



T. C.
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

İKİ UÇLU BOZUKLUK HASTA VE YAKINLARINDA DAMGALANMA VE DAMGALAMA

Suzan KAYGISIZ
YÜKSEK LİSANS TEZİ

PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI
RUH SAĞLIĞINA DESTEK VE KORUMA YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Gökay ALPAK

GAZİANTEP
2016



T. C.
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

İKİ UÇLU BOZUKLUK HASTA VE YAKINLARINDA DAMGALANMA VE DAMGALAMA

Suzan KAYGISIZ
YÜKSEK LİSANS TEZİ

PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI
RUH SAĞLIĞINA DESTEK VE KORUMA YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Gökay ALPAK

GAZİANTEP
2016

T.C.
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI

**İKİ UÇLU BOZUKLUK HASTA VE YAKINLARINDA DAMGALANMA VE
DAMGALAMA**

Suzan KAYGISIZ

Tez Savunma Tarihi: 05.04.2016
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Onayı

Prof. Dr. Mehmet TARAKÇIOĞLU
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

Bu tez çalışmasının bir “Yüksek Lisans” derecesi için uygun ve yeterli bir çalışma olduğunu onaylıyorum.

Doç. Dr. Ahmet ÜNAL
Anabilim Dalı Başkanı

Bu tez tarafımca okunmuş, kapsamı ve niteliği açısından bir “Yüksek Lisans” tezi olarak kabul edilmiştir.

Doç. Dr. Gökay ALPAK
Tez Danışmanı

Bu tez tarafımca okunmuş, kapsamı ve niteliği açısından bir “Yüksek Lisans” tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Jürisi

İmzası

Doç. Dr. Ahmet ÜNAL
Doç. Dr. Gökay ALPAK
Yrd. Doç. Dr. Ümit Sertan ÇÖPOĞLU

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

05/04/2016

Suzan KAYGISIZ

TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans eğitimimde bilimsel katkılarından dolayı Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nın değerli öğretim üyeleri Sayın Prof. Dr. Haluk A. SAVAŞ, Sayın Prof. Dr. Abdurrahman ALTINDAĞ, Sayın Doç. Dr. Osman VIRIT, Sayın Doç. Dr. Ahmet ÜNAL, Sayın Doç. Dr. Feridun BÜLBÜL'e

Yüksek Lisans tez çalışmam boyunca her konuda yardım ve desteğini esirgemeyen değerli öğretim üyesi, Sayın Doç. Dr. Gökay ALPAK'a,

Çalışmama katkıda bulundukları için araştırmaya katılan tüm hasta ve hasta yakınlarına, Eğitimim süresince her zaman yanımda olan ve benden desteklerini esirgemeyen annem Solmaz KAYGISIZ'a, yeğenim Fatma Ilgın GÜN'e ve nişanlım Mesut CİN'e

Teşekkür ederim.

Suzan KAYGISIZ

Nisan/2016

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
TEŞEKKÜR	i
İÇİNDEKİLER	ii
KISALTMALAR	vi
TABLolar LİSTESİ	vii
ÖZET	1
SUMMARY	2
1. GİRİŞ	3
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. İUB Tanımı	5
2.2. İUB Tarihçesi	6
2.3. İUB Sıklık ve Yaygınlığı	7
2.3.1. Yaş	7
2.3.2. Cinsiyet	8
2.3.3. Medeni Durum	8
2.3.4. Sosyo-ekonomik Durum ve Eğitim Düzeyi	9
2.4. İUB Nedenleri	9
2.4.1. Genetik	9
2.4.2. Biyokimyasal Etkenler	10
2.4.3. Nöroendokrin Etmenler	11
2.4.3. Görüntüleme Çalışmaları	11
2.4.4. Nörofizyolojik Çalışmaları	11
2.4.5. Psikosoyal Etkenler	11
2.4.6. Kişilik Özellikleri	12
2.5. Duygudurum Atakları	12
2.5.1. Majör Depresif Atak DSM-IV-TR Tanı Ölçütleri	12
2.5.2. Manik Atak DSM-IV-TR Tanı Ölçütleri	13
2.5.3. Mikst Atak DSM-IV-TR Tanı Ölçütleri	14
2.5.4. Hipomanik Atak DSM-IV-TR Tanı Ölçütleri	14
2.6. İUB için DSM-IV-TR Tanı Ölçütleri	15
2.6.1. İki Uçlu I Bozukluğu, Tek Manik Atak	15
2.6.2. İki Uçlu I Bozukluğu, En Son Atak Hipomanik	16

2.6.3. İki Uçlu I Bozukluğu, En Son Atak Manik	16
2.6.4. İki Uçlu I Bozukluğu En Son Atak Mikst	17
2.6.5. İki Uçlu I Bozukluğu, En Son Atak Depresif	18
2.6.6. İki Uçlu I Bozukluğu, En Son Atak Belirlenmemiş	18
2.6.7. İki Uçlu II Bozukluğu	19
2.6.8. Siklotimik Bozukluk	20
2.6.9. Başka Türlü Adlandırılmayan İUB	21
2.7. İUB Tedavisi	21
2.7.1 Farmakoterapi	22
2.7.2. Elektro-Konvülsif Terapi (EKT)	23
2.7.3. Psikososyal Tedaviler	23
2.7.3.1. Psiko eğitim	23
2.7.3.2. Kişilerarası Sosyal Ritimler Terapisi (KASRT)	23
2.7.3.3. Aile Odaklı Terapi (AOT)	24
2.7.3.4. Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT)	24
2.8. İUB Tedavi Uyumu	25
2. 9. Ek Tanı (Korbidite)	26
2.10. Özkıym	27
2.11. İUB Olumsuz Sonuçları	27
2.12. Gidiş ve Sonlanım	28
2.13. İçselleştirilmiş Damgalanma/Damgalanma	29
2.13.1. Damgalama	29
2.13.2 Damgalanma Kaynakları	31
2.13.3. İçselleştirilmiş Damgalama	32
2.13.4. Damgalanma Düzeyini Etkileyen Etmenler	32
2.13.5. İçselleştirilmiş Damgalanmanın Nedenleri	33
2.13.6. İçselleştirilmiş Damgalanmanın Sonuçları	34
2.13.7. Damgalanma ve Tutum	35
2.13.8. Damgalanma ve Kültür	36
2.13.9. Damgalanma ve İletişim	36
2.13.10. Damgalanma ve Sosyal Mesafe	37
2.13.11. Damgalamayı Önlemeye Yönelik Çalışmalar	38
2.13.12. İUB Damgalanması	38

2.14. İUB Olan Hastaların Yakını	39
2.14.1. Hasta Yakını	39
2.14.2. İUB Olan Hastaların Yakını	40
2.14.3. İUB Olan Hastaların Yakınının Duygu Dışavurumu	41
2.15. İUB Olan Hastaların Yakını ve Damgalanma	41
2.15.1. Damgalanma ve Hasta Yakını	41
2.15.2. İUB Olan Hasta, Hastaların Yakını ve Damgalanma	42
3.GEREÇ VE YÖNTEM	43
3.1. Araştırmanın Türü	43
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Tarih	43
3.3. Araştırmanın Evreni	43
3.4. Araştırmaya Dahil Edilme ve Dışlanma Ölçütleri	43
3.5. Verilerin Toplanması	44
3.5.1. Hasta ve Hasta Yakını Sosyodemografik Bilgi Formu	45
3.5.2. Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği (RHİDÖ)	45
3.5.3. Hasta Yakınları İçin Damgalama Ölçekleri	46
3.5.3.1. Sosyal Mesafe Skalası	46
3.5.3.2. Karakteristikler Skalası	47
3.5.3.3. Duygusal Tepki Skalası	47
3.5.3.4. Maharet Değerlendirme Skalası	47
3.5.3.5. Tehlikelilik Skalası	47
3.6. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması	48
3.7. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri	48
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	48
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği	49
4. BULGULAR	50
4.1. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri, Hastalıkları ve Tedavilerine İlişkin Görüşlerine Ait Bulgular	50
4.1.1. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre İçselleştirilmiş Damgalanma Düzeylerine İlişkin Bulgular	53
4.1.2. Hastaların Hastalıklarına ve Tedavilerinin Özelliklerine Göre İçselleştirilmiş Damgalanma Düzeylerine İlişkin Bulgular	64
4.1.3. Hastaların Hastalıklarına ve Tedavilerinin Özelliklerine Göre Yabancılaşma	66

Düzeyine İlişkin Bulgular	
4.1.4. Hastaların Hastalıklarına ve Tedavilerinin Özelliklerine Göre Kalıp Yargıların Onaylanması Düzeyine İlişkin Bulgular	68
4.1.5. Hastaların Hastalıklarına ve Tedavilerinin Özelliklerine Göre Algılanan Ayrımcılık Düzeyine İlişkin Bulgular	70
4.1.6. Hastaların Hastalıklarına ve Tedavilerinin Özelliklerine Göre Sosyal Geri Çekilme Düzeyine İlişkin Bulgular	72
4.1.7. Hastaların Hastalıklarına ve Tedavilerinin Özelliklerine Göre Damgalanmaya Karşı Direnç Düzeyine İlişkin Bulgular	74
4.2. Hasta Yakınlarının Sosyodemografik Özelliklerine, Hastalığa ve Hastalığın Tedavisine İlişkin Bulgular	76
4.2.1. Hasta Yakınlarının Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulgular	78
4.2.2. Hasta Yakınlarının Hastalığa ve Tedaviye İlişkin Görüşlerine Göre Sosyal Mesafe Skalası Puanlarına İlişkin Bulgular	90
4.2.3. Hasta Yakınlarının Hastalığa ve Tedaviye İlişkin Görüşlerine Göre Karakteristikler Skalası Puanlarına İlişkin Bulgular	91
4.2.4. Hasta Yakınlarının Hastalığa ve Tedaviye İlişkin Görüşlerine Göre Duygusal Tepki Skalası Puanlarına İlişkin Bulgular	92
4.2.5. Hasta Yakınlarının Hastalığa ve Tedaviye İlişkin Görüşlerine Göre Maharet Değerlendirme Skalası Puanlarına İlişkin Bulgular	93
4.2.6. Hasta Yakınlarının Hastalığa ve Tedaviye İlişkin Görüşlerine Göre Tehlikelilik Skalası Puanlarına İlişkin Bulgular	94
4.3. Hastaların İçselleştirilmiş Damgalanma ile Hasta Yakınlarının Damgalama Düzeyleri Arasındaki İlişkin Bulgular	95
5. TARTIŞMA	97
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	112
7. KAYNAKLAR	115
8. EKLER	123
ÖZGEÇMİŞ	139

KISALTMALAR

DSM:	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
İUB:	İki Uçlu Bozukluk
EKT:	Elektro-Konvülsif Terapi
AOT :	Aile Odaklı Terapi
KASRT:	Kişilerarası Sosyal Ritimler Terapisi
BDT:	Bilişsel Davranışçı Terapi
RHİDÖ:	Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği
SPSS:	Statistical Package for Social Sciences
Max:	Maksimum
Min:	Minimum
$\bar{X}$:	Ortalama
ss:	Standart sapma
p:	Anlamlılık Düzeyi

TABLÖLAR LİSTESİ

Sayfa

No

Tablo 1. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı	50
Tablo 2. Hastaların Hastalıkları İle İlgili Özelliklerine Göre Dağılımı	51
Tablo 3. Hastaların Tedavilerine İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı	52
Tablo 4. Hastaların Cinsiyetlerine Göre İçselleştirilmiş Damgalanma Puanlarına İlişkin t Testi Sonuçları	53
Tablo 5. Hastaların Yaş Gruplarına Göre İçselleştirilmiş Damgalanma Puanlarına İlişkin Betimsel Değerler ve ANOVA Sonuçları	54
Tablo 6. Hastaların Hastalık Süresine Göre İçselleştirilmiş Damgalanma Puanlarına İlişkin Betimsel Değerler ve ANOVA Sonuçları	55
Tablo 7. Hastaların Öğrenim Düzeylerine Göre İçselleştirilmiş Damgalanma Puanlarına İlişkin Betimsel Değerler ve ANOVA Sonuçları	56
Tablo 8. Hastaların Medeni Durumlarına Göre İçselleştirilmiş Damgalanma Puanlarına İlişkin Betimsel Değerler ve ANOVA Sonuçları	57
Tablo 9. Hastaların Çocukları Olup Olmamasına Göre İçselleştirilmiş Damgalanma Puanlarına İlişkin t Testi Sonuçları	58
Tablo 10. Hastaların Gelir Düzeylerine Göre İçselleştirilmiş Damgalanma Puanlarına İlişkin t Testi Sonuçları	58
Tablo 11. Hastaların Sosyal Güvencelerine Göre İçselleştirilmiş Damgalanma Puanlarına İlişkin t Testi Sonuçları	59
Tablo 12. Hastaların Yaşadıkları Yere Göre İçselleştirilmiş Damgalanma Puanlarına İlişkin t Testi Sonuçları	60
Tablo 13. Hastaların Aile Tiplerine Göre İçselleştirilmiş Damgalanma Puanlarına İlişkin Betimsel Değerler ve ANOVA Sonuçları	61
Tablo 14. Hastaların Mesleklerine Göre İçselleştirilmiş Damgalanma Puanlarına İlişkin Betimsel Değerler ve ANOVA Sonuçları	62
Tablo 15. Hastaların İş Durumlarına Göre İçselleştirilmiş Damgalanma Puanlarına İlişkin t Testi Sonuçları	63
Tablo 16. Hastaların Hastalıklarına ve Tedavilerinin Özelliklerine Göre İçselleştirilmiş Damgalanma Puanlarına İlişkin t Testi Sonuçları	64
Tablo 17. Hastaların Yıllık Tedavi Başvuru Sayısı ve İlaç Kullanım Düzenlerine Göre İçselleştirilmiş Damgalanma Puanlarına İlişkin ANOVA Sonuçları	65

Tablo 18. Hastaların Hastalıklarına ve Tedavilerinin Özelliklerine Göre Yabancılaşma Puanlarına İlişkin t Testi Sonuçları	66
Tablo 19. Hastaların Yıllık Tedavi Başvuru Sayısı ve İlaç Kullanım Düzenlerine Göre Yabancılaşma Puanlarına İlişkin ANOVA Sonuçları	67
Tablo 20. Hastaların Hastalıklarına ve Tedavilerinin Özelliklerine Göre Kalıp Yargıların Onaylanması Puanlarına İlişkin t Testi Sonuçları	68
Tablo 21. Hastaların Yıllık Tedavi Başvuru Sayısı ve İlaç Kullanım Düzenlerine Göre Kalıp Yargıların Onaylanması Puanlarına İlişkin ANOVA Sonuçları	69
Tablo 22. Hastaların Hastalıklarına ve Tedavilerinin Özelliklerine Göre Algılanan Ayrımcılık Puanlarına İlişkin t Testi Sonuçları	70
Tablo 23. Hastaların Yıllık Tedavi Başvuru Sayısı ve İlaç Kullanım Düzenlerine Göre Algılanan Ayrımcılık Puanlarına İlişkin ANOVA Sonuçları	71
Tablo 24. Hastaların Hastalıklarına ve Tedavilerinin Özelliklerine Göre Sosyal Geri Çekilme Puanlarına İlişkin t Testi Sonuçları	72
Tablo 25. Hastaların Yıllık Tedavi Başvuru Sayısı ve İlaç Kullanım Düzenlerine Göre Sosyal Geri Çekilme Puanlarına İlişkin ANOVA Sonuçları	73
Tablo 26. Hastaların Hastalıklarına ve Tedavilerinin Özelliklerine Göre Damgalanmaya Karşı Direnç Puanlarına İlişkin t Testi Sonuçları	74
Tablo 27. Hastaların Yıllık Tedavi Başvuru Sayısı ve İlaç Kullanım Düzenlerine Göre Damgalanmaya Karşı Direnç Puanlarına İlişkin ANOVA Sonuçları	75
Tablo 28. Hasta Yakınlarının Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı	76
Tablo 29. Hasta Yakınlarının Hastalığa ve Hastalığın Tedavisinin Özelliklerine Göre Dağılımı	77
Tablo 30. Hasta Yakınlarının Cinsiyetlerine Göre Sosyal Mesafe, Karakteristikler, Duygusal Tepki, Maharet Değerlendirme ve Tehlikelilik Skalaları Puanlarına İlişkin t Testi Sonuçları	78
Tablo 31. Hasta Yakınlarının Yaş Gruplarına Göre Sosyal Mesafe, Karakteristikler, Duygusal Tepki, Maharet Değerlendirme ve Tehlikelilik Skalaları Puanlarına İlişkin ANOVA Sonuçları	79
Tablo 32. Hasta Yakınlarının Hastaya Yakınlık Derecesine Göre Sosyal Mesafe, Karakteristikler, Duygusal Tepki, Maharet Değerlendirme ve Tehlikelilik Skalaları Puanlarına İlişkin t Testi Sonuçları	80
Tablo 33. Hasta Yakınlarının Hastaya Yakınlığına Göre Sosyal Mesafe,	81

Karakteristikler, Duygusal Tepki, Maharet Değerlendirme ve Tehlikelilik Skalaları Puanlarına İlişkin Betimsel Değerler ve ANOVA Sonuçları

Tablo 34. Hasta Yakınlarının Yetiştikleri Bölgeye Göre Sosyal Mesafe, 82
Karakteristikler, Duygusal Tepki, Maharet Değerlendirme ve Tehlikelilik Skalaları Puanlarına İlişkin t Testi Sonuçları

Tablo 35. Hasta Yakınlarının Göç Durumlarına Göre Sosyal Mesafe, 83
Karakteristikler, Duygusal Tepki, Maharet Değerlendirme ve Tehlikelilik Skalaları Puanlarına İlişkin t Testi Sonuçları

Tablo 36. Hasta Yakınlarının Eğitim Düzeylerine Göre Sosyal Mesafe, 84
Karakteristikler, Duygusal Tepki, Maharet Değerlendirme ve Tehlikelilik Skalaları Puanlarına İlişkin Betimsel Değerler ve ANOVA Sonuçları

Tablo 37. Hasta Yakınlarının Medeni Durumlarına Göre Sosyal Mesafe, 85
Karakteristikler, Duygusal Tepki, Maharet Değerlendirme ve Tehlikelilik Skalaları Puanlarına İlişkin Betimsel Değerler ve ANOVA Sonuçları

Tablo 38. Hasta Yakınlarının Gelir Düzeylerine Göre Sosyal Mesafe, 86
Karakteristikler, Duygusal Tepki, Maharet Değerlendirme ve Tehlikelilik Skalaları Puanlarına İlişkin t Testi Sonuçları

Tablo 39. Hasta Yakınlarının Yaşadığı Yerlere Göre Sosyal Mesafe, 87
Karakteristikler, Duygusal Tepki, Maharet Değerlendirme ve Tehlikelilik Skalaları Puanlarına İlişkin t Testi Sonuçları

Tablo 40. Hasta Yakınlarının Aile Tiplerine Göre Sosyal Mesafe, Karakteristikler, 88
Duygusal Tepki, Maharet Değerlendirme ve Tehlikelilik Skalaları Puanlarına İlişkin Betimsel Değerler ve ANOVA Sonuçları

Tablo 41. Hasta Yakınlarının Mesleklerine Göre Sosyal Mesafe, Karakteristikler, 89
Duygusal Tepki, Maharet Değerlendirme ve Tehlikelilik Skalaları Puanlarına İlişkin Betimsel Değerler ve ANOVA Sonuçları

Tablo 42. Hasta Yakınlarının Hastalığa ve Tedaviye İlişkin Görüşlerine Göre 90
Sosyal Mesafe Skalası Puanlarına İlişkin t Testi Sonuçları

Tablo 43. Hasta Yakınlarının Hastalığa ve Tedaviye İlişkin Görüşlerine Göre 91
Karakteristikler Skalası Puanlarına İlişkin t Testi Sonuçları

Tablo 44. Hasta Yakınlarının Hastalığa ve Tedaviye İlişkin Görüşlerine Göre 92
Duygusal Tepki Skalası Puanlarına İlişkin t Testi Sonuçları

Tablo 45. Hasta Yakınlarının Hastalığa ve Tedaviye İlişkin Görüşlerine Göre 93

Maharet Değerlendirme Skalası Puanlarına İlişkin t Testi Sonuçları

Tablo 46. Hasta Yakınlarının Hastalığa ve Tedaviye İlişkin Görüşlerine Göre 94
Tehlikelilik Skalası Puanlarına İlişkin t Testi Sonuçları

Tablo 47. Hastaların İçselleştirilmiş Damgalanmadan, Hasta Yakınlarının 95
Damgalamadan Aldıkları En Düşük, En Yüksek Değerler, Puanların Ortalaması ve
Standart Sapması

Tablo 48. Hastaların İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği ile Hasta Yakınlarının 96
Sosyal Mesafe, Karakteristikler, Duygusal Tepki, Maharet Değerlendirme ve
Tehlikelilik Skalaları Arasındaki Pearson Korelasyon Sonuçları



ÖZET

İKİ UÇLU BOZUKLUK HASTA VE YAKINLARINDA DAMGALANMA VE DAMGALAMA

Suzan KAYGISIZ

Yüksek Lisans Tezi

Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Psikiyatri Anabilim Dalı

Ruh Sağlığına Destek ve Koruma Yüksek Lisans Programı

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Gökay ALPAK

Nisan 2016, 139 sayfa

İki Uçlu Bozukluk (İUB) yineleyici dönemlerle seyreden ve sürekli tedavi gerektiren kronik bir hastalıktır. Hasta yakınları, hastanın iş, aile ve sosyal yaşamındaki bozulmalardan dolayı damgalanmaktadır. Damgalanma hissi hastaların yaşadığı ciddi problemlerdendir. Bu çalışma Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Duygudurum Bozuklukları Birimi'ne başvuran İUB tanısı almış remisyon dönemindeki hastaların içselleştirilmiş damgalanma ile hasta yakınlarının damgalama düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Duygudurum Bozuklukları Birimi'ne başvuran, çalışmaya alınma kriterlerine uyan, İUB tanısı alan 45 hasta ve 45 hasta yakını oluşturmaktadır. Araştırma 1 Ocak 2013-1 Haziran 2013 tarihleri arasında yapılmıştır. Hastalara Hasta Sosyodemografik Bilgi Formu ve Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği (RHİDÖ); hasta yakınlarına Hasta Yakını Sosyodemografik Bilgi Formu, Sosyal Mesafe Skalası, Karakteristikler Skalası, Duygusal Tepki Skalası, Maharet Değerlendirme Skalası ve Tehlikelilik Skalası veri toplamak için uygulanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde ortalama, standart sapma, Bağımsız Gruplarda t testi, Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ve Pearson Korelasyon analizi kullanılmıştır. Hastaların Yabancılaşma düzeyi ile hasta yakınlarının Duygusal Tepki Skalası arasında orta düzeyde ve negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($p<0.05$). Hastaların Damgalanmaya Karşı Direnç düzeyi ile hasta yakınlarının Karakteristikler Skalası arasında orta düzeyde ve pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($p<0.05$). Hasta yakınları, hastalarının olumlu duygusal tepkiye sahip olduğunu düşündükçe, hastaların yabancılaşma düzeyi azalmaktadır. Hasta yakınları hastalarının olumsuz kişilik özelliklerine sahip olduğunu düşündükçe hastalarının damgalanmaya karşı direncini artmaktadır.

Anahtar Sözcükler: Damgalama, Hasta Yakını, İçselleştirilmiş Damgalanma, İki Uçlu Bozukluk.

SUMMARY

STIGMATIZATION AND INTERNALIZED STIGMATIZATION ON BIPOLAR DISORDER PATIENTS AND THEIR RELATIVES

By Suzan KAYGISIZ

Thesis of Master

Gaziantep University, Institute of Health Sciences

Psychiatry Department

Mental Health Support and Protection Program

Thesis Advisor: Doç. Dr. Gökay ALPAK

April 2016, 139 pages

Bipolar Disorder is a chronic illness which progresses in recurring periods and requires continuous treatment. Relatives of patients stigmatize the patient because of disorder at work, in family and at social life. One of the most serious problem that the patient encounters is the feeling of stigmatization. The present study aims to identify the correlation between the stigma levels of relatives and internalized stigmatization of patients who apply Mental Health and Illness Department Mood Disorders Unit and diagnosed with BD in remission period. The present study samples comprised in Gaziantep University, Şahinbey Research and Practice Hospital Psychiatry Department Mood Disorder Units' 45 BD patients who met the study requirements and one of their relatives. This research was applied between the dates of January,1 2013 and June, 1 2013. For data purposes; patient Socio Demographic Information Form and The Internalized Stigma of Mental Illness Scale (ISMI) was applied to the patients and patients' relatives Socio Demographic Information Form, Social Distance Scale, Scale of Characteristics, Emotional Reaction Scale, Proficiency Rating Scale and Dangerousness Scale was applied to the relatives of patients. Data Mean, Standard Deviation, Independent Groups t Test, One Way Variance Analysis (ANOVA) and Pearson Correlation Analysis were used to evaluate the data. On the Estrangement level of patients and Emotional Reaction Scale of the relatives of patients; there is a statistical significant correlation at the middle level and negative aspect ($p<0.05$). On the level of resistance against stigmatization and the Characteristics Scale of the relatives of patients; there is a statistical significant correlation at the middle level and positive aspect ($p<0.05$). When patients' relatives think that their patients have a positive emotional response, the level of patients' alienation decreases. When patients' relatives think that their patients have the negative characteristics behaviors, patients' level of resistance against stigmatization increases.

Keys Words: Stigmatization, The Relatives of Patient, Internalized Stigmatization, Bipolar Disorder

1. GİRİŞ

İki uçlu Bozukluk (İUB), tekrarlayan mani, hipomani, karma ve depresif ataklarla devam ederek ataklar arasında kişinin normal duygudurumuna geri dönebildiği süregelen seyirli, bir duygudurum bozukluğudur (1-3). İUB olan hastaların normal dönemdeki depresyon belirtilerin varlığı, geçirilmiş depresyon döneminin sayısı yaşamının niteliğini olumsuz etkilediğini belirgin psikososyal bozulmaya ve yeti yitimini arttırdığını belirlenmiştir (4).

İUB kadında ve erkekte eşit oranda olmakla birlikte yaşam boyu %0.5-1.5 sıklığında görülür. Her yaşta görülebilen bu hastalık daha çok geç ergenlik ve erken erişkinlik döneminde başlar (1,2). İUB eğitim durumu, meslek veya gelir düzeyi gibi farklılıklar gözlenmezken kentsel alanda kırsal alana oranla daha fazla görüldüğü belirlenmiştir (3,5).

Monoamin nörotransmitterlerin norepinefrin (NE), serotonin (5HT) ve dopamin eksikliği ya da fazlalığı, işlevlerinde ortaya çıkan değişim veya reseptörlerindeki sayı, yoğunluğu ve duyarlılıklarındaki değişim İUB hastalığının oluşumunda etkili olmaktadır (8,9). Nörolojik bozukluklar ve hormonlar kadar beynin fonksiyonları olan dil, algılama, yargılama, bilişsel düşünme, duygu, düşünce, yürütücü işlevler ve bilinç gibi karmaşık sistemlerin işleyişindeki aksaklıklar ve merkezi sinir sistemi işlevlerinin bozulması İUB hastalığında etkilidir (6,7).

