanmıştır. Bu formda ayrıca ilk psikiyatrik tanı alma üzerinden geçen süre ve TRSM'lere son 3 ay içerisinde gelme sıklığıyla alakalı çoktan seçmeli sorular yöneltilmiştir. TRSM'lere son 3 aydaki gelme sıklığı 3 defa, 4-6 defa ve 7+ defa olarak belirlenirken; 3 defadan az katılım göstermiş olanlar, aylık kontrol ve tedavilerine düzenli gelmemiş olmaları nedeniyle “katılım göstermiyor” olarak kabul edilmiştir.

3.3.3 Hastalığa karşı yaklaşımı ölçen sorular. Bu bölümde bireylerin herhangi bir psikiyatrik hastalıklarının olup olmadığıyla ilgili, tedavi konusunda istekli olup olmadıklarıyla ilgili ve tedaviye katılım gösterme sebepleriyle ilgili çoktan seçmeli sorular yöneltilmiştir. Psikiyatrik tanısı netleşmiş ancak herhangi bir hastalığı olmadığını belirten kişilerin yaşadıkları hastalık sürecine dair içgörülerinin zayıf olduğu kabul edilmektedir. Tedavi konusunda isteksiz olan ve tedaviye “zorunlu olmasından dolayı” ya da “çevresindeki insanlar istediği için” katılım gösteren kişilerin hastalık sürecine dair içgörülerinin zayıf olduğu, “belirtilerimin iyileşmesi için” yanıtını veren kişilerin ise daha yüksek içgörü düzeylerinin olduğu çıkarılmaktadır. Kişilere yaşadıkları belirtileri nasıl açıkladıklarına dair açık uçlu soru da yöneltilmiş ancak bu sorunun yanıtlanması zorunlu tutulmamıştır.

3.3.4 Ruhsal hastalıklarda içselleştirilmiş damgalanma ölçeği. Bireylerin içselleştirilmiş damgalanma düzeylerinin ölçülmesi amacıyla Ritscher ve arkadaşları tarafından 2003 yılında geliştirilmiş olan “Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ)” kullanılmıştır. Bu Ölçek 2007 yılında Ersoy ve Varan tarafından Türkçe’ye çevrilmiş ve Türkiye normlarına göre standardize edilmiştir. Kullanılan ölçek 29 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin maddeleri alt boyutlara ayrılarak incelenmektedir. Bu alt boyutlar “Yabancılaşma”, “Algılanan ayrımcılık”, “Kalıp yargıların onaylanması”, “Sosyal geri çekilme” ve “Damgalanmaya karşı direnç” şeklindedir. Her madde için dörtlü Likert tipinde işaretleme seçeneği mevcut olup “kesinlikle katılıyorum” 4 puan, “katılıyorum” 3 puan, “katılmıyorum” 2 puan ve “kesinlikle katılmıyorum” 1 puan olarak değerlendirilmektedir. Damgalanmaya karşı direnç alt boyutu diğer alt boyutların aksine ters biçimde puanlanmaktadır. Ruhsal hastalıkla ilgili damgalanmaya karşı direnç gösterebilmeyi ve damgalanma ile başa çıkabilirliği ifade eden soruların yer aldığı bu alt boyutta “kesinlikle katılıyorum” -4 puan, “katılıyorum” -3 puan, “katılmıyorum” -2 puan ve “kesinlikle katılmıyorum” -1 puan olarak değerlendirilmektedir. Bu ölçekten alınabilecek maksimum puan 91 olup minimum puan 4’tür (Ersoy ve Varan, 2007).

3.3.5 Bilgilendirme formu. Bu formda katılımcıların, araştırma ve sonuçlarıyla ilgili detaylı bilgi almak istemeleri durumunda araştırmacıya ulaşabilecekleri e-posta adresi paylaşılmıştır.

3.4 Uygulama

Çalışmaya katılım gönüllülük esasına bağlı olarak gerçekleştirilmiştir.

Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesine şizofreni, şizoaffektif bozukluk veya organik olmayan psikoz tanılarıyla başvuran veya bu tanılarla ilgili takipleri devam eden bireylerden; kurum psikoloğu olan araştırmacıya birim uzmanları tarafından yönlendirilen bireylerle yapılan ön görüşmede yaş ve tanı alma üzerinden geçen süre bilgisi alınmıştır. Klinik yatışı sırasında yönlendirilmiş olan katılımcılara kaç gündür yatışta oldukları sorulmuş, atak döneminin yatışması ve

tedavi düzenlenmesi için gereken süre gözetilerek en az 7 gündür yatışta olanlar çalışmaya dahil edilmiş, ilk 7 gün içerisinde bulunan kişiler ile uygun tarihte görüşmek üzere randevulaşmıştır. Araştırmanın tasarlanması sırasında belirlenen yaş ve tanı alma üzerinden geçen süre kriterleri uygunsa, çalışmaya dair bilgilendirmenin ardından çalışmada kullanılan ölçekler uygulanmıştır.

Bireysel olarak görüşülen ve bu şekilde katılımları sağlanan kişilere katılımın gönüllülük esasına bağlı olduğu, istedikleri zaman çalışmadan ayrılabilirler, katılımlarının tedavi durumlarıyla bir kazanç ya da kayıp sağlamayacağı, elde edilen verilerin yalnızca akademik amaçlarla kullanılacağı bilgisi sözlü olarak verilmiş; bu bilgileri içeren onam formunu imzalamalarının ardından form ve ölçekleri yanıtlamaları istenmiştir. Soruları yanıtlarken akıllarına takılan soruları araştırmacıya sorabilecekleri kendilerine belirtilmiştir. Uygulamanın ardından bilgi alabilecekleri e-posta adresi kendileriyle paylaşılmıştır.

Ölçek ve formların tamamlanmasının ardından bireylerde anksiyöz ve depresif duygulanımın ortaya çıkması ihtimali gözetilerek katılımcılara uygulamaya dair düşünceleri sorulmuş, yapılan kısa görüşmenin ardından uygulama sonlandırılmıştır.

3.5 Verilerin Analizi

Elde edilen veriler bilgisayar ortamında “SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22” programında istatistiksel açıdan analiz edilmiştir. Verilerin analizinde ilk olarak uygulanacak (parametrik/nonparametrik testler) testlerin belirlemesi amacıyla karşılanması gereken varsayımlar incelenmiştir.

Tablo 2

Değişkenlerin Normallik Sınaması

Ölçekler	n	Min	Maks	$\bar{X} \pm Ss$	K.S	p	Çarpıklık	Basıklık
Yabancılaşma	130	6	24	11,99±4,24	0,12	0,01	0,71	0,05
Sosyal Geri Çekilme	130	6	24	12,04±4,330	0,09	0,01	0,53	-0,31

Tablo 2 (devam)

Ölçekler	n	Min	Maks	$\bar{X} \pm Ss$	K.S	p	Çarpıklık	Basıklık
Kalıp Yargıların Onaylanması	130	7	24	14,15±4,487	0,09	0,01	0,33	-0,70
Algılanan Ayrımcılık	130	5	20	10,63±3,850	0,17	0,01	0,53	-0,43
Damgalanmaya Karşı Direnç	130	5	20	13,96±3,183	0,12	0,01	-0,21	-0,42
RHİDÖ (toplam)	130	10	74	34,85±15,77	0,10	0,01	0,57	-0,59

K.S: Kolmogorov-Smirnov

RHİDÖ= Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği

Ölçek puanlarının normal dağılım gösterip göstermediğini tespit etmek amacıyla Kolmogorov-Smirnov testi ile basıklık-çarpıklık katsayıları incelenmiştir. Ölçek ve alt boyut puanları için basıklık ve çarpıklık değerleri $\pm 1,0$ arasında saptanmıştır. Kolmogorov-Smirnov testi verileri de incelendiğinde ($p > .05$) değerlerin normal dağılımdan aşırı sapma göstermediği kabul edilerek analizler parametrik testler kullanılarak yapılmıştır (George ve Mallery, 2010). Bağımsız iki grup karşılaştırması t-testi (Independent sample t-testi) ile yapılmıştır. Kategori sayısı ikiden fazla olan değişkenler tek yönlü varyans analizi ile karşılaştırılmış ve homojenlik varsayımını sağlamayan veriler için Welch istatistiği uygulanmıştır. Elde edilen değerlerin istatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığının yorumlanmasında ölçüt olarak 0.05 anlamlılık düzeyi kabul edilmiştir.

3.6 Sınırlılıklar

Bu çalışma İstanbul Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile bu hastaneye bağlı olan TRSM'ler içerisinde yürütülmüştür. Bu bakımdan çalışmanın genellenebilirliği belli bir sosyodemografik kesim içerisinde sınırlı kalmaktadır. Çalışmanın gönüllülük esasına dayanması, bireylere toplu şekilde form vermenin mümkün olmaması ve her bir katılımcıyla bireysel görüşmeler halinde

uygulamanın gerçekleştirilmesinin kısıtlı süre içerisinde çalışmaya katılan kişi sayısını olumsuz yönde etkilediği görülmektedir.

Psikiyatrik bozukluklarda içgörü faktörü kişilerin hastalıklarını kabullenmeleri açısından önem teşkil etmektedir. Hastalık belirtilerinin farkında olmak, hastalığın özelliklerini ve semptomlarını tanımak ve bu semptomları doğru biçimde açıklayabilmek şeklinde tanımlanan (Amador ve diğerleri, 1993) içgörü kavramının hastalığın şiddeti ve prognozuyla ilişkilendirildiği bilinmektedir (David, Buchanan, Reed ve Almeida, 1992). Psikopatoloji ağırlaştıkça içgörü düzeyi azalmakta ve bireylerin tanılarını kabul etme durumları bundan etkilenmektedir (Vaz, Bejar ve Casado, 2002, s: 311-317). Bu bakımdan görüşme yapılan kişilerin içgörü düzeyleri, damgalanmayı kabul etmeleri açısından etki göstermektedir. Bireylerin hastalıklarını kabullenme düzeylerinin anlaşılması açısından kendilerine yöneltilen sorular sosyodemografik form içerisinde bulunsa da, doğrudan hasta formu olarak tasarlanmış ve psikotik bireylere uygulanabilir bir anket formu olmaması nedeniyle içgörü düzeyi sayısal olarak ölçülememiştir. Bu durumun elde edilen veriler üzerindeki olası etkisinin anlaşılabilmesi açısından çalışma sınırlı kalmaktadır.

Katılımcıların TRSM'lere devamlılıkları, katılım sıklıkları, tanı alma üzerinden geçen süre gibi veriler tamamen beyana dayalıdır. Bu durum verileri öznelletirmekte, özellikle birden fazla tanısı bulunan bireylerde ilk tanı alma tarihi karışıklık yaratabilmektedir.

Çalışmanın bir başka sınırlılığı tanı gruplarının net biçimde ayrılmayarak psikoz çatısı altında incelenmiş olmasıdır. Çalışmanın damgalanma ve içselleştirilmiş damgalanma alanında yapılmış olması nedeniyle, bireyleri etiketleyecek ya da kendilerini etiketlemelerine neden olacak herhangi bir soru içermemesi bakımından formlara tanı grubunu soran bir soru eklenmemiştir. Hali hazırda hastane psikoloğu olan araştırmacıya birim uzmanları ve görevlileri tarafından yönlendirilen “psikoz” tanılı bireyler çalışmaya dahil edilmiş ancak şizofreni, şizoaffektif bozukluk ve organik olmayan psikoz bakımından ayrı ayrı veri toplanmamış, dağılımlarına dair veri elde edilememiş ve bu tanı grupları birbiriyle karşılaştırılmamıştır. Takip eden çalışmalarda bireylerin tanı grupları arasındaki farklılıkların da dahil edilmesi, hangi

damgalayıcı tanımları bireylerin daha fazla içselleştirdiklerini anlamak açısından faydalı olacaktır.

Tüm bunlar göz önüne alındığında; ilerleyen çalışmalarda daha geniş bir örneklem, daha uzun ve verimli kullanılacak bir süre katılımcıların sayı ve çeşitliliğini artıracaktır. Beyana dayalı veriler toplanırken nesnel kaynaklardan faydalanılması ve/veya aile görüşmeleri gibi destekleyici verilerin çalışmalara eklenmesi, doğrudan bu çalışmaya konu olacak grup için uyarlanabilecek istatistiksel olarak nicel veri sağlayacak bir içgörü ölçeği kullanılarak araştırmanın bulgularını daha anlamlı kılacaktır.



Bölüm 4

Bulgular

4.1 Ölçeklerin Güvenirliğine İlişkin Bulgular

RHİDÖ ile ölçeğin alt boyutlarının güvenilirliklerini test etmek için Cronbach Alfa içsel tutarlılık testi uygulanmıştır. Lee Joseph Cronbach'ın 1951 yılında geliştirmiş olduğu alfa katsayı yöntemi, anket maddelerinin iç tutarlılıklarının hesaplanması için kullanılmaktadır. Ölçekte yer alan spesifik maddelerin toplam varyanslarının genel varyansa oranlanması ile bulunan alfa katsayısı; ağırlıklı standart değişimin ortalamasını ifade etmektedir (Ercan ve Kan, 2004).

Cronbach Alpha katsayısı 0 ile 1 arasında değerler alır ve her bir aralık aşağıdaki ölçümleri ifade eder (İslamoğlu ve Alınacak, 2009, s: 291-292):

$0.01 \leq \alpha < 0.40$ aralığında ölçek güvenilir değildir.

$0.40 \leq \alpha < 0.60$ aralığında ölçeğin güvenilirliği düşüktür.

$0.60 \leq \alpha < 0.80$ aralığında ölçeğin güvenilirliği kabul edilebilir düzeydedir;

$0.80 \leq \alpha < 1.00$ aralığında ölçeğin güvenilirliği yüksektir.

Tablo 3

Ölçek Puanlarına İlişkin Güvenirlik Analizi

Değişken	Cronbach's Alpha
Algılanan Ayrımcılık	0,82
Damgalanmaya Karşı Direnç	0,59
Kalıp Yargıların Onaylanması	0,73
Sosyal Geri Çekilme	0,80
Yabancılaşma	0,78
RHİDÖ	0,91

RHİDÖ= Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği

RHİDÖ maddeleri açısından hesaplanan Cronbach Alpha katsayıları incelendiğinde ölçek maddelerinin güvenilirliğinin yüksek düzeyde olduğu ($\alpha=91$) görülmektedir. Alt boyutlar ayrı ayrı incelendiğinde “algılanan ayrımcılık”, “kalıp yargıların onaylanması”, “sosyal geri çekilme” ve “yabancılaşma” alt boyut maddeleri

için güvenilirliğin yüksek ve kabul edilebilir düzeyde yüksek olduğu ($\alpha > 70$) gözlenmektedir. “Damgalanmaya karşı direnç” alt boyutu maddeleri ters kodlanarak incelenmiş; bu alt boyut için güvenilirlik düzeyinin diğer alt boyutlara göre daha düşük ($\alpha < 60$) olduğu anlaşılmıştır. Madde silindiğinde Cronbach Alpha değerinde meydana gelecek değişim bakımından tüm sorular incelenmiş; güvenilirlik değerlerinde anlamlı bir değişim olmadığı, ölçek güvenilirliği katsayısının yine 0,90 - 0,91 aralığında kaldığı tespit edilmiştir.

4.2 Elde Edilen Verilerin İncelenmesi

Demografik verilere bakıldığında katılımcıların %51.94’ünün ($n: 67$) kadın olduğu, %48.06’sının ($n: 62$) erkek olduğu saptanmıştır. Katılımcılardan bir tanesinin cinsiyetini işaretlemediği görülmektedir. Bireylerin %53.08’inin ($n: 69$) bekar, %26.15’inin ($n: 34$) evli, %20.77’sinin ayrılmış/dul olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların öğrenim düzeylerine bakıldığında %33.08’inin ($n: 45$) üniversite ve üzeri, %36.92’sinin ($n: 48$) lise, %30’unun ($n: 39$) ilköğretim/okuryazar düzeyinde öğrenim gördüğü görülmektedir. Çalışmaya katılan kişilerin %30’unun ($n: 39$) aylık gelir düzeyinin 8000 TL ve altı olduğu, %26.92’sinin ($n: 35$) gelir düzeyinin 12001 TL ve üzeri olduğu görülmektedir. %64.62’sinin ($n: 84$) çalışmazken %35.38’inin ($n: 46$) çalıştığı; %67.69’unun ($n: 88$) psikiyatrik tanı sebebiyle işten ayrılma durumunun olmadığı, psikiyatrik tanı sebebiyle işten ayrılanların oranının %32.31 ($n: 42$) olduğu tespit edilmiştir. Aile öykülerine bakıldığında kişilerin %56.92’sinin ($n: 74$) ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsünün olmadığı görülmektedir.

Tablo 4

Demografik Özelliklere İlişkin Bulgular

Kategorik Değişken	Grup	n	%
Cinsiyet	Erkek	62	48,06
	Kadın	67	51,94
Medeni durum	Evli	34	26,15
	Bekar	69	53,08
	Ayrı	27	20,77
Öğrenim düzeyi	İlköğretim	39	30,00
	Lise	48	36,92
	Üniversite ve üzeri	43	33,08

Tablo 4 (devam)

Kategorik Değişken	Grup	n	%
Gelir düzeyi	8000 ve altı	39	30,00
	8001-10000	31	23,85
	10001-12000	25	19,23
	12001 ve üzeri	35	26,92
Çalışma durumu	Çalışıyor	46	35,38
	Çalışmıyor	84	64,62
Psikiyatrik tanı sebebiyle işten ayrılma	Evet	42	32,31
	Hayır	88	67,69
Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü	Evet	56	43,08
	Hayır	74	56,92
Herhangi bir psikiyatrik hastalığınızın olduğunu düşünüyor musunuz?	Evet	62	47,69
	Hayır	36	27,69
Tedavi konusunda istekli misiniz	Şüphelerim var	32	24,62
	Evet	100	76,92
Tedaviye neden katılım gösteriyorsunuz?	Hayır/bazen	30	23,08
	Belirtilerimin iyileşmesi için	91	70,54
	Çevremdeki insanlar istediği için	20	15,50
	Zorunlu olmasından dolayı	18	13,95
TRSM'lere son üç aydaki katılım sıklığı	0 (katılmıyor)	63	48,46
	3 defa	26	20,00
	4 ile 6 defa	14	10,77
	7 defa ve üzeri	27	20,77
Tanı alma üzerinden geçen süre	0-4 yıl	45	34,6
	5-10 yıl	32	24,6
	11-15 yıl	53	40,8

TRSM= Toplum Ruh Sağlığı Merkezi

Tedaviye bakış açıları ve hastalık konusundaki içgörülerini değerlendiren sorulara bakıldığında %47.69'unun (n: 62) psikiyatrik bir hastalığının olduğunu düşündüğü; "Psikiyatrik bir hastalığınızın olduğunu düşünüyor musunuz sorusuna "hayır" veya "şüphelerim var" yanıtlarını veren kişilerin oranının %52.31 (n: 68) olduğu saptanmıştır. Katılımcıların %76.92'sinin (n: 100) tedavi konusunda istekli olduğu, %70.54'ünün (n: 91) "Tedaviye neden katılıyorsunuz" sorusuna "Belirtilerimin iyileşmesi için" yanıtını verdiği görülmektedir. Çevresindeki insanlar istediği için veya zorunlu olduğu için tedaviye katılım gösterdiğini belirtenlerin oranı 29.45'tir (n: 38). Bireylerin %51.54'ünün TRSM'lere son 3 ay içerisinde en az 3 defa devamlılık gösterdiği görülmektedir. Kalan %48.46'sının (n: 63) ise bu merkezlere yönlendirilmedikleri ya da yönlendirildikleri halde devamlılık göstermedikleri saptanmıştır.

Tablo 5

Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Genel ve Alt Boyut Puanlarına İlişkin Özet İstatistikler

Ölçekler	n	Min	Maks	$\bar{X}$	S.sapma
Yabancılaşma	130	6	24	11,99	4,240
Sosyal Geri Çekilme	130	6	24	12,04	4,330
Kalıp Yargıların Onaylanması	130	7	24	14,15	4,487
Algılanan Ayrımcılık	130	5	20	10,63	3,850
Damgalanmaya Karşı Direnç	130	5	20	13,96	3,183
RHİDÖ (toplam)	130	10	74	34,85	15,77

K.S: Kolmogorov-Smirnov

RHİDÖ= Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği

Tablo.5'te RHİDÖ toplam ve alt boyut puanlarına ilişkin minimum, maksimum, ortalama, standart sapma değerleri yer almaktadır.

Tablo 6

RHİDÖ Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişken	Ölçekler	Grup	n	$\bar{X}\pm Ss$	t	sd	p
Cinsiyet	Yabancılaşma	Erkek	62	12,24±4,41	0,68	127	0,50
		Kadın	67	11,73±4,12			
	Sosyal geri çekilme	Erkek	62	12,40±4,73	0,94	127	0,35
		Kadın	67	11,69±3,96			
	Kalıp yargıların onaylanması	Erkek	62	14,21±4,20	0,02	127	0,98
		Kadın	67	14,19±4,74			
	Algılanan ayrımcılık	Erkek	62	10,74±3,85	0,19	127	0,85
		Kadın	67	10,61±3,85			
	Damgalanmaya karşı direnç	Erkek	62	14,31±3,01	1,30	127	0,20
		Kadın	67	13,58±3,31			
	RHİDÖ (toplam)	Erkek	62	35,29±16,95	0,24	127	0,82
		Kadın	67	34,64±14,76			

Tablo 6 (devam)

Değişken	Ölçekler	Grup	n	$\bar{X} \pm Ss$	t	sd	p
Çalışma Durumu	Yabancılaşma	Çalışıyor	46	11,43±3,68	-1,05	128	0,29
		Çalışmıyor	84	12,26±4,51			
	Sosyal geri çekilme	Çalışıyor	46	11,00±3,80	-2,10	128	0,04
		Çalışmıyor	84	12,63±4,52			
	Kalıp yargıların onaylanması	Çalışıyor	46	13,36±4,03	-1,43	128	0,15
		Çalışmıyor	84	14,54±4,74			
	Algılanan ayrımcılık	Çalışıyor	46	10,28±3,28	-0,56	128	0,58
		Çalışmıyor	84	10,68±4,11			
	Damgalanmaya karşı direnç	Çalışıyor	46	14,24±3,44	0,93	128	0,35
		Çalışmıyor	84	13,69±3,00			
	RHİDÖ (toplam)	Çalışıyor	46	31,80±14,61	-1,59	128	0,12
		Çalışmıyor	84	36,42±16,32			
Psikiyatrik tanı sebebiyle işten ayrılma	Yabancılaşma	Evet	42	12,43±5,25	0,81	128	0,42
		Hayır	88	11,78±3,68			
	Sosyal geri çekilme	Evet	42	12,55±5,25	0,93	128	0,37
		Hayır	88	11,80±3,83			
	Kalıp yargıların onaylanması	Evet	42	14,05±4,11	-0,19	128	0,85
		Hayır	88	14,20±4,68			
	Algılanan ayrımcılık	Evet	42	10,79±4,10	0,32	128	0,75
		Hayır	88	10,56±3,75			
	Damgalanmaya karşı direnç	Evet	42	14,00±2,81	0,01	128	0,93
		Hayır	88	13,94±3,36			
	RHİDÖ (toplam)	Evet	42	35,81±18,16	0,48	128	0,64
		Hayır	88	34,40±14,58			

t: Bağımsız örneklem t test

RHİDÖ= Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği

Sosyal geri çekilme puanları çalışma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermektedir ($t: -2.10; p < .05$). Ortalama değerlere bakıldığında çalışanların (11.00 ± 3.80) çalışmayanlara göre (12.63 ± 4.52) sosyal geri çekilme puanlarının daha düşük olduğu saptanmıştır. Yabancılaşma, kalıp yargıların onaylanması, algılanan ayrımcılık, damgalanmaya karşı direnç alt boyut puanları ile RHİDÖ genel puanı çalışma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermemektedir ($p > .05$). RHİDÖ toplam ve alt boyut puanları cinsiyete ve psikiyatrik tanı sebebiyle işten ayrılma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermemektedir ($p > .05$).