İUB hastalığının nedeni olan biyolojik olarak kalıtsal, biyokimyasal, nöroendokrin etkenler, uyku uyanıklık döngüsündeki bozulmalar, biyolojik beden saatini düzenleyen melatonindeki değişiklikler, ilaç uyumundaki bozukluklar, hastalık öncesi kişilik, psikososyal etkenler olan stresli yaşam olaylar, aile içi çatışmalar, sosyal ilişkilerdeki uyumsuzluklar birbirlerini etkileyerek hastalığın ortaya çıkmasını zemin oluşturan tetikleyiciler olarak gösterilebilir (2). Tetikleyicilerin sonucunda yinelenmelerin sıklaşmasıyla hastada yeti yitimi ile sosyal mesleki işlevsellikte bozulmalar ve intihar riskinin artması gibi durumların görülmesinin yanı sıra hastanın ve yakınlarının yaşamını, davranışlarını ve fiziksel sağlığını olumsuz yönde etkileyen sonuçlarla karşılaşmaktadır (1,2).

Damgalanma; kişinin içinde yaşadığı toplumun normal birey ölçütlerin dışında sayılması nedeniyle diğer insanlar tarafından beğenilmeyip kişinin utanılacak kişi olarak görülmesini, tehlikeli, saldırgan olarak algılandıklarından beğenilmeyip reddedilmesidir

(10-12). İçselleştirilmiş damgalanma ise; damgalanma ile gerçeğe dayanmayan toplumdaki olumsuz kalıp yargılarının hasta tarafından kabullenilip değersiz ve utanç gibi olumsuz duygularla toplumdan geri çekilerek kendi kendini damgalamasıdır. Damgalanma algısı ile kişi toplum tarafından damgalandığını hisseder (13-16).

Damgalanma; hastaları içsel algıları, inançları duygularını etkileyerek aile ve arkadaşları ile sosyal ilişkilerde bozulma, arkadaş edinememe ve arkadaşlığı sürdürmede güçlük yaşama, yalnız kalma eğilimi, evsizlik, kötüleşmiş yaşam kalitesi, olumsuz otomatik düşüncelerde artma, depresif belirtilerde artma, öz güvende azalma gibi mesleki, kişisel ve sosyal alanlarda olumsuz sonuçlar yaşamaktadırlar (14,17,18).

Birçok hasta toplumdaki olumsuz, dışlayıcı tutum ve damgalanma nedeniyle tedavi seçeneği olmasına rağmen tedaviye yanaşmadıklarından hastaların temel hak ve özgürlükleri toplumun damgalamasından dolayı kısıtlanmaktadır (10,14,17-19).

Hastalar toplumdaki olumsuz önyargılara maruz kalarak damgalanırken yakınları da damgalandıkları ve etkilendikleri için hastalarına yapılan damgalanmayı ve haksızlığı daha rahat anlamaktadırlar (10). Ailelerin çoğu toplumdaki reddedilme ve dışlanma korkusu nedeniyle hastalığı gizleme eğilimindedirler. Hasta yakınları uygunsuz davranışları sebebiyle hastalarından utanma, iş gücü kaybı ve tedavi masraflarından dolayı ekonomik sorunlar, gelecek kaygısı ve ruh sağlığı çalışanları dahil başkalarına karşı güvensizlik ve tükenmişlik duygusu yaşayabilirler. Kızgınlık duygusu ile hastadan kurtulmak isteyen aileler bundan dolayı suçluluk duyarak hastalarına karşı eleştirici-düşmanca veya aşırı koruyucu-kollayıcı-kısıtlayıcı tutumlar sergileyebilir. Toplumdaki damgalanma nedeniyle hastalarını damgalayıp dışlayabilirler (10,14,15,17,20,21).

Bütün ruhsal hastalarda olduğu gibi İUB da tedavi edilmesinin zor ve kronik bir hastalık olmasından dolayı damgalanma, reddedilme ve alay edilme korkusu hastaların yaşadığı ciddi problemlerdendir (2,14,22,23).

Bu çalışmada Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Duygudurum Bozuklukları Birimi'ne başvuran İUB tanısı almış remisyon dönemindeki hastaların sosyodemografik özellikleri ile içselleştirilmiş damgalanma düzeyi, hasta yakınlarının sosyodemografik özellikleri ile hastalarını damgalama düzeyi ve hasta yakınlarının damgalama düzeyi ile hastaların içselleştirilmiş damgalanma düzeyi arasındaki ilişkiyi saptamak ve araştırmak amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. İUB Tanımı

İUB biyolojik ve psikososyal etkenlere ikincil tekrarlayan mani, hipomani, karma ve depresif ataklarla devam ederek ataklar arasındaki kişinin ötimik duygu durumuna geri dönebildiği, süregelen seyirli, sürekli tedavi değişikliği gereken bir duygudurum bozukluğudur (3). Kişinin biliş, düşünme, algılama, duygulanım, çevre ile uyum sağlama gibi temel merkezi sinir sistemi işlevlerini bozabilen bazen yükselen bazen de depresif duygudurum dalgalanması olan bir hastalıktır (7).

Depresyon, normalin altındaki bilişsel, davranış ve duygudurum işlevlerinden kendini değersiz, yetersiz değerlendiren düşünce ve duygularla birlikte fizyolojik işlevlerde yavaşlamadır. Mani ise normalin üzerindeki işlevlerle kendini güçlü ve büyük gören düşüncelerle birlikte neşeli bazen de öfkeli duygudurum içinde düşünme, konuşma ve hareketlerde hızlanmadır. Normalin altındaki ve üstündeki bilişsel, davranış ve duygudurum işlevlerinden dolayı İUB tedavisinde depresif ve yükselmiş duygudurumun dengelenmesi oldukça önemlidir (1,2,9).

İUB hastaların ilk dönemden sonra 5 yıl içinde %70-80'i en az bir dönem daha yaşamaktadır (1). Hastalar yaşam boyu 8-10 dönem geçirirler (5). İUB-I hastaların tüm yaşamlarının %32'i depresyonda %9'u hipomanide, %6'sı karma dönemde iken İUB-II hastaların ise %50'si depresyonda, %1'i hipomanide, %2'si karma dönemde geçmektedir (7).

Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition; DSM-IV-TR) tanı ölçütlerine göre; iki uçlu bozukluk tip I; iki uçlu I bozukluğu, tek manik atak; iki uçlu I bozukluğu, en son atak hipomanik; iki uçlu I bozukluğu, en son atak manik; iki uçlu I bozukluğu en son atak mikst; iki uçlu I bozukluğu, en son atak depresif; iki uçlu I bozukluğu, en son atak belirlenmemiş; iki uçlu II bozukluğu, siklotimik bozukluk, başka türlü adlandırılmayan iki uçlu bozukluk olarak sınıflandırılmıştır (24).

DSM-IV-TR'e göre iki uçlu bozukluk tip I, bir ya da birden fazla manik ya da karma dönemle birlikte bu dönemlere eşlik eden majör depresif döneminin olmasıdır. İki uçlu bozukluk tip II, en az bir hipomanik ve majör depresif dönemin olup manik dönemin olmamasıdır. Siklotimik bozukluk, daha hafif süren depresif ve hipomani dönemin

olmasıdır. Başka türlü adlandırılamayan iki uçlu bozukluk, iki uçlu bozukluk tanı ölçütünü karşılamayıp iki uçlu özellikler gösterir (24). ICD-10'a göre İUB tanısı konulabilmesi için bir dönemin mani olması koşuluyla en az iki duygudurum bozukluğu döneminin olması gerekir.

2.2. İUB Tarihçesi

Duygudurum bozuklukları çok eski çağlardan beri görülen bir hastalıktır. Tarih öncesi çağdaki dini kitaplarda, mani ve melankoli tanımlarını ilk kez kullanan Yunan ve Latin yapıtlarında depresyon ve mani nöbetleri geçiren hastalar anlatılmıştır. Homeros, İlyada Destan'ında "mani" sözcüğünü kullanmıştır (9).

Hipokrat (M.Ö. 460-357) insanın duygudurum ile beden sıvıları arasında bağlantı kurduğundan mani ve melankoli kavramlarını "kara safra beyin üzerindeki etkisiyle ruhun kararması" olarak tanımlamıştır. İştahsızlık, ümitsizlik, uykusuzluk ve huzursuzluk karaciğer ve safra yollarındaki bozukluktan kaynaklanmaktadır. Kapadokyalı Aretaeus (M.S. 150'lerde) "bana öyle geliyor ki melankoli, maninin başlangıcı ve bir parçasıdır" diyerek mani ve melankoli arasındaki ilişkiye değinmiştir (5).

Esquirol'un öğrencileri 1854'te manik ve depresif belirtilerle süren hastalığa Jules Baillarger "folie a double forme-çift biçimli delilik" ve Jean-Pierre Falret "folie circulaire-sirküler delilik" adını vermişlerdir. "Folie circulaire-sirküler delilik" kavramı dünyada geniş oranda kabul gördüğünden bilimsel dergilerde yer almıştır (5).

19. yüzyılda Alman psikiyatrist Emil Kraepelin (1856-1926) manik depresifin bir hastalık olduğunu ortaya koyarak maninin ve melankolinin bütün türlerini, hastalığın belirtilerini, gidiş ve sonlanmasının tanımlanması "psikoz manyak depresif" adı altında toplamıştır. 1895 yılında ise manik depresif hastalığını; depresyon ya da öfori tarzında yoğun duygusal durum, daha önceki sağlıklı işlevselliğe geri dönebilme, hastanın yaşamı boyunca tekrarlayan birçok atak yaşaması gibi üç önemli tanı ölçütü belirlemiştir (9).

Kraepelin 1913'te duygudurum bozukluklarını diğer hastalıklardan hayat boyunca tekrarlayan alevlenme ve remisyon dönemleriyle seyretmelerine rağmen kötüye gitmeme yönünden ayırarak ayrı bir kategori altında değerlendirmiştir. Bu durum hastalığa bütünlüyci bir yaklaşım getirmiş olup hastalığın görünümünün mizaç özelliklerinden başlayarak depresif, karma, manik ve psikotik durumlarda yer aldığı düşüncesi ile bugünkü İUB kavramının temelleri atılmıştır.

Leonard (1959) sadece depresif dönemle seyreden duruma unipolar hastalık, manik depresif yada sadece manik dönemlerle seyreden duruma bipolar hastalık demiştir (25,26).

Dunner ve ark. (1976)'nın önerisiyle İUB kendi içinde İUB-I ve İUB-II olarak iki alt tip olarak gruplandırılmıştır (26,27). 1980 yılında Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı'nda (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition; DSM III) affektif bozukluklar tanımı kabul edilmiş affektif bozukluklar kapsamında İUB ile majör depresif bozukluğun farklı iki hastalık olduğu ilk kez resmi olarak sınıflandırılmıştır. DSM III-R (1987) ile birlikte affektif bozukluklar yerine duygudurum bozuklukları tanımı verilmiştir (26,27). 1994'te DSM-IV-TR iki uçlu I bozukluk, iki uçlu II bozukluğu, siklotimik bozukluk, başka türlü adlandırılmayan iki uçlu bozukluk olmak üzere dört tip İUB tanımlanmıştır (24).

2.3. İUB Sıklık ve Yaygınlığı

ABD'de yapılan ECA (Epidemiological Catchment Area) çalışmasına göre İUB-I yaşam boyu yaygınlık oranı %0.8, İUB-II %0.5 olup İUB yaşam boyu yaygınlık oranı ise %1.5'tir (9). Avrupa ülkelerinde yapılan ESEMED (The European Study of the Epidemiology of Mental Disorders) çalışmasında İUB yaşam boyu yaygınlık oranı %1.0 olarak bulunmuştur (28).

İUB hastalığının yaşam boyu yaygınlık oranı %1 kabul ediliyorken son zamanlarda İUB-I ve II ile yapılan çalışmalarda yaşam boyu yaygınlık oranı %5'i geçmektedir (9).

Binbay ve ark. (2012)'nin İzmir kent merkezinde yaptıkları çalışmada İUB-I hastalığının yaşam boyu yaygınlığı %0.37 olarak saptanmıştır (29).

2.3.1. Yaş

İUB-I ve II başlangıç yaşı ortalama olarak birbirine yakındır (26). İUB başlangıç yaşı sıklıkla 20 olup 18 ile 44 yaş arasındadır. Ülkemizde yapılan çalışmalar sonucunda hastalığın başlangıç yaş ortalaması 23.8 ile 27.7 arasındadır (30,31). İUB hastalığının ilk belirtileri hastaların %20-30'unda 21 yaşından önce görülürken, %10'unda ise 50 yaşından sonra görülmüştür (1). Hastalık, bir sonraki nesilde kalıtsal yüklülüğünden dolayı tekrarlandığı zaman başlama yaşının daha erken olduğu gözlenmiştir.

Kesebir ve ark. (2012)'nin yaptığı çalışmada İUB geç başlangıçlı hastaların oranı %13.4 olarak belirlenmiştir. Hastalığın başlangıç yaşı ilerledikçe manik dönem daha az görülürken depresif dönem daha sık görülmektedir. Geç başlangıçlı hastaların

geçirdikleri mani ve depresyon dönemleri bilişsel bozulma ve inatçı belirtilerden dolayı sıklıkla hastaneye yatacak şiddettedir (30).

Yapılan çalışmalar sonucunda mani için başlangıç yaşı erkeklerde ortalama 24.4, kadınlarda 24.8 bulunarak başlangıç yaşı ile cinsiyetler arasında önemli bir farkın olmadığı belirlenmiştir (31).

2.3.2. Cinsiyet

İUB hastalığının sıklık oranı erkeklerde 9-15/100.000, kadınlarda 7.4-30/100.000'dir. İUB-I her iki cinste eşit oranda görülmesine rağmen, İUB-II kadınlarda erkeklere oranla daha çok görülür (9,31).

İUB tüm alt gruplarla birlikte, kadın ve erkeklerde eşit sıklıkla görülürken, hastalığın seyri açısından belirgin farklılıklar vardır (32). Depresif belirtileri geliştirme riskinin yüksek olması ve biyolojik etkenlerden dolayı hızlı döngülülük, depresif dönem ve depresyon nedeniyle hastaneye yatış kadınlarda erkeklere oranla daha fazla görülmesine neden olmaktadır. Hızlı döngülülük, İUB %5-15'ini kapsamakta ve %70-90'ı kadınlarda ortaya çıkmaktadır (27). İUB olan kadınların ilk dönemlerinin %65.3'ünün depresif ve %8.2'sinin manik dönem olduğu bulunmuştur (1). İUB erkeklere oranla kadınlarda, hipotiroidi, migren ve obezite gibi eştanılar daha sık görülür (33).

Erkek hastalarda ise depresyona oranla manik atak nedeniyle hastaneye yatmaları daha fazladır (34). Hayat boyu madde kullanım sıklığı da kadınlara oranla erkeklerde daha fazladır (32).

Gündüz ve ark. (2012)'ı İUB olan kadınların %75'inde, erkeklerin %67'sinde olmak üzere genellikle depresyonla başlamakla birlikte ilk geçirilen dönemi mani olanların depresyon olanlara göre hastalık boyunca manide kalma süresi daha fazla iken ilk geçirilen dönemi depresyon olanların mani olanlara göre hastalık boyunca depresyonda kalma süresi daha fazladır (32).

İUB hastalığı olan kadınlarda; alevlenme ve yinelenmeler yönünden adet dönemleri, adetten kesilme, gebelik ve postpartum önemli risk faktörüdür (35). Kadın hastaların %30-50'si postpartum dönemde hastalık yaşamaktadır (5).

2.3.3. Medeni Durum

Hiç yakın ilişkisi olmayan, evlenmemiş, boşanmış ve dul kalmış hastalardaki hastalık evli olan hastalara göre daha yüksek oranda gözlenmektedir (26). İUB olan hastalarda evli olma oranı, sağlıklı olanlara göre düşük ve çocuk sayıları daha azdır. Kadınlarda

erkeklerle göre evli olma oranları daha yüksektir. Evli olan kadınlar, evli olmayanlara göre daha az sayıda depresif atak geçirip depresyon şiddeti daha düşüktür. Erkeklerde evli olmayanlarda başlangıç yaşı daha düşüktür. Hastalığın uyumsuzluk özellikleri evliliği etkilemektedir (33).

İUB sahip hastaların evlilikte tercih edilmeme nedenleri; artmış sorumluluk duygusu, stresli bir yaşam, maddi sorunlar, damgalanma ve güvenlikle ilgili endişelerdir. İUB olan hasta ve eşi olumsuz etkenler ve hastalığın genetik riskinden dolayı çocuk sahibi olmayı daha az isterler (31).

2.3.4. Sosyo-ekonomik Durum ve Eğitim Düzeyi

İUB kültürel ve etnik gruplar arasındaki yaygınlığı açısından ve eğitim, meslek sebebiyle farklılık göstermez (27). Bu da hastalığın çevresel faktörlerden bağımsız olduğu sonucuna varılmaktadır (26). Yaşanılan çevre hastalığın yaygınlığı ve gidişi ile ilişkili olup yerleşim yeri yinelenmenin belirleyicilerindendir (31). Hastalık kentsel alanda kırsal alana göre daha fazla görüldüğü belirlenmiştir (25). Ülkemizde İUB hastalıkla sosyal sınıf arasında ilişki olmamakla birlikte sosyoekonomik gelir düzeyi yüksek olanlarda hastalık daha çok görüldüğüne dair araştırmalar mevcuttur (9,26).

2.4. İUB Nedenleri

İUB'un nedeni olan biyolojik olarak kalıtsal, biyokimyasal, nöroendokrin etkenler, hastalık öncesi kişilik ve psikososyal etkenler birbirlerini etkileyerek hastalığın ortaya çıkmasına zemin oluştururlar.

Başlangıçta psikososyal olaylar bozukluğun ortaya çıkmasında belirleyici olarak gözlemlense de biyolojik etkenler daha büyük rol oynadığından psikososyal etkenler olmadan da hastalığın kendiliğinden ortaya çıkabildiği görülmüştür (26,27).

2.4.1. Genetik

İUB'ta genetik bir geçişin önemini aile, ikiz ve evlat edinme çalışmaları ile belirlenmeye çalışılmıştır (26). İUB olanların yakınlarında özellikler birinci derece akrabalarında duygudurum bozukluklarının görülme sıklığı diğer insanlara göre 4-6 kat daha yüksektir (1). Hastaların yakınlarında eş hastalanma oranı birinci derece akrabalarında %5-10, ikinci derece akrabalarında %5, kuzenlerde %3.5'tir (6). Hastaların çocuklarında hastalanma riski %13 olarak bulunmuştur (27). Hastaların %80'nin ailesinde duygudurum bozukluğu saptanmıştır. Anne veya babasının herhangi

birinde hastalık varsa çocuğun duygudurum bozukluğu olma olasılığı %25 iken ikisinde de hastalık varsa çocuğun duygudurum bozukluğu olma olasılığı %50-75'tir (36).

Genetik olarak aynı özellikleri taşıyan tek yumurta ikizlerinde İUB hastalığına yatkınlık genleri ile ilişkili bir fenotip yelpazesi vardır (37). Tek yumurta ikizlerinde %40-70, çift yumurta ikizlerinde %10-20 oranında birlikte hastalanırlar (36).

Biyolojik anne babasında duygudurum bozukluğu olan çocuklar sağlıklı anne babaya evlatlık verildiğinde İUB görülme oranı normalden yüksekken, biyolojik anne babasında hastalık olmayan çocuklar, İUB olan anne babaya evlatlık verildiğinde hastalık riski artmaz (37,38).

2.4.2. Biyokimyasal Etkenler

Norepinefrin, serotonin, dopamine ile asetil kolin beyin sapından salgılanarak bütün beyin fonksiyonlarını kontrol eden nörotransmitterlerdir. İUB hastalarda; kan, idrar ve beyin omurilik sıvısı ile yapılan araştırmalarda norepinefrinden oluşan 3-metoksi 4-hidroksifenilglükol (MHPG), serotonininden oluşan 5-hidroksi-indol-asetik-asid (5-OH-IAA) ve dopaminden oluşan homovanilikasit (HVA) gibi biyolojik amin metabolitlerde anormallik kaydedilerek düzeyleri değişmektedir (8,9).

Norepinefrin hücre gövdelerinin hemen tamamı beyin sapındaki locus ceruleus'ta yer alarak beyin korteksi, limbik dizge, bazal ganglionlar, hipotalamusun ve talamus bölgelerine uzantılarını iletirler (9). Norepinefrin deposu olan locus coeruleus substantia nigra üzerinde inhibitor etki ortadan kalkınca dopaminerjik aktivite artmasıyla mani veya hiperaktivite ortaya çıkar. Lityum tedavisiyle beyin omurilik sıvısı ve idrar norepinefrin düzeylerini anlamlı ölçüde azaldığı belirlenmiştir (26).

Beyindeki serotonerjik nöronlar uzantılarını dorsal rafe çekirdeklerinden serebral korteks, hipotalamus, talamus bazal ganglionlar, septum ve hipokampus'a yayılırlar. Serotonin libidonun düzenlenmesi, uyku-uyanıklık, yeme isteği, beden ısısı, saldırgan davranışların kısıtlanması gibi işlevleri düzenler. Serotonin beyindeki ana yıkım ürünü olan 5-hidroksi-indol-asetik asid düzeylerinin beyin omurilik sıvısında düşük bulunması nedeniyle, çökkünlüklerde serotonerjik etkinlikte bir azalma olabileceği öne sürülmüştür. Serotonin öncüsü olan L-triptofan yüksek dozlarda verildiğinde maniye neden olmaktadır (9).

Dopamin aktivitesinin depresyon döneminde azaldığı manide ise arttığı savunulmaktadır. Dopamini arttıran ve uyaran ajanlar olan L-dopa, bromokriptin ve amfetamin mani oluşumunu tetikler.

2.4.3. Nöroendokrin Etmenler

Nöroendokrin eksenlerin düzeninde hipotalamus merkez olup biyojenik nörotransmitterleri kullanan çok sayıda nöronal girdi alır. İUB olan hastalarda nöroendokrin düzensizlikler olmaktadır (8).

Melatonin nokturnal supresyonunun düşüklüğü, triptofan verilmesine prolaktin salınımının azalması, folikül stimulan hormon ve luteinizan hormonun bazal düzeylerinin azalmasıyla erkeklerde testosteron seviyesinin düşüklüğü, kortizol salınımının sirkadiyan ritmindeki bozulmalar nöroendokrin düzensizlikler olup depresyonda görülen başlıca değişikliklerdir (8,23,26).

Hipertiroidide duygulanım kamçılanması ve hipotirodide çökkünlük durumlarının sık görülmesi, kadınlarda adetten önce aşırı duyarlılığın olması ve doğum sonrası dönemde önemli ruhsal bozuklukların ortaya çıkması gibi durumlar nöroendokrinin ruhsal bozuklukların nedeninde incelenme alanlarından biridir (9).

2.4.3. Görüntüleme Çalışmaları

İUB olan hastaların beyin görüntüleme çalışmalarında mani ve çökkünlükte beyin ayrı bölgelerinin rolü olduğu bilinmekle birlikte dorsalateral prefrontal korteks, ön singulat, amigdala, üst temporal girus ve korpus kallosum gibi beyin özellikle duygudurum ve bilişlerle ilgili bölgelerinde yapısal ve işlevsel anormalliklerin olduğu göstermiştir (9).

İUB hastaların ventriküllerin çevresinde, beyaz cevherde ve subkortikal bölgede gri cevherde hiperintens lezyonlar bulunduğu bilinmektedir. Bu lezyonlar, duygudurumu düzenleyen beyin farklı bölgeler arasındaki bağlantıları bozduğu savunulmaktadır (9).

2.4.4. Nörofizyolojik Çalışmaları

İUB hastalarda uykusuz kalmanın taşkınlık nöbetini tetikleyebilmesi, depresyon dönemlerinde uyku yoksunluğu ile iyileşmenin görülmesi, mevsimsel özellikler, döngüsel olması ve biyolojik beden saatini düzenleyen melatonindeki değişikliklerle duygudurum arasında ilişki kurulmaktadır (9).

2.4.5. Psikosoyal Etkenler

Psikosoyal çevresel olaylar hastalığın ortaya çıkmasına neden olmakla birlikte dönemlerin zamanlaması, gidişi üzerinde etkilidir. Hastaların %47'sinde stresli bir yaşam olayı hastalık döneminin başlangıcında etkili olmuştur. Daha sonraki dönemlerde stresli yaşam olayları daha az eşlik eder.

Biyolojik temellere eklenen stresli yaşam olayları ise; kayıp ve yas olaylar, önemli ekonomik sorunlar, aile bunalımları, evlilik, boşanma, uyku uyanıklılık döngüsünde bozulmalar, ilaç uyumunda bozukluk, iş yaşamındaki çatışmalar ve doyumsuzluk, ikamet değişikliği, emeklilik, beden sağlığının bozulması, benliği inciten durumlardır.

2.4.6. Kişilik Özellikleri

Kişilik özellikleri ile duygudurum bozuklukları arasında; mizacı hastalığın bir tipi olarak kabul edenler ile mizacın veya kişilik özelliklerinin duygudurum bozukluklarının gelişmesinde risk etkeni olduğunu savunanlar mevcuttur (39). İç dönlük, endişe, bağımlılık ve kişiler arası duyarlılık gibi bazı kişilik özellikleri de hastalık risk faktörlerini oluşturmaktadır.

2.5. Duygudurum Atakları

2.5.1. Majör Depresif Atak DSM-IV-TR Tanı Ölçütleri

A. İki haftalık bir dönem sırasında, daha önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olması ile birlikte aşağıdaki semptomlardan beşinin (ya da daha fazlasının) bulunmuş olması; semptomlardan en az birinin ya (1) depresif duygudurum ya da (2) ilgi kaybı ya da artık zevk alamama, olması gerekir.

(1) Ya hastanın kendisinin bildirmesi (örn. kendisini üzgün ya da boşlukta hisseder) ya da başkalarının gözlemesi (örn. ağlamaklı bir görünümü vardır) ile belirli, hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren depresif duygudurum.

(2) Hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren, tüm etkinliklere karşı ya da bu etkinliklerin çoğuna karşı ilgide belirgin azalma ya da artık bunlardan eskisi gibi zevk alamıyor olma (ya hastanın kendisinin bildirmesi ya da başkalarınca gözleniyor olması ile belirlendiği üzere)

(3) Perhizde değilken önemli ölçüde kilo kaybetme ya da kilo alımının olması (örn. ayda vücut kilosunun %5'inden fazla olmak üzere) ya da hemen her gün iştahın azalmış ya da artmış olması.

(4) Hemen her gün insomnia (uykusuzluk) ya da hipersomninin (aşırı uyku) olması

(5) Hemen her gün, psikomotor ajitasyon ya da retardasyonun olması (sadece huzursuzluk ya da ağırlaştığı duygularının olduğunun bildirilmesi yeterli değildir, bunların başkalarınca gözleniyor olması gerekir)

(6) Hemen her gün, yorgunluk-bitkinlik ya da enerji kaybının olması

(7) Hemen her gün, değersizlik, aşırı ya da uygun olmayan suçluluk duygularının (hezeyan düzeyinde olabilir) olması (sadece hasta olmaktan ötürü kendini kınama ya da suçluluk duyma olarak değil)

(8) Hemen her gün, düşünme ya da düşüncelerini belirli bir konu üzerine yoğunlaştırma yetisinde azalma ya da kararsızlık (ya hastanın kendisi söyler ya da başkaları bunu gözlemiştir)

(9) Yineleyen ölüm düşünceleri (sadece ölmekten korkma olarak değil), özgül bir tasarı kurmaksızın yineleyen intihar etme düşünceleri, intihar girişimi ya da intihar etme üzere özgül bir tasarının olması

B. Bu semptomlar bir Mikst Atak tanı ölçütlerini karşılamamaktadır.

C. Bu semptomlar klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.

D. Bu semptomlar bir madde kullanımının (örn. kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel bir tıbbi durumun (örn. hipotiroidizm) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

E. Bu semptomlar Yas'la daha iyi açıklanamaz, yani sevilen birinin yitirilmesinden sonra bu semptomlar 2 aydan daha uzun sürer ya da bu semptomlar, belirgin bir işlevsel bozulma, değersizlik düşünceleriyle hastalık düzeyinde uğraşıp durma, intihar düşünceleri, psikotik semptomlar ya da psikomotor retardasyonla belirlidir (24).

2.5.2. Manik Atak DSM-IV-TR Tanı Ölçütleri

A. En az 1 hafta (hastaneye yatırılmayı gerektiriyorsa herhangi bir süre) süren, olağandışı ve sürekli, kabarmış, taşkın ya da irritabl, ayrı bir duygudurum döneminin olması.

B. Duygudurum bozukluğu dönemi sırasında aşağıdaki semptomlardan üçü (ya da daha fazlası) (duygudurum irritabl ise dördü) belirgin olarak bulunur:

(1) Benlik saygısında abartılı artma ve grandiyösite

(2) Uyku gereksiniminde azalma (örn. sadece 3 saatlik bir uykudan sonra kendini dinlenmiş hisseder)

(3) Her zamankinden daha konuşkan olma ya da konuşmaya tutma

(4) Fikir uçuşmaları ya da düşüncelerin sanki yaşıyor gibi birbirlerinin peşi sıra gelmesi yaşantısı

(5) Distraktibilite (dikkat dağınıklığı) (yani, dikkat, önemsiz ya da ilgisiz bir dış uyarana kolaylıkla çekilebilir)

(6) Amaca yönelik etkinlikte artma (toplumsal yönden, işte ya da okulda, cinsel açıdan) ya da psikomotor ajitasyon

(7) Kötü sonuçlar doğurma olasılığı yüksek, zevk veren etkinliklere aşırı katılma (örn. elindeki bütün parayı alışverişe yatırma, düşüncesizce cinsel girişimlerde bulunma ya da aptalca iş yatırımları yapma)

C. Bu semptomlar bir Mikst Atak tanı ölçütlerini karşılamamaktadır.

D. Bu duygudurum bozukluğu, mesleki işlevsellikte, olağan toplumsal etkinliklerde ya da başkalarıyla olan ilişkilerde belirgin bir bozulmaya yol açacak ya da kendisine ya da başkalarına zarar vermesini önlemek için hastaneye yatırmayı gerektirecek denli ağırdır ya da psikotik özellikler gösterir.

E. Bu semptomlar bir madde kullanımının (örn. kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç ya da diğer bir tedavi yöntemi) ya da genel bir tıbbi durumun (örn. hipertiroidizm) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir (24).

2.5.3. Mikst Atak DSM-IV-TR Tanı Ölçütleri

A. En az 1 haftalık dönem boyunca hemen her gün, hem bir Manik Atak hem bir Majör Depresif Atak için tanı ölçütleri (süre dışında) karşılanmıştır.

B. Bu duygudurum bozukluğu, mesleki işlevsellikte, olağan toplumsal etkinliklerde ya da başkalarıyla olan ilişkilerde belirgin bir bozulmaya yol açacak ya da kendisine ya da başkalarına zarar vermesini önlemek için hastaneye yatırmayı gerektirecek denli ağırdır ya da psikotik özellikler gösterir.

E. Bu semptomlar bir madde kullanımının (örn. kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç ya da diğer bir tedavi yöntemi) ya da genel bir tıbbi durumun (örn. hipertiroidizm) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir (24).

2.5.4. Hipomanik Atak DSM-IV-TR Tanı Ölçütleri

A. Olağan, depresif olmayan duygudurumdan açıkça farklı, en az 4 gün, günboyu süren, sürekli, kabarmış, taşkın ya da iritabl ayrı bir duygudurum döneminin olması.

B. Duygudurum bozukluğu dönemi sırasında aşağıdaki semptomlardan üçü (ya da daha fazlası) (duygudurum iritabl ise dördü) belirgin olarak bulunur:

(1) Benlik saygısında abartılı artma ya da grandiosite

(2) Uyku gereksiniminde azalma(örn. sadece 3 saatlik bir uykudan sonra kendini dinlenmiş hissedir)

(3) Her zamankinden daha konuşkan olma ya da konuşmaya tutma

(4) Fikir uçuşmaları ya da düşüncelerin sanki yaşıyor gibi birbirlerinin peşisıra gelmesi yaşantısı

(5) Distraktibilite (dikkat dağınıklığı) (yani, dikkat, önemsiz ya da ilgisiz bir dış uyarana kolaylıkla çekilebilir)

(6) Amaca yönelik etkinlikte artma (toplumsal yönden, işte ya da okulda, cinsel açıdan) ya da psikomotor ajitasyon

(7) Kötü sonuçlar doğurma olasılığı yüksek, zevk veren etkinliklere aşırı katılma (örn. elindeki bütün parayı alışverişe yatırma, düşüncesizce cinsel girişimlerde bulunma ya da aptalca iş yatırımları yapma)

C. Bu atak sırasında, kişinin semptomatik olmadığı zamanlardakinden çok farklı olarak işlevsellikte belirgin bir değişiklik olur.

D. Duygudurum bozukluğu ve işlevsellikteki değişiklik başkalarınca da gözlenebilir bir düzeydedir.

E. Bu atak, toplumsal ya da mesleki işlevsellikte belirgin bir bozulmaya yol açacak ya da hastaneye yatırmayı gerektirecek denli ağır değildir ya da psikotik özellik göstermez.

F. Bu semptomlar bir madde kullanımının (örn. kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç ya da diğer bir tedavi yöntemi) ya da genel bir tıbbi durumun (örn. hipertiroidizm) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir (24).

2.6. İUB için DSM-IV-TR Tanı Ölçütleri

2.6.1. İki Uçlu I Bozukluğu, Tek Manik Atak

A. Tek bir Manik Atığın varlığı ve geçmişte Majör Depresif Atakların olmaması.

B. Manik Atak, Şizoaffektif Bozuklukla daha iyi açıklanamaz ve Şizofreni, Şizofreniform Bozukluk, Hezeyanlı Bozukluk ya da Başka Türlü Adlandırılmayan Psikotik Bozukluk üzerine binmiş değildir.

Varsa belirtiniz:

Mikst: Semptomlar Mikst Atak için tanı ölçütlerini karşılıyorsa

Manik, Mikst ya da Majör Depresif Atak için tanı ölçütleri o sırada tam karşılanıyorsa, o sıradaki klinik durumu ve/ya da özelliklerini belirtiniz:

Hafif/Orta Derecede/Psikotik Özellikleri Olmayan Ağır/ Psikotik Özellikleri Olan Ağır

Katatonik Özellikler Gösteren

Postpartum Başlangıçlı

Manik, Mikst ya da Majör Depresif Atak için tanı ölçütleri o sırada tam karşılanmıyorsa, İki Uçlu I Bozukluğunun o sıradaki klinik durumu ya da en son özelliklerini belirtiniz:

Kısmi Remisyonda, Tam Remisyonda
Katatonik Özellikler Gösteren
Postpartum Başlangıçlı (24).

2.6.2. İki Uçlu I Bozukluğu, En Son Atak Hipomanik

- A. O sırada (ya da son zamanlarda) bir Hipomanik Ataktadır.
B. Daha önceden, en az bir Manik Atak ya da Mikst Atak geçirilmiştir.
C. Duygudurum semptomların klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarda bozukluğa neden olur.
D. A ve B Tanı Ölçütlerindeki duygudurum atakları Şizoaffektif Bozuklukla daha iyi açıklanamaz ve Şizofreni, Şizofreniform Bozukluk, Hezeyanlı Bozukluk ya da Başka Türlü Adlandırılmayan Psikotik Bozukluk üzerine binmiş değildir.

Belirtiniz:

Boylamsal Gidiş Belirleyicileri (Ataklar Arasında Düzelme Olan ve Olmayan)
Mevsimsel Yapı Gösteren
Hızlı Döngülü (24).

2.6.3. İki Uçlu I Bozukluğu, En Son Atak Manik

- A. O sırada (ya da son zamanlarda) bir Manik Ataktadır.
B. Daha önceden, en az bir Majör Depresif Atak, Manik Atak ya da Mikst Atak geçirilmiştir.
C. A ve B Tanı Ölçütlerindeki duygudurum atakları Şizoaffektif Bozuklukla daha iyi açıklanamaz ve Şizofreni, Şizofreniform Bozukluk, Hezeyanlı Bozukluk ya da Başka Türlü Adlandırılmayan Psikotik Bozukluk üzerine binmiş değildir.

Manik Atak için tanı ölçütleri o sırada tam karşılanıyorsa, o sıradaki klinik durumu ve/ya da özelliklerini belirtiniz:

Hafif/Orta Derecede/Psikotik Özellikleri Olmayan Ağır/ Psikotik Özellikleri Olan Ağır
Katatonik Özellikler Gösteren
Postpartum Başlangıçlı

Manik Atak için tanı ölçütleri o sırada tam karşılanmıyorsa, İki Uçlu I Bozukluğunun o sıradaki klinik durumu ya da en son özelliklerini belirtiniz:

Kısmi Remisyonda, Tam Remisyonda

Katatonik Özellikler Gösteren

Postpartum Başlangıçlı

Belirtiniz:

Boylamsal Gidiş Belirleyicileri (Ataklar Arasında Düzelmeye Olan ve Olmayan)

Mevsimsel Yapı Gösteren

Hızlı Döngülü (24).

2.6.4. İki Uçlu I Bozukluğu En Son Atak Mikst

A. O sırada (ya da son zamanlarda) bir Mikst Ataktadır.

B. Daha önceden, en az bir Majör Depresif Atak, Manik Atak ya da Mikst Atak geçirilmiştir.

C. A ve B Tanı Ölçütlerindeki duygudurum atakları Şizoaftaktif Bozuklukla daha iyi açıklanamaz ve Şizofreni, Şizofreniform Bozukluk, Hezeyanlı Bozukluk ya da Başka Türü Adlandırılmayan Psikotik Bozukluk üzerine binmiş değildir.

Mikst Atak için tanı ölçütleri o sırada tam karşılanıyorsa, o sıradaki klinik durumu ve/ya da özelliklerini belirtiniz:

Hafif/Orta Derecede/Psikotik Özellikleri Olmayan Ağır/ Psikotik Özellikleri Olan Ağır

Katatonik Özellikler Gösteren

Postpartum Başlangıçlı

Mikst Atak için tanı ölçütleri o sırada tam karşılanmıyorsa, İki Uçlu I Bozukluğunun o sıradaki klinik durumu ya da en son özelliklerini belirtiniz:

Kısmi Remisyonda, Tam Remisyonda

Katatonik Özellikler Gösteren

Postpartum Başlangıçlı

Belirtiniz:

Boylamsal Gidiş Belirleyicileri (Ataklar Arasında Düzelmeye Olan ve Olmayan)

Mevsimsel Yapı Gösteren

Hızlı Döngülü (24).

2.6.5. İki Uçlu I Bozukluğu, En Son Atak Depresif

A. O sırada (ya da son zamanlarda) bir Majör Depresif Ataktadır.

B. Daha önceden, en az bir Manik Atak ya da Mikst Atak geçirilmiştir.

C. A ve B Tanı Ölçütlerindeki duygudurum atakları Şizoaffektif Bozuklukla daha iyi açıklanamaz ve Şizofreni, Şizofreniform Bozukluk, Hezeyanlı Bozukluk ya da Başka Türü Adlandırılmayan Psikotik Bozukluk üzerine binmiş değildir.

Majör Depresif Atak için tanı ölçütleri o sırada tam karşılanıyorsa, o sıradaki klinik durumu ve/ya da özelliklerini belirtiniz:

Hafif/Orta Derecede/Psikotik Özellikleri Olmayan Ağır/ Psikotik Özellikleri Olan Ağır

Kronik

Katatonik Özellikler Gösteren

Melankolik Özellikler Gösteren

Atipik Özellikler Gösteren

Postpartum Başlangıçlı

Majör Depresif Atak için tanı ölçütleri o sırada tam karşılanmıyorsa, İki Uçlu I Bozukluğunun o sıradaki klinik durumu ya da en son Majör Depresif Atığın özelliklerini belirtiniz:

Kısmi Remisyonda, Tam Remisyonda

Kronik

Katatonik Özellikler Gösteren

Melankolik Özellikler Gösteren

Atipik Özellikler Gösteren

Postpartum Başlangıçlı

Belirtiniz:

Boylamsal Gidiş Belirleyicileri (Ataklar Arasında Düzelmeye Olan ve Olmayan)

Mevsimsel Yapı Gösteren

Hızlı Döngülü (24).

2.6.6. İki Uçlu I Bozukluğu, En Son Atak Belirlenmemiş

A. O sırada (ya da son zamanlarda) bir Manik bir Hipomanik bir Mikst ya da bir Majör Depresif Atığın tanı ölçütleri, süre dışında karşılanmaktadır.

B. Daha önceden, en az bir Manik Atak ya da Mikst Atak geçirilmiştir.

C. Duygudurum semptomların klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarda bozukluğa neden olur.

D. A ve B Tanı Ölçütlerindeki duygudurum semptomları Şizoaffektif Bozuklukla daha iyi açıklanamaz ve Şizofreni, Şizofreniform Bozukluk, Hezeyanlı Bozukluk ya da Başka Türü Adlandırılmayan Psikotik Bozukluk üzerine binmemiştir.

E. A ve B Tanı Ölçütlerindeki duygudurum semptomları bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç ya da diğer bir tedavi yöntemi) ya da genel bir tıbbi durumun (örn. hipertiroidizm) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

Belirtiniz:

Boylamsal Gidiş Belirleyicileri (Ataklar Arasında Düzelmeye Olan ve Olmayan)
Mevsimsel Yapı Gösteren
Hızlı Döngülü (24).

2.6.7. İki Uçlu II Bozukluğu (Hipomanik Ataklarla Giden Rekürren Majör Depresif Ataklar)

A. Bir ya da birden fazla Majör Depresif Atığın varlığı (yada öyküsünün alınması).

B. En az bir Hipomanik Atığın varlığı (yada öyküsünün alınması).

C. Hiçbir zaman bir Manik Atak ya da bir Mikst Atak geçirilmemiştir.

D. A ve B Tanı Ölçütlerindeki duygudurum semptomları Şizoaffektif Bozuklukla daha iyi açıklanamaz ve Şizofreni, Şizofreniform Bozukluk, Hezeyanlı Bozukluk ya da Başka Türü Adlandırılmayan Psikotik Bozukluk üzerine binmiş değildir.

E. Duygudurum semptomların klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da işlevselliğin önemli alanlarında bozulmaya neden olur.

O sıradaki ya da en son atağı belirtiniz:

Hipomanik: O sırada (ya da son zamanlarda) bir Hipomanik Atakta ise

Depresif: O sırada (ya da son zamanlarda) bir Majör Depresif Atakta ise

Majör Depresif Atak için tanı ölçütleri o sırada tam karşılanıyorsa, o sıradaki klinik durumu ve/ya da özelliklerini belirtiniz:

Hafif/Orta Derecede/Psikotik Özellikleri Olmayan Ağır/Psikotik Özellikleri Olan Ağır

Kronik

Katatolik Özellikleri Gösteren

Melankolik Özellikleri Gösteren

Atipik Özellikler Gösteren

Postpartum Başlangıçlı

Hipomanik ya da Majör Depresif Atak için tanı ölçütleri o sırada tam karşılanmıyorsa, İki Uçlu II Bozukluğunun klinik durumunu ve/ya da en son Majör Depresif Atakın özelliklerini (ancak en son duygudurum atağının tipi bu ise) belirtiniz:

Kısmi Remisyonda, Tam Remisyonda

Kronik

Katatonik Özellikler Gösteren

Melankolik Özellikler Gösteren

Atipik Özellikler Gösteren

Postpartum Başlangıçlı

Belirtiniz:

Boylamsal Gidiş Belirleyicileri (Ataklar Arasında Düzelmeye Olan ve Olmayan)

Mevsimsel Yapı Gösteren

Hızlı Döngülü

Boylamsal Gidiş Belirleyicileri (Ataklar Arasında Düzelmeye Olan ve Olmayan)

Mevsimsel Yapı Gösteren

Hızlı Döngülü (24).

2.6.8. Siklotimik Bozukluk

A. En az 2 yıl süreli olarak Hipomanik semptomlarla giden birçok dönemin ve Majör Depresif Atakın tanı ölçütlerini karşılamayan depresif semptomlarla giden birçok dönemin bulunması.

B. Yukarıda sözü edilen 2 yıllık dönem boyunca kişi A Tanı Ölçütlerinde sıralanan semptomların bulunmadığı, bir seferde 2 aydan daha uzun süren bir dönem geçirmemiştir.

C. Bu bozukluğun ilk 2 yılı boyunca Majör Depresif Atak, Manik Atak ya da Mikst Atak geçirilmemiştir.

D. A Tanı Ölçütlerindeki semptomlar Şizofreni, Şizofreniform Bozukluk, Hezeyanlı Bozukluk ya da Başka Türlü Adlandırılmayan Psikotik Bozukluk üzerine binmiş değildir.

E. Bu semptomlar bir madde kullanımının (örn. kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel bir tıbbi durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

F. Bu semptomlar klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da işlevselliğin önemli alanlarında bozulmaya neden olur (24).

2.6.9. Başka Türlü Adlandırılmayan İUB

Başka türlü adlandırılmayan İUB kategorisi, herhangi özgül bir İUB tanı ölçütlerini karşılamayan, iki uçlu özellikler gösteren bozuklukları kapsar. Örnekleri arasında şunlar vardır.

1. Bir Manik atağın ya da bir Majör Depresif atağın semptom eşiği tanı ölçütlerini karşılayan ancak geçmesi gereken en az süre tanı ölçütünü karşılamayan manik semptomlarla depresif semptomlar arasında çok hızlı değişme (günler içinde) olması
2. Arada depresif semptomlar olmadan rekürren Hipomanik Ataklar
3. Hezeyanlı Bozukluk, rezidüel Şizofreni ya da Başka Türlü Adlandırılmayan Psikotik bozukluk üzerine binmiş bir Manik ya da Mikst Atak
4. Kronik depresif semptomlar yanı sıra, çok düşük sıklıkla olduğu için Siklotimik Bozukluk tanısı koydurmaya yetmeyen Hipomanik Ataklar
5. Klinisyenin bir İUB olduğu sonucuna vardığı ancak bunun primer mi, genel tıbbi bir duruma mı bağlı olduğunu ya da madde kullanımının mı buna yol açtığını belirleyemediği durumlar (24).

2.7. İUB Tedavisi

İUB hastalığının yineleyici özelliğinden dolayı her atakla ağırlaşarak devam eden yeti yitimi gibi sonuçlardan dolayı koruyucu tedavi bir gerekliliktir. Eroğlu ve ark. (2014)'ı hastaların koruyucu tedavi düzenli bir şekilde yürütüldüğünde dönem sıklığı, hastalıkla geçirilen sürelerde anlamlı bir azalma olduğunu belirlemiştir (23). İUB'ta koruyucu tedavi ile hastalığın ve bir hastadaki belirtilerin düzelmesi başarısının oranı %70-80'dir (9). Hastaların çoğunda koruyucu tedaviye akut döneminde etkili olan ilaçla devam edilir (40).

Koruyucu tedavi biçimini belirlerken; hastanın yaşı ve bedensel durumu, hastalığını süresi, geçirilmiş atakların sayısı ve niteliği, döngü sıklığı, ani başlangıçlı olup olmadığı, mevsimselliği, eşlik eden bedensel hastalıklar ve bunlar için kullanılan ilaçlar, daha önce koruyucu tedavi uygulanıp uygulanmadığı, koruma tedavisine verdiği yanıtlar, yineleme özellikleri, ailede İUB öyküsü ve tedavi yanıtları, hastanın ve ailenin işbirliği potansiyeli, hastanın yaşam koşulları saptanarak planlanmalıdır (41).

2.7.1 Farmakoterapi

Duygudurum Düzenleyiciler

Duygudurum düzenleyiciler; herhangi bir duygu durum döneminin sıklık ve şiddetini azaltarak bunun yanında diğer uç dönemin sıklık ve şiddetinde kötüleşme yaratmayıp bu uca kaymayı engelleyen ajandır. Mani, hipomani, depresyon ve karma dönemlerde uzun süreli koruyucu tedavide kullanılır (42).

Lityum

İUB hem akut döneminde tedavi edici hem de sürdürüm tedavisi döneminde koruyucu olarak uzun süreli kullanılan ilaçtır. Lityumun etki düzeneklerinden bir tanesi de merkezi sinir sisteminde serotonin salgılanmasını düzenlenmesidir. Çözünürlüğü yüksek olan pek çok iyonun yerine geçip kimyasal süreçlere katılabilen bir alkali metaldir. Karma dönem, hızlı döngülülük, psikotik özelliklerin yoğun gözlenmesi lityuma yanıt olumsuz etkilemektedir (41).

Valproat ve Karbamezapin

Valproat, yağ asidi ve karboksilik asitten oluşan bir antiepileptiktir. Amid ve ester türevleri de asıl molekül gibi antiepileptik aktiviteye sahiptir. Lityuma yanıt vermeyen ya da uyum göstermeyen ve hızlı döngüleri olan hastalarda gerek akut gerekse sürdürüm tedavisinde lityuma alternatif duygudurum düzenleyicileridir (41).

Lamotrijin

1994'ten sonra antiepileptik olarak kullanılan bir feniltiazin türevidir. Herhangi bir duygudurum döneminin ortaya çıkmasını geciktirmede etkilidir.

Antipsikotikler

İUB olan hastalarda %60 oranında hezeyanlar olmak üzere psikotik belirtiler görülür. İUB tedavisinde antipsikotikler, diğer ilaçları destekleyici, güçlendirici olarak veya tedaviye direnç gibi durumlarda kullanılabilir. Bunlar; klozapin, risperidon ve olanzapin'dir (42).

Antidepresanlar

İUB depresif dönem tedavisinde; özkıyım riskini gözeterek hastayı olabilecek en etkili ve hızlı biçimde depresyondan çıkarırken maniğe kayma, döngü hızlanması gibi süreçlere karşı da dikkatli önlemler alınmalıdır (26).

Antidepresanların düşük dozda başlanarak etkili olan en düşük dozun kullanılması ve antidepresan tedavinin uzun sürdürülmemesi önerilir. Antidepresanlar arasında daha çok SSRI'lar tedavi için kullanılır.

2.7.2. Elektro-Konvülsif Terapi (EKT)

İUB tedavisinde en etkili seçeneklerden birisi olup, özkıyım riskinin yüksek, ağır psikotik bulgulu olgularda, ilaçların etkili olmadığı durumlarda ve gebeliği olan hastalarda uygulanmaktadır (42).

2.7.3. Psikososyal Tedaviler

2.7.3.1. Psikoeğitim

Grup ya da bireysel olarak uygulanabilen psikoeğitimin amacı; hasta ve ailelerle sadece hastalık hakkında bilgi vermek değil, aynı zamanda onların streslerini azaltarak işlevsel olmayan düşünce ve inanışları düzeltme, sosyal ve mesleki işbirliğinin, yaşam kalitelerini yükseltme, hastalığı yöneltme becerisinin artması, ilaç tedavisinin devamlılığıyla uyumu artırma, özkıyım riskini azaltma ve başa çıkma yeteneklerini arttırmaktır (43,44). Damgalanmanın aşılması ve farkındalığın geliştirilmesi psikoeğitimin başlangıç basamağıdır.

Ülkemizde kapalı ve geniş aile yapılarının olması ve hastalar genel olarak aileleriyle yaşadığından ailelerinde psikoeğitim alması hastalar için yararlı olabilir (45).

Çuhadar ve Çam (2011) hastaların büyük çoğunluğunun eğitim düzeyinin düşük olmasına rağmen İUB olan hastalara uygulanan psikoeğitim içselleştirilmiş damgalanma düzeyine olumlu etkisi olmuştur (22).

2.7.3.2. Kişilerarası Sosyal Ritimler Terapisi (KASRT)

Kişilerarası ilişki sorunlarını çözmek için bilişsel davranışçı teknikler kullanılarak yapılan terapidir. Sosyal ritim bozulmasına neden olan olaylara, hastalığın daha önce dönemlerine odaklanır (44).

Hastalar dört evreden oluşan terapiyi akut dönemden sonra alırlar. İlk evrede hastanın geçmiş hastalık dönemleri ve kişiler arası ilişkilerinin yapısı, temel sorun alanları incelenir. Hastanın günlük işlerinden, alışkanlıklarına, uyku uyandırıcılık döngüsüne, duygu durumunu izlemek için ‘Sosyal Ritim Ölçümü’ yapılır. İkinci evrede günlük yaşamın düzenlenmesinde, kişiler arası ilişkilerde hastalık dönemleri ile ilişkili sorunlu noktaların çözümü için hasta ve terapist birlikte çalışır. Üçüncü evrede terapistin işaret ettiği noktalarda daha yetkin olarak hastanın daha bağımsız olması amaçlanmıştır. Sonlanma evresinde ise, hastanın işlevselliğinin gelişmesi ile bağımsız yaşama becerisi kazanması, kişilerarası çatışmaların çözümünde farklı yolları denemesi hedeflenir (44).

Kişiler arası sosyal ritimler terapisi alan hastaların sabit sosyal ritim ile daha düşük yineleme gösterdikleri belirlenmiştir (45).

2.7.3.3. Aile Odaklı Terapi (AOT)

Goldstein ve Miklowitz (1997) tarafından geliştirilen ve akut dönemin hemen ardından başlayan terapinin amacı; eş, aile bireyleri ve bakım verenlerin hastalığın belirtileri, uyarıcı işaretleri tanıyıp başa çıkma yöntemleri geliştirmesini, yüksek duygu dışavurumu, stresini, duygusal tepkileri ve çatışmaları üzerinde çalışarak duygularını kontrol etme, çatışma ile karşılaşıldığında kişilerarası iletişimini arttırma, problem çözme ve sorunlarla başa çıkma araştırmaları ile işlevselliği geliştirmektir (44).

3 modülden olmak üzere toplam 21 seans, 9 ay devam eder. İlk modülde hastalığın doğası, belirtileri, gidişi, tedavisini içeren psikoeğitim vardır. Ailelerde başlamakta olan bir nüksün belirtilerini tanıyıp ortaya çıktığında ailece nasıl davranmaları gerektiği ile ilgili plan oluşturup önlem almak için ‘nüks provası’ yapılır. İkinci modülde aile içi duygusal havayı güçlendiren, olumsuz duyguların azaltılması için iletişimi geliştirme alıştırmaları yapılır. Hastalar ve yakınları aktif dinleme için rol oynama, davranış denemeleri, olumlu geri bildirim ve yapısal eleştiriler verme gibi iletişimi güçlendirme çalışmaları yapılır. Son modülde ise hasta, aile, iş ile ilgili sorunlar tanımlanarak beyin fırtınası tekniği ile çözümler üretilmesi ve üretilen çözümlerin olumlu olumsuz yönlerinin değerlendirilmesi, uygun çözüm yollunun seçilmesi ve bir uygulama planı geliştirilir (44).

Hasta yakınları terapi alan grupta hastane yatışının ve yinelenmenin daha az olduğu gözlemlenmiştir. Hasta ve yakınları arasındaki iletişim arttığından hastadaki depresif dönemleri önlediği düşünülür (45).