Tablo 7

RHİDÖ Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması Devam

Değişken	Ölçekler	Grup	n	$\bar{X} \pm Ss$	t	Sd	p
Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü	Yabancılaşma	Evet	56	12,30±4,59	0,72	128	0,47
		Hayır	74	11,76±3,97			
	Sosyal geri çekilme	Evet	56	12,27±4,82	0,52	128	0,60
		Hayır	74	11,86±3,94			
	Kalıp yargıların onaylanması	Evet	56	13,80±4,86	-0,77	128	0,44
		Hayır	74	14,42±4,20			
	Algılanan ayrımcılık	Evet	56	11,00±4,48	0,91	128	0,37
		Hayır	74	10,36±3,31			
	Damgalanmaya karşı direnç	Evet	56	14,50±2,90	1,69	128	0,09
		Hayır	74	13,55±3,34			
TRSM'lere son üç aydaki katılım sıklığı	RHİDÖ (toplam)	Evet	56	34,86±17,72	0,01	128	1,00
		Hayır	74	34,85±14,24			
	Yabancılaşma	0	63	12,98±4,51	2,64	128	0,01
		3+	67	11,06±3,76			
	Sosyal geri çekilme	0	63	12,94±4,38	2,00	128	0,04
		3+	67	11,31±4,19			
	Kalıp yargıların onaylanması	0	63	15,49±4,49	3,43	128	0,01
		3+	67	12,90±4,13			
	Algılanan ayrımcılık	0	63	11,41±3,76	2,28	128	0,02
		3+	67	9,90±3,81			
	Damgalanmaya karşı direnç	0	63	12,90±2,82	-3,86	128	0,01
		3+	67	14,96±3,20			
	RHİDÖ (toplam)	0	63	39,79±15,83	3,62	128	0,01
		3+	67	30,21±14,32			

t:Bağımsız örneklem t test

RHİDÖ= Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği

TRSM= Toplum Ruh Sağlığı Merkezi

Yabancılaşma puanları TRSM'lere devamlılık durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermektedir ($t:2.64; p<.05$). Ortalama değerlere bakıldığında merkezlere hiç gelmeyenlerin (12.98 ± 4.51) son üç ayda 3 ve üzeri defa gelenlere göre (11.06 ± 3.76) yabancılaşma puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Sosyal geri çekilme puanları TRSM'lere son üç aydaki katılım sıklığına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermektedir ($t:2.00; p<.05$). Ortalama değerlere bakıldığında merkezlere hiç gelmeyenlerin (12.94 ± 4.38) son üç ayda 3 ve üzeri defa gelenlere göre (11.31 ± 4.19) sosyal geri çekilme puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Kalıp yargıların onaylanması puanları TRSM'lere son üç aydaki katılım sıklığına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermektedir ($t:3.43$; $p<.05$). Ortalama değerlere bakıldığında merkezlere hiç gelmeyenlerin (15.49 ± 4.49) son üç ayda 3 ve üzeri defa gelenlere göre (12.90 ± 4.13) kalıp yargıların onaylanması alt boyut puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Algılanan ayrımcılık puanları TRSM'lere son üç aydaki katılım sıklığına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermektedir ($t:2.28$; $p<.05$). Ortalama değerlere bakıldığında merkezlere hiç gelmeyenlerin (11.41 ± 3.76) son üç ayda 3 ve üzeri defa gelenlere göre (9.90 ± 3.81) algılanan ayrımcılık puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Damgalanmaya karşı direnç puanları TRSM'lere son üç aydaki katılım sıklığına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermektedir ($t:-3.86$; $p<.05$). Ortalama değerlere bakıldığında merkezlere hiç gelmeyenlerin (12.90 ± 2.82) 3 son üç ayda 3 ve üzeri defa gelenlere göre (14.96 ± 3.20) damgalanmaya karşı direnç puanlarının daha düşük olduğu saptanmıştır.

RHİDÖ toplam puanları TRSM'lere son üç aydaki katılım sıklığına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermektedir ($t:3.62$; $p<.05$). Ortalama değerlere bakıldığında hiç gelmeyenlerin (39.79 ± 15.83) son üç ayda 3 ve üzeri defa gelenlere göre (30.21 ± 14.32) RHİDÖ toplam puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır.

RHİDÖ toplam ve alt boyut puanları ailede psikiyatrik hastalık olup olmadığına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermemektedir ($p>.05$).

Tablo 8

RHİDÖ Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Medeni Duruma Göre Karşılaştırılması

Ölçekler	Grup	n	$\bar{X}\pm Ss$	F	p
Yabancılaşma	Evli	34	12,15±4,80	0,19	0,82
	Bekar	69	11,78±4,19		
	Ayrı	27	12,33±4,42		
Sosyal geri çekilme	Evli	34	11,88±4,55	0,41	0,67
	Bekar	69	11,79±4,54		
	Ayrı	27	12,70±3,52		
Kalıp yargıların onaylanması	Evli	34	1338±4,79	0,71	0,49
	Bekar	69	14,51±4,74		
	Ayrı	27	14,22±3,30		

Tablo 8 (devam)

Ölçekler	Grup	n	$\bar{X} \pm Ss$	F	p
Algılanan ayrımcılık	Evli	34	10,74 $\pm$ 3,87	0,04	0,96
	Bekar	69	10,54 $\pm$ 4,04		
	Ayrı	27	10,74 $\pm$ 3,43		
Damgalanmaya karşı direnç	Evli	34	13,94 $\pm$ 3,64	0,20	0,82
	Bekar	69	14,30 $\pm$ 3,04		
	Ayrı	27	14,30 $\pm$ 3,00		
RHİDÖ (toplam)	Evli	34	34,12 $\pm$ 17,19	0,08	0,93
	Bekar	69	34,88 $\pm$ 16,08		
	Ayrı	27	35,70 $\pm$ 13,45		

F: Tek yönlü varyans analizi

RHİDÖ= Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği

RHİDÖ toplam ve alt boyut puanlarının medeni duruma göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermemektedir ($p > .05$).

Tablo 9

RHİDÖ Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Eğitim Düzeyine Göre Karşılaştırılması

Ölçekler	Grup	n	$\bar{X} \pm Ss$	F	p	Fark
Yabancılaşma	İlköğretim ¹	39	12,38 $\pm$ 3,64	0,61	0,54	
	Lise ²	48	11,46 $\pm$ 4,24			
	Üniversite ve üzeri ³	43	12,23 $\pm$ 4,75			
Sosyal geri çekilme	İlköğretim ¹	39	13,62 $\pm$ 4,44	5,43	0,01	1>2
	Lise ²	48	10,65 $\pm$ 3,68			
	Üniversite ve üzeri ³	43	12,16 $\pm$ 4,48			
Kalıp yargıların onaylanması	İlköğretim ¹	39	15,85 $\pm$ 4,21	4,63	0,01	1>2
	Lise ²	48	13,02 $\pm$ 4,30			
	Üniversite ve üzeri ³	43	13,88 $\pm$ 4,57			
Algılanan ayrımcılık	İlköğretim ¹	39	11,90 $\pm$ 3,87	3,44	0,04	1>2
	Lise ²	48	9,79 $\pm$ 3,46			
	Üniversite ve üzeri ³	43	10,42 $\pm$ 4,03			
Damgalanmaya karşı direnç	İlköğretim ¹	39	14,64 $\pm$ 3,06	1,39	0,25	
	Lise ²	48	13,52 $\pm$ 3,56			
	Üniversite ve üzeri ³	43	13,84 $\pm$ 2,77			
RHİDÖ (toplam)	İlköğretim ¹	39	39,10 $\pm$ 15,11	2,63	0,08	
	Lise ²	48	31,40 $\pm$ 14,28			
	Üniversite ve üzeri ³	43	34,86 $\pm$ 17,28			

F: Tek yönlü varyans analizi

RHİDÖ= Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği

Sosyal geri çekilme puanları eğitim düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermektedir ($F:5.43$; $p<.05$). Farkın hangi gruplar arasında olduğuna bonferroni çoklu karşılaştırma testi ile bakıldığında ilköğretim eğitim düzeyine sahip kişilerin sosyal geri çekilme puanlarının lise eğitim düzeyine sahip kişilere göre anlamlı biçimde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Kalıp yargıların onaylanması puanları eğitim düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermektedir ($F:4.63$; $p<.05$). Farkın hangi gruplar arasında olduğuna bonferroni çoklu karşılaştırma testi ile bakıldığında ilköğretim eğitim düzeyine sahip kişilerin kalıp yargıların onaylanması puanlarının lise eğitim düzeyine sahip kişilere göre anlamlı biçimde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Algılanan ayrımcılık puanları eğitim düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermektedir ($F:3.44$; $p<.05$). Farkın hangi gruplar arasında olduğuna bonferroni çoklu karşılaştırma testi ile bakıldığında ilköğretim eğitim düzeyine sahip kişilerin algılanan ayrımcılık puanlarının lise eğitim düzeyine sahip kişilere göre anlamlı biçimde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

RHİDÖ toplam puanları eğitim düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermemektedir ($p>.05$).

Yabancılaşma ve damgalanmaya karşı direnç puanları eğitim düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermemektedir ($p>.05$).

Tablo 10

RHİDÖ Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Gelir Düzeyine Göre Karşılaştırılması

Ölçekler	Grup	n	$\bar{X}\pm Ss$	F	p	Fark
Yabancılaşma	8000 ve altı ¹	39	11,82±4,62	2,46	0,06	2>4
	8001-10000 ²	31	13,48±4,47			
	10001-12000 ³	25	12,20±3,72			
	12001 ve üzeri ⁴	35	10,71±3,61			
Sosyal geri çekilme	8000 ve altı ¹	39	11,26±4,15	3,80	0,01	2>1,4
	8001-10000 ²	31	14,10±4,57			
	10001-12000 ³	25	12,28±3,74			
	12001 ve üzeri ⁴	35	10,91±4,20			

Tablo 10 (devam)

Ölçekler	Grup	n	$\bar{X} \pm Ss$	F	p	Fark
Kalıp yargıların onaylanması	8000 ve altı ¹	39	14,21±4,22	2,76	0,04	2>4
	8001-10000 ²	31	15,90±4,67			
	10001-12000 ³	25	13,76±4,69			
	12001 ve üzeri ⁴	35	12,83±4,12			
Algılanan ayrımcılık	8000 ve altı ¹	39	10,82±4,17	4,67	0,01	2>3,4
	8001-10000 ²	31	12,52±3,96			
	10001-12000 ³	25	9,12±3,13			
	12001 ve üzeri ⁴	35	9,83±3,23			
Damgalanmaya karşı direnç	8000 ve altı ¹	39	13,77±3,22	0,29	0,83	
	8001-10000 ²	31	14,26±2,90			
	10001-12000 ³	25	13,60±3,11			
	12001 ve üzeri ⁴	35	14,17±3,51			
RHİDÖ (toplam)	8000 ve altı ¹	39	34,33±16,23	3,24	0,02	2>4
	8001-10000 ²	31	41,74±15,92			
	10001-12000 ³	25	33,76±15,56			
	12001 ve üzeri ⁴	35	30,11±13,66			

F: Tek yönlü varyans analizi

RHİDÖ= Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği

Yabancılaşma puanları gelir düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermektedir ($F:2.46$; $p<.05$). Farkın hangi gruplar arasında olduğuna bonferroni çoklu karşılaştırma testi ile bakıldığında 8001-10000 gelir düzeyine sahip kişilerin yabancılaşma puanlarının 12001 ve üzeri gelir düzeyine sahip kişilere göre anlamlı biçimde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Kalıp yargıların onaylanması puanları gelir düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermektedir ($F:2.76$; $p<.05$). Farkın hangi gruplar arasında olduğuna bonferroni çoklu karşılaştırma testi ile bakıldığında 8001-10000 gelir düzeyine sahip kişilerin kalıp yargıların onaylanması puanlarının 12001 ve üzeri gelir düzeyine sahip kişilere göre anlamlı biçimde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Sosyal geri çekilme puanları gelir düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermektedir ($F:3.80$; $p<.05$). Farkın hangi gruplar arasında olduğuna bonferroni çoklu karşılaştırma testi ile bakıldığında 8001-10000 gelir düzeyine sahip kişilerin sosyal geri çekilme puanlarının 8000 ve altı, 12001 ve üzeri gelir düzeyine sahip kişilere göre anlamlı biçimde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Algılanan ayrımcılık puanları gelir düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermektedir ($F:4.67$; $p<.05$). Farkın hangi gruplar arasında olduğuna bonferroni çoklu karşılaştırma testi ile bakıldığında 8001-10000 gelir düzeyine sahip kişilerin algılanan ayrımcılık puanlarının 10001-12000, 12001 ve üzeri gelir düzeyine sahip kişilere göre anlamlı biçimde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

RHİDÖ toplam puanları gelir düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermektedir ($F:3.24$; $p<.05$). Farkın hangi gruplar arasında olduğuna bonferroni çoklu karşılaştırma testi ile bakıldığında 8001-10000 gelir düzeyine sahip kişilerin RHİDÖ toplam puanlarının 12001 ve üzeri gelir düzeyine sahip kişilere göre anlamlı biçimde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Damgalanmaya karşı direnç puanları gelir düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermemektedir ($p>.05$).