2.7.3.4. Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT)

İUB olan hastalar manik, hipomanik, depresif dönemlerde bilişsel çarpıtmalar ve atfetmeler gösterir. Hastalara bilişsel olmayan düşüncelerle mücadele etmeyi öğretme ve olaylarla ilgili daha dengeli yorumlar yapabilme yeteneği kazandırmayı amaçlar (44). İUB hastaları için bilişsel terapiler 20-25 seanslık bir programa uygulanarak hastalarda başa çıkma becerilerini geliştirmek, tedavi sürecinde öz-yeterlilik ve sorumluluğu pekiştirmek, psikososyal stres kaynaklarını belirleyerek bunlarla başa çıkmalarını desteklemek, bilişsel ve davranışsal güçlükleriyle ilgili stratejiler geliştirmek, altta yatan

şema ve temel inançları değiştirme, hastalıkla ilgili olumsuz otomatik düşünceler üzerinde çalışır (46).

Lam'ın (1999) İUB uyguladığı terapi Beck tarafından geliştirilen bilişsel terapiden biraz farklı olup, uyku uyanıklılık döngüsünü düzenli tutmak, ritmini düzenlemek, hastalık dönemini tetikleyen durumlardan kaçınmak, erken belirtileri tanıyıp yönetmek ve yinelemeyi engellemek gibi pek çok psikoeğitim unsurunu kapsar. Hastalar bilişsel çarpıtmalarını düzenlemeyi öğrenirler (44).

2.8. İUB Tedavi Uyumu

Yineleyen bir hastalık olan İUB düzenli tedavi ile %60-70 oranında önlenemediğinden tedavi uyumu önemlidir (47). İUB olan hastaların; hastalık özellikleri, cinsiyet, hastanın bireysel tutumu, toplumsal etkilerin, aile üyeleri ve hekimi dahil tüm kişilerin hastadan beklentisi, aile desteğinin yeterli olup olmaması gibi faktörler tedaviye uyumunu değiştirebilir (47).

Hasta ötimik döneminde ilaç kullanılmasına anlam veremediğinden, çaba göstererek düzelebileceği inancı, duygularının bir ilaç tarafından kontrol edildiği düşüncesinden rahatsız olması ve vücut algısını etkileyebilen kilo alımı, saç dökülmesi, uyku gibi ciddi yan etkiler yapan ilacı bilmediği süreyle kullanması tedavi uyumunu güçleştirir (40,44).

Hasta ve hasta yakınları tedaviye etkin katılımıyla tedaviye uyum problemleri saptanarak müdahale edilip tedavi rejiminin basitleştirilmesi tedavi uyumunu arttırmak için gereklidir (40). İUB olan hastalara; doktor, hasta ve yakınları ile birlikte hastalık dönemleri, yaşam olayları, kullandığı ilaçları içeren tedaviye uyumu yükseltmek için yaşam çizelgesi oluşturulmalıdır (9).

Savaş ve ark. (2011)'nın 147 İUB olan hastalarla yaptığı çalışmada hastaların %73.5'i tedaviye uyumlu, %26.5'i tedaviye uyumsuz olarak belirlenmiş. Eğitim düzeyi ve hastalığa karşı içgörüsü yüksek olan tedaviye uyumlu grubun hastanede yatış oranı da düşük bulunmuştur. Tedaviye uyumsuz olan grupta iyileştiğini düşünerek tedaviyi bırakma, tedaviden fayda görmediğini düşünerek ilaç bırakmaya göre daha yüksektir. Tedaviye uyumsuz grupta hastalıkla ilgili yeterli bilgilendirilmediğini düşünme ve tedaviden memnun olmama fazla bulunmuştur (48).

2. 9. Ek Tanı (Komorbidite)

İUB olan hastalarda ektanı kadınlarda daha fazla, hastaların çoğunda Eksen-I ve Eksen-II ektanıları yaygın olduğundan saf İUB hasta bulmak nadirdir. Mc Elroy ve ark. (2001)'ı ektanını %65 olarak belirlemiştir (25).

Eksen-I komorbidite olması; ataklar ve psikotik özelliklerin daha şiddetlenmesine, hastanede daha uzun yatmaya, iyileşme oranının düşmesine, hızlı döngünün artmasına ve mesleki çalışma alanlarının kısıtlanmasına neden olmaktadır (25).

Pini ve ark. yaptıkları çalışmada hastaların %60.8'inin en az bir Eksen-I komorbid bozukluğa sahiptir (26). İUB olan hastalarda DSM-IV ölçütlerine göre obsesif kompulsif, paranoid, histrionik sınır kişilik bozukluklarından en az biri eşlik ederek kişilik bozukluğu %48 oranındadır (49).

McElroy ve ark. (2001)'ı ABD'de 288 hastayı değerlendiklerinde sırasıyla yaşam boyu anksiyete bozukluğunun panik bozukluk (%20), sosyal fobi (%16), özgül fobi (%10), obsesif-kompulsif bozukluk (%9), post-travmatik stres bozukluk (%7) ve yaygın anksiyete bozukluğunun (%3) olduğu bildirilmiştir (50).

İUB hastalarında yaşam boyu anksiyete bozukluğu görülme sıklığı %24 ile %93 arasında değişir (51). McElroy ve ark. (2001)'ı yaşam boyu anksiyete sıklığı İUB-I hastalarında %42 ve İUB-II da ise %45 oranında bulanarak ikisi arasında bir farklılık olmadığı belirtilmiştir (50). Altındağ ve ark. (2006) Şanlıurfa ilinde yaptıkları çalışmada yaşam boyu en az bir anksiyete bozukluğu ek tanı %27.1, çoğul anksiyete ise %10 oranında olduğu bildirilmiştir (52). Tamam ve Özpoyraz (2002) 70 İUB-I tanısı alan ötimik dönemki hastalarda yaşam boyu en az bir anksiyete bozukluğu ektanı %61.4, çoğul anksiyete ise %38.6 oranında olduğunu bildirmiştir (53).

İUB olan hastalarda daha kötü gidiş özellikleri sergileyen bedensel hastalıklardan migren, aşırı şişmanlık, tip II diyabet, kardiyovasküler hastalıklar gibi çok sık görülür (54).

İUB olan hastalar duygusal ve bilişsel belirtileri kendilerince iyileştirmek için alkol ve ilaçları daha fazla kötüye kullandıklarını ve maddeyi kötüye kullanımla daha fazla sayıda dönem geçirmelerini, hastaneye yatış, özkıyım riskinin arttığını, hastalığın erken başlangıçlı ve şiddetli bir seyir gösterdiğini belirlemişlerdir (25).

İUB hastalığına sahip olmak alkol bağımlılığı riskini 6 kat, alkol dışı madde bağımlılığını 8 kat artırmıştır. İUB olan hastaların %45'inde maddeyi kötüye kullanımı olduğu belirlenmiştir (54). İUB hastalığına eşlik eden alkolü kötüye kullanım çalışmalarında; Mc Elroy ve ark. (2001) %38, Pini ve ark. (1989) %33 oranında

olduğunu bulmuşlardır. Brunette ve ark. (2003) hastalarda benzodiazepin bağımlılığı ve kötüye kullanımı %15 olarak belirlemişlerdir (25).

2.10. Özkıyım

İUB'ta uzun dönemde işlevsellikte kayıplar ve yıkımlar görüldüğünden özkıyım oranı 30 kat daha fazla olup, hastaların yaklaşık %25-50'si en az bir kez özkıyım girişiminde bulunur ve %10-15'i bu nedenle yaşamlarını kaybederler (1).

Özkıyım girişiminde bulunan hastalarda beyin omurilik sıvısında serotonin yıkım ürünü olan 5-hidroksi-indol asetik asit (5-HIAA) düzeyinin düştüğü gözlenmiştir. Özellikle şiddet ve saldırganlıkla özkıyım ederek yaşamını yitiren hastaların beyinde serotonin konsantrasyonunda artma olduğu tespit edilmiştir (55).

Özkıyım eğilimi olan hastaların noradrenerjik sistemin düzeninde bozukluklar, frontal kortekste adrenerjik reseptör bağlanmasında önemli artış, lokus seruleusta norepinefrin nöron sayısında azalma ve alfa 2 reseptör sayısında artış olduğudur. Özkıyım eğilimi olan depresif hastaların dopaminerjik sisteminde homovanilik asit (HVA) ve dihidroksi fenil asetik asit (DOPAC) düzeylerinin düşük olduğuna dair bilgiler vardır (56).

Düşük işlevsellik, erkek olma, yaşlı olma, yalnız yaşayan erkek olma, yüksek eğitim, sosyoekonomik düzeye sahip olma, alkolü kötüye kullanma, özkıyım girişiyle ilişkili aile ve hasta öyküsünün olması, hastalığın erken dönemlerindeki genç hastalarda, hızlı döngülü, depresif ve karma dönemlerinin olması özkıyım girişiyle ilişkili klinik özelliklerden olup riski yüksektir (26,56). Tedavi uyumunun olmaması özkıyım için risk faktörü olup yetersiz tedavi gören veya görmeyen İUB hastaların %20'sinde özkıyım girişi görülür (57,58).

İUB olan kadın hastalarda erkeklere oranla özkıyım girişi iki kat daha fazla olduğu halde ölümle sonuçlanan özkıyım oranı erkeklerde daha yüksektir (56,57).

Tunç ve arkadaşlarının araştırmasına göre özkıyım girişi olan hastalarda depresif, siklotimik ve irritabl mizaç özellikleri özkıyım girişi olmayanlara göre daha yüksek olduğu belirlendi (58).

2.11. İUB Olumsuz Sonuçları

İUB olan hastaların çoğunda klinik belirtileri uygun bir biçimde kontrol altına alınıp tedavi yapılsa bile sosyal işlevsellik kaybı, iş sürekliliğinin bozulması ve mesleki işlevsellik kaybı, kişiler arası ilişkilerinde sıkıntı, işlevsellik kaybı ve damgalanma yaşamaktadırlar. Aile içi sosyal ilişkilerde sorunlar, kayıplar, sosyoekonomik

durumdaki olumsuz değişiklikler, ilaç kullanımındaki düzensizlikler duygudurum dalgalanmalarına neden olarak hastalığı tetikleyerek nükseder. Mesleki ve sosyal işlevselliğin bozulması, dürtüsellik, madde kullanımı, riskli davranışlar özkıyım riskinin yüksek olmasından kaynaklı hastaneye yatış oranı da yüksektir. Hastalığın doğası olmakla birlikte hastalığı tetikleyen durumlarda hastanın ve çevresindekilerin yaşamını olumsuz yönde etkiler (1,43).

Tedaviye uyumda, fiziksel ve sosyal işlevlerini yerine getirmede zorlandıklarından hastaneden taburcu olanların yarısı 5 yıl içinde tekrar hastaneye yatırılır. İUB yaşam boyu hastalık sürelerinin %20'si hastanede geçer (23,32).

Atlatılan her atak yeni bir atak geçirme riskini artırırken her atakla birlikte kendine ve çevreye zarar verici davranışlar göstererek hastalığın yıkıcı etkileri ve kayıplar daha da belirginleşir. Aile ve sosyal ilişkilerinde problemler yaşadığından genel topluma oranla boşanma oranı 3 kat daha fazladır (41).

Yatırımlarını bilinçli olarak planlayamadığından, tedavi ve hastane harcamalarının yoğunlaşması, iş gücü kaybı gibi nedenlerle ekonomik sorunlar ortaya çıktığından topluma oranla işsizlik oranı İUB hastalarında 2 kat daha fazladır (26).

Amerika'da yapılan çalışmada; İUB olan hastaların yılda 50 iş günü kaybı, çökkünlüğü olan hastaların yılda 32 iş günü kaybının olduğunu ve İUB olanların iş kaybının daha fazla olduğunu bildirmiştir (19).

Michalak ve ark. (2007)'ı hastalar depresif dönemlerinde genel halsizlik ve enerji azlığı yanında mesleki işlevlerinin azaldığını, çalışma arkadaşlarından uzaklaştıklarını; hipomanik dönemde ise işyerindeki finansal sorumlulukları tehlikeye atarak sıkıntı yaşamalarının, birden çok amacı olan hedefe odaklı görevleri yerine getirmelerinin, üretkenliklerinin ve problem çözme becerilerinin arttığı belirtilmektedir (59).

2.12. Gidiş ve Sonlanım

İUB yenileyici ve yaşam boyu süren hastalık olmasıyla birlikte hızlı döngülülük, hastalık öncesi düşük işlevsellik, şizoaftaktif belirtiler, maddeyi kötüye kullanma ve kişilik bozukluğunun varlığı klinik gidiş, sonlanım ve tedaviye yanıt vermeyi olumsuz etkiler.

Yaşadıkları ilk dönemden itibaren hastaların en önemli endişesi hastalığının klinik gidişinin nasıl olacağı ve iyileşme şansının ne kadar olduğudur. İlk hastalık döneminin erken ve başarılı tedaviyle hastalığın gidişini olumlu yönde etkilediği savunulmaktadır.

Geçmişte yaşanan dönemlerin sıklığı ileride yaşanacak dönemlerin daha fazla olacağı ve olumsuz sonlanım göstermektedir.

Yirmi yıllık izleme sonuçlarına göre tam iyileşme gösteren hastaların oranı yalnızca %24'tür. Tedavi ilaç uyumu iyi olduğunda bile hastalığın 5 yıl içindeki yinelenme oranı %73'tür.

İUB olan hastalar anksiyete ektanisiyle birlikte hastalık dönem sayısı, depresyon dönemlerinin sıklığı, süresi, dönemler arası eşik altı duygudurum belirtilerin sıklığı arttığından hastalığın prognozunun kötüye gittiği belirtilmiştir (51,53).

2.13. İçselleştirilmiş Damgalanma/Damgalanma

2.13.1. Damgalama

Damga; genel anlamda yara, iz delmek anlamına gelir. Ortaçağda suçluluğun göstergesi olarak suçlu kişilerin kızgın demirle dağlanmasından sonra “kara leke” anlamında kullanılmaktadır (11).

Damgalama; kişinin içinde yaşadığı toplumun normal birey ölçütlerinin dışında sayılması nedeniyle, toplumu oluşturan diğer bireyler tarafından kişinin saygınlığını azaltıp küçük düşüren, değersizleştiren, tehlikeli ve ne zaman ne yapacağı bilinmeyen kişiler olarak algılanması, beğenilmeyip toplumun tavır alması ve toplumdan dışlanmasına kadar giden davranışlar bütünüdür (12). Damgalanan kişi toplum tarafından gerçeğe dayanmaksızın adını kötüye çıkaran utanç verici bir özellik yüklendiğinden kendisini utanılacak kişi olarak görür (10,11,60).

İlk kez 1980'li yıllarda damgalanmanın içsel boyutu olan damgalanan kişilerin damgalanmaya ilişkin öznel yaşantıları eşcinsel örneklemelerde çalışılmıştır (15,16).

Tarihsel süreç içerisinde insanları etkileyen hastalıklar olan kanser, tüberküloz, lepra, sifilis, epilepsi ve AIDS gibi hastalıklara yakalanan kişilerde ruhsal bozukluğa sahip kişiler gibi damgalanmışlardır (11). Toplumda bulunan ruhsal hastalar, hastalık stereotiplerinin etkisi, prognozunun daha kötü olması ve bu kişilerin davranışlarının önceden kestirilemeyeceği düşüncesi ile fiziksel hastalığı olan birinden daha fazla olumsuz tutumlar ve sosyal reddedicilik eğilimine maruz kalarak damgalanır (10,61).

Damgalama kavramını ilk kez araştıran ve öncüsü olan Amerikalı sosyolog Goffman damgalamayı “daha az değer verme davranışı, bu etiketi taşıyan insanların daha az istenebilir ve neredeyse insan gibi algılanmaması, derin bir saygınlığın yitimi, belirli bir sosyal etkileşim içinde itibarı sarsıcı yüklemeler” olarak tanımlamıştır (11,12). Goffman (1963), damgaya ilişkin bir tipoloji kurarak üç tür damga olduğunu

belirlemiştir. Bedensel tikslenme/iğrenme; fiziksel görünüme yönelik olumsuz yüklemelerdir. Bireysel karakterin kusurları; kişisel karaktere yönelik olumsuz yüklemelerdir. Kabilesel damga; belirli ırksal, dinsel özelliklere sahip bir topluluğa yönelik olumsuz yüklemelerdir (62).

Corrigan ve ark. (2001)'nın değerlendirmelerine göre damgalama bir kişiyi diğerinden ayıracak şekilde o kişinin gözden düşürülmesi, diğer insanlardan aşağı görülmesi, genel anlamda kötülenmesidir (15,20,63).

Damgalanma; sosyal bilişsel yapının üç ögesini kapsamaktadır. Bunlar birincil olarak ruhsal hastalıklar hakkında, kişilerin sahip olabileceği olumsuz basmakalıp düşünceler veya önyargıya dayalı olumsuz inançlardır. İkincil olarak önyargıya dayalı olumsuz inançların onaylanması sonucunda oluşan olumsuz duygusal tepkilerdir. Sonuncu olarak da bu önyargılar ve duygusal tepkiler tarafından harekete geçirilen davranışların oluşmasını içerir (17).

Damgalanma sürecinde damgalayanda öncelikli olarak hastaların uygun olmayan ve beklenmedik davranış ve düşüncelerinden dolayı hastalardan korkarak toplumun dışında tutmaya yönelik eğilim görülür. Ruhsal hastaların sorumsuz olduklarına ilişkin inanç nedeniyle hastalar ile ilgili kararı otoriter olan diğer bireyler vermelidir. Ruhsal hastalığı olan bireylere çocuk gibi bakıma ihtiyaçları olduğu düşüncesinde olanlar yardımsever tutum sergilerler. Bu tutumlar ayrımcı, damgalayıcı davranışlara ve tutumlara öncülük etmektedir (17).

Link ve Phelan; damgalamayı olumsuz basmakalıp düşüncelerin tetiklediği doğal statü kaybı ve ayrımcılık olarak tanımlamakta ve damgalama sürecini birbiriyle bağlantılı olan dört bileşenlerin bir araya gelmesiyle oluştuğunu savunmaktadır. Bu bileşenler;

- İnsanlar ayrımcılık yapar ve bireysel farklılıkları sınıflayıp damgalar.
- Baskın kültürel inanışlar, damgalanmış bireyleri istenmeyen özelliklerle ilişkilendirir.
- Damgalanan kişi grup dışı bırakılır: “bizden” değil “onlardan” diyerek ayırım yapılır.
- Böylece damgalanan kişiler belirgin kategorilere ayırmakla beraber, statü kaybı, kınama, reddetme, dışlama, ayrımcılık gibi durumlara da maruz kalırlar (13,14,64).

Türkiye’de yapılan ilk çalışmalarda halkın ruhsal hastalığı olan kişilerden uzak durma ve reddetme eğilimleri ile hastaların damgalandığı ve dışlandığı belirgin olarak

bulunurken sonraki yıllarda yapılan çalışmalarda ruhsal hastalıkları tanımada belirgin bir yükselme olurken olumsuz tutumların sürdüğü, insanların sosyal yakınlıktan çekindikleri görülmüştür (15,65). Psikolojik yardım alma niyeti olan hastaların sosyal damgalanma algısının düşük olduğu belirlenmiştir (66).

Bireylerin ruhsal hastalıklar hakkındaki korkuları, inançları, tutumları ve damgalanma durumlarını belirlemek için geçerliliği ve güvenilirliği yapılmış olan ölçekler vardır. Bağ ve Ekinci (2003) tarafından “Ruhsal Sorunu Olan Bireylere Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği (RSTTÖ)”, Bilge ve Çam (2008) tarafından “Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği (RHİÖ)”, Ersoy ve Varan (2007) tarafından “Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma (RHİDÖ)”, Sezer ve Kezer (2013) tarafından “Psikolojik Yardım Aramada Kendini Damgalama Ölçeği (PYAKDÖ)” geçerliliği ve güvenilirliği yapıp hastaların algılarını değerlendirmektedir (11,15,66,67).

Aydemir ve ark. (2011) hastaların bakım verenler üzerinde yarattığı yükü değerlendirmeye yönelik olarak “Hastalık Yüğü Değerlendirme Ölçeği” (68), Aktaş ve Berk (2012) bakım verenler için “Verilen Sosyal Destek Ölçeği (VSDÖ)” geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarını yapmışlardır (69).

2.13.2. Damgalanma Kaynakları

Damgalanmanın kaynaklarını Haghighat (2003) üç başlık altında açıklamıştır.

Psikojenik: İnsanlar genellikle başkalarının kötülüklerini istememekle birlikte, başkalarının kötü durumlarını kendilerini daha iyi hissetmek için kullanırlar. Kendilerine güvenleri az olan insanlar kendi güvensizliklerini gizlemek için geliştirdikleri savunma mekanizmasıyla başka kişileri küçük görme eğilimindedir. Özgüvenleri yüksek olan kişiler hastalara daha olumlu tutumla yaklaştıkları görülmüştür (12,20).

Ekonomik: Ekonomik değişimler damgalanma üzerinde etkilidir. 1882-1930 yılları arasında ABD’de ayrımcılık düşüncesiyle siyahların linç edilmeleriyle o dönemin ekonomisi arasındaki ilişki araştırıldığında ekonomi kötüleştikçe daha çok siyah linç edilmiş ekonominin toparlanmasıyla linç edilme olayları azalmıştır (12,20).

Evrimsel: Damgalanmanın ayrımcılığa yol açan genetik faktörlere bağlayan ve genetik bir etkenin olmadığını öne süren araştırmacılar vardır (12,20).

2.13.3. İçselleştirilmiş Damgalama

İçselleştirilmiş damgalanma; hasta olduğu için tehlikeli, yetersiz gibi toplumdaki olumsuz kalıp yargıları kendisi için kabullenip değersizlik, utanç gibi olumsuz duygularla kendini toplumdan geri çekmesidir (14-16).

Corrigan'a göre tedaviye başvurma kararını etkileyen belirleyen toplumsal ve kendini damgalamadır. Toplumla temas düzeyleri ile toplumsal damgalama arttıkça hastaların kendilerini damgalama da artmaktadır (17,22,66).

Toplumdaki damgalanmayı hisseden hastalar kendilerine yönelik damgalanmayı onaylamakta ve bunun sonucu olarak kendi kendilerinin içselleştirilmiş damgalanmanın etkisiyle damgalamaktadır (13,17). Damgalanma içselleştirilmesi ile bireylerin ciddi şekilde örselenmesine yol açmakta olup toplumda var olan damgalanma içselleştirilmiş damgalanma ile daha güç hale gelmektedir (15,64).

Hastalar içselleştirilmiş damgalanmayı; düşük benlik saygısıyla normal hissetmeme, aile tarafından reddedilmiş, daha az değerli, umutsuz, güçsüz hissetme, çekingen, yalnız, korunmasız olma, kendini başkalarıyla olumsuz kıyaslama, hiçbir şeyin değişmeyeceği düşüncesi ve iyileşmenin mümkün olmadığı gibi çaresizlik duyguları olarak belirlemişlerdir (22).

Algılanan ve içselleştirilen damgalanma kişinin benlik saygısını ve öz yeterliğini azalttığı, tedavi uyumlarını zorlaştırarak hastaların tıbbi tedavi ve psikosozal tedaviye katılımlarını azalttığından iyileşme olasılıklarını engellemektedir (18).

Üstündağ ve ark. (2012) 100 İUB hastasının içselleştirilmiş damgalanmasıyla bedensel ruhsal, sosyal alanda yaşam kalitesini ve tedaviye uyumunu etkileyip İUB olan hastaların içselleştirilmiş damgalanma %46 oranında bulunmuştur (16).

Hasta ile birlikte hastanın yakınları da depresif belirtiler göstererek damgalandıklarını göstermekte ve toplumdan damgalanarak dışlandıkları için kendileri de hastayı damgalama sürecine girmektedir (16).

2.13.4. Damgalanma Düzeyini Etkileyen Etmenler

Herhangi bir ruhsal bozukluk ne kadar çok toplum içinde fark edilip dikkat çekerse toplum tarafından damgalanması da o oranda olmaktadır (70). Ruhsal hastalığa yönelik damgalanmayı etkileyen etmenler; yaş, cinsiyet, eğitim, meslek, medeni durum, sosyal sınıf, kültür, dini inançlar, hastalık hakkında bilgi, ruhsal hasta ile temas, ruhsal hastalık etiketi, psikopatoloji tipi, hastaların özellikleri ve kitle iletişim araçlarıdır (11).

Davranışları önceden kestirilmeyenlerin, herhangi bir azınlık grubunda, toplumla bağları çok zayıflamış olanların, erkek hastaların, özel tedavi kurumlarından çok akıl hastanesinde yatanların, psikoterapiden çok ilaç, EKT gibi tedavi görenlerin olumsuz ve reddedici tutumlara maruz kaldıkları ve daha az hoşgörü gördükleri belirlenmiştir (70).

Eğitim seviyesi yüksek olan hastalar daha çok hassaslaştığından, sosyal statüsü yüksek olan hastalar da kaybettiğinin daha çok farkına vardığından ve genç hastalarda yaşlı hastalara göre hastalığın getirmiş olduğu zararlar daha fazla olduğundan genç, eğitim seviyesi ve sosyal statüsü yüksek olan kişilerin damgalanma algısı yüksektir. Toplumda dış kontrol odaklı, özsaygısı düşük ve anksiyetesi yüksek olan hastalar daha çok dışlanmaktadır (11). Eğitim ve sosyoekonomik düzeyi düşük olan kişilerin ruhsal hastalığı olanlara olumsuz ve reddedici tutumlarla daha az hoşgörü gösterdikleri görülmüştür (15,65).

Philips, hastalar sağlık sorunlarının olmasından veya kendilerine bakmamalarından değil de “akıl hastası” olduğundan damgalanırlar. Hastalar psikiyatri kliniğine yattıkları dönemde en yüksek oranda reddedildiğini ve psikiyatri kliniğine yattıklarını sakladıklarında açık bir reddetme, damgalama ile karşılaşmayacaklarını saptamıştır (71).

2.13.5. İçselleştirilmiş Damgalanmanın Nedenleri

Damgalamaya sebep olan olası dört faktör vardır. Bunlar; tehlikelilik, sorumluluk, kötü prognoz, sosyal etkileşimin bozulmasıdır. Tehlikelilik düşüncesi ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik toplumun tutumlarının belirlenmesinde gereğinden fazla zarar verici etkisi olup en olumsuz ve dışlayıcı tutumlar tehlikelilik algısından kaynaklıdır. İnsanlar hastaların dengelerinin tamamen bozuk, ne zaman ne yapacakları belli olmayan, çevresindekilere zarar veren, iletişim sorunu olan, tehlikeli ve şiddete meyilli kişiler olduklarına inandıkları için korkarak ve aralarına sosyal hayatta daha fazla sosyal mesafe koyarlar (10,11,13,61).

İnsanlar, ruhsal problemleri olan hastaları istedikleri gibi davranmayı kendilerinin seçtiklerini düşündüklerinden kendi durumları için daha fazla sorumlu tutulup acımak yerine öfke duyarlar. Ruhsal hastalığın hastalık olarak algılanmamasından dolayı damgalanırlar (11,14,22).

Hastalar normal kuralları sürdüremediğinden ve sosyal etkileşimin gerektirdiği rollerine geri dönemediklerinden hastalar kendilerini rahat hissetmezler ve damgalanmaya neden olur (14,22).

2.13.6. İçselleştirilmiş Damgalanmanın Sonuçları

Hastaların psikolojik rahatsızlıkların önlenmesine, erken tanılamaya ve toplum içinde tedavi edilmesine damgalanmanın olumsuz anlamda doğrudan etkisi vardır. Damgalanmanın içselleştirilmesiyle bu olumsuz durum daha da pekişip çözümlenmesi zor durum haline gelmektedir. Damgalanma yalnızca bireysel değil aynı zamanda toplumsal bir sorundur (51).

Bireyler ruhsal hastalık tanısı aldıkları zaman açık bir ayrımcılık ya da kötü davranışa maruz kalmasalar bile toplumun ruhsal hastalıklı kişileri damgalayarak reddedeceğine ve değersizleştireceğine inanmaktadır (17,18).

Hasta kendisini toplum normlarının dışına itilmiş hissettiğinden benlik saygısının hırpalanmasına neden olur (15). Damgalama; hastaların sosyal statüsünü ve benlik saygısını etkileyerek kendi durumundan utanma, moral bozukluğu, yetersizlik, suçluluk, utanç duygularında artışa neden olması ve benlik saygısının azalmasıyla iyileşmeyi engellemektedir (17,22).

Hastaların özgürlüklerini ya da engellemelerini damgalama belirlemektedir. Damgalanma ve reddedilme duygusu hastaları içsel algıları, inançları ve duyguları aracılığıyla etkileyerek aile ve arkadaşları ile sosyal ilişkilerde bozulma, işverenlerin damgalayıcı tutumu, mesleki yaşamda geri çekilme, yalnız kalma eğilimi, evsizlik, kötüleşmiş yaşam kalitesi, kötü bilişsel işlevsellik düzeyi, otomatik düşüncelerde artma, zamanla artan depresif belirtiler, öz güvende azalma, kendine ait yetersizlik düşünceleri, toplum dışı bırakılma, arkadaşlılık kuramama, ayrımcılık ve sosyal yetersizlik gibi mesleki, kişisel ve sosyal alanlarda olumsuz sonuçlar yaşamaktadır (14,17,18). Psikiyatrik tanının damgalayıcı içeriği ne kadar fazla ise bu olumsuz sonuçların şiddeti de o kadar fazla olmaktadır (22).

Birçok hasta toplumdaki olumsuz, dışlayıcı tutum ve damgalanma nedeniyle tedavi seçeneği olmasına rağmen tedaviye yanaşmadıklarından hastaların temel hak ve özgürlükleri toplumun damgalamasından dolayı kısıtlanmaktadır (10,14,17,18,72). Hastalar tedavi sürecinde hastalığa yönelik konuşmama, hastalığını, psikiyatrik tedavi aldığını gizleme, tedaviye başlamama, psikiyatri servislere başvurmaktan çekindikleri, hastaneye yatmama, tedavi uyumunda bozulma, rehabilitasyon uyumunda ve devamında bozulma gibi olumsuz sonuçlar yaşamaktadır (22,72).

Türkiye Psikiyatri Derneği Duygudurum Bozuklukları Bilimsel Çalışma Birimi tarafından yürütülen İUB olan hastaların işlevselliğini ölçmek amacıyla geliştirilen Bipolar Bozukluk İşlevsellik Ölçeği'nde damgalama hissi alt başlığı yer almaktadır.

Hastaların %46'sı kendilerini tam veya kısmen yetersiz, eksilmiş gibi hissettiklerini ve %40'ı çevresindeki kişiler tarafından tam veya kısmen yetersiz, eksilmiş gibi gördüklerini bildirmiştir. Hastaların %60'ı hastalıklarının evlenme konusunda olumsuzluk yaratacağını, %55'i hastalıklarını iş bulma konusunda zorluk yaşama nedeni olarak görmektedirler. Hastaların yarısı, toplumsal ilişkilerde hastalıklarının kendilerine olumsuz etki yaptığını ve algıladıkları toplumsal damgalamadan kendilerini daha fazla damgalamaktadırlar (17,22).

2.13.7. Damgalanma ve Tutum

Tutum; bireyin bir nesneye ya da belli bir uyarana karşı geliştirilen düşünce ve davranışlarını oluşturan eğilimlerdir. Tutumların insan ilişkilerine yansması genellikle davranışlarla olur. Tutumlar çocukluk ve ergenlik döneminden başlayarak ilk yetişkinlik dönemine kadar uzanan süreç içinde edinilip öğrenildiği için yeni tecrübeler ve öğrenmelerle değişebilir (60,61,73).

Yaş, cinsiyet, toplumsal sınıf, etnik köken, yaşanan çevre, hastalık konusunda bilgi, ruhsal hastalık tipi ve hastanın kişilerle kişisel iletişiminin olması gibi etkenler tutumlar üzerine belirleyici etkiye sahiptir (70). Devlet politikaları, yasa ve mahkemeler ve kitle iletişim araçları ruhsal hastalıklara yönelik tutumlar üzerinde etkilidir (60,61).

Önyargılar nesnelere karşı olumsuz bir görüş, bir tutumdur. Damgalanma önyargılardan hayat bulur. Toplumun ruhsal hastalığı damgalama, önyargı, olumsuz inançları ve tutumları azaldıkça hastaların kendilerini damgalama algılamaları da azalacaktır (11,74).

Hastanın çare arayıp aramayacağı, ruhsal hastalıkların önlenmesi, erken tanınması, tedaviye uyum, yatış sonrasında tekrar topluma uyum sağlama, hasta ve hasta yakınları ile kurulacak ilişki gibi konularda toplumun ruhsal hastalıklara ilişkin tutumları doğrudan etkili ve belirleyicidir. Ruhsal hastalık damgası kişinin davranışlarından bağımsız olarak olumsuz ve reddedici tutumlara neden olur (19).

Özten ve arkadaşları psikiyatrik hastalara yönelik tutumların negatif olduğunu ve olumsuz görüş ve tutumların doğrudan olumsuz olay ve yorumlara maruz kalmasından kaynaklandığını belirtmişlerdir (11).

Byrne'a göre negatif tutumlar ve damgalama ruhsal hastalığın dönemleri olan teşhis, tanı koyulması, tedavi aşaması ve rehabilitasyonu olumsuz etkiler (72,75). Toplumun her kesminde ruhsal hastalığı olan kişilere ve bir kere ile sınırlı olsa bile ruhsal nöbet

geçiren kişiye karşı yaygın şekilde olumsuz ve reddedici düşünce, tutum ve davranışların olduğu bilinmektedir (73).

2.13.8. Damgalanma ve Kültür

Kişinin gerçekliği algılama, yorumlama biçimini içinde büyüdüğü ve yaşamakta olduğu kültürün izlerini taşır. Kişinin ruhsal hastalara yönelik düşünce, tutum ve davranışları içinde bulunulan kültürel ortam tarafından biçimlenir (70).

Arıkan ve ark. (2000) hastaların damgalanmasını belirleyen faktörlerin bir noktada evrensel olduğu ama değişik toplumlarda farklılıklar gösterdiğini savunmuştur (76). Kültürden kültüre hastalara farklı tutum ve davranışlar sergilenerek bazı toplumlarda hastalara özel bir önem verip toplum içerisinde kabul edilirken bazı toplumlarda insanlık dışı yaklaşımlar sergileyip toplumdan dışlanmışlar (10). Bir kültürde normal sayılan bir davranış, bir başka kültürde ruhsal hastalık olarak nitelendirilmiştir (76).

Fabrega (1991) göre bütün toplum ve kültürler ruhsal hastalıkları damgalamaktadır (12,20). Bizim toplumumuzda da ruhsal hastalar olumsuz ve reddedici tutumlarla damgalanmış ve hastalar damgalanmadan en fazla etkilenmiştir (12,15,20).

2.13.9. Damgalanma ve İletişim

Buscombe'ye göre ruhsal hastalıklar ile önceden deneyimi olmamış ve medyada gördüklerine okuduklarına her zaman inanan kişiler için medya özellikle de televizyon ruhsal hastalık kavramları ve imgeleri için bir kaynaktır. Kitle iletişim araçları ruhsal hastalıklar konusunda doğru bilgileri arttırmak ve hastaların damgalanma eğilimlerini azaltmak için çok kullanışlı bir yol olabilir (61).

Haghighat'a (2001) göre günümüzde bilim, teknoloji gibi alanlarda olumlu yönde gelişmeler olmaktadır. Kitle iletişim araçları “anti-stigma” mesajlarından çok olumsuz mesajlarla ruhsal hastalarına yönelik geliştirilen tutumlar üzerinde çok güçlü bir etkisi olmakla birlikte hastaların özellikle sosyal ve ekonomik bir kimliği olmayan işsiz, bekar, yetersiz ve tehlikeli saldırgan olduğuna yönelik inancın oluşmasına daha fazla kategorize edip ayrımcı davranarak damgalanmasına ve hastaların anksiyete yaşamalarına neden olmaktadır. Bundan dolayı damgalanma günümüzdeki teknolojik gelişmelerden olumsuz etkilenmiştir (12,20,77).

Byrne'a göre medyadaki kurmaca ve yapay sunumlarla hasta stereotipinin sürmesini sağlar (72).

Crisp, medyada çıkan ruhsal hasta ile saldırganlık ve şiddet içerikli haberlerden kaynaklı toplumdaki ruhsal hastalığı olanların saldırgan, tehlikeli olduğu inancın olumsuz haberlerden kaynaklandığını belirlemiştir (61). Ülkemizde yapılan bir araştırmaya göre suç işleyenlerde psikoz oranı düşük bulunmuştur (74).

2.13.10. Damgalanma ve Sosyal Mesafe

Link ve Phalen'a göre sosyal mesafe, damgalanan kişileri sosyal etkileşimden uzak tutma davranışıdır (64).

Whatley, hastalığı olan kişilerle kişisel bağlantı gerektiren durumlarda ve sosyal yakınlık içeren ortamlarda etkileşimi kesme ve sosyal koyma eğiliminde artış olduğu gözlenmiştir (71).

Arkar (1991) en fazla kişisel ve sosyal yakınlık içeren evlilik, işyerinde aynı odayı paylaşma, ev kiralama gibi durumlarda psikiyatrik hastalarla etkileşimi azaltma; aynı işyerinde farklı odayı paylaşma, bakkal dükkanında alışveriş yapma, belediye otobüsünde yan yana oturma gibi daha uzak sosyal yakınlık içeren durumlarda sosyal etkileşim artmakta ve sosyal ilişkilere katılımının ne ölçüde kabul gördüğünün derecesi olan sosyal mesafede hastaların orta derecede kabul edildiği bulunmuştur (65,70). Ailesinde ruhsal hasta bulunmayanlarda kişisel yakınlık ve sorumluluk gerektiren durumlarda sosyal mesafe koymanın daha fazla olduğu ve genel ve kişisel olmayan ortamlarda hastalara sosyal mesafe daha az konularak daha fazla kabul gördüğü bulunmuştur. Kadınların erkeklere göre hastalığı tanıma, tedavi konusunda daha olumlu tutumlar gösterdikleri ve hastalara karşı daha az sosyal mesafe koydukları gözlenmiştir (65,71).

Taşkın ve ark. (2006) kırsal kesimde yaşayan halkın depresyonlu hastalara karşı halkın tutumunun daha olumsuz ve hasta ile aralarında daha fazla sosyal mesafe olmasını istemekte ve hastalar damgalanmadan daha fazla etkilenmektedir (78).

“Bizden değil, farklı” damgası sonucunda olumsuz düşüncelerin geliştirildiği, sosyal mesafe konulan kişide sosyal statü kaybı oluşur (63).

Stresli ve zorlu yaşantılar karşısında kişiye etrafındaki insanlar tarafından sağlanan maddi ve manevi yardım olan sosyal destekle kendini iyi hissetme üzerinde olumlu bir etkisi, sağlığın korunması, hastalıkların tedavisinde önemli bir rol oynarken hastalık sürecine uyumu arttırmakta ve sosyal mesafeyi azaltarak yaşam kalitesini yükseltmektedir (69).

İUB hastalığında psikosoyal işlevsellikler, damgalanma, sosyal mesafe, sosyal reddedilme, toplumsal uyum sağlama üzerine olumsuz etki yapmaktadır. Hastalıkla ortaya çıkan işlevsellik yitimi damgalanmaya yol açmakta ve oluşan damgalanma hissi de işlevselliği olumsuz etkilemektedir (79).

2.13.11. Damgalamayı Önlemeye Yönelik Çalışmalar

Psikiyatri hastasına karşı gösterilen olumsuz tutumları düzeltmek için yıllardır süregelen yanlış inançların doğru bilgi ve bilinçlenmeyle gerçeklerle değiştirilmesi gerekmektedir. Ruhsal bozukluğu olan hastaların hayatında olumlu ve gerçekçi yaklaşımdan dolayı büyük farklar olur (74).

İUB olan hastalara yönelik damgalama ile mücadelede psikiyatri çalışanları öncelikle diğer mesleklerle işbirliği, toplumu risk faktörleri, stresle mücadele konusunda bilgilendirme çalışmaları gibi büyük sorumluluklar düşmektedir. Öncelikle kendilerinin hastalıkla ilgili önyargılardan uzak, kendi duygularının ve tutumlarının ayırımında olarak hasta, hasta yakını ve toplumu İUB konusunda eğitmeleri gerekmektedir. Damgalanmada toplum bilinçlendirilirken hastalarda tedavilerinde damgayla baş etme konusunda bilgilendirilmelidir. Psikiyatrik ihtiyacı olanlara bakım almaya cesaretlendirme ve bakım hizmetlerinden yararlanması desteklenmelidir (10,12).

Ruh sağlığını damgalanmanın en aza indirilmesi planlama, uygulama ve değerlendirilmesi için çalışmalarda toplum katılımı desteklenip, sağlıklı çevre yaratma konusunda halkı ve politikacıları etkileme çalışmaları yapılmalıdır (10).

2.13.12. İUB Damgalanması

Dünya Sağlık Örgütü (WHO), İUB hastalığının diğer bütün hastalıklar arasında yetersizliğe neden olan altıncı hastalık olarak belirlemiştir (18). İUB ruhsal bozukluklar içinde görece olarak en az bilenen ve damgalanan bozukluk olmasına karşın yineleyici ve süregen bir bozukluk olduğundan hastalar damgalanma hissini yoğun biçimde yaşayıp damgalamaya maruz kalmaktadır ve İUB hastalığı daha fazla damgalayıcıdır (14,16,18,22,47). Dönemler arasındaki ötimik dönemde de iyi olan İUB hastaları her zaman duygudurum salınımının olmasından damgalama için bir tehlike işareti gibi algılayarak hayatlarını sürekli sıkı bir kontrol altında tutmaya çalışırlar (16). İUB olan hastalar hastalığın kendisi kadar kullanılan ilaçlar ve yan etkilerinden dolayı sorun yaşamakta, bu durum hastaların kendisini damgalamasına neden olmaktadır (11).

Damgalanma, İUB olan hastaların %54.6'sının hissettiği ciddi bir sorundur. Hastalar duygudurum atağı geçirmesiyle kendilerinin büyük bir başarısızlık gösterdiklerini ve herkesi hayal kırıklığına uğrattıkları için güvenilmez olduklarını düşünmektedirler. İUB hastalığına yönelik tutumdan dolayı hastaların kendilik saygısında azalma durumu ortaya çıkar (22).

Üstündağ ve Kesebir'in (2013) çalışmasında İUB olan hastaların bedensel, ruhsal, sosyal alandaki yaşam kalitesi ve tedavi uyumunu etkileyen içselleştirilmiş damgalanma %46 oranındadır. İçselleştirilmiş damgalanma ile yaşam kalitesi arasında ters yönde güçlü bir ilişki ve damgalanmanın olumsuz etkisinden kaynaklı İUB olan hastaların tedaviye uyumsuzluğu artığından ve sosyal işlevsellikte bozulma ile birlikte yaşam kalitesi azalıyor (16).

İçselleştirilmiş damgalanması olan hastaların işlevselliği düşük, iyilik dönemleri kısa, mani, hipomani ve karma dönem sayılarında fark olmazken depresif dönem sayıları daha fazla bulunmuştur. Hızlı döngülü ve mevsimsel gidiş gösteren hastalarda içselleştirilmiş damgalanma daha yüksektir (16).

Perlick ve ark. (2001) İUB olan hastalarla yaptıkları çalışmada damgalama hisseden hastalar aile üyeleri dışındaki kişilerle sosyal etkileşimde bozulmalar gösterdiği bulunmuştur (17,18,22).

2.14. İUB Olan Hastaların Yakını

2.14.1. Hasta Yakını

Ülkemizde psikiyatrik hastaların %50-90'ı hastanede yatma süresinin kısalıp hastanın toplum içinde tedavi edilmesi ve aile bağlarının güçlü olmasından dolayı hastaneden çıktıktan sonra aileleri ile birlikte yaşamaktadırlar. Birincil bakım verme rolünü herhangi bir destek almadan yerine getirdiklerinden hasta yakınlarının ihtiyaç, beklentilerinin ve yaşadıkları güçlüklerinin anlaşılması oldukça önemlidir (80,81). Ülkemizde geleneksel yapıların çözülmesiyle hasta bakımının ortaklaşabildiği geniş ailelerin yerini giderek çekirdek ailelerin alması nedeniyle ailelerde bakım verenlerin yükünü arttırdığı görülmektedir.

Aile; toplumsal düzene göre ekonomik etkinliklerin olduğu, topluma hazırlanma sürecinde ilk ve etkili olan eşler ve anne babalarla çocuklar arasında içten, sıcak, güven verici ilişkilerin kurulduğu, cinsel ilişkilerin belli bir biçimde düzenlenip içinde insan türünün üretildiği toplumun temel ve en önemli birimi kurumudur (21).

Ailenin kendi dinamikleri ruhsal konularda çok yönlü iç ve dış çevre etkileri içinde incelenip değerlendirilmesi, duygusal etkileşim kapsamında bireysel rollerin neler olduğunun bilinmesi, aile üyelerinin birbiriyle ilişkisi roller çerçevesinde incelenmesi gerekir (20).

Aile içindeki değişiklikler bireyin yaşantısını etkileyip sorun yaratabileceği gibi, bireyin yaşadığı sorunlarda aile içi ilişkilere yansıyor aile içinde değişmelere ve sorunlara neden olmaktadır (21).

Bilgin (2007)'in çalışmasında hasta yakınlarının %70'inin hasta bireyle sürekli birlikte yaşayıp %28.2'sinin hasta eşi olduğu sonucunu bulmuştur. Birlikte yaşayan hasta yakınlarının hastaya karşı koruyucu-kollayıcı, otoriter; hastalığı kabullenemediğini söyleyen hasta yakınlarının otoriter ve sosyal kısıtlayıcı tutumlar boyutlarının yüksek olduğunu belirlemiştir (20).

Bakım verme; hastaya duygusal, fiziksel ya da maddi destek vermek, hastanın sağlık bakımını ve aldığı sosyal hizmetlerini düzenlemek, sağlık bakımı ilaç alımı takibini yapmak, kişisel bakım, ulaşım, alışveriş, küçük ev işlerini yapmak, para yönetimi ve aynı evi paylaşmak gibi işlerin yürütülmesidir. Bakım veren yükünün belirleyicileri; yaş, etnik köken, cinsiyet, eğitim durumu, ekonomik yapısı, hastalığının olup olmaması, bakım vermeyle geçen süre, baş etme yetenekleri, inançları, sosyal desteği, yaşadığı toplumun kültürel özellikleri, damgalanma gibi etmenlerdir (82).

2.14.2. İUB Olan Hastaların Yakını

Ülkemizde psikiyatri hastaların ailelerinin durumunu değerlendirebilmek için ailelerin gereksinimlerini, yaşadığı güçlüklerle baş etmeleri, işlevselliklerinin saptanması için yapılan çalışmalarda İUB hastalığı, hastaların ve yakınlarının aile işlevlerini olumsuz etkilediği belirtilmektedir (21,83).

İUB yinelemelerin olduğu ancak ara dönemlerde genel işlevselliğin normale yakın olması hastalığın aileyi olumlu yönde etkileyeceği düşünülebilir (83). Hastalık süresi ve yatış sayısı arttıkça hastanın çalışabilecek durumda olmaması, toplumun damgalamasından dolayı hastaya iş verilmemesi, eğitim düzeyi orta ve okuma yazma bilmeyen, emekli, işsiz olan hastaların yakınları daha fazla sorun yaşadıklarından aile işlevlerinde aksamalar ortaya çıkmaktadır (71). İUB olan hastalar manik dönemde para yönetiminde sorun yaşadığından birlikte yaşadığı ailesi de bu durumdan zarar görerek etkilenir (21).

İUB olan hastaların yakınları, hastalar ile aynı evde yaşamaları bile hastalığın dönem ve seyir özelliklerinden dolayı bakım yükünü taşırlar (84).

2.14.3. İUB Olan Hastaların Yakınının Duygu Dışavurumu

Kazarian duygu dışavurumunu “bir üyesinde psikiyatrik rahatsızlığı olan ailelerde yakınlarının o üyeye karşı duygusal tutum ve davranışlardır” şeklinde tanımlamıştır. Bland ise “hastaların yakınlarından gelen ve hastalığın gidişine etki ettiği düşünülen, eleştiricilik, düşmanlık, aşırı ilgi ile mücadele etme ve sıcaklık şeklinde bileşenleri olan dışavuran duygulanımlardır” şeklinde açıklanmaktadır (85).

Duygu dışavurumunun bileşenleri;

Eleştiricilik; hastanın davranışlarına hoşgörü göstermeme, onaylamama, gücenme, beğenmeme, sevimsiz bulma gibi özellikleri içermektedir.

Düşmanlık; hastanın davranışlarına değil kişiliğine yönelik doğrudan reddetme ve suçlama ve eleştirme gibi daha genelleşmiş olumsuz duygu aktarımıdır.

Aşırı ilgi, koruyuculuk ve kollayıcılık; hasta yakını hastası ile ilgili sürekli endişelenmekte, kendini suçlamakta, hastaya ilgi göstermekte, onun birçok işini üstlenip korunmaya muhtaç küçük çocuk muamelesi yapmaktadır.

Sıcaklık, samimiyet ve olumlu söylemler ise aile üyelerinin hastaya karşı anlayışlı, olumlu, empatik, sevgi içeren, onaylayıcı, destekleyici tutum ve sözleri içermektedir (85).

Kocabıyık ve ark. (2005)’nin çalışmasına göre İUB olan hasta yakınının duygu dışavurumu yüksek olanların düşük olanlara göre hastalarında relaps ve hastaneye yatma sayısı yüksek, işlevselliği ve farmakolojik tedaviye uyumları daha kötü bulunmuştur (86).

2.15. İUB Olan Hastaların Yakını ve Damgalanma

2.15.1. Damgalanma ve Hasta Yakını

Hastaların toplum içindeki konumlarında kabul görülmeleri, damgalanmaları ve doğru tanı konularak etkili tedavi edilmeleri hasta yakınları ve toplumun hastalığa ilişkin inanç ve tutumları ile ilişkilidir. Hasta yakınlarının ruhsal hastalığa ilişkin tutum ve görüşlerini belirleyen unsurlar ise; hasta ile yakınlık derecesi, birlikte yaşama süresi, ailede başka ruhsal hasta olması, hastalık öğrenildiğinde hasta yakınının hissettiği duygulardır (20,87).

Phelan ve ark. (1998) çalışmalarında ruhsal hastalık derecesi ve ailenin sosyal özellikleri ile ailelere yönelik damgalanma arasında bir ilişki olduğu belirlenmiştir (88). Schene ve ark. (1996)'nın yaptığı çalışmada hasta bireyle yakınlığından dolayı aile üyelerinin etkilenip dışlandıklarını, damgalandıklarını bulmuştur. Ruhsal bozukluklarla ilgili toplumun inancı, önyargıları ve damgalamanın olumsuz etkileri ruhsal bozukluğa sahip olan kişilerin arkadaşlarına ve ailelerine zarar verip çok yönlü etkileyip damgalanmaya maruz kaldıklarından hastalarına yapılan haksızlığı ve sıkıntıyı anlamaktadır (10,88).

Phelan ve ark. (1998) çalışmalarında hastaları kadın olan belirtileri az olan ve birlikte yaşamayan hasta yakınları hastalarının hastalığını gizledikleri belirlenmiştir (88). Damgalanmadan dolayı hastaların sosyal olarak yalıtılıp toplumun bir bireyi olarak yaşamda yer almamasına, hastaların ve yakınlarının yaşam kalitesinde düşme, psikolojik ve fizyolojik yüklerinde artma görülür (22).

Ailede hasta bir üyenin varlığı aile işlevlerini felce uğratmış olabileceğinden hasta yakınlarında stres sonucu azalmış öznel iyilik hissi, fiziksel sağlık, kendine yeterlilikte azalma, anksiyete ve depresyon görülme oranı yüksek bulunmuştur (21,81).

2.15.2. İUB Olan Hasta, Hastaların Yakını ve Damgalanma

Turhan (2007) çalışmasında İUB olan hastaların ailesinde ruhsal hastalık öyküsü %68, birinci derece yakınlarında ruhsal hastalığın varlığı %54 olup bunların %38'inde duygudurum bozukluğu olduğu belirlenmiştir (26). İUB olan hastaların eşlerinin yaşam kalitesinde bozulması %60 olarak bulunmuştur (16). Genetik yatkınlığı yüksek olan İUB hastalığında hasta yakınları; hastalarının hastalığından kendilerini sorumlu tuttuklarından suçluluk ve yüz kızartıcı bir suç işlemiş gibi hissedebilirler (11).

İUB olan hasta ve hasta yakınlarının sosyal yaşantılarını ve psikolojik süreçlerini olumsuz etkileyen damgalanma kişilerin yaşam kalitesini düşüren olaylarla karşı karşıya kalmasına neden olabilir (62).

İUB remisyon döneminde aile üzerindeki yük daha düşük düzeyde olmasına rağmen hastalığın bütün dönemlerinde belirgin psikolojik sıkıntı, iş, aile ve sosyal yaşamda işlevsel bozulmaları olduğundan hasta yakınların yük oluşturup etkilemektedir (68).

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma, Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Duygudurum Bozuklukları Birimi'ne başvuran ve takip edilen, Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition; DSM-IV-TR) tanı ölçütlerine göre İUB tanı kriterlerini karşılayan hastaların içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri ile hasta yakınlarının damgalama düzeyleri arasında ilişki olup olmadığını, bu düzeylerinin çeşitli değişkenlere göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğini incelemeye yönelik kesitsel bir çalışmadır (24).

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Tarih

Araştırma, Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Duygudurum Bozuklukları Birimi'nde 1 Ocak 2013-1 Haziran 2013 tarihleri arasında yapılmıştır. Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Duygudurum Bozuklukları Birimi'nde çalışma saatleri randevulu olarak pazartesi günleri sabah 08.00-17.00 arasındadır.

3.3. Araştırmanın Evreni

Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Duygudurum Bozuklukları Birimi'nde araştırmanın yapıldığı tarihlerde DSM-IV tanı ölçütlerine göre İUB tanısı alan 45 hasta ve 45 hasta yakını araştırmanın evrenini oluşturmaktadır.