Tablo 11

RHİDÖ Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Psikiyatrik Hastalıklarını Kabul Etme Durumuna Göre Karşılaştırılması

Ölçekler	Grup	n	$\bar{X}\pm Ss$	F	p	Fark
Yabancılaşma	Evet ¹	62	12,13±4,60	3,72	0,03	3>2
	Hayır ²	36	10,58±3,15			
	Şüphelerim var ³	32	13,31±4,22			
Sosyal geri çekilme	Evet ¹	62	11,87±4,43	6,42	0,01	3>1,2
	Hayır ²	36	10,50±3,60,1			
	Şüphelerim var ³	32	14,09±4,20			
Kalıp yargıların onaylanması	Evet ¹	62	13,74±4,55	1,76	0,18	
	Hayır ²	36	13,72±4,27			
	Şüphelerim var ³	32	15,44±4,51			
Algılanan ayrımcılık	Evet ¹	62	10,87±4,20	1,57	0,21	
	Hayır ²	36	9,69±3,12			
	Şüphelerim var ³	32	11,22±3,81			
Damgalanmaya karşı direnç	Evet ¹	62	14,56±3,17	2,22	0,11	
	Hayır ²	36	13,53±3,51			
	Şüphelerim var ³	32	13,28±2,60			
RHİDÖ (toplam)	Evet ¹	62	34,05±16,86	3,57	0,03	3>2
	Hayır ²	36	30,97±12,14			
	Şüphelerim var ³	32	40,78±15,94			

F: Tek yönlü varyans analizi

RHİDÖ= Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği

Yabancılaşma puanları psikiyatrik hastalıklarını kabullenme durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermektedir ($F:3.72$; $p<.05$). Farkın hangi gruplar arasında olduğuna bonferroni çoklu karşılaştırma testi ile bakıldığında psikiyatrik hastalığının bulunduğu dair şüphesi olan kişilerin yabancılaşma puanlarının psikiyatrik hastalığı olmadığını ifade eden kişilere göre anlamlı biçimde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Sosyal geri çekilme puanları psikiyatrik hastalıklarını kabullenme durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermektedir ($F:6.42$; $p<.05$). Farkın hangi gruplar arasında olduğuna bonferroni çoklu karşılaştırma testi ile bakıldığında psikiyatrik hastalık şüphesi olan kişilerin sosyal geri çekilme puanlarının hem psikiyatrik hastalığı olmadığını ifade eden hem de psikiyatrik hastalığının olduğunu ifade eden kişilere göre anlamlı biçimde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

RHİDÖ toplam puanları psikiyatrik hastalık durumunu kabullenmeye göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermektedir ($F:3.57$; $p<.05$). Farkın hangi gruplar arasında olduğuna bonferroni çoklu karşılaştırma testi ile bakıldığında psikiyatrik hastalık şüphesi olan kişilerin RHİDÖ toplam puanlarının psikiyatrik hastalığı olmadığını belirten kişilere göre anlamlı biçimde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Kalıp yargıların onaylanması, algılanan ayrımcılık, damgalanmaya karşı direnç puanları psikiyatrik hastalığı kabullenme göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermemektedir ($p>.05$).

Tablo 12

RHİDÖ Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Tedavi Olma İsteklerine Göre Karşılaştırılması

Değişken	Ölçekler	Grup	n	$\bar{X}\pm Ss$	t	sd	p
Tedavi konusunda istekli misiniz?	Yabancılaşma	Evet	100	11,79 $\pm$ 4,10	-0,99	128	0,32
		Hayır/bazen	30	12,67 $\pm$ 4,69			
	Sosyal geri çekilme	Evet	100	12,03 $\pm$ 4,42	-0,04	128	0,97
		Hayır/bazen	30	12,07 $\pm$ 4,08			

Tablo 12 (devam)

Değişken	Ölçekler	Grup	n	$\bar{X} \pm Ss$	t	sd	p
Tedavi konusunda istekli misiniz?	Kalıp yargıların onaylanması	Evet	100	13,68±4,36	-2,23	128	0,03
		Hayır/bazen	30	15,73±4,63			
	Algılanan ayrımcılık	Evet	100	10,25±3,98	-2,09	128	0,04
		Hayır/bazen	30	11,90±3,10			
	Damgalanmaya karşı direnç	Evet	100	14,41±3,04	3,02	128	0,01
		Hayır/bazen	30	12,27±3,23			
	RHİDÖ (toplam)	Evet	100	33,34±15,58	-2,02	128	0,04
		Hayır/bazen	30	39,90±15,60			

t: Bağımsız örneklem t test

RHİDÖ= Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği

Kalıp yargıların onaylanması alt boyutunun puanları tedavi konusunda istekli olma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermektedir ($t: -2.23$; $p < .05$). Ortalama değerlere bakıldığında tedavi konusunda istekli olanların (13.68 ± 4.36), istekli olmayan ve bazen istekli olanlara göre (15.73 ± 4.63) daha düşük olduğu saptanmıştır.

Algılanan ayrımcılık puanları tedavi konusunda istekli olma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermektedir ($t: -2.09$; $p < .05$). Ortalama değerler incelendiğinde tedavi konusunda istekli olanların (10.25 ± 3.98) istekli olmayan ve bazen istekli olanlara göre (11.90 ± 3.10) algılanan ayrımcılık puanlarının daha düşük olduğu anlaşılmıştır.

Damgalanmaya karşı direnç puanları tedavi konusunda istekli olma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermektedir ($t: 3.02$; $p < .05$). Ortalama değerlere bakıldığında tedavi konusunda istekli olanların (14.41 ± 3.04) istekli olmayan ve bazen istekli olanlara göre (12.27 ± 3.23) damgalanmaya karşı direnç puanlarının daha yüksek olduğu görülmektedir.

RHİDÖ toplam puanları tedavi konusunda istekli olma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermektedir ($t: -2.02$; $p < .05$). Ortalama değerlere bakıldığında tedavi konusunda istekli olanların (33.34 ± 15.58) istekli olmayan ve bazen istekli olanlara göre (39.90 ± 15.60) içselleştirilmiş damgalanma ölçeği puanlarının daha düşük olduğu saptanmıştır.

Yabancılaşma ve sosyal geri çekilme puanları tedavi konusunda istekli olma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermemektedir ($p > .05$).

Tablo 13

RHİDÖ Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Tedaviye Katılım Sebebine Göre Karşılaştırılması

Ölçekler	Grup	n	$\bar{X} \pm Ss$	F	p	Fark
Yabancılaşma	Belirtilerimin iyileşmesi için ¹	91	12,46±4,47	Welch: 4,36	0,01	1,3>2
	Çevremdeki insanlar istediği için ²	20	10,40±2,28			
	Zorunlu olmasından dolayı ³	18	11,67±4,37			
Sosyal geri çekilme	Belirtilerimin iyileşmesi için ¹	91	12,38±4,36	0,82	0,44	
	Çevremdeki insanlar istediği için ²	20	10,95±3,20			
	Zorunlu olmasından dolayı ³	18	12,17±5,14			
Kalıp yargıların onaylanması	Belirtilerimin iyileşmesi için ¹	91	14,12±4,54	0,74	0,49	
	Çevremdeki insanlar istediği için ²	20	13,55±4,52			
	Zorunlu olmasından dolayı ³	18	15,28±4,17			
Algılanan ayrımcılık	Belirtilerimin iyileşmesi için ¹	91	10,68±4,00	0,22	0,86	
	Çevremdeki insanlar istediği için ²	20	10,15±3,05			
	Zorunlu olmasından dolayı ³	18	10,94±4,12			
Damgalanmaya karşı direnç	Belirtilerimin iyileşmesi için ¹	91	14,33±2,81	Welch: 2,09	0,14	
	Çevremdeki insanlar istediği için ²	20	12,95±3,19			
	Zorunlu olmasından dolayı ³	18	13,00±4,45			
RHİDÖ (toplam)	Belirtilerimin iyileşmesi için ¹	91	35,25±16,80	Welch: 0,90	0,41	
	Çevremdeki insanlar istediği için ²	20	32,10±9,87			
	Zorunlu olmasından dolayı ³	18	37,06±15,63			

F: Tek yönlü varyans analizi

RHİDÖ= Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği

Yabancılaşma puanları tedaviye katılım sebebine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermektedir ($F:4.36$; $p<.05$). Farkın hangi gruplar arasında

olduğuna bonferroni çoklu karşılaştırma testi ile bakıldığında belirtilerinin iyileşmesi için ve zorunlu olmasından dolayı tedavi katılan kişilerin yabancılaşma puanlarının çevresindeki insanlar istediği için tedaviye katılan kişilere göre anlamlı biçimde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Sosyal geri çekilme, kalıp yargıların onaylanması, algılanan ayrımcılık, damgalanmaya karşı direnç, RHİDÖ toplam puanları tedaviye katılım sebebine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermemektedir ($p>.05$).

Tablo 14

RHİDÖ Toplam ve Alt Boyut Puanlarının TRSM'lere Son Üç Aydaki Katılım Sıklığına Göre Karşılaştırılması

Ölçekler	Grup	n	Sıra ort.	X ²	sd	p	Fark
Yabancılaşma	0 ¹	63	73,84	7,78	3,00	0,05	
	3 defa ²	26	63,85				
	4 ile 6 defa ³	14	47,46				
	7 defa ve üzeri ⁴	27	56,98				
Sosyal geri çekilme	0 ¹	63	72,41	7,54	3,00	0,06	
	3 defa ²	26	69,19				
	4 ile 6 defa ³	14	48,32				
	7 defa ve üzeri ⁴	27	54,72				
Kalıp yargıların onaylanması	0 ¹	63	76,58	13,67	3,00	0,01	1>3
	3 defa ²	26	58,92				
	4 ile 6 defa ³	14	39,50				
	7 defa ve üzeri ⁴	27	59,46				
Algılanan ayrımcılık	0 ¹	63	72,56	11,66	3,00	0,01	1>3
	3 defa ²	26	66,27				
	4 ile 6 defa ³	14	34,93				
	7 defa ve üzeri ⁴	27	63,81				
Damgalanmaya karşı direnç	0 ¹	63	51,64	29,10	3,00	0,01	2,3,4>1
	3 defa ²	26	69,08				
	4 ile 6 defa ³	14	59,21				
	7 defa ve üzeri ⁴	27	97,65				
RHİDÖ (toplam)	0 ¹	63	77,46	16,20	3,00	0,01	1>3,4
	3 defa ²	26	64,92				
	4 ile 6 defa ³	14	42,04				
	7 defa ve üzeri ⁴	27	50,31				

X²= Kruskal Wallis analizi

RHİDÖ= Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği

Kalıp yargıların onaylanması puanları TRSM'lere son üç aydaki katılım sıklığına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermektedir ($p<.05$). Farkın hangi gruplar arasında olduğuna bonferroni çoklu karşılaştırma testi ile bakıldığında hiç katılmayan kişilerin kalıp yargıların onaylanması puanlarının 4 ile 6 defa katılan kişilere göre anlamlı biçimde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Algılanan ayrımcılık puanları TRSM'lere son üç aydaki katılım sıklığına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermektedir ($p<.05$). Farkın hangi gruplar arasında olduğuna bonferroni çoklu karşılaştırma testi ile bakıldığında hiç katılmayan kişilerin algılanan ayrımcılık puanlarının 4 ile 6 defa katılan kişilere göre anlamlı biçimde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

RHİDÖ toplam puanları TRSM'lere son üç aydaki katılım sıklığına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermektedir ($p<.05$). Farkın hangi gruplar arasında olduğuna bonferroni çoklu karşılaştırma testi ile bakıldığında hiç katılmayan kişilerin RHİDÖ toplam puanlarının 4 ile 6 defa ve 7 defa ve üzeri katılan kişilere göre anlamlı biçimde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Damgalanmaya karşı direnç puanları TRSM'lere son üç aydaki katılım sıklığına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermektedir ($p<.05$). Farkın hangi gruplar arasında olduğuna bonferroni çoklu karşılaştırma testi ile bakıldığında 3 defa, 4 ile 6 defa, 7 defa ve üzeri katılan kişilerin damgalanmaya karşı direnç puanlarının hiç katılmayan kişilere göre anlamlı biçimde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Yabancılaşma ve sosyal geri çekilme puanları TRSM'lere son üç aydaki katılım sıklığına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermemektedir ($p>.05$).