3.4. Araştırmaya Dahil Edilme ve Dışlanma Ölçütleri

İUB olan hastaların araştırmaya alınma kriterleri:

1. Okur-yazar olması,
2. 15-65 yaş arasında olma,
3. DSM-IV-TR tanı ölçütlerine göre Bipolar Bozukluk tanısı almış olması,
4. Bir araştırmaya katıldığına dair bilgilendirilmiş olmak ve yazılı onay vermiş olması,
5. İletişime ve işbirliğine açık olması,

6. Fiziksel kısıtlılığının olmaması,
7. Çalışmaya katılmayı kabul etmesi.

İUB olan hasta yakınlarının araştırmaya alınma kriterleri:

1. Okur-yazar olması,
2. 15-65 yaş arasında olma,
3. DSM-IV-TR tanı ölçütlerine göre Bipolar Bozukluk tanısı almış olan bir hastanın hasta yakını olması,
4. Bir araştırmaya katıldığına dair bilgilendirilmiş olmak ve yazılı onay vermiş olması,
5. İletişime ve işbirliğine açık olması,
6. Çalışmaya katılmayı kabul etmesi,
7. Psikiyatrik bir hastalığının olmaması

İUB olan hastaların araştırmaya alınmama kriterleri:

1. Okur-yazar olmaması,
2. 15 yaş altı ve 65 yaş üstü olması,
3. Komorbid psikiyatrik tanısının (psikotik bozukluk, kişilik bozukluk, depresyon vs.) olması
4. Araştırmaya yapıldığı zamanda herhangi bir fiziksel kısıtlılığının olması,
5. Mental retardasyonun olması

İUB olan hasta yakınlarının araştırmaya alınmama kriterleri:

1. Okur-yazar olmaması,
2. 15 yaş altı ve 65 yaş üstü olması,
3. DSM-IV-TR tanı ölçütlerine göre Bipolar Bozukluk tanısı almış olan bir hastanın hasta yakını olmaması,
4. Mental retardasyonun olması,
5. Psikiyatrik bir hastalığının olması

3.5. Verilerin Toplanması

Hastalar ve hasta yakınları ile yüz yüze görüşülerek araştırmanın amacı hakkında bilgi verilip veriler toplanmıştır. Hastalardan veri toplanırken, araştırmacı tarafından hazırlanan “Hasta Sosyodemografik Bilgi Formu” ve Ritscher ve ark. (2003) tarafından

geliştirilmiş olan “Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği (RHİDÖ)” uygulanmıştır (15). Hasta yakınlarından veri toplanırken “Hasta Yakını Sosyodemografik Bilgi Formu”, “Sosyal Mesafe Skalası”, “Karakteristikler Skalası”, “Duygusal Tepki Skalası”, “Maharet Değerlendirme Skalası” ve “Tehlikelilik Skalası” uygulanmıştır. Bilgi formu ve ölçeklerin uygulanması yaklaşık 25-30 dakika sürmüştür (14).

3.5.1. Hasta ve Hasta Yakını Sosyodemografik Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından görüşme yapılan kişinin sosyodemografik özelliklerini belirlemek amacıyla hasta ve hasta yakınları için ayrı ayrı geliştirilmiştir. Hastalar için hastalık süresi, yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, gelir düzeyi gibi sosyodemografik özelliklerin yanı sıra, aldıkları tedavi türü, yan etkileri, tedaviden fayda görüp görmemesine, sosyal uyum artıp artmamasına gibi hastalığa yönelik bazı sorular sorulmuştur (EK I). Hasta yakınlarının sosyodemografik bilgi formunda farklı olarak hastaya yakınlık derecesi ve hastalığa/hastalığın tedavisine ilişkin düşüncelerle ilgili sorularda yer almaktadır (EK III).

3.5.2. Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği (RHİDÖ)

Ritsher ve ark. (2003) tarafından geliştirilmiş olan “Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği (RHİDÖ)”[The Internalized Stigma of Mental Illness Scale (ISMI)], 29 maddeden oluşan ruhsal hastalığı olanların damgalanmaya ilişkin içsel yaşantıları yansıtan bir öz-bildirim ölçeğidir (15). Ölçeğin Türkçe formunun geçerlik ve güvenirlik çalışmaları Ersoy ve Varan (2006) tarafından, bir üniversite hastanesinin psikiyatri polikliniğine başvuran, çeşitli psikiyatrik tanılar almış 203 hasta ile yapılmış ve ölçeğin toplam RHİDÖ Cronbach Alfa katsayısı ise 0.93 olarak bulunmuştur (EK II). Ölçek beş alt ölçekten oluşmaktadır.

Yabancılaşma: “Ruhsal bir hastalığım olduğu için kendimi bu dünyada yabancı hissediyorum”, “Ruhsal bir hastalığım olmasından utanıyorum” gibi 1, 5, 8, 16, 17 ve 21. maddelere sahip olan alt ölçekle, hastanın çevresine ve topluma yabancılaşma düzeyi ölçmek amaçlanmıştır (15).

Kalıp Yargıların Onaylanması: “Ruhsal bir hastalığı olan kişiler saldırgan olma eğilimindedirler”, “Ruhsal bir hastalığı olan kişiler evlenmemelidirler” gibi 2, 6, 10, 18, 19, 23 ve 29. maddelere sahip olan alt ölçekle, hastanın toplumun ruh hastalarına yönelik yaygın kalıp yargıların ne kadar onaylandığını ölçmek amaçlanmıştır(15).

Algılanan Ayrımcılık: “Ruhsal bir hastalığım olduğu için insanlar bana farklı davranıyorlar”, “Sırf ruhsal bir hastalığım olduğu için insanlar beni göz ardı eder ya da pek ciddiye almazlar” gibi 3, 15, 22, 25 ve 28. maddelere sahip olan alt ölçekle, hastanın çevresindeki insanlardan algıladığı ayrımcı davranışlarını ölçmek amaçlanmıştır (15).

Sosyal Geri Çekilme: “Reddedilmemek için ruhsal hastalığı olmayan kişilere yaklaşımdan kaçınıyorum”, “İnsanları ruhsal hastalığımla sıkmak istemediğimden dolayı kendi hakkımda fazla konuşmam” gibi 4, 9, 11, 12, 13 ve 20. maddelere sahip olan alt ölçekle insanların hastalığa yönelik olumsuz düşünceleri, reddedilme korkusu, yakınlarını utandırmama isteği yüzünden sosyal yaşamdan ve insanlardan uzaklaşma düzeyini ölçmek amaçlanmıştır (15).

Damgalanmaya Karşı Direnç: “Ruhsal bir hastalığı olan kişiler, topluma önemli katkılarda bulunur”, “Ruhsal bir hastalıkla yaşamak beni mücadeleci bir insan yaptı” gibi 7, 14, 24, 26 ve 27. olumlu ifadeli maddelere sahip olan alt ölçek tersten puanlanmaktadır (15).

Ölçekte yer alan maddeler 4’lü Likert tipinde cevaplanmaktadır. Cevaplar “Kesinlikle aynı fikirdeyim” (1 puan), “Aynı fikirde değilim” (2 puan), “Aynı fikirdeyim” (3 puan), “Kesinlikle aynı fikirde değilim” (4 puan) şeklindedir. Damgalanmaya karşı direnç alt ölçeğin maddeleri ters olarak hesaplanmaktadır. Ölçekten alınan yüksek puanlar kişinin içselleştirilmiş damgalanmasının olumsuz yönde daha yüksek olduğu anlamına gelmektedir (15).

3.5.3. Hasta Yakınları İçin Damgalama Ölçekleri

Hasta yakınlarının damgalama ölçekleri Sosyal Mesafe Skalası, Karakteristikler Skalası, Duygusal Tepki Skalası, Maharet Değerlendirme Skalası ve Tehlikelilik Skalası alt başlıklarından oluşmaktadır.

3.5.3.1. Sosyal Mesafe Skalası: Hasta yakınlarına aynı ortamlarda ya da ortak bir çevrede hastayla birlikte bulunmaya ne kadar istekli oldukları ile ilgili 8 sorudan oluşmaktadır. Verilen cevaplar “Kesinlikle isterim” (0 puan), “Muhtemelen isterim” (1 puan), “Muhtemelen istemem” (2 puan), “Kesinlikle istemem” (3 puan) şeklindedir (EK IV). Alınan düşük puanlar hasta yakınının hasta ile iletişimde ya da aynı ortamda olmaya istekli olduğuna işaret ederken alınan yüksek puanlar hasta yakınının hasta ile iletişimde ya da aynı ortamda olmaya istekli olmadığına işaret etmektedir (14).

3.5.3.2. Karakteristikler Skalası: Hastanın karakteristik, kişilik ve davranışsal özelliklerinin hasta yakını üzerinde bıraktığı izlenimleri değerlendiren 20 adet alt maddeli zıt kelime çiftinden oluşmaktadır (“Güçlü-Zayıf”, “Sıkıcı-İlginç”). 1-7 arası puanlar verilmekte olup 1, 2, 3 puan verilen özelliğe en yakın puanlar; 5, 6, 7 verilen özelliğin tam tersi özelliğe en yakın puanlar ve 4 ise tarafsız (nötr) puan olarak değerlendirilmektedir (EK V). Alınan düşük puanlar hasta yakınının gözünden hastada daha fazla karakteristik olumlu özellik olduğunu, yüksek puanlar ise hastada olumsuz özellikler olduğu düşünülmektedir (14).

3.5.3.3. Duygusal Tepki Skalası: Hastayla kurulan iletişimde hasta yakınının hissettiği duyguların ne olduğunu ölçmek amacıyla 10 adet alt maddeli zıt kelime çiftinden oluşmaktadır (“Ümitli-Ümitsiz”, “Sakin-Sıkıntılı”). 1-7 arası puanlar verilmekte olup 1, 2, 3 puan verilen özelliğe en yakın puanlar; 5, 6, 7 verilen özelliğin tam tersi özelliğe en yakın puanlar ve 4 ise tarafsız (nötr) puan olarak değerlendirilmektedir (EK VI). Alınan yüksek puanlar hasta yakınının gözünden hastayla kurulan iletişimde hissedilen duyguların daha olumlu duygusal tepkilere işaret ederken; düşük puanlar ise hastada olumsuz duygusal tepkiler olduğu düşünülmektedir (14,89).

3.5.3.4. Maharet Değerlendirme Skalası: Hasta yakını hastayı 8 maddede belirtilen beceriler konusunda ne kadar yeterli olup olmadığını değerlendirmek amaçlanmıştır. Hasta yakınları her bir maddeyi 7’li Likert tipi bir derecelendirmeye cevaplamaktadır. 1 ve 2 verilen özelliğe “Kesinlikle katılıyorum”; 3, 4 ve 5 ise “Nötral”; 6 ve 7 verilen özelliğe “Kesinlikle katılmıyorum” anlamına gelmektedir (EK VII). Alınan düşük puanlar, ölçekte hasta yakını hastayı belirtilen beceriler konusunda daha yeterli olduğunu düşünürken yüksek puanlar ise hasta yakını hastayı beceriler konusunda daha yetersiz gördüğü düşünülmektedir (14).

3.5.3.5. Tehlikelilik Skalası: Psikiyatrik hasta olan kişilerin 8 maddedeki başka kişiler ve yakınları için tehlike oluşturup oluşturmadığına yönelik inançlarını ortaya çıkarmak amacıyla geliştirilmiştir. Hasta yakınları her bir maddeyi 7’li Likert tipi bir derecelendirmeye cevaplamaktadır. 1 ve 2 “Kesinlikle katılıyorum”; 3, 4 ve 5 ise “Nötral”; 6 ve 7 “Kesinlikle katılmıyorum” anlamına gelmektedir (EK VIII). Alınan

düşük puanlar hasta yakını hastayı tehlikeli olduğunu düşünürken yüksek puanlar ise hasta yakını hastayı daha tehlikesiz olarak gördüğü düşünülmektedir (14,89).

3.6. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Gaziantep Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan gerekli izin alınmıştır (EK IX). Çalışmaya başlamadan önce hasta ve hasta yakınlarına araştırmanın yapılma amacı, süresi ve araştırma süresince yapılacak işlemler hakkında ayrıntılı bilgi verilerek bireylerin istedikleri zaman araştırmadan çekilebilecekleri belirtilerek “Özerklik” ilkesi, bireysel bilgilerin araştırmacı ile paylaşıldıktan sonra kimliğinin gizli tutulacağı söylenerek “Gizlilik ve Gizliliğin Korunması” etik ilkesine uyulmasına özen gösterilmiştir. Çalışmaya alınan gönüllü, istekli hasta ve hasta yakınları “Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu” imzalayan ve yazılı olarak onay veren hastalar ve yakınları araştırmada değerlendirmeye alınmıştır (EK X).

3.7. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Bağımlı Değişkenleri: Hastaların Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği (RHİDÖ) ve Hasta yakınlarının Sosyal Mesafe Skalası, Karakteristikler Skalası, Duygusal Tepki Skalası, Maharet Değerlendirme Skalası ve Tehlikelilik Skalası araştırmanın bağımlı değişkenidir.

Bağımsız Değişkenleri: Hastaların ve hasta yakınlarının sosyodemografik özellikleri, hastalıkları ve tedavilerine ilişkin görüşleri araştırmanın bağımsız değişkenidir.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin Değerlendirilmesinde istatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 20.0 programı kullanıldı. Araştırmadan elde edilen veriler değerlendirilirken betimleyici istatistiksel analizler (Ortalama, Standart sapma) yapılmıştır.

Hasta ve hasta yakınlarının sosyodemografik özellikleri verileri normal dağılım gösterip göstermediği Kolmogorov-Smirnov Testi ile test edilmiş olup, örneklemin normal dağılım gösterdiği belirlenmiştir. Varyansların homojenliği Levene Testi ile test edilmiştir. Non-Parametrik testler kullanmamıştır.

Hastaların cinsiyeti, çocuğu olmasına, gelir düzeyi, sosyal güvence, yaşadığı yer, iş durumu, ruhsal hastalığı nedeniyle işten çıkarılma, askerlik yapma, hastalık sebebiyle hastaneye yatmış olma, intihar girişiminde bulunma, ailede psikiyatrik bir hastalığın

olması, psikotik bulgulara sahip olma, alkol/madde kullanımı, kendine veya başkalarına zarar verme davranışında bulunma, EKT tedavisi alma, kullanılan ilaçların yan etkisinin olması, sosyal uyum, tedavi sonrasında iş yapar hale gelme durumlarında Bağımsız Gruplarda t testi kullanılmıştır. Hastaların yaş grubu, hastalık süresi, öğrenim düzeyi, medeni durumu, aile tipi, meslek, tedavi türü ve tedavi başvuru sayısında Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ve gruplar arasındaki anlamlı farklılığın kaynağını belirleyebilmek için Post Hoc testlerinden, Scheffe f ve Bonferroni analizleri yapılmıştır.

Hasta yakınlarının yaş grubu, öğrenim düzeyi, medeni durumu, aile tipi, mesleklerinde Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) analizleri yapılmıştır. Hasta yakınlarının cinsiyeti, hastayla yakınlık derecesi, yakınlığı, yetiştiği bölge, göç durumu, gelir düzeyi, yaşadığı yer, hastaya uygulanan tedaviden alınan faydaya, hastanın sosyal uyumun artmasına, hastanın intihar girişiminde bulunmasına, hasta yakınının psikolojik desteğe ihtiyaç duyması ve İUB hastalığının tedavisinin mümkün olması durumlarında Bağımsız Gruplarda t testi kullanılmıştır.

Hastaların içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri ile hasta yakınlarının damgalama düzeyleri ilişkinin analizinde Pearson Korelasyon analizi kullanılmıştır. Sonuçlar %95’lik güven aralığında, anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Araştırmaya sadece belli tarihler arasında ulaşılabilen hasta ve hasta yakınlarının katılması bu araştırmanın sınırlılıklarından biridir. Örneklemin küçük olması, araştırma sonuçlarının sadece bu araştırmaya katılan hastalara genellenebileceği anlamına gelmektedir. Tek bir madde değil de tüm madde tiplerinin bir arada olması da araştırmanın sınırlılıkları arasına dahil edilebilir.

4. BULGULAR

4.1. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri, Hastalıkları ve Tedavilerine İlişkin Görüşlerine Ait Bulgular

Tablo 1. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Özellikler		N	%
Cinsiyet	Kadın	23	51.1
	Erkek	22	48.9
Yaş	18- 25 yaş	10	22.2
	26-35 yaş	18	40
	36- 43 yaş	11	24.4
	44- 65 yaş	6	13.3
Hastalık Süresi	1-7 yıl	30	66.7
	8-14 yıl	11	24.4
	15 yıl ve üzeri	4	8.9
Öğrenim Düzeyi	Okur-Yazar	6	13.3
	İlkokul-Ortaokul Mezunu	18	40
	Lise Mezunu	10	22.2
	Üniversite Mezunu	11	24.4
Medeni Durumu	Evli	26	57.8
	Bekar	17	37.8
	Ayrılmış/Dul	2	4.4
Çocuk	Var	24	53.3
	Yok	21	46.7
Gelir Düzeyi	Düşük (0-1000 TL)	24	53.3
	Yüksek (1000 TL ve üstü)	21	46.6
Sosyal Güvence	Var	40	88.9
	Yok	5	11.1
Yaşanılan yer	Şehir Merkezi	39	86.7
	İlçe/Kasaba/ Köy	6	13.4
Aile Tipi	Çekirdek	32	71.1
	Geniş/Geleneksel	9	20
	Parçalanmış/ Ayrı yaşıyor	4	8.9
Meslek	İşçi	10	22.2
	Memur	10	22.2
	Ev Hanımı	12	26.7
	İşsiz	7	15.6
	Diğer (Emekli, Öğrenci vb.)	6	13.3
İş Durumu	Çalışıyor	30	66.7
	Çalışmıyor	15	33.3

Hastaların 23'ü (%51.1) kadın, 22'si (%48.9) erkektir. Hastaların 10'u (%22.2) 18-25 yaş, 18'i (%40) 26-35 yaş arasında, 17'si (%37.7) 36 yaş ve üzerindedir. Hastaların 30'u (%66.7) 1-7 yıl arasında, 4'ü (%8.9) 15 yıl ve üzerinde bu hastalıkla mücadele ettiği; 18'i (%40) ilkokul/ortaokul mezunu, 11'i (%24.4) üniversite mezunu olduğu görülmektedir. Hastaların 26'sının (%57.8) evli, 17'sinin (%37.8) bekar; 24'ünün

(%53.3) çocuk sahibi olduğu görülmektedir. Hastaların 24'ünün (%53.3) düşük gelir düzeyine, 21'inin (%46.6) yüksek gelir düzeyine sahip olduğu; 40'ının (%88.9) sosyal güvencesinin olduğu görülmektedir. Hastaların 39'u (%86.7) şehir merkezinde yaşamakta; 32'si (%71.1) çekirdek aileden gelmektedir. Hastaların 12'si (%26.7) ev hanımı; 10'u (%22.2) işçi ve 10'u (%22.2) memur olarak çalışmaktadır. Hastaların 30'u (%66.7) aktif olarak çalışırken 15'i (%33.3) çalışmamaktadır (Tablo 1).

Tablo 2. Hastaların Hastalıkları İle İlgili Özelliklerine Göre Dağılımı

Yaşanılan Durum		N	%
Ruhsal hastalığı nedeniyle işten çıkarılma durumu var mı?	Evet	13	28.9
	Hayır	32	71.1
Askerlik yaptı mı?	Evet	12	54.5
	Hayır	10	45.5
Hastalık yüzünden mi askerlik yapamadı?	Evet	5	50
	Hayır	5	50
Psikiyatrik bir hastalık nedeni ile hastaneye yatışı var mı?	Evet	28	62.2
	Hayır	17	37.8
İntihar girişimi var mı?	Evet	21	46.7
	Hayır	24	53.3
Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü var mı?	Evet	25	55.6
	Hayır	20	44.4
Psikotik bulgu var mı?	Evet	14	31.1
	Hayır	31	68.9
Alkol-madde kullanımı var mı?	Evet	11	24.4
	Hayır	34	75.6
Kendisine veya başkasına zarar vermiş olma durumu var mı?	Evet	9	20
	Hayır	36	80

Hastaların 13'ü (%28.9) yaşadıkları hastalık sebebiyle işten çıkarıldığı; 5'inin (%50) yaşadığı hastalık sebebiyle olmak üzere erkek hastaların 10'unun (%45.5) askerlik yapamadığı görülmektedir. Hastaların 28'inin (%62.2) hastalık sebebiyle hastanede yatmış olduğunu; 21'inin (%46.7) intihar girişiminde bulunduğunu; 25'inin (%55.6) ailesinde hastalık öyküsünün olduğunu; 14'ünde (%31.1) psikotik bulguların olduğunu; 34'ünün (%75.6) alkol/madde kullanmadığını ve 36'sının (%80) kendisine veya başkasına zarar vermediğini görülmektedir (Tablo 2).

Tablo 3. Hastaların Tedavilerine İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı

Tedavi		N	%
Tedavi türü – ilaç tedavisi	Evet	44	97.8
	Hayır	1	2.2
Tedavi türü – uzun etkili iğne	Evet	6	13.3
	Hayır	39	86.7
Yıllık tedavi başvuru sayısı	Yıl içinde 1-2 kez	11	24.4
	Yıl içinde 3-4 kez	11	24.4
	Yıl içinde 5 kez ve üzeri	23	51.1
Düzenli ilaç kullanımı	Ayda bir kez ilaç almama	14	31.8
	Ayda birden fazla ilaç almama	6	13.6
	Düzenli	24	54.5
EKT aldınız mı?	Evet	21	46.7
	Hayır	24	53.3
İlaca bağlı yan etki var mı?	Evet	29	64.4
	Hayır	16	35.6
Tedaviden fayda gördünüz mü?	Evet	43	95.6
	Hayır	2	4.4
Tedavi ile sosyal uyum arttı mı?	Evet	37	82.2
	Hayır	8	17.8
Tedavi sonrası iş yapar hale geldi mi?	Evet	32	71.1
	Hayır	13	28.9

Hastaların 44'ü (%97.8) ilaç tedavisi; 6'sı (%13.3) uzun etkili iğne tedavisi aldığını belirtmiştir. Hastaların 23'ü (%51.1) yıl içinde 5 ve daha fazla tedaviye başvururken 24'ü (%54.5) ilaçlarını düzenli bir şekilde kullanmaktadır. Hastaların 29'u (%64.4) ilaca bağlı yan etkilerin olduğunu; 43'ü (%95.6) tedaviden fayda gördüğünü; 37'si (%82.2) tedavi ile sosyal uyumun arttığını; 32'si (%71.1) tedaviden sonra iş yaptığını belirtmiştir. (Tablo 3).

4.1.1. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre İçselleştirilmiş Damgalanma Düzeylerine İlişkin Bulgular

Tablo 4. Hastaların Cinsiyetlerine Göre İçselleştirilmiş Damgalanma Puanlarına İlişkin t Testi Sonuçları

Ölçekler	Cinsiyet	N	$\bar{X}$	Ss	Sd	T	P
RHİDÖ	Kadın	23	63.78	2.75			
	Erkek	22	65.00	3.38	43	-.280	0.781
Yabancılaşma	Kadın	23	12.74	.83			
	Erkek	22	13.04	.86	43	-.256	0.799
Kalıp Yargıların Onaylanması	Kadın	23	13.35	.90			
	Erkek	22	13.95	.82	43	-.499	0.620
Algılanan Ayrımcılık	Kadın	23	9.91	.76			
	Erkek	22	10.41	.74	43	-.466	0.643
Sosyal Geri Çekilme	Kadın	23	13.04	.81			
	Erkek	22	14.18	.98	43	-.901	0.373
Damgalanmaya Karşı Direnç	Kadın	23	14.74	.53			
	Erkek	22	13.41	.60	43	1.673	0.102

Hastaların toplam içselleştirilmiş damgalanma, yabancılaşma, kalıp yargıların onaylanması, algılanan ayrımcılık, sosyal geri çekilme ve damgalanmaya karşı direncin ortalamaları cinsiyetlerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Tablo 5. Hastaların Yaş Gruplarına Göre İçselleştirilmiş Damgalanma Puanlarına İlişkin Betimsel Değerler ve ANOVA Sonuçları

Ölçekler	Yaş Grupları	N	$\bar{X}$	Ss	F	P
RHİDÖ	18-25 yaş	10	65.60	16.83	1.590	0.206
	26-35 yaş	18	59.50	14.83		
	36-43 yaş	11	71.18	12.87		
	43-65 yaş	6	64.50	6.98		
Yabancılaşma	18-25 yaş	10	13.50	4.01	1.415	0.252
	26-35 yaş	18	11.72	4.27		
	36-43 yaş	11	14.64	3.44		
	43-65 yaş	6	12.17	3.31		
Kalıp Yargıların Onaylanması	18-25 yaş	10	13.80	4.78	1.281	0.294
	26-35 yaş	18	12.33	4.06		
	36-43 yaş	11	15.18	3.70		
	43-65 yaş	6	14.50	2.59		
Algılanan Ayrımcılık	18-25 yaş	10	10.50	3.86	.768	0.519
	26-35 yaş	18	9.39	3.96		
	36-43 yaş	11	11.36	3.38		
	43-65 yaş	6	9.67	1.03		
Sosyal Geri Çekilme	18-25 yaş	10	14.80	5.03	1.284	0.293
	26-35 yaş	18	12.39	4.30		
	36-43 yaş	11	15.00	3.82		
	43-65 yaş	6	12.67	2.50		
Damgalanmaya Karşı Direnç	18-25 yaş	10	13.00	2.21	1.706	0.181
	26-35 yaş	18	13.67	3.05		
	36-43 yaş	11	15.00	2.00		
	43-65 yaş	6	15.50	3.08		

Hastaların 36-43 yaş grubunda olanların damgalanmaya karşı direnç dışında tüm içselleştirilmiş damgalanma puan ortalamaları diğer yaş grupların ortalamalarından yüksektir ($\bar{X}_{RHİDÖ}=71.18$; $\bar{X}_{Yabancılaşma}=14.64$; $\bar{X}_{Kalıp Yargıların Onaylanması}=15.18$; $\bar{X}_{Algılanan Ayrımcılık}=11.36$; $\bar{X}_{Sosyal Geri Çekilme}=15.00$).

Hastaların toplam içselleştirilmiş damgalanma, yabancılaşma, kalıp yargıların onaylanması, algılanan ayrımcılık, sosyal geri çekilme ve damgalanmaya karşı direncin ortalamaları yaş gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Tablo 6. Hastaların Hastalık Süresine Göre İçselleştirilmiş Damgalanma Puanlarına İlişkin Betimsel Değerler ve ANOVA Sonuçları

Ölçekler	Hastalık Süresi	N	$\bar{X}$	Ss	F	P
RHİDÖ	1-7 yıl	30	63.63	15.75	.132	0.877
	8-14 yıl	11	65.45	13.15		
	15 ve üzeri	4	67.00	7.16		
Yabancılaşma	1-7 yıl	30	12.53	4.58	.355	0.703
	8-14 yıl	11	13.54	2.42		
	15 ve üzeri	4	13.75	2.22		
Kalıp Yargıların Onaylanması	1-7 yıl	30	13.16	4.14	.645	0.530
	8-14 yıl	11	14.45	4.16		
	15 ve üzeri	4	15.00	2.94		
Algılanan Ayrımcılık	1-7 yıl	30	10.06	3.65	.033	0.968
	8-14 yıl	11	10.27	3.98		
	15 ve üzeri	4	10.50	1.00		
Sosyal Geri Çekilme	1-7 yıl	30	13.66	4.67	.086	0.918
	8-14 yıl	11	13.73	3.60		
	15 ve üzeri	4	12.75	2.50		
Damgalanmaya Karşı Direnç	1-7 yıl	30	14.20	2.67	.537	0.589
	8-14 yıl	11	13.45	3.08		
	15 ve üzeri	4	15.00	2.31		

Hastalık süresi 15 ve üzeri yıl olan grubun sosyal geri çekilme dışında tüm içselleştirilmiş damgalanma puan ortalamaları diğer grupların ortalamalarından yüksektir ($\bar{X}_{RHİDÖ}=67.00$; $\bar{X}_{Yabancılaşma}=13.75$; $\bar{X}_{Kalıp Yargıların Onaylanması}=15.00$; $\bar{X}_{Algılanan Ayrımcılık}=10.50$; $\bar{X}_{Damgalanmaya Karşı Direnç}=15.00$).

Hastaların toplam içselleştirilmiş damgalanma, yabancılaşma, kalıp yargıların onaylanması, algılanan ayrımcılık, sosyal geri çekilme ve damgalanmaya karşı direncin ortalamaları hastalık süresine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Tablo 7. Hastaların Öğrenim Düzeylerine Göre İçselleştirilmiş Damgalanma Puanlarına İlişkin Betimsel Değerler ve ANOVA Sonuçları

Ölçekler	Öğrenim Düzeyi	N	$\bar{X}$	Ss	F	P
RHİDÖ	Okur –Yazar	6	68.67	17.32	.637	0.596
	İlkokul-Ortaokul Mezunu	18	64.44	11.67		
	Lise Mezunu	10	66.80	19.55		
	Üniversite Mezunu	11	59.73	12.16		
Yabancılaşma	Okur –Yazar	6	13.00	3.90	.462	0.710
	İlkokul-Ortaokul Mezunu	18	12.67	3.38		
	Lise Mezunu	10	14.10	4.53		
	Üniversite Mezunu	11	12.09	4.64		
Kalıp Yargıların Onaylanması	Okur –Yazar	6	14.50	4.32	1.004	0.401
	İlkokul-Ortaokul Mezunu	18	14.22	3.99		
	Lise Mezunu	10	14.10	4.25		
	Üniversite Mezunu	11	11.82	3.76		
Algılanan Ayrımcılık	Okur –Yazar	6	11.17	3.76	.477	0.700
	İlkokul-Ortaokul Mezunu	18	10.17	3.22		
	Lise Mezunu	10	10.60	4.55		
	Üniversite Mezunu	11	9.18	3.12		
Sosyal Geri Çekilme	Okur –Yazar	6	15.00	5.06	.980	0.411
	İlkokul-Ortaokul Mezunu	18	13.28	3.82		
	Lise Mezunu	10	14.90	5.28		
	Üniversite Mezunu	11	12.18	3.28		
Damgalanmaya Karşı Direnç	Okur –Yazar	6	15.00	2.61	.717	0.547
	İlkokul-Ortaokul Mezunu	18	14.11	2.85		
	Lise Mezunu	10	13.10	2.88		
	Üniversite Mezunu	11	14.45	2.50		

Üniversite mezunları, damgalanmaya karşı direnç dışında tüm içselleştirilmiş damgalanma alt ölçeklerinde en düşük ortalamaya sahiptir ($\bar{X}_{RHİDÖ}=59.73$; $\bar{X}_{Yabancılaşma}=12.09$; $\bar{X}_{Kalıp\ Yargıların\ Onaylanması}=11.82$; $\bar{X}_{Algılanan\ Ayrımcılık}=9.18$; $\bar{X}_{Sosyal\ Geri\ Çekilme}=12.18$). Hastaların toplam içselleştirilmiş damgalanma, yabancılaşma, kalıp yargıların onaylanması, algılanan ayrımcılık, sosyal geri çekilme ve damgalanmaya karşı direncin ortalamaları öğrenim düzeylerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Tablo 8. Hastaların Medeni Durumlarına Göre İçselleştirilmiş Damgalanma Puanlarına İlişkin Betimsel Değerler ve ANOVA Sonuçları

Ölçekler	Medeni Durum	N	$\bar{X}$	Ss	F	P
RHİDÖ	Evli	26	65.31	16.054	.452	0.639
	Bekar	17	62.18	11.77		
	Ayrılmış/Dul	2	71.00	16.97		
Yabancılaşma	Evli	26	12.92	4.01	.125	0.883
	Bekar	17	13.00	4.14		
	Ayrılmış/Dul	2	11.50	3.54		
Kalıp Yargıların Onaylanması	Evli	26	13.85	4.26	.539	0.587
	Bekar	17	13.06	3.78		
	Ayrılmış/Dul	2	16.00	4.24		
Algılanan Ayrımcılık	Evli	26	10.54	3.89	1.102	0.342
	Bekar	17	9.29	2.73		
	Ayrılmış/Dul	2	12.50	4.95		
Sosyal Geri Çekilme	Evli	26	13.50	4.36	.204	0.816
	Bekar	17	13.53	3.89		
	Ayrılmış/Dul	2	15.50	7.78		
Damgalanmaya Karşı Direnç	Evli	26	14.50	2.77	1.310	0.281
	Bekar	17	13.29	2.52		
	Ayrılmış/Dul	2	15.50	3.54		

Medeni durumlarından ayrılmış/dul olan grubun, yabancılaşma alt ölçeğinde puan ortalaması diğer gruplardan düşükken ($\bar{X}$ =11.50); içselleştirilmiş damgalanma alt ölçeklerinde en yüksek ortalamaya sahiptir ($\bar{X}_{RHİDÖ}$ =71.00; $\bar{X}_{Kalıp Yargıların Onaylanması}$ =16.00; $\bar{X}_{Algılanan Ayrımcılık}$ =12.50; $\bar{X}_{Sosyal Geri Çekilme}$ = 15.50; $\bar{X}_{Damgalanmaya Karşı Direnç}$ =15.50;). Hastaların toplam içselleştirilmiş damgalanma, yabancılaşma, kalıp yargıların onaylanması, algılanan ayrımcılık, sosyal geri çekilme ve damgalanmaya karşı direncin ortalamaları medeni durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Tablo 9. Hastaların Çocukları Olup Olmamasına Göre İçselleştirilmiş Damgalanma Puanlarına İlişkin t Testi Sonuçları

Ölçekler	Çocuk	N	$\bar{X}$	Ss	Sd	T	P
RHİDÖ	Var	24	64.42	14.35			
	Yok	21	64.33	14.84	43	.019	0.985
Yabancılaşma	Var	24	12.79	3.68			
	Yok	21	13.00	4.36	43	-.174	0.863
Kalıp Yargıların Onaylanması	Var	24	13.67	4.14			
	Yok	21	13.62	4.03	43	.039	0.969
Algılanan Ayrımcılık	Var	24	10.33	3.41			
	Yok	21	9.95	3.75	43	.357	0.723
Sosyal Geri Çekilme	Var	24	13.25	3.87			
	Yok	21	14.00	4.67	43	-.589	0.559
Damgalanmaya Karşı Direnç	Var	24	14.38	2.84			
	Yok	21	13.76	2.60	43	.750	0.457

Hastaların toplam içselleştirilmiş damgalanma, yabancılaşma, kalıp yargıların onaylanması, algılanan ayrımcılık, sosyal geri çekilme ve damgalanmaya karşı direncin ortalamaları çocuklarının olmasına ya da olmamasına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Tablo 10. Hastaların Gelir Düzeylerine Göre İçselleştirilmiş Damgalanma Puanlarına İlişkin t Testi Sonuçları

Ölçekler	Gelir Düzeyi	N	$\bar{X}$	Ss	sd	T	P
RHİDÖ	Düşük (0-1000 TL arası)	24	67.29	16.40	43	1.469	0.149
	Yüksek (1000 TL ve üstü)	21	61.04	11.21			
Yabancılaşma	Düşük (0-1000 TL arası)	24	14.08	4.34	43	2.258	0.029*
	Yüksek (1000 TL ve üstü)	21	11.52	3.04			
Kalıp Yargılar	Düşük (0-1000 TL arası)	24	14.54	4.10	43	1.622	0.112
	Yüksek (1000 TL ve üstü)	21	12.61	3.80			
Algılanan Ayrımcılık	Düşük (0-1000 TL arası)	24	10.70	3.65	43	1.125	0.267
	Yüksek (1000 TL ve üstü)	21	9.52	3.37			
Sosyal Geri Çekilme	Düşük (0-1000 TL arası)	24	14.70	4.97	36.9	2.008	0.052
	Yüksek (1000 TL ve üstü)	21	12.33	2.78			
Damgalanmaya Karşı Direnç	Düşük (0-1000 TL arası)	24	14.16	2.63	43	2.335	0.024*
	Yüksek (1000 TL ve üstü)	21	12.14	3.18			

* $p < 0.05$

Yüksek gelir düzeyine sahip hastalar içselleştirilmiş damgalanmada düşük gelir grubuna göre daha düşük ortalamaya sahiptir ($\bar{X}_{RHİDİO}=61.04$; $\bar{X}_{Yabancılaşma}=11.52$ $\bar{X}_{Kalıp Yargıların Onaylanması}=12.61$; $\bar{X}_{Algılanan Ayrımcılık}=9.52$; $\bar{X}_{Sosyal Geri Çekilme}=12.33$, $\bar{X}_{Damgalanmaya Karşı Direnç}=12.14$).

Hastaların toplam içselleştirilmiş damgalanma, kalıp yargıların onaylanması, algılanan ayrımcılık ve sosyal geri çekilme düzeylerinin gelir düzeylerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Yabancılaşma ve damgalanmaya karşı direnç düzeyinde gelir düzeylerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0.05$). Yabancılaşma düzeyleri, düşük gelir düzeyine sahip hastalar ($\bar{X}=14.08$) yüksek gelir düzeyine sahip hastalara ($\bar{X}=11.52$) göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir ($t=2.258$; $p<0.05$). Damgalanmaya karşı direnç düzeyleri, düşük gelir düzeyine sahip hastalar ($\bar{X}=14.16$) yüksek gelir düzeyine sahip hastalara ($\bar{X}=12.14$) göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir ($t=2.335$; $p<0.05$).

Tablo 11. Hastaların Sosyal Güvencelerine Göre İçselleştirilmiş Damgalanma Puanlarına İlişkin t Testi Sonuçları

Ölçekler	Sosyal Güvence	N	$\bar{X}$	Ss	Sd	T	P
RHİDİÖ	Var	40	63.30	14.68			
	Yok	5	73.00	8.97	43	-1.436	0.158
Yabancılaşma	Var	40	12.48	3.97			
	Yok	5	16.20	1.92	43	-2.050	0.046*
Kalıp Yargıların Onaylanması	Var	40	13.45	4.13			
	Yok	5	15.20	3.11	43	-.911	0.367
Algılanan Ayrımcılık	Var	40	9.88	3.59			
	Yok	5	12.40	2.19	43	-1.528	0.134
Sosyal Geri Çekilme	Var	40	13.35	4.27			
	Yok	5	15.60	3.65	43	-1.125	0.267
Damgalanmaya Karşı Direnç	Var	40	14.15	2.76			
	Yok	5	13.60	2.61	43	.422	0.675

* $p<0.05$

Hastaların toplam içselleştirilmiş damgalanma, kalıp yargıların onaylanması, algılanan ayrımcılık, sosyal geri çekilme ve damgalanmaya karşı direnç düzeylerinin sosyal güvencesinin olması veya olmamasına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Sosyal güvencesi olmayan hastaların ($\bar{X}=16.20$), sosyal güvenceleri olan hastalara göre ($\bar{X}=12.48$) anlamlı düzeyde daha yüksek düzeyde yabancılaşma düzeyine sahiptir ($t=-2.050$; $p<0.05$).

Tablo 12. Hastaların Yaşadıkları Yere Göre İçselleştirilmiş Damgalanma Puanlarına İlişkin t Testi Sonuçları

Ölçekler	Yaşanılan Yer	N	$\bar{X}$	Ss	Sd	T	P
RHİDÖ	Şehir Merkezi	39	64.07	15.04	43	-.353	0.725
	Diğer (Köy, kasaba)	6	66.33	10.13			
Yabancılaşma	Şehir Merkezi	39	12.92	4.09	43	.146	0.885
	Diğer (Köy, kasaba)	6	12.66	3.32			
Kalıp Yargıların Onaylanması	Şehir Merkezi	39	13.41	4.06	43	-.991	0.327
	Diğer (Köy, kasaba)	6	15.16	3.86			
Algılanan Ayrımcılık	Şehir Merkezi	39	10.20	3.74	43	.237	0.814
	Diğer (Köy, kasaba)	6	9.83	1.83			
Sosyal Geri Çekilme	Şehir Merkezi	39	13.58	4.27	43	-.041	0.967
	Diğer (Köy, kasaba)	6	13.66	4.27			
Damgalanmaya Karşı Direnç	Şehir Merkezi	39	13.94	2.62	43	-.879	0.384
	Diğer (Köy, kasaba)	6	15.00	3.40			

Şehir merkezinde yaşayan hastalar yabancılaşma ve algılanan ayrımcılık dışında tüm içselleştirilmiş damgalanma alt ölçeklerinde köy, kasabada yaşayanlara göre düşük ortalamaya sahiptir ($\bar{X}_{RHİDÖ}=64.07$; $\bar{X}_{Kalıp\ Yargıların\ Onaylanması}=13.41$; $\bar{X}_{Sosyal\ Geri\ Çekilme}=13.58$; $\bar{X}_{Damgalanmaya\ Karşı\ Direnç}=13.94$).

Hastaların toplam içselleştirilmiş damgalanma, yabancılaşma, kalıp yargıların onaylanması, algılanan ayrımcılık, sosyal geri çekilme ve damgalanmaya karşı direncin ortalamaları yaşadıkları yere göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde değişmediği görülmektedir ($p>0.05$).

Tablo 13. Hastaların Aile Tiplerine Göre İçselleştirilmiş Damgalanma Puanlarına İlişkin Betimsel Değerler ve ANOVA Sonuçları

Ölçekler	Aile Tipi	N	$\bar{X}$	Ss	F	P
RHİDÖ	Çekirdek	33	63.54	14.90	.397	0.675
	Geniş/Geleneksel	9	68.11	15.21		
	Parçalanmış/Ayrı	4	61.75	3.09		
Yabancılaşma	Çekirdek	33	12.97	4.22	.017	0.983
	Geniş/Geleneksel	9	12.67	3.54		
	Parçalanmış/Ayrı	4	13.00	2.71		
Kalıp Yargıların Onaylanması	Çekirdek	33	13.18	3.95	1.128	0.333
	Geniş/Geleneksel	9	15.44	4.77		
	Parçalanmış/Ayrı	4	13.00	.82		
Algılanan Ayrımcılık	Çekirdek	33	10.09	3.72	.444	0.644
	Geniş/Geleneksel	9	10.78	3.49		
	Parçalanmış/Ayrı	4	8.75	.96		
Sosyal Geri Çekilme	Çekirdek	33	13.52	4.27	.551	0.581
	Geniş/Geleneksel	9	14.44	4.77		
	Parçalanmış/Ayrı	4	11.75	1.70		
Damgalanmaya Karşı Direnç	Çekirdek	33	13.79	2.74	.897	0.415
	Geniş/Geleneksel	9	14.78	2.64		
	Parçalanmış/Ayrı	4	15.25	2.50		

Yabancılaşma ve damgalanmaya karşı direnç dışında tüm içselleştirilmiş damgalanma alt ölçeklerinin düzeyi en yüksek olan grubun, geniş/geleneksel aile tipine sahip hastalar olduğu görülmektedir ($\bar{X}_{RHİDÖ}=68.11$; $\bar{X}_{Kalıp\ Yargıların\ Onaylanması}=15.44$; $\bar{X}_{Algılanan\ Ayrımcılık}=10.78$ $\bar{X}_{Sosyal\ Geri\ Çekilme}=14.44$).

Hastaların toplam içselleştirilmiş damgalanma, yabancılaşma, kalıp yargıların onaylanması, algılanan ayrımcılık, sosyal geri çekilme ve damgalanmaya karşı direncin ortalamaları aile tiplerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde değişmediği görülmektedir ($p>0.05$).

Tablo 14. Hastaların Mesleklerine Göre İçselleştirilmiş Damgalanma Puanlarına İlişkin Betimsel Değerler ve ANOVA Sonuçları

Ölçekler	Meslek	N	$\bar{X}$	Ss	F	P
RHİDÖ	İşçi	10	61.90	16.38	2.187	0.088
	Memur	10	56.10	8.25		
	Ev Hanımı	12	68.00	13.33		
	İşsiz	7	74.57	17.33		
	Diğer (Emekli, Öğrenci vb.)	6	63.16	11.95		
Yabancılaşma	İşçi	10	12.10	4.68	2.171	0.090
	Memur	10	10.90	3.11		
	Ev Hanımı	12	13.42	2.94		
	İşsiz	7	16.14	5.27		
	Diğer (Emekli, Öğrenci vb.)	6	12.66	2.16		
Kalıp Yargıların Onaylanması	İşçi	10	12.80	3.70	1.912	0.127
	Memur	10	11.30	2.91		
	Ev Hanımı	12	15.25	4.20		
	İşsiz	7	15.43	5.06		
	Diğer (Emekli, Öğrenci vb.)	6	13.66	3.32		
Algılanan Ayrımcılık	İşçi	10	9.40	3.06	2.668	0.046*
	Memur	10	8.20	2.57		
	Ev Hanımı	12	10.67	3.96		
	İşsiz	7	13.28	3.77		
	Diğer (Emekli, Öğrenci vb.)	6	10.00	2.52		
Sosyal Geri Çekilme	İşçi	10	13.20	4.85	1.250	0.306
	Memur	10	11.50	1.65		
	Ev Hanımı	12	13.92	4.40		
	İşsiz	7	15.86	5.27		
	Diğer (Emekli, Öğrenci vb.)	6	14.50	4.08		
Damgalanmaya Karşı Direnç	İşçi	10	14.40	2.91	.839	0.509
	Memur	10	14.20	1.69		
	Ev Hanımı	12	14.75	2.60		
	İşsiz	7	13.86	3.72		
	Diğer (Emekli, Öğrenci vb.)	6	12.33	2.87		

*p<0.05

Tablo 14 incelendiğinde içselleştirilmiş damgalanma düzeyi en yüksek olan işsiz hastalar ($\bar{X}$ =74.57), en düşük ortalamalar ise memur hastalara ait ($\bar{X}$ =56.10) olduğu görülmektedir. Yabancılaşma alt ölçeğinde ($\bar{X}_{\text{işsiz}}$ =16.14, $\bar{X}_{\text{memur}}$ =10.90); kalıp yargıların onaylanması alt ölçeğinde ($\bar{X}_{\text{işsiz}}$ =15.43, $\bar{X}_{\text{memur}}$ =11.30); algılanan ayrımcılık ($\bar{X}_{\text{işsiz}}$ =13.28, $\bar{X}_{\text{memur}}$ =8.20); sosyal geri çekilme alt ölçeğinde ($\bar{X}$

işsiz=15.86, $\bar{X}_{\text{memur}}=11.50$) alt ölçeğinde aynı örüntüyü görmek mümkündür. Damgalanmaya karşı direnç düzeyi en düşük olan diğer hastalar ($\bar{X}=12.33$) en yüksek olan grup ev hanımlarıdır ($\bar{X}=14.75$).

Hastaların toplam içselleştirilmiş damgalanma, yabancılaşma, kalıp yargıların onaylanması, sosyal geri çekilme ve damgalanmaya karşı direnç düzeylerinin mesleklerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Hastaların algılanan ayrımcılık düzeyinde, mesleklerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($F=2.668$; $p<0.05$). Farkın kaynağını bulmak için yapılan post-hoc analizleri sonucu, Scheffe Testine göre memur hastaların ($\bar{X}=8.20$) ve işsiz hastaların ($\bar{X}=13.28$) oluşturduğu gruplar arasında anlamlı bir farklılık vardır.

Tablo 15. Hastaların İş Durumlarına Göre İçselleştirilmiş Damgalanma Puanlarına İlişkin t Testi Sonuçları

Ölçekler	İş Durumu	N	$\bar{X}$	Ss	Sd	T	P
RHİDÖ	Çalışmıyor	30	66.97	13.97			
	Çalışıyor	15	59.20	14.34	43	1.743	0.088
Yabancılaşma	Çalışmıyor	30	13.53	3.80			
	Çalışıyor	15	11.60	4.10	43	1.566	0.125
Kalıp Yargıların Onaylanması	Çalışmıyor	30	14.33	3.95			
	Çalışıyor	15	12.27	3.99	43	1.649	0.106
Algılanan Ayrımcılık	Çalışmıyor	30	10.87	3.57			
	Çalışıyor	15	8.73	3.10	43	1.970	0.055
Sosyal Geri Çekilme	Çalışmıyor	30	14.17	4.38			
	Çalışıyor	15	12.47	3.80	43	1.280	0.207
Damgalanmaya Karşı Direnç	Çalışmıyor	30	14.07	3.15			
	Çalışıyor	15	14.13	1.64	43	-.093	0.939

Hastaların toplam içselleştirilmiş damgalanma, yabancılaşma, kalıp yargıların onaylanması, algılanan ayrımcılık, sosyal geri çekilme ve damgalanmaya karşı direncin ortalamaları iş sahibi olması ya da olmamasına göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde değişmediği görülmektedir ($p>0.05$).

4.1.2. Hastaların Hastalıklarına ve Tedavilerinin Özelliklerine Göre İçselleştirilmiş Damgalanma Düzeylerine İlişkin Bulgular

Tablo 16. Hastaların Hastalıklarına ve Tedavilerinin Özelliklerine Göre İçselleştirilmiş Damgalanma Puanlarına İlişkin t Testi Sonuçları

Değişkenler		N	$\bar{X}$	Ss	Sd	T	P
Ruhsal hastalığı nedeniyle işten çıkarılma durumu var mı?	Evet	13	69.46	14.82	43	1.531	0.133
	Hayır	32	62.31	13.95			
Askerlik yaptı mı?	Evet	12	62.75	16.93	20	-.720	0.480
	Hayır	10	67.70	14.91			
Psikiyatrik bir hastalık nedeni ile hastaneye yatışı var mı?	Evet	28	65.57	15.04	43	.709	0.482
	Hayır	17	62.41	13.52			
İntihar girişimi var mı?	Evet	21	70.62	13.93	43	2.945	0.005*
	Hayır	24	58.92	12.72			
Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü var mı?	Evet	25	65.52	14.12	43	.590	0.558
	Hayır	20	62.95	15.01			
Psikotik bulgu var mı?	Evet	14	71.07	14.98	43	2.181	0.035*
	Hayır	31	61.35	13.30			
Alkol-madde kullanımı var mı?	Evet	11	70.18	12.89	43	1.561	0.126
	Hayır	34	62.50	14.55			
Kendisine veya başkasına zarar vermiş olma durumu var mı?	Evet	9	72.78	17.33	43	2.022	0.049*
	Hayır	36	62.28	13.03			
EKT aldınız mı?	Evet	21	68.90	14.12	43	2.040	0.047*
	Hayır	24	60.42	13.74			
İlaca bağlı yan etki var mı?	Evet	29	68.17	13.94	43	2.518	0.016*
	Hayır	16	57.50	12.97			
Tedavi ile sosyal uyum arttı mı?	Evet	37	65.03	13.12	43	.646	0.522
	Hayır	8	61.38	20.18			
Tedavi sonrası iş yapar hale geldi mi?	Evet	32	60.88	12.34	43	-2.740	0.009*
	Hayır	13	73.00	15.97			

*p<0.05

Tablo 16 incelendiğinde, ruhsal hastalık nedeniyle işten çıkarılma, askerlik, hastalık sebebiyle hastaneye yatmış olma, ailede psikiyatrik bir hastalığın olması, alkol/madde kullanımı ve sosyal uyumun artmış olup olmamasına göre içselleştirilmiş damgalanma düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

İntihar girişiminde bulunan hastaların içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri ($\bar{X}$ =70.62), intihar girişiminde bulunmayanlara ($\bar{X}$ =58.92) göre anlamlı bir şekilde daha yüksektir ($t=2.945$; $p<0.05$).

Psikotik bulgulara sahip hastaların içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri ($\bar{X}$ =71.07), psikotik bulguları olmayan ($\bar{X}$ =61.35) göre anlamlı bir şekilde daha yüksektir ($t=2.181$; $p<0.05$).

Kendine veya başkalarına zarar verme davranışında bulunan hastaların içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri ($\bar{X}$ =72.78), kendine veya başkalarına zarar verme davranışında bulunmayan ($\bar{X}$ =62.28) göre anlamlı bir şekilde daha yüksektir ($t=2.022$; $p<0.05$).

EKT tedavisi alan hastaların içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri ($\bar{X}$ =68.90), almayan hastalara ($\bar{X}$ =60.42) göre anlamlı bir şekilde daha yüksektir ($t=2.040$; $p<0.05$).

İlaçların yan etkisi olduğunu belirten hastaların içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri ($\bar{X}$ =68.17), ilaçların yan etkisi olmadığını belirten hastalara ($\bar{X}$ =57.50) göre anlamlı bir şekilde daha yüksektir ($t=2.518$; $p<0.05$).

İş yapar hale geldiğini düşünmeyen hastaların içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri ($\bar{X}$ =73.00), iş yapar hale geldiğini düşünen hastalara ($\bar{X}$ =60.88) göre anlamlı bir şekilde daha yüksektir ($t=-2.740$; $p<0.05$).

Tablo 17. Hastaların Yıllık Tedavi Başvuru Sayısı ve İlaç Kullanım Düzenlerine Göre İçselleştirilmiş Damgalanma Puanlarına İlişkin ANOVA Sonuçları

Değişkenler		N	$\bar{X}$	Ss	F	P
Yıllık Başvuru Sayısı	Yılda 1-2 defa	11	64.45	12.95	2.903	0.066
	Yılda 3-4 defa	11	56.09	11.66		
	Yılda 5 kez ve üzeri	23	68.30	15.06		
İlaç Kullanım Düzeni	Ayda bir defa ilacını almadı	14	63.78	15.34	.794	0.459
	Ayda birden fazla ilacını almadı	6	71.50	17.35		
	İlacını düzenli aldı	24	63.25	13.48		

Hastaların içselleştirilmiş damgalanma düzeyi, yıllık tedavi başvuru sayısı ve ilaçların düzenli kullanılıp kullanılmamasına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

4.1.3. Hastaların Hastalıklarına ve Tedavilerinin Özelliklerine Göre Yabancılaşma Düzeyine İlişkin Bulgular

Tablo 18. Hastaların Hastalıklarına ve Tedavilerinin Özelliklerine Göre Yabancılaşma Puanlarına İlişkin t Testi Sonuçları

Değişkenler		N	$\bar{X}$	Ss	Sd	T	P
Ruhsal hastalığı nedeniyle işten çıkarılma durumu var mı?	Evet	13	15.15	4.08	43	2.595	0.013*
	Hayır	32	11.97	3.59			
Askerlik yaptı mı?	Evet	12	12.67	4.68	20	-.474	0.641
	Hayır	10	13.50	3.27			
Psikiyatrik bir hastalık nedeni ile hastaneye yatışı var mı?	Evet	28	12.64	3.77	43	-.530	0.599
	Hayır	17	13.29	4.36			
İntihar girişimi var mı?	Evet	21	14.90	3.73	43	3.595	0.001*
	Hayır	24	11.12	3.33			
Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü var mı?	Evet	25	13.04	3.62	43	.283	0.779
	Hayır	20	12.70	4.45			
Psikotik bulgu var mı?	Evet	14	14.36	3.52	43	1.704	0.096
	Hayır	31	12.22	4.03			
Alkol-madde kullanımı var mı?	Evet	11	14.00	3.40	43	1.070	0.290
	Hayır	34	12.53	4.11			
Kendisine veya başkasına zarar vermiş olma durumu var mı?	Evet	9	14.44	4.88	43	1.327	0.192
	Hayır	36	12.50	3.68			
EKT aldınız mı?	Evet	21	13.62	3.40	43	1.159	0.253
	Hayır	24	12.25	4.38			
İlaça bağlı yan etki var mı?	Evet	29	13.90	3.63	43	2.417	0.020*
	Hayır	16	11.06	4.01			
Tedavi ile sosyal uyum arttı mı?	Evet	37	13.14	3.67	43	.893	0.377
	Hayır	8	11.75	5.29			
Tedavi sonrası iş yapar hale geldi mi?	Evet	32	12.06	3.22	16.287	-1.92	0.072
	Hayır	13	14.92	4.96			

*p<0.05

Tablo 18 incelendiğinde, askerlik yapma, hastalık sebebiyle hastaneye yatmış olma, ailede psikiyatrik bir hastalığın olması, psikotik bulguları sahip olma, alkol/madde kullanımı, kendine veya başkalarına zarar verme davranışında olma, EKT tedavisi almış olma, sosyal uyumun artmış olup olmamasına ve iş yapar hale geldiğini düşünmeye göre yabancılaşma düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır (p>0.05).