Tablo 15

RHİDÖ toplam ve Alt Boyut Puanlarının Tanı Alma Üzerinden Geçen Süreye Göre Karşılaştırılması

Ölçek	Tanı Üzerinden Geçen Süre	Tanı Üzerinden Geçen Süre	Ss	p
Yabancılaşma	0-4 yıl	5-10 yıl	0,96	1,00
		11-15 yıl	0,84	0,08
	5-10 yıl	0-4 yıl	0,96	1,00
		11-15 yıl	0,93	0,11
	11-15 yıl	0-4 yıl	0,84	0,08
		5-10 yıl	0,93	0,11

Tablo 15 (devam)

Ölçek	Tanı Üzerinden Geçen Süre	Tanı Üzerinden Geçen Süre	Ss	p
Sosyal Geri Çekilme	0-4 yıl	5-10 yıl	0,98	1,00
		11-15 yıl	0,86	0,08
	5-10 yıl	0-4 yıl	0,98	1,00
		11-15 yıl	0,95	0,09
	11-15 yıl	0-4 yıl	0,86	0,08
		5-10 yıl	0,95	0,09
Kalıp Yargıların Onaylanması	0-4 yıl	5-10 yıl	1,01	0,78
		11-15 yıl	0,87	0,18
	5-10 yıl	0-4 yıl	1,01	0,76
		11-15 yıl	0,98	0,01
	11-15 yıl	0-4 yıl	0,88	0,18
		5-10 yıl	0,98	0,01
Algılanan Ayrımcılık	0-4 yıl	5-10 yıl	0,87	1,00
		11-15 yıl	0,76	0,01
	5-10 yıl	0-4 yıl	0,87	1,00
		11-15 yıl	0,83	0,13
	11-15 yıl	0-4 yıl	0,76	0,01
		5-10 yıl	0,84	0,13
Direnç	0-4 yıl	5-10 yıl	0,73	1,00
		11-15 yıl	0,64	0,23
	5-10 yıl	0-4 yıl	0,72	1,00
		11-15 yıl	0,71	0,20
	11-15 yıl	0-4 yıl	0,64	0,22
		5-10 yıl	0,71	0,20
RHİDÖ (toplam)	0-4 yıl	5-10 yıl	3,35	1,00
		11-15 yıl	3,14	0,11
	5-10 yıl	0-4 yıl	3,59	1,00
		11-15 yıl	3,47	0,11
	11-15 yıl	0-4 yıl	3,15	0,11
		5-10 yıl	3,47	0,11

F=One way ANOVA

RHİDÖ= Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği

Tanı alma üzerinden geçen süre bakımından incelendiğinde katılımcıların %34.6'sının 0-4 yıl arası grupta; %24.6'sının 5-10 yıl arası grupta, %40.8'inin ise 11-15 yıl arası grupta yer aldığı görülmektedir (Bkz. Tablo 2). Ölçek puanlarını bu gruplar arasında karşılaştırmak için yapılan tek yönlü varyans analizine göre grup dağılımlarının varyansları homojendir. Bu üç grup, RHİDÖ toplam puanları açısından karşılaştırıldığında grupların skorları arasında anlamlı farklılık görülmemektedir. Öte yandan alt boyut puanlarına bakıldığında elde edilen bulgu istatistiksel açıdan anlamlıdır. Hangi iki grup arasında farklılık olduğu Bonferroni çoklu karşılaştırma

testi ile detaylı incelendiğinde “kalıp yargıların onaylanması” alt boyutunda 5-10 yıl grubu ile 11-15 yıl grubu arasında anlamlı farklılık görülmektedir ($p<.05$). Tanı alma üzerinden geçen süre daha uzun olan kişilerin ($15,43\pm4.41$) daha kısa olan kişilerden (12.59 ± 4.04) daha yüksek alt boyut puanının olduğu görülmektedir. “Algılanan ayrımcılık” alt boyutuna bakıldığında tanı alma üzerinden geçen süre 11-15 yıl olan bireylerin (11.83 ± 3.70), 0-4 yıl olan bireylerden (9.58 ± 3.33) anlamlı şekilde ($p<.05$) daha yüksek alt boyut puanlarının olduğu görülmektedir.



Bölüm 5

Sonuç, Tartışma ve Öneriler

5.1 Demografik Veriler Bağlamında Bulguların İncelenmesi

Yapılan çalışmadan elde edilen bulgulara bakıldığında RHİDÖ toplam puanlarının cinsiyet bazında bir farklılık göstermediği görülmektedir. Ölçeğin alt boyutlarına ayrı ayrı bakıldığında cinsiyet faktörünün RHİDÖ toplam puanları üzerinde anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Literatüre bakıldığında benzer sonuçların elde edildiği görülmektedir (Kılınçel ve Ay, 2021, s:459-466; Demir Gökmen, Cengiz ve Fırat, 2020, s: 491-498).

Geçmiş çalışmalar incelendiğinde Gökmen ve arkadaşlarının 2020 yılında yaptıkları araştırmada bir işte çalışan kişiler ile çalışmayan kişiler arasında içselleştirilmiş damgalanma puanlarının anlamlı bir farklılık göstermediği saptanmıştır. Mevcut çalışmada katılımcıların %35'i hali hazırda bir işte çalıştığını beyan etmektedir. RHİDÖ toplam puanları; psikoz tanısı almış bireylerin herhangi bir işte çalışıp çalışmama durumlarına göre farklılık göstermemektedir. RHİDÖ ölçeği Türkçe formunun güvenilirlik ve geçerlik çalışması incelendiğinde sonuçların güncel çalışmayı destekler nitelikte olduğu görülmektedir (Ersoy ve Varan, 2007). Öte yandan güncel çalışmada elde edilen alt boyut puanları ayrı ayrı incelendiğinde “sosyal geri çekilme” alt boyutunun, bir işte çalışan kişilerde çalışmayanlara göre anlamlı şekilde daha düşük ortalama olduğu görülmektedir. Baysal, Özkan ve Gökmen’in 2013 yılında yaptıkları çalışmanın bulguları da ruhsal hastalık tanısı almış bireylerin özellikle sosyal yaşantıda ve iş yaşantısında kaçınma gösterdikleri şeklindedir. Diğer alt boyutlar ise çalışma durumuna göre farklılık göstermemiştir.

Sosyal hayatta karşılaşılan bireylerin önyargıları ve psikiyatrik tanı alan kişilerden kaçınma eğilimi göstermeleri; özellikle işverenlerin ruhsal hastalığı olan kişilere yönelik ayrımcı tutumu; psikoz tanısı almış kişilerin işlevselliklerinin azaldığına dair algıları ile birlikte ele alındığında iş kayıplarına yol açmaktadır (Rüsch, Angermayer ve Corrigan, 2005, s:529-39; Corrigan ve Watson, 2002, s:16-20). Bu nedenle mevcut çalışmada psikiyatrik hastalık nedeniyle iş kaybı durumlarının içselleştirilmiş damgalanma düzeylerinde farka yol açması beklenirken bulgular

incelendiğinde “psikiyatrik tanı sebebiyle işten ayrılma” değişkeninin hem alt boyut hem de ölçek toplam skorlarında bu bağlamda bir farklılık göstermediği görülmektedir. Geçmiş çalışmalar ile birlikte ele alındığında güncel çalışmada böyle bir farklılık bulunmamasının nedeninin; toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin yaygınlaşması ve psikiyatrik tanısı olan bireylerin sosyal, toplumsal ve medikal desteğe daha kolay erişebilir olmalarıyla alakalı olabileceği düşünülmektedir.

Elde edilen verilere bakıldığında eğitim düzeylerine göre kişilerin bazı alt boyut puanlarının anlamlı farklılık gösterdiği görülmektedir. Buna göre “yabancılaşma” ve “damgalanmaya karşı direnç” skorları arasında anlamlı bir fark görülmezken; “sosyal geri çekilme”, “kalıp yargıların onaylanması” ve “algılanan ayrımcılık” alt boyutları skorları eğitim düzeylerine göre farklılık göstermektedir. İlköğretim düzeyinde eğitim almış kişilerin lise düzeyinde eğitim almış kişilerden daha yüksek içselleştirilmiş damgalanma alt boyut skorları elde ettikleri görülmektedir. Geçmiş çalışmalara bakıldığında da içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri ile eğitim düzeyleri arasında anlamlı fark olduğu; eğitim düzeyi düşük olan kişilerde RHİDÖ toplam skorları ve alt boyut skorlarının yüksek eğitim almış kişilere göre anlamlı şekilde daha yüksek olduğu görülmektedir (Tel, ve Ertekin Pınar, 2012s: 61-66).

Gelir düzeyleri bakımından katılımcıların puanları karşılaştırıldığında; RHİDÖ toplam skorlarının, gelir düzeyi 8001-10000 arasında olan bireylerin; gelir düzeyi 12000 ve üzeri olan bireylere göre daha anlamlı seviyede daha yüksek skorlar elde ettikleri görülmektedir. Alt boyutlar açısından incelendiğinde “yabancılaşma”, “sosyal geri çekilme”, “kalıp yargıların onaylanması” ve “algılanan ayrımcılık” boyutlarında da 8001-10000 arası gelir elde edenlerin 12000 ve üzeri gelir elde edenlere oranla anlamlı düzeyde daha yüksek içselleştirilmiş damgalanma skorları elde ettikleri saptanmıştır. “Sosyal geri çekilme” alt boyutunda aynı zamanda 8001-10000 arası gelir elde edenlerin 8000 TL ve altı gelir elde edenlerden de daha yüksek skorlar elde ettikleri; “algılanan ayrımcılık” alt boyutunda 8000-10000 TL gelir elde edenlerin 10000 TL ve üzeri gelir elde edenlere göre de daha yüksek içselleştirilmiş damgalanma skorları elde ettikleri tespit edilmiştir. “Damgalanmaya karşı direnç” alt boyutunda gelir düzeylerine göre anlamlı bir fark bulunamamıştır. Özetle bulgular; “damgalanmaya karşı direnç” alt boyutu dışında tüm alt boyut ve toplam skor bulguları 8000-10000 TL arası aylık geliri olan bireylerin içselleştirilmiş damgalanma

düzeylerinin diğer gelir seviyesindeki kişilerden daha yüksek olduğunu; bazı spesifik gelir düzeyleri ile olan farklılığın istatistiksel açıdan anlamlı olduğunu ortaya koymaktadır. Benzer çalışmalar incelendiğinde gelir düzeyi düşük bireylerin içselleştirilmiş damgalanma puanlarının gelir düzeyi yüksek bireylere göre istatistiksel olarak anlamlı biçimde farklılık gösterdiği ve daha yüksek olduğu görülmektedir (Arslantaş, Gültekin, Söylemez ve Dereboy, 2010; s:11-17; Çam ve Çuhadar, 2012, s:230-46).

Tanı alma üzerinden geçen süre bağlamında gruplar arasında RHİDÖ toplam puanları anlamlı fark göstermemekle birlikte kalıp yargıların onaylanması ve algılanan ayrımcılık alt boyutlarında tanı alma üzerinden geçen süre arttıkça alt boyut puanlarının da arttığı görülmektedir. En yüksek skorları tanı alma üzerinden geçen süresi en uzun olan katılımcıların ortaya koyduğu gözlenmiştir. Sevindik ve diğerlerinin (2014) çalışmasında da elde edilen benzer sonuçlar, bireylerin hastalıkla ne kadar uzun süre geçirirlerse hastalığa dair olumsuz yargıları ve hastalıktan kaynaklı maruz bırakıldıkları dışlanmayı o kadar içselleştirdiklerini göstermektedir. Bu durumun bireylerin hastalıklarının geçmeyeceği düşüncesiyle, kronikleşen hastalığın bireyin işlevselliğini zaman içerisinde daha çok bozmasıyla ve toplum tarafından maruz bırakıldıkları dışlanmanın yıllar içerisinde kabullenilmesiyle bağlantılı olabileceği düşünülmektedir.

Medeni durum açısından veriler incelendiğinde RHİDÖ toplam skorları ve alt boyut skorları farklılaşmamaktadır. Bu alanda yapılan başka çalışmalarda medeni durumun içselleştirilmiş damgalanma üzerinde anlamlı bir farklılık doğurduğu görülmektedir. 2016'da Kamışlı ve arkadaşları tarafından yürütülen araştırmada evli bireylerin içselleştirilmiş damgalanma puanlarının evli olmayanlara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Dil, Daştan, Kamışlı ve Eni, 2016, s:251). Güncel çalışmada katılımcı sayısının medeni duruma göre homojen dağılmadığı görülmektedir. Evli kişiler katılımcıların %26'sını oluşturmaktadır. Farklılığın tespit edildiği çalışmada evli olan ve evli olmayan bireylerin dağılımının birbirine yakın olduğu, bu durumun sonuçları etkilemiş olabileceği öngörülmüştür.

Ailede psikiyatrik öykü bulunmasına göre RHİDÖ toplam skorları ve alt boyut puanları arasında anlamlı farklılık olup olmadığına bakıldığında herhangi bir anlamlı farklılık bulunmadığı gözlenmiştir. Kılınçel ve Ay (2021)'ın çalışmasına bakıldığında

daha yüksek RHİDÖ toplam puanları alan Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, Bipolar Bozukluk ve Madde kullanım bozukluğu tanısı olan kişilerin ailelerinde daha yüksek oranda psikiyatrik öykü olduğu görülmektedir. Güncel çalışma psikotik bozukluk grubunda yapılmıştır ve bu ayrımın bulunmadığını göstermektedir. Tanı grubunun farklılığının bulguları etkilemiş olabileceği düşünülmektedir.

5.2 Hastalığa Karşı Yaklaşım Bağlamında Bulguların İncelenmesi

Hastalığa karşı yaklaşım açısından bireylerin tedaviye uyum sağlayıp sağlamadıkları ele alınmıştır. Tedavi uyumu geniş kapsamıyla, kontrollere düzenlilik göstermeyi, tedavi programına uyum sağlamayı, düzenli ilaç kullanımını sürdürmeyi ve terapist veya danışman rolündeki kişinin hastalığa dair vermiş olduğu tavsiyelere uymayı ifade etmektedir (Özel Ervatan, Özel, Türkçapar ve Atasoy, 2003). TRSM programlarına dahil edilen psikoeğitimler, aile destek programları, toplumsal hayata katılımın desteklenmesi ve paylaşım gruplarının (ERSHH, 2018) sosyal destek sağlayan yönüyle birlikte tedavi uyumunu artıracak, bununla birlikte gelişen içgörü düzeyinin bireyleri damgalanmaya karşı güçlendireceği varsayımı doğrultusunda veriler incelenmiştir. Bu çalışmada bireylere içgörüye dair bir ölçek uygulanmamış; herhangi bir hastalıklarının olup olmadığına dair düşünceleri, tedavi isteklerinin olup olmadığı ve hangi sebeple tedavi oldukları soruları yöneltilmiştir. Kişilerin verdiği yanıtlar kategorik olarak incelenmiştir.

Kişilere yöneltilen, hastalığa karşı bakış açılarını ve hastalığı kabullenip kabullenmediklerini ölçen, içgörü düzeylerini anlamayı amaçlayan sorular tek tek incelendiğinde; bazı maddelere göre ölçek puanlarında anlamlı farklılıklar görülmektedir.

Kişilerin tedavi konusunda istekli olup olmadıklarını anlamaya yönelik, üç seçenekle yöneltilen soruda anlamlı bulgular elde edilmiştir. Buna göre “Tedavi konusunda istekli misiniz” sorusuna “evet” yanıtını veren kişilerin “kalıp yargıların onaylanması”, “algılanan ayrımcılık” alt boyutlarında; “hayır” veya “bazen” yanıtlarını veren kişilere göre daha düşük skorlar elde ettikleri görülmektedir. “Damgalanmaya karşı direnç” alt boyut puanı ise “evet” yanıtını veren kişilerde anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır. RHİDÖ toplam puanları açısından

bakıldığında da tedavi konusunda istekli olan kişilerin, istekli olmayan ya da “bazen” yanıtını veren kişilerden anlamlı düzeyde daha düşük skor elde ettiği tespit edilmiştir. “Yabancılaşma” ve “sosyal geri çekilme” alt boyutlarında tedaviye istekli olma düzeyine göre anlamlı farklılık görülmemektedir.

“Psikiyatrik bir hastalığınızın olduğunu düşünüyor musunuz” sorusuna verilen yanıtlar açısından bakıldığında RHİDÖ toplam skorlarının “şüphelerim var” yanıtını verenlerde “hayır” yanıtını verenlerden anlamlı biçimde daha yüksek olduğu görülmektedir. Ancak “evet” yanıtını veren kişilerin RHİDÖ toplam skorları diğer iki grupta anlamlı düzeyde farklılık göstermemektedir. Alt boyutlara bakıldığında “yabancılaşma” alt boyutunda “şüphelerin var” yanıtı verenlerin skorları “hayır” yanıtını veren kişilerden anlamlı düzeyde daha yüksektir. “Sosyal geri çekilme” bağlamında ise “şüphelerim var” yanıtını verenlerin skorlarının hem “evet” hem de “hayır” yanıtını verenlerden daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Diğer alt boyutlar olan “kalıp yargıların onaylanması”, “algılanan ayrımcılık” ve “damgalanmaya karşı direnç” skorları psikiyatrik hastalığının olduğunu kabullenme durumuna göre farklılık göstermemektedir.

Kişilerin hastalık ve tedavi süreçlerine dair sorulan bir başka soru olan “Tedaviye neden katılım gösteriyorsunuz” sorusuna kişilerin verdikleri yanıtlar incelendiğinde “yabancılaşma” alt boyutu puanlarının tedaviyi kabullenme durumuna göre farklılık gösterdiği görülmektedir. Buna göre belirtilerinin iyileşmesi için ve zorunlu olmasından dolayı tedaviyi kabul eden kişilerin, çevrelerindeki insanlar istediği için tedaviyi kabul eden kişilerden anlamlı düzeyde daha yüksek skorlar aldığı görülmektedir. RHİDÖ toplam skorları ve alt boyutlardan “sosyal geri çekilme” , “kalıp yargıların onaylanması”, “algılanan ayrımcılık” ve “damgalanmaya karşı direnç” puanlarının tedaviyi kabul etme sebeplerine göre farklılık göstermediği görülmektedir.

Genel olarak ele alındığında kişilerin içgörü düzeylerini ve hastalığa karşı tutumlarını anlamaya yönelik yöneltilen bu üç soruda alınan yanıtların içselleştirilmiş damgalanma skorları açısından anlamlı farklılık gösterdiği söylenebilir. Bir psikiyatrik hastalığının olduğunu kabullenen bireylerde, tedavi konusunda istekli olduğunu belirten ve kendi isteğiyle tedaviye katılım gösteren bireylerde içselleştirilmiş damgalanma skorlarının daha düşük olduğu, bu bireylerin damgalanmaya karşı daha dirençli

oldukları görülmektedir. Yapılan diğer çalışmalara bakıldığında da içgörü düzeyinin yüksek olmasının bireylerde kendilerine yönelik damgalayıcı tutumları anlamlı biçimde azalttığı gözlenmektedir (Cavelti, Kvrđic, Beck, Rüşch ve Vauth, 2012, s:468-479; Hasson-Ohayon ve diğerleri, 2012 s:802-806). Bireylerin ruhsal hastalıklarının bulunduğunu kabullenmelerinin ve çevre baskısı yerine kendi istekleriyle tedavi olmayı tercih etmelerinin tedavinin gidişatı açısından olumlu etki gösterdiği, hastalık belirtilerini tanımlarını ve kabullenmelerini sağladığı; bununla birlikte toplum tarafından kendilerine yöneltilen olumsuz tutumu benimsemek yerine sosyal yaşamda ve kişisel hayatlarında yaşadıkları güçlüklerle ilgili rasyonel açıklama ve çözüm arayışına girdikleri düşünölmektedir.

5.3 Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri ve İçselleştirilmiş Damgalanma İlişkisi

Kişilerin TRSM'lere devamlılık durumları iki farklı başlık altında incelenmiştir.

TRSM'lere hiç katılım göstermeyen kişiler ile bu merkezlere son 3 ay içerisinde en az 3 defa devamlılık göstermiş olan kişiler arasında; hem RHİDÖ toplam skorları, hem de ölçeğin alt boyut skorları arasında anlamlı farklılıklar gözlenmektedir. Buna göre merkezlere son 3 ay içerisinde en az 3 defa devamlılık göstermiş olan kişilerin RHİDÖ toplam skorları, devamlılık göstermeyen kişilerden anlamlı düzeyde daha düşüktür. Alt boyutlar açısından incelendiğinde ise merkezlere devamlılık gösteren kişilerin “yabancılaşma”, “sosyal geri çekilme”, “kalıp yargıların onaylanması” ve algılanan ayrımcılık” düzeyleri; merkezlere devamlılık göstermeyen kişilere göre anlamlı düzeyde daha düşüktür. “Damgalanmaya karşı direnç” alt boyutunun puanları ise merkezlere devamlılık gösteren kişilerde daha yüksek tespit edilmiştir.

2020 yılında yapılan çalışmada TRSM'lere devamlılık gösteren bireyler ile bu merkezlere devamlılığı bulunmayan bireyler arasında kendini damgalama tutumu bağlamında anlamlı bir farklılık tespit edilmezken güncel çalışmada kendine yönelik damgalayıcı tutumun merkezlere devam eden bireylerde daha düşük olduğu, damgalayıcı tutumlara karşı direncin ise daha yüksek olduğu görölmektedir. TRSM'lere devamlılık durumları, devam edenlerin katılım gösterme sıklıklarına göre de incelenmiştir. Buna göre “yabancılaşma” ve “sosyal geri çekilme” alt boyutları katılım sıklıklarına göre anlamlı bir farklılık göstermezken diğer alt boyutlar ile RHİDÖ toplam skoru anlamlı bulgular sunmaktadır. “Kalıp yargıların onaylanması”

ve “algılanan ayrımcılık” alt boyutlarının puanları merkezlere katılım ya da devamlılık göstermeyen kişiler için, son üç ayda 4-6 defa devamlılık gösterenlere göre anlamlı şekilde daha yüksektir. “Damgalanmaya karşı direnç” puanları merkezlere son üç ayda “3 defa”, “4-6 defa” ve “7 ve üzeri defa” devamlılık sağlamış kişilerde, hiç gelmeyen kişilere göre anlamlı düzeyde daha yüksektir. RHİDÖ toplam skoru açısından incelendiğinde merkezlere hiç devamlılık sağlamayan kişilerin skorları, son üç ayda “4-6 defa” ve “7 ve üzeri defa” katılım gösteren kişilere göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.