Ruhsal hastalık nedeniyle işten çıkarılan hastaların yabancılaşma düzeyi ($\bar{X}$ =15.15), işten çıkarılmayanlara göre ($\bar{X}$ =11.97) göre anlamlı bir şekilde daha yüksektir

($t=2.595$; $p<0.05$). İntihar girişiminde bulunan hastaların ($\bar{X} =14.90$), intihar girişiminde bulunmayanlara göre ($\bar{X} =11.12$) anlamlı bir düzeyde daha yüksek yabancılaşmaya sahiptir ($t=3.595$; $p<0.05$).

İlaçların yan etkisi olduğunu belirten hastalar ($\bar{X} =13.90$), ilaçların yan etkisi olmadığını belirten hastalara göre ($\bar{X} =11.06$) anlamlı bir düzeyde daha yüksek yabancılaşmaya sahiptir ($t=2.417$; $p<0.05$).

Tablo 19. Hastaların Yıllık Tedavi Başvuru Sayısı ve İlaç Kullanım Düzenlerine Göre Yabancılaşma Puanlarına İlişkin ANOVA Sonuçları

Değişkenler		N	$\bar{X}$	Ss	F	P
Yıllık Başvuru Sayısı	Yılda 1-2 defa	11	13.27	4.17	3.675	0.034*
	Yılda 3-4 defa	11	10.27	2.53		
	Yılda 5 kez ve üzeri	23	13.96	3.99		
İlaç Kullanım Düzeni	Ayda bir defa ilacını almadı	14	13.50	3.80	2.179	0.126
	Ayda birden fazla ilacını almadı	6	15.17	4.26		
	İlacını düzenli aldı	24	11.79	3.80		

* $p<0.05$

Hastaların yabancılaşma düzeyi, yıllık tedavi başvuru sayısı istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($F=3.675$; $p<0.05$). Anlamlı farklılığın kaynağına Scheffe Testi ile bakıldığında, son bir yılda 3-4 defa tedaviye başvuranların yabancılaşma düzeyinin ($\bar{X} =10.27$) yılda 5 defadan fazla başvuranların yabancılaşma düzeyinden ($\bar{X} =13.96$) anlamlı bir şekilde düşük olduğu görülmektedir.

Hastaların yabancılaşma düzeyi ilaçlarını düzenli kullanılıp kullanılmamasına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

4.1.4. Hastaların Hastalıklarına ve Tedavilerinin Özelliklerine Göre Kalıp Yargıların Onaylanması Düzeyine İlişkin Bulgular

Tablo 20. Hastaların Hastalıklarına ve Tedavilerinin Özelliklerine Göre Kalıp Yargıların Onaylanması Puanlarına İlişkin t Testi Sonuçları

Değişkenler		N	$\bar{X}$	Ss	Sd	T	P
Ruhsal hastalığı nedeniyle işten çıkarılma durumu var mı?	Evet	13	15.00	3.51	43	1.452	0.154
	Hayır	32	13.09	4.16			
Askerlik yaptı mı?	Evet	12	13.42	3.82	20	-.714	0.483
	Hayır	10	14.60	3.92			
Psikiyatrik bir hastalık nedeni ile hastaneye yatışı var mı?	Evet	28	14.14	4.09	43	1.064	0.293
	Hayır	17	12.82	3.94			
İntihar girişimi var mı?	Evet	21	15.43	3.40	43	3.015	0.004*
	Hayır	24	12.08	3.97			
Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü var mı?	Evet	25	14.20	4.06	43	1.032	0.308
	Hayır	20	12.95	4.01			
Psikotik bulgu var mı?	Evet	14	15.64	3.56	43	2.340	0.024*
	Hayır	31	12.74	3.97			
Alkol-madde kullanımı var mı?	Evet	11	15.09	3.18	43	1.380	0.175
	Hayır	34	13.18	4.22			
Kendisine veya başkasına zarar vermiş olma durumu var mı?	Evet	9	16.00	4.61	43	2.023	0.049*
	Hayır	36	13.06	3.73			
EKT aldınız mı?	Evet	21	15.10	4.04	43	2.368	0.022*
	Hayır	24	12.38	3.67			
İlaça bağlı yan etki var mı?	Evet	29	14.59	4.03	43	2.194	0.034*
	Hayır	16	11.94	3.57			
Tedavi ile sosyal uyum arttı mı?	Evet	37	13.84	3.93	43	.686	0.496
	Hayır	8	12.75	4.71			
Tedavi sonrası iş yapar hale geldi mi?	Evet	32	12.78	3.75	43	-2.363	0.023*
	Hayır	13	15.77	4.08			

*p<0.05

Tablo 20 incelendiğinde, ruhsal hastalığı nedeniyle işten çıkarılma, askerlik yapma, hastalık sebebiyle hastaneye yatmış olma, ailede psikiyatrik bir hastalığın olması, alkol/madde kullanımı ve sosyal uyumun artmış olup olmamasına göre kalıp yargılarının onaylanması düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

İntihar girişiminde bulunan hastaların kalıp yargılarının onaylanması düzeyleri ($\bar{X}$ =15.43), intihar girişiminde bulunmayanlara ($\bar{X}$ =12.08) göre anlamlı bir şekilde daha yüksektir ($t=3.015$; $p<0.05$).

Psikotik bulgulara sahip hastaların kalıp yargılarının onaylanması düzeyleri ($\bar{X}$ =15.64), psikotik bulguları olmayan ($\bar{X}$ =12.74) göre anlamlı bir şekilde daha yüksektir (t=2.340; p<0.05).

Kendine veya başkalarına zarar verme davranışında bulunan hastaların kalıp yargılarının onaylanması düzeyleri ($\bar{X}$ =16.00), kendine veya başkalarına zarar verme davranışında bulunmayan ($\bar{X}$ =13.06) göre anlamlı bir şekilde daha yüksektir (t=2.023; p<0.05).

EKT tedavisi alan hastaların kalıp yargılarının onaylanması düzeyleri ($\bar{X}$ =15.10), bu tedaviyi almayan hastalara ($\bar{X}$ =12.38) göre anlamlı bir şekilde daha yüksektir (t=2.368; p<0.05).

İlaçların yan etkisi olduğunu belirten hastaların kalıp yargılarının onaylanması düzeyleri ($\bar{X}$ =14.59), ilaçların yan etkisi olmadığını belirten hastalara ($\bar{X}$ =11.94) göre anlamlı bir şekilde daha yüksektir (t=2.194; p<0.05).

Tedavi sonrasında iş yapar hale geldiğini düşünmeyen hastaların kalıp yargılarının onaylanması düzeyleri ($\bar{X}$ =15.77), iş yapar hale geldiğini düşünen hastalara ($\bar{X}$ =12.78) göre anlamlı bir şekilde daha yüksektir (t=2.363; p<0.05).

Tablo 21. Hastaların Yıllık Tedavi Başvuru Sayısı ve İlaç Kullanım Düzenlerine Göre Kalıp Yargıların Onaylanması Puanlarına İlişkin ANOVA Sonuçları

Değişkenler		N	$\bar{X}$	Ss	F	P
Yıllık Başvuru Sayısı	Yılda 1-2 defa	11	14.27	3.32	1.869	0.167
	Yılda 3-4 defa	11	11.64	3.64		
	Yılda 5 kez ve üzeri	23	14.30	4.35		
İlaç Kullanım Düzeni	Ayda bir defa ilacını almadı	14	13.14	3.82	.243	0.786
	Ayda birden fazla ilacını almadı	6	14.50	4.14		
	İlacını düzenli aldı	24	13.79	4.33		

Hastaların kalıp yargılarının onaylanması düzeyi, yıllık tedavi başvuru sayısı ve ilaçların düzenli kullanılıp kullanılmamasına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0.05).

4.1.5. Hastaların Hastalıklarına ve Tedavilerinin Özelliklerine Göre Algılanan Ayrımcılık Düzeyine İlişkin Bulgular

Tablo 22. Hastaların Hastalıklarına ve Tedavilerinin Özelliklerine Göre Algılanan Ayrımcılık Puanlarına İlişkin t Testi Sonuçları

Değişkenler		N	$\bar{X}$	Ss	Sd	T	P
Ruhsal hastalığı nedeniyle işten çıkarılma durumu var mı?	Evet	13	11.08	3.68	43	1.117	0.270
	Hayır	32	9.78	3.46			
Askerlik yaptı mı?	Evet	12	10.33	3.20	20	-.109	0.914
	Hayır	10	10.50	3.95			
Psikiyatrik bir hastalık nedeni ile hastaneye yatışı var mı?	Evet	28	10.64	3.40	43	1.192	0.240
	Hayır	17	9.35	3.71			
İntihar girişimi var mı?	Evet	21	11.19	3.66	43	1.890	0.066
	Hayır	24	9.25	3.23			
Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü var mı?	Evet	25	10.68	3.44	43	1.116	0.271
	Hayır	20	9.50	3.63			
Psikotik bulgu var mı?	Evet	14	11.71	3.77	43	2.060	0.046*
	Hayır	31	9.45	3.24			
Alkol-madde kullanımı var mı?	Evet	11	11.36	2.77	43	1.315	0.196
	Hayır	34	9.76	3.70			
Kendisine veya başkasına zarar vermiş olma durumu var mı?	Evet	9	11.56	4.58	43	1.340	0.187
	Hayır	36	9.80	3.20			
EKT aldınız mı?	Evet	21	11.00	3.66	43	1.521	0.136
	Hayır	24	9.42	3.32			
İlaça bağlı yan etki var mı?	Evet	29	11.17	3.50	43	2.791	0.008*
	Hayır	16	8.31	2.87			
Tedavi ile sosyal uyum arttı mı?	Evet	37	10.32	3.20	43	.685	0.497
	Hayır	8	9.38	5.01			
Tedavi sonrası iş yapar hale geldi mi?	Evet	32	9.44	2.88	16.312	-1.870	0.079
	Hayır	13	11.92	4.42			

*p<0.05

Tablo 22 incelendiğinde, ruhsal hastalığı nedeniyle işten çıkarılma, askerlik yapma, hastalık sebebiyle hastaneye yatmış olma, intihar girişimde olma, ailede psikiyatrik bir hastalığın olması, alkol/madde kullanımı, kendine veya başkasına zarar vermiş olma, EKT tedavisi alma, sosyal uyumun artması ve tedavi sonrasında iş yapar hale gelip gelmemesine göre algılanan ayrımcılık düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Psikotik bulgulara sahip hastaların algılanan ayrımcılık düzeyleri ($\bar{X}=11.71$), psikotik bulguları olmayan ($\bar{X}=9.45$) göre anlamlı bir şekilde daha yüksektir ($t=2.060$; $p<0.05$).

İlaçların yan etkisi olduğunu belirten hastalar ($\bar{X}$ =11.17), ilaçların yan etkisi olmadığını belirten hastalara ($\bar{X}$ =8.31) göre anlamlı bir şekilde daha yüksek algılanan ayrımcılık düzeyine sahiptir (t=2.791; p<0.05).

Tablo 23. Hastaların Yıllık Tedavi Başvuru Sayısı ve İlaç Kullanım Düzenlerine Göre Algılanan Ayrımcılık Puanlarına İlişkin ANOVA Sonuçları

Değişkenler		N	$\bar{X}$	Ss	F	P
Yıllık Başvuru Sayısı	Yılda 1-2 defa	11	10.27	3.10	3.903	0.028*
	Yılda 3-4 defa	11	7.82	2.64		
	Yılda 5 kez ve üzeri	23	11.22	3.68		
İlaç Kullanım Düzeni	Ayda bir defa ilacını almadı	14	10.43	3.39	1.253	0.296
	Ayda birden fazla ilacını almadı	6	12.17	5.04		
	İlacını düzenli aldı	24	9.67	3.13		

*p<0.05

Hastaların algılanan ayrımcılık düzeyi, yıllık tedavi başvuru sayısı istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır (F=3.903; p<0.05). Anlamlı farklılığın kaynağına Scheffe Testi ile bakıldığında, son bir yılda 3-4 defa tedaviye başvuranların algılanan ayrımcılık düzeyinin ($\bar{X}$ =7.82) yılda 5 defadan fazla başvuranların algılanan ayrımcılık ($\bar{X}$ =11.22) anlamlı bir şekilde düşük olduğu görülmektedir.

Hastaların algılanan ayrımcılık düzeyi ilaçlarını düzenli kullanılıp kullanılmamasına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0.05).

4.1.6. Hastaların Hastalıklarına ve Tedavilerinin Özelliklerine Göre Sosyal Geri Çekilme Düzeyine İlişkin Bulgular

Tablo 24. Hastaların Hastalıklarına ve Tedavilerinin Özelliklerine Göre Sosyal Geri Çekilme Puanlarına İlişkin t Testi Sonuçları

Değişkenler		N	$\bar{X}$	Ss	Sd	T	P
Ruhsal hastalığı nedeniyle işten çıkarılma durumu var mı?	Evet	13	15.31	3.84	43	1.768	0.084
	Hayır	32	12.91	4.24			
Askerlik yaptı mı?	Evet	12	13.50	4.78	20	-.755	0.459
	Hayır	10	15.00	4.47			
Psikiyatrik bir hastalık nedeni ile hastaneye yatışı var mı?	Evet	28	13.78	4.37	43	.374	0.710
	Hayır	17	13.29	4.10			
İntihar girişimi var mı?	Evet	21	15.24	4.06	43	2.583	0.013*
	Hayır	24	12.17	3.91			
Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü var mı?	Evet	25	13.80	4.20	43	.351	0.727
	Hayır	20	13.35	4.36			
Psikotik bulgu var mı?	Evet	14	15.00	4.45	43	1.514	0.137
	Hayır	31	12.97	4.04			
Alkol-madde kullanımı var mı?	Evet	11	14.82	4.42	43	1.102	0.277
	Hayır	34	13.20	4.15			
Kendisine veya başkasına zarar vermiş olma durumu var mı?	Evet	9	16.56	4.30	43	2.477	0.017*
	Hayır	36	12.86	3.93			
EKT aldınız mı?	Evet	21	14.86	4.20	43	1.922	0.061
	Hayır	24	12.50	4.02			
İlaça bağlı yan etki var mı?	Evet	29	14.38	4.46	43	1.700	0.096
	Hayır	16	12.19	3.47			
Tedavi ile sosyal uyum arttı mı?	Evet	37	13.70	4.11	43	.347	0.730
	Hayır	8	13.12	5.03			
Tedavi sonrası iş yapar hale geldi mi?	Evet	32	12.50	3.91	43	-2.971	0.005*
	Hayır	13	16.31	3.86			

*p<0.05

Tablo 24 incelendiğinde, ruhsal hastalığı nedeniyle işten çıkarılma, askerlik yapma, hastalık sebebiyle hastaneye yatmış olma, ailede psikiyatrik bir hastalığın olması, psikotik bulgulara sahip olma, alkol/madde kullanımı, EKT tedavisi alma, kullanılan ilaçların yan etkisinin olması ve sosyal uyumun artmış olup olmamasına göre sosyal geri çekilme düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). İntihar girişiminde bulunan hastaların sosyal geri çekilme düzeyleri ($\bar{X}=15.24$), intihar girişiminde bulunmayanlara ($\bar{X}=12.17$) göre anlamlı bir şekilde daha yüksektir ($t=2.583$; $p<0.05$).

Kendine veya başkalarına zarar verme davranışında bulunan hastaların sosyal geri çekilme düzeyleri ($\bar{X}$ =16.56), kendine veya başkalarına zarar verme davranışında bulunmayan ($\bar{X}$ =12.86) göre anlamlı bir şekilde daha yüksektir ($t=2.477$; $p<0.05$).

Tedavi sonrasında iş yapar hale geldiğini düşünmeyen hastalar ($\bar{X}$ =16.31), iş yapar hale geldiğini düşünen hastalara ($\bar{X}$ =12.50) göre anlamlı bir şekilde daha yüksek sosyal geri çekilme düzeyine sahiptir ($t=-2.971$; $p<0.05$).

Tablo 25. Hastaların Yıllık Tedavi Başvuru Sayısı ve İlaç Kullanım Düzenlerine Göre Sosyal Geri Çekilme Puanlarına İlişkin ANOVA Sonuçları

Değişkenler		N	$\bar{X}$	Ss	F	P
Yıllık Başvuru Sayısı	Yılda 1-2 defa	11	13.73	3.88	1.744	0.187
	Yılda 3-4 defa	11	11.64	3.90		
	Yılda 5 kez ve üzeri	23	14.48	4.39		
İlaç Kullanım Düzeni	Ayda bir defa ilacını almadı	14	13.71	4.86	.345	0.710
	Ayda birden fazla ilacını almadı	6	15.00	5.44		
	İlacını düzenli aldı	24	13.38	3.60		

Hastaların sosyal geri çekilme düzeyi, yıllık tedavi başvuru sayısı ve ilaçların düzenli kullanılıp kullanılmamasına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

4.1.7. Hastaların Hastalıklarına ve Tedavilerinin Özelliklerine Göre Damgalanmaya Karşı Direnç Düzeyine İlişkin Bulgular

Tablo 26. Hastaların Hastalıklarına ve Tedavilerinin Özelliklerine Göre Damgalanmaya Karşı Direnç Puanlarına İlişkin t Testi Sonuçları

Değişkenler		N	$\bar{X}$	Ss	Sd	T	P
Ruhsal hastalığı nedeniyle işten çıkarılma durumu var mı?	Evet	13	12.92	2.93	43	-1.885	0.066
	Hayır	32	14.56	2.53			
Askerlik yaptı mı?	Evet	12	12.83	3.13	20	-1.071	0.297
	Hayır	10	14.10	2.23			
Psikiyatrik bir hastalık nedeni ile hastaneye yatışı var mı?	Evet	28	14.36	3.09	43	.846	0.402
	Hayır	17	13.65	1.97			
İntihar girişimi var mı?	Evet	21	13.86	2.56	43	-.530	0.599
	Hayır	24	14.29	2.90			
Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü var mı?	Evet	25	13.80	2.50	43	-.793	0.432
	Hayır	20	14.45	3.00			
Psikotik bulgu var mı?	Evet	14	14.36	2.95	43	.440	0.662
	Hayır	31	13.97	2.65			
Alkol-madde kullanımı var mı?	Evet	11	14.91	3.62	43	1.155	0.255
	Hayır	34	13.82	2.37			
Kendisine veya başkasına zarar vermiş olma durumu var mı?	Evet	9	14.22	2.39	43	.163	0.872
	Hayır	36	14.06	2.83			
EKT aldınız mı?	Evet	21	14.33	2.94	43	.559	0.579
	Hayır	24	13.88	2.56			
İlaça bağlı yan etki var mı?	Evet	29	14.14	2.60	43	.161	0.873
	Hayır	16	14.00	3.01			
Tedavi ile sosyal uyum arttı mı?	Evet	37	14.03	2.79	43	-.325	0.747
	Hayır	8	14.38	2.50			
Tedavi sonrası iş yapar hale geldi mi?	Evet	32	14.09	2.80	43	.019	0.985
	Hayır	13	14.08	2.63			

Tablo 26 incelendiğinde, ruhsal hastalığı nedeniyle işten çıkarılma, askerlik yapma, hastalık sebebiyle hastaneye yatmış olma, intihar girişiminde bulunma, ailede psikiyatrik bir hastalığın olması, psikotik bulgulara sahip olma, alkol/madde kullanımı, kendine veya başkalarına zarar verme davranışında bulunma, EKT tedavisi alma, kullanılan ilaçların yan etkisinin olması, sosyal uyumun artması, tedavi sonrasında iş yapar hale gelmesine göre damgalanmaya karşı direnç düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Tablo 27. Hastaların Yıllık Tedavi Başvuru Sayısı ve İlaç Kullanım Düzenlerine Göre Damgalanmaya Karşı Direnç Puanlarına İlişkin ANOVA Sonuçları

Değişkenler		N	$\bar{X}$	Ss	F	P
Yıllık Başvuru Sayısı	Yılda 1-2 defa	11	12.91	3.62	1.472	0.241
	Yılda 3-4 defa	11	14.73	2.24		
	Yılda 5 kez ve üzeri	23	14.35	2.37		
İlaç Kullanım Düzeni	Ayda bir defa ilacını almadı	14	13.00	2.32	1.747	0.187
	Ayda birden fazla ilacını almadı	6	14.67	3.67		
	İlacını düzenli aldı	24	14.62	2.65		

Hastaların damgalanmaya karşı direnç düzeyi, yıllık tedavi başvuru sayısı ve ilaçların düzenli kullanılıp kullanılmamasına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

4.2. Hasta Yakınlarının Sosyodemografik Özelliklerine, Hastalığa ve Hastalığın Tedavisine İlişkin Bulgular

Tablo 28. Hasta Yakınlarının Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Özellikler		N	%
Cinsiyet	Kadın	25	55.6
	Erkek	20	44.4
Yaş Grupları	20-30 yaş	10	22.2
	31-40 yaş	12	26.6
	41-50 yaş	10	22.2
	51-60 yaş	7	15.5
	60-65 yaş	6	13.3
Yakınlık Derecesi	Birinci derece akraba	40	88.9
	İkinci derece akraba ve ya Dost. Arkadaş	5	11.1
Yakınlığı	Anne	14	31.1
	Baba	5	11.1
	Eş	15	33.3
	Abla/Ağabey	6	13.3
	Diğer (Teyze, Amca, Arkadaş)	5	11.0
Yetişilen Bölge	Güneydoğu	33	73.3
	Diğer (Doğu, Güney, İç Anadolu)	12	26.6
Göç Durumu	Göç Durumu Var	18	40.0
	Göç Durumu Yok	27	60.0
Öğrenim Düzeyi	Okur-Yazar	9	20.0
	İlkokul-Ortaokul Mezunu	20	44.4
	Lise Mezunu	6	13.3
	Üniversite Mezunu	10	22.2
Medeni Durum	Evli	35	77.8
	Bekar	7	15.6
	Ayrılmış/Dul	3	6.7
Gelir Düzeyi	Düşük (0-1000 TL)	15	33.3
	Yüksek (1000 TL ve üstü)	30	66.6
Yaşadığı Yer	Şehir Merkezi	37	82.2
	İlçe/ Köy/Kasaba	8	17.8
Aile Tipi	Çekirdek	30	66.7
	Geniş/Geleneksel	11	24.4
	Parçalanmış	4	8.9
Meslek	İşçi	10	22.2
	Esnaf	5	11.1
	Ev Hanımı	18	40.0
	Diğer (Emekli, Öğrenci, Memur)	12	26.7

Hasta yakınlarının 25'i (%55.6) kadın, 20'si (%44.4) ise erkektir. Hasta yakınlarının 10'u (%22.2) 20-30 yaş arasında, 6'sı (%13.3) 60-65 yaş arasındadır. Hasta yakınlarının

40'ı (%88.9) birinci dereceden, 5'i (%11.1) ikinci dereceden akraba veya dost arkadaş olduğu görülmektedir. Hasta yakınlarının 15'i (%33.3) hastaların eşi, 14'ü (%31.1) hastaların annesi, 5'i (%11.1) hastaların babasıdır. Hasta yakınlarının 33'ü (%73.3) güneydoğuda yetişmiş, 27'si (%60) için göç durumu söz konusu değilken 18'i (%40) iç veya dış göç ile yaşadıkları yere gelmişlerdir. Hasta yakınlarının 20'si (%44.4) ilkokul/ortaokul mezunu, 15'i (%33.3) düşük gelir grubuna (0-1000TL) düzeyinde, 37'si (%82.2) şehir merkezinde yaşamaktadır. Hasta yakınlarının 35'i (%77.8) evli, 30'u (%66.7) çekirdek aile tipine sahip olup 18'i (%40) ev hanımıdır (Tablo 28).

Tablo 29. Hasta Yakınlarının Hastalığa ve Hastalığın Tedavisinin Özelliklerine Göre Dağılımı

Sorular		N	%	
Tedaviden Fayda Alındı Mı?	Evet	41	91.1	
	Hayır	4	8.9	
Tedavi ile Hastanın Sosyal Uyumu Arttı Mı?	Evet	33	73.3	
	Hayır	12	26.7	
Tedavi Sonrası İş Yapar Halde Mi?	Evet	30	66.7	
	Hayır	15	33.3	
İntihar Girişimi Var Mı?	Evet	20	44.4	
	Hayır	25	55.6	
Psikolojik Desteğe İhtiyaç Duyuldu Mu?	Evet	19	42.2	
	Hayır	26	57.8	
İhtiyaç Duyulduysa Nasıl bir Psikolojik Destek Alındı?	Bir profesyonele başvurma	6	31.5	
	Bir profesyonele başvurmayı düşünme ancak başvurmama	8	42.1	
	Bir profesyonele başvurmayı düşünmeme	5	26.3	
Böyle Bir Hastalık Var Mı?	Var	30	66.7	
	Yok	13	28.9	
	Emin değilim	2	4.4	
Hastalığın Tedavisi Mümkün Mü?	Mümkün	39	86.7	
	Mümkün değil	6	13.3	
	Sosyal	Evet	6	13.3
	dengesizlik	Hayır	39	86.7
	Ekonomik	Evet	10	22.2
	problemler	Hayır	35	77.8
	Anne baba	Evet	7	15.5
	tutumu	Hayır	38	84.4
	Eğitim	Evet	2	4.4
	yetersizliği	Hayır	43	95.6
Kaynaklanır?	Biyolojik	Evet	8	17.8
		Hayır	37	82.2
	Stres	Evet	33	73.3
		Hayır	12	26.7
	Diğer	Madde Bağımlılığı	1	
		Endişe	1	

Hasta yakınlarının 41'i (%91.1) tedavinin faydalı olduğunu; 33'ü (%73.3) tedavi sonrasında hastaların sosyal uyumunun arttığını; 30'u (%66.7) hastalarının iş yapar hale geldiğini belirtmiştir. Hasta yakınlarının 20'si (%44.4) hastalarının intihar girişiminde bulunduğunu; 19'u (%42.2) bu süreçte psikolojik destek almayı düşünmüş ancak psikolojik destek almayı düşünenlerden 6'sı (%31.5) profesyonel destek almak için başvururken, 8'i (%42.1) profesyonel destek almayı düşündüğü halde başvurmamıştır. Hasta yakınlarının 30'u (%66.7) böyle bir hastalığın olduğunu düşünmekte ve 39'u (%86.7) hastalığın tedavisinin mümkün olduğunu inanmaktadır. Ruhsal hastalıkların neden kaynaklandığı sorusuna verilen cevaplar incelendiğinde hasta yakınlarının 33'ü (%73.3) stresten, 10'u (%22.2) ekonomik problemlerden kaynaklandığını düşünmektedir (Tablo 29).

4.2.1. Hasta Yakınlarının Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 30. Hasta Yakınlarının Cinsiyetlerine Göre Sosyal Mesafe, Karakteristikler, Duygusal Tepki, Maharet Değerlendirme ve Tehlikelilik Skalaları Puanlarına İlişkin t Testi Sonuçları

Skalalar	Cinsiyet	N	$\bar{X}$	Ss	Sd	T	P
Sosyal Mesafe	Kadın	25	11.88	6.00	43	.995	0.326
	Erkek