İstatistiksel olarak anlamlı farklılığa rastlanmayan önceki çalışmada; TRSM grubunun içgörü düzeylerindeki artışın içselleştirilmiş damgalanmayı artıran bir faktör olabileceği; ayrıca yalnızca psikoeğitimlerin uygulandığı merkezlerde uygulanan programın damgalanma algısı üzerinde yetersiz kalmış olabileceği ele alınmaktadır. Çalışmada, uygulamanın yapıldığı merkezlerde damgalanma ve içselleştirilmiş damgalanma ile ilgili yapılandırılmış bir programın bulunmadığı belirtilmektedir (Kurt, Erşan ve Savaş, 2020, s:103-112). Güncel çalışmanın yapıldığı merkezlerin yönetmelik ve mevzuatları incelendiğinde, TRSM’lerin işleyişine hasta hakları konusunda bilinçlendirme çalışmaları, çeşitli aktivitelerle sosyal katılımı artırma amaçlı çalışmaların dahil edildiği bilinmektedir (ERSHH, 2018). Bu durum; damgalanmaya dair bilgilendirici aktivitelerin yapıldığı ve sosyal hayata katılımı destekleyen bu merkezlere devamlılık sağlayan bireylerin sağlamayanlardan; devam sıklığı fazla olan bireylerin ise daha az devamlılık sağlayan bireylerden daha düşük RHİDÖ skorları elde etmesini ve kendini damgalamaya karşı daha dirençli olmalarında bir etken olarak değerlendirilmektedir. TRSM’lere devamlılığın kişilerde çeşitli aktiviteler ve sosyal hayata katılımı destekleyen yönüyle sosyal desteğe erişebilirliği artırdığı düşünülmektedir. Sosyal destek; olumsuz yaşamsal olaylar, hastalık süreçleri ve zorlayıcı durumlar karşısında bireye çevresindeki kişiler tarafından sağlanan duygusal ve maddi yardımdır. Sevilme, onaylanma gibi temel ihtiyaçların kişinin çevresindeki bireyler tarafından desteklenmesi ve kişinin bundan yarar sağlayabilmesi faktörleriyle ilişkilidir ve ruhsal hastalıklardaki iyileştirici rolü yapılan araştırmalarda ele alınmaktadır (Eker, Arkar ve Yaldız, 2001).

5.1 Öneriler

Yapılan çalışma ve alan taraması neticesinde bireylerin TRSM'lere devamlılık durumlarına göre çeşitli değişkenler açısından farklılık gösterdikleri görülmektedir. Eğitim durumları açısından bakıldığında RHİDÖ toplam skorları ve alt boyut skorlarının ilköğretim düzeyindeki bireylerde daha yüksek olduğu gözlenmektedir. Bu durumun sebeplerinin araştırılmasının ve Toplum Temelli Ruh Sağlığı Hizmetlerinin ilköğretim düzeyindeki bireylerdeki işlevselliğinin detaylı değerlendirilmesinin, gerekli ise bu alandaki çalışmaların geliştirilmesinin faydalı olacağı düşünülmektedir. Gelir düzeyi düşük bireylerin de alt boyut puanlarının gelir düzeyi yüksek bireylere göre daha yüksek olduğu görülmekte olup, düşük sosyoekonomik düzeydeki kişilerin kendilerini daha fazla stigmatize etme eğiliminde olmalarının altında yatan unsurlar incelenmelidir.

TRSM'lere katılım gösterme sıklıklarına bakıldığında hiç katılım göstermeyen bireyler ile az katılım gösteren bireylerin alt boyut ve RHİDÖ toplam skorlarının katılım sıklığı daha fazla olan bireylere göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu durum toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin içselleştirilmiş damgalanma eğilimlerinin azaltılması açısından önemli ve etkili olduğunu göstermektedir. TRSM'lerde uygulanan ve damgalanmaya dayalı dayanıklılığı artıran çalışmalar artırılmalı, bu alandaki psikoeğitimler yaygınlaştırılmalıdır.

Bireylere yöneltile hastalıklarını ve tedaviyi kabullenip kabullenmediklerine dair sorular içgörünün bileşenleri olarak kategorik bakımdan incelenmiş olmakla birlikte; içgörüye dair uygulanacak ayrı bir ölçek, sayısal veriler ışığında içselleştirilmiş damgalanmanın farklılık gösterip göstermediğinin anlaşılması açısından anlamlı olacaktır.

Yapılan çalışma sınırlı bir süre içerisinde belli bir lokasyonda ulaşılabilmiş psikoz tanımlı bireyler ile gerçekleştirilmiştir. Kesitsel olan bu çalışmanın sonuçları; aynı bireyler ile gerçekleştirilecek ve TRSM'lere katılım göstermeye yeni başlamalarından itibaren uygulanacak ölçeklerin belli bir periyodun sonunda tekrarlandığı boylamsal bir çalışma ile desteklendiği takdirde daha anlamlı olacaktır. İçselleştirilmiş damgalanmayı azaltmaya yönelik geliştirilip uygulanacak bir standardize çalışmanın etkilerini görmek ve işlevsel bir program geliştirilerek bu

Çalışmaların yaygınlaştırılmasını sağlamanın, bireylerin sosyal katılımları ve tedavi uyumları açısından fayda sağlayacağı dūřunūlmektedir.



KAYNAKÇA

- Abrams, D. J., Rojas, D. C. ve Arciniegas, D. B. (2008). Is schizoaffective disorder a distinct categorical diagnosis? A critical review of the literature. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 4(6), 1089–1109. Doi:10.2147/ndt.s4120
- Amador, X. F., Strauss, D. H., Yale, S. A., Flaum, M. M., Endicott, J. ve Gorman, J. M. (1993). Assessment of insight in psychosis. *The American journal of psychiatry*, 150(6), 873–879. Doi: 10.1176/ajp.150.6.873
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.).
- American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text rev.).
- Arciniegas D. B. (2015). Psychosis. *Continuum (Minneapolis, Minn.), Behavioral Neurology and Neuropsychiatry* 21(3), 715–736. Doi:10.1212/01.CON.0000466662.89908.e7
- Arslandaş, H., Gültekin, B.K., Söylemez, A. ve Dereboy, F. (2010). Bir üniversite hastanesi psikiyatri polikliniğine ilk kez başvuran hastaların damgalanmayla ilgili inanç, tutum ve davranışları. *Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 11(1), 11-17.
- Bademli, K. ve Çetinkaya-Duman, Z. (2013). Şizofreni hastalarının bakım verenleri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 5(4), 461-478.
- Bahar A. (2007). Şizofreni ve damgalama. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2, 101-10.
- Baysal, G. Ö. D., Özkan, Ç. ve Gökmen, Z. (2013). Duygudurum bozukluklarında içselleştirilmiş damgalanma, bilişsel işlevler ve işlevsellik. *Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 38, 390–402.
- Bertelsen, A. ve Gottesman, I. I. (1995). Schizoaffective psychoses: genetical clues to classification. *American journal of medical genetics*, 60(1), 7–11.
- Binbay, İ. T., Alptekin, K., Elbi, H., Zağlı, N., Drukker, M., Aksu Tanık, F. B, Özkinay, F. F. (2018). İzmir kent merkezinde şizofreni ve psikotik belirtili bozuklukların yaşamboyu yaygınlığı ve ilişkili oldukları sosyodemografik özellikler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 23(3), 149-160.

- Binbay T., Ulaş H., Elbi H. ve Alptekin K. (2011). Türkiye’de psikoz epidemiyolojisi: yaygınlık tahminleri ve başvuru oranları üzerine sistematik bir gözden geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 22, 40-52.
- Brohan, E., Elgie, R., Sartorius, N., Thornicroft, G. ve GAMIAN-Europe Study Group (2010). Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with schizophrenia in 14 European countries: the GAMIAN-Europe study. *Schizophrenia research*, 122(1-3), 232–238.
- Cardno, A. G., Rijsdijk, F. V., Sham, P. C., Murray, R. M. ve McGuffin, P. (2002). A twin study of genetic relationships between psychotic symptoms. *The American journal of psychiatry*, 159(4), 539–545. Doi:10.1176/appi.ajp.159.4.539.
- Cavelti, M., Kvrđic, S., Beck, E. M., Rüşch, N. ve Vauth, R. (2012). Self-stigma and its relationship with insight, demoralization, and clinical outcome among people with schizophrenia spectrum disorders. *Comprehensive psychiatry*, 53(5), 468–479. Doi: 10.1016/j.comppsy.2011.08.001
- Ceylan, E. ve Çetin, M. (2005). *Şizofreni – I*, (s: 83-796). İstanbul, Yerküre Tanıtım ve Yayıncılık .
- Çam, O. ve Çuhadar, D. (2012). Bipolar bozukluğu olan hastalıklarda işlevsellik düzeyi damgalanma arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2(2), 230-46.
- Çataloluk, A. ve Buran, A. (2023). Şizofreni bozukluğunun tarihi, epidemiyolojisi, etiyojisi ve tedavisi. *Sosyal, Beşeri ve İdari Bilimler Dergisi*, 6(7), 916–933.
- Corrigan, P., Thompson, V., Lambert, D., Sangster, Y., Noel, J. G. ve Campbell, J. (2003). Perceptions of discrimination among persons with serious mental illness. *Psychiatric Services*, 54(8), 1105–1110. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.54.8.1105>
- Corrigan, P. W. ve Watson, A. C. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 1(1), 16–20.
- Danacı, A.E, Balıkçı, K. Ve Aydın, O. (2018). Şizoafektif bozukluk. A.E Danacı, Ö. Böke, M.C Saka, A. Erol, S. Ulusoy Kaymak, (Ed.), *Şizofreni ve diğer*

- psikotik bozukluklar (2. Basım)*, 220-239. Ankara: Türk Psikiyatri Derneği Yayınları.
- Danacı, A.E. Şizoaftif bozukluk (2007). E. Köroğlu, Güleç C (Ed.). *Psikiyatri temel kitabı*, 2. Baskı. (s. 205-210). Ankara: HYB Basım Yayın.
- David, A., Buchanan, A., Reed, A. ve Almeida, O. (1992). The assessment of insight in psychosis. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 161, 599–602.
- Demir Gökmen, B., Cengiz, M. ve Fırat, M. (2020). Psikiyatri servisinde yatan hastalarda içselleştirilmiş damgalanma ve öfke ilişkisinin incelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 21(5), 491-498.
- Dil, S., Daştan, L., Kamışlı, S. ve Eni, N. (2016). Özgürlük Duygusu ve İçselleştirilmiş Damgalanma: Ayaktan ve Yatarak Psikiyatrik Tedavi Alan Hastaların Karşılaştırılması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 27(4), 251.
- Dinos, S., Stevens, S., Serfaty, M., Weich, S. ve King, M. (2004). Stigma: the feelings and experiences of 46 people with mental illness. Qualitative study. *The British Journal of Psychiatry: the Journal of Mental Science*, 184, 176–181.
- Eker, D., Arkar, H. ve Yıldız, H. (2001). Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12(1), 17-25.
- Ercan, İ. ve Kan, İ. (2004). Ölçeklerde Güvenirlik ve Geçerlik. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 30(3), 211-216.
- Erdoğan, E. ve Gürhan, N., (2019). Atipik Psikoz ve Anksiyete ile Karakterize Şizofreni Tanısı Almış Olan Bir Olgu. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 6(2), 48-54.
- Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi (ERSHH) (2018). *Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri*. <https://erenkoyruhsinireah.saglik.gov.tr/TR-109083/toplum-ruh-sagligi-merkezleri.html> adresinden 01.01.2024 tarihinde alınmıştır.
- Ersoy M.A. ve Varan A. (2007). Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği Türkçe Formu'nun Güvenirlik ve Geçerlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18(2), 163-171.

- Faustman, W. (2008). Şizofreniye Ne Sebep Olur. S. Vinogradov, ve I. D. Yalom (Ed.). *Şizofreni Terapisi* (F. Kaya, Çev., s. 71-95). İstanbul: Prestij Yayınları.
- Feldhaus, T., Falke, S., von Gruchalla, L., Maisch, B., Uhlmann, C., Bock, E. ve Lencer, R. (2018). The impact of self-stigmatization on medication attitude in schizophrenia patients. *Psychiatry research*, 261, 391–399.
- Garip, S. (2023) Sosyal Bilimlerde Nicel Araştırma Geleneği Üzerine Kuramsal Bir İnceleme. *Uluslararası Sosyal Alan Araştırmaları Dergisi*, 12(1), 1-9.
- George, D. ve Mallery, M. (2010). *SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference, 17.0 Update*, 10. Baskı, Boston: Pearson.
- Gershon, E. S., Hamovit, J., Guroff, J. J., Dibble, E., Leckman, J. F., Sceery, W., Targum, S. D., Nurnberger, J. I., Jr, Goldin, L. R. ve Bunney, W. E., Jr (1982). A family study of schizoaffective, bipolar I, bipolar II, unipolar, and normal control probands. *Archives of General Psychiatry*, 39(10), 1157–1167.
- Hasson-Ohayon, I., Ehrlich-Ben Or, S., Vahab, K., Amiaz, R., Weiser, M. ve Roe, D. (2012). Insight into mental illness and self-stigma: the mediating role of shame proneness. *Psychiatry Research*, 200(2-3), 802–806.
- Hayran, O., Özbek, H. (2017). *Sağlık Bilimlerinde Araştırma ve İstatistik Yöntemler* (SPSS Uygulama Örnekleri ile Genişletilmiş 2. Baskı). Nobel Tıp Kitabevleri.
- Howard, L., Leese, M. ve Thornicroft, G. (2000). Social networks and functional status in patients with psychosis. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 102(5), 376–385.
- İslamoğlu, A. H. ve Almaçık, Ü. (2014). *Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri*, (4. Baskı). İstanbul: Beta Basım Yayım Dağıtım A.Ş.
- Kasanin J. (1933) The acute scizoaffective psychoses. *American Journal of Psychiatry*, 90, 97-126.
- Kendler, K. S., McGuire, M., Gruenberg, A. M., O'Hare, A., Spellman, M. ve Walsh, D. (1993). The Roscommon Family Study. I. Methods, diagnosis of probands, and risk of schizophrenia in relatives. *Archives of General Psychiatry*, 50(7), 527–540.
- Kılınçel, O. ve Ay, R. (2021). Ruhsal bozukluk tanısı olan hekimlerde içselleştirilmiş damgalanma. *Turkish Journal of Clinical Psychiatry*, 24:459-466

- Kocal, Y., Karakuş, G. ve Sert, D. (2017). Şizofreni: Etiyoloji, Klinik Özellikler ve Tedavi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 26(2), 251–267.
- Köroğlu E. ve Güleç C. (2007). *Psikiyatri Temel Kitabı*. Ankara, HYB Basım Yayın.
- Kuhn R. (2004). Eugen Bleuler's concepts of psychopathology. *History of Psychiatry*, 15(59) (Pt 3), 361–366.
- Kurt A., Erşan E.E., Savaş İ. (2020) Toplum Ruh Sağlığı Merkezi hizmeti alan ve ayaktan psikiyatri poliklinik hizmeti alan hastaların kendini damgalama ve öznel iyileşme durumlarının karşılaştırılması. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 12(2): 103-112.
- Lake, C. R. ve Hurwitz, N. (2006). Schizoaffective disorders are psychotic mood disorders; there are no schizoaffective disorders. *Psychiatry Research*, 143(2-3), 255–287.
- Lim, M. H. ve Gleeson, J. F. (2014). Social connectedness across the psychosis spectrum: current issues and future directions for interventions in loneliness. *Frontiers in Psychiatry*, 5, 154.
- Link B.G., Cullen F.T., Struening E., Shrout P.E. ve Dohrenwend B.P. (1989). A Modified Labeling Theory Approach to Mental Disorders: An Empirical Assessment. *American Sociological Review*. 54:400-423.
- Marneros A. (2003). The schizoaffective phenomenon: the state of the art. *Acta psychiatrica Scandinavica. Supplementum*, (418), 29–33.
- Marneros, A., Deister, A. ve Rohde, A. (1990). Psychopathological and social status of patients with affective, schizophrenic and schizoaffective disorders after long-term course. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 82(5), 352–358.
Doi: 10.1111/j.1600-0447.1990.tb01400.x
- Moreno-Küstner, B., Martín, C. ve Pastor, L. (2018). Prevalence of psychotic disorders and its association with methodological issues. A systematic review and meta-analyses. *PloS one*, 13(4). Doi: 10.1371/journal.pone.0195687
- Muslu, S. (2010). *Şizofrenide sosyal desteğin ve aile tutumunun hastanın tedaviye uyumu üzerindeki etkisinin araştırılması* (Yayımlanmamış Yüksek lisans tezi). Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Na, E.J., Kang, N.I., Kim, M.Y., Cui, Y., Choi, H.E., Jung, A. J. ve Chung, Y.C. (2015). Effects of community mental health service in subjects with early

- psychosis: One-year prospective follow up. *Community Mental Health Journal*, 52, 724-730.
- National Institute for Health and Care Excellence (2014). *Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management (NICE guideline CG178)*. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg178> adresinden 02.01.2024 tarihinde alınmıştır.
- National Institute for Health and Care Excellence (2020). *Rehabilitation for adults with complex psychosis (NICE guideline NG181)*. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng181>. adresinden 02.01.2024 tarihinde alınmıştır.
- Özdemir, H. İ. (2010). *Şizofrenide, Beyinde Görülen Yapısal Değişikliklerin Manyetik Rezonans Görüntüleme ile Voksel Tabanlı Morfometrik Analizi*, (Doktora Tezi), Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Özel Ervatan, S., Özel, A., Türkçapar, H. ve Atasoy, N. (2003). Depresif Hastalarda Tedaviye Uyum: Doğal İzlem Çalışması. *Klinik Psikiyatri*, 6, 5-11.
- Öztürk, N., Çeri, Ü. Ö., Uzun, U. ve Özer, Ş. (2022). Akut ve Geçici Psikotik Bozukluk İzleminde Tanı Stabilitesi: Bir Ön Çalışma. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 19(2), 73–77.
- Öztürk, M.O., (2004). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları* (s:217-280). Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Öztürk, M.O. ve Uluşahin, A. (2020) *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. (16. Baskı). Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Öztürk, O. ve Uluşahin, A. (2011) *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. (s: 243-259.) (11. Baskı). Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Padhy S. ve Hedge A. (2015). Şizoaffektif bozukluk: Kavramın ortaya çıkışı ve güncel durumu. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 26(2), 131-137.
- Peralta, V. ve Cuesta, M. J. (2008). Exploring the borders of the schizoaffective spectrum: a categorical and dimensional approach. *Journal of Affective Disorders*, 108(1-2), 71–86. Doi: 10.1016/j.jad.2007.09.009
- Petersen, L., Jeppesen, P., Thorup, A., Abel, M. B., Øhlenschlaeger, J., Christensen, T. Ø., Krarup, G., Jørgensen, P. ve Nordentoft, M. (2005). A randomised multicentre trial of integrated versus standard treatment for patients with a

- first episode of psychotic illness. *BMJ (Clinical research ed.)*, 331(7517), 602. Doi: 10.1136/bmj.38565.415000.E01
- Ritsher, J. B., Otilingam, P. G. ve Grajales, M. (2003). Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Research*, 121(1), 31–49.
- Ritsher J. ve Phelan J.C. (2004) Internalized stigma predicts erosion of morale among psychiatric outpatients. *Psychiatry Research*, 129, 257-265.
- Rüş N., Angermayer M.C. ve Corrigan P.W. (2005). Mental illness stigma: concepts, consequences and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry*, 20, 529-39.
- Sağlık Bakanlığı (2011). *Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge*. <https://www.saglik.gov.tr/TR,11269/toplum-ruh-sagligi-merkezleri-hakkinda-yonerge.html> adresinden 12.01.2024 tarihinde alınmıştır.
- Sağlık Bakanlığı (2012). *Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri için Çalışma Rehberi*. https://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/sb/tedk/pdf/TRSM_rehber.pdf adresinden 12.01.2024 tarihinde alınmıştır.
- Semiz Ü.B. (2005). Şizoaffektif bozukluk. Ceylan E, Çetin M (Ed.). *Araştırma ve klinik uygulamada biyolojik psikiyatri, şizofreni-II*. (s. 1299-312), 3. baskı. İstanbul: Yerküre Tanıtım ve Yayıncılık Hizmetleri.
- Sevindik, C. S., Özer, Ö. A., Kolat, U. ve Önem, R. (2014). Major Depresif Bozukluğu veya Psikotik Bozukluğu Bulunan Hastalarda İçselleştirilmiş Damgalanma ve İşlevsellik Üzerine Etkisi. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 48(3), 198–207.
- Shibre T., Negash A., Kullgren G., Kebede D., Alem A., Fekadu A., Madhin G. ve Jacobsson L. (2001). Perception of stigma among family members of individuals with schizophrenia and major affective disorders in rural Ethiopia. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 36(6), 299-303.
- Schretlen, D., Jayaram, G., Maki, P., Park, K., Abebe, S. ve DiCarlo, M. (2000). Demographic, clinical, and neurocognitive correlates of everyday functional impairment in severe mental illness. *Journal of abnormal psychology*, 109(1), 134–138.

- Songur, E. (2015, Mart). *Çocukluk Çağı Başlangıçlı Şizofreni*, Seminer, Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Tokat.
- Soygür H., Alptekin K., Atbaşoğlu C.E. ve Herken H. (2007). *Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar. 1.baskı*: Ankara, Bilimsel Çalışma Birimleri Dizisi.
- Stahl, S. M., Taneli, B. ve Taneli, Ş., (2003). *Psikofarmakolojinin Temelleri*, (s: 74-89), İstanbul, Yelkovan.
- Stain, H. J., Galletly, C. A., Clark, S., Wilson, J., Killen, E. A., Anthes, L., Campbell, L. E., Hanlon, M. C. ve Harvey, C. (2012). Understanding the social costs of psychosis: the experience of adults affected by psychosis identified within the second Australian National Survey of Psychosis. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 46(9), 879–889.
- Summakoğlu, D. ve Ertuğrul, B. (2018). Şizofreni ve Tedavisi. *Lectio Scientific Journal of Health and Natural Sciences*, 2(1), 43-61.
- Taşkın E.O. (2007). İçselleştirilmiş damga ve damgalanma algısı. *Stigma Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumlar ve Damgalama*. (s: 31-40), 1. Baskı, E.O. Taşkın (ed), İzmir, Meta Basım Matbaacılık.
- Tel, H. ve Ertekin Pınar, Ş. (2012). Ayaktan İzlenen Psikiyatri Hastalarında İçselleştirilmiş Damgalama ve Benlik Saygısı. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 3(2), 61-66.
- Tsuang M.T., Stone W.S. ve Faraone S.V. (2009). Schizoaffective and schizotypal disorders. *New Oxford textbook of Psychiatry*, (s:595-6,2). 2. Baskı, M.G. Gelder, N.C. Andreasen, J.L. Lopez-Ibor JR vd. (Ed.) New York: Oxford University Press.
- Tunca Z. ve Hancıoğlu M. (1993) Hastaların psikiyatriste devamını etkileyen etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 4, 219-223.
- Turunç, S. (2021). *Şizofreni Tanılı Bireylerde İçselleştirilmiş Damgalanma ve Aktivite Performansı İlişkisi* (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Türk Dil Kurumu: TDK (2024). Güncel Türkçe Sözlük. <https://sozluk.gov.tr/> adresinden 20.06.2024 tarihinde alındı.
- Üçok, A. (2008). Şizofreninin Erken Döneminde Klinik Özellikler ve Tedavi İlkeleri. *Klinik Psikiyatri*, 11(1), 3-8.

- Üstünsoy Çobanoğlu, Z. S., Aker, T. ve Çobanoğlu, N. (2003). Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluğu Olan Hastalarda Tedaviye Uyum Sorunları. *Düşünen Adam*, 16, 211–218.
- Vauth, R., Kleim, B., Wirtz, M. ve Corrigan, P. W. (2007). Self-efficacy and empowerment as outcomes of self-stigmatizing and coping in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 150(1), 71–80.
- Vaz, F. J., Béjar, A. ve Casado, M. (2002). Insight, psychopathology, and interpersonal relationships in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 28(2), 311–317.
- World Health Organization: WHO (2011). *Mental Health Atlas 2011*. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44697/9799241564359_eng.pdf adresinden 10.01.2024 tarihinde alındı.
- World Health Organization: WHO (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (11th ed.). <https://icd.who.int/> adresinden 10.01.2024 tarihinde alındı.
- World Health Organization: WHO. (2022). *Schizophrenia*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia> adresinden 10.01.2024 tarihinde alındı.
- World Health Organization: WHO (1993). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*.
- Zorlu, S. (2020). *Şizofreni – DSM-I’den DSM-V’e*. <https://sevilayzorlu.com/sizofreni-dsmiden-dsm-ve/> adresinden 02.02.2024 tarihinde alındı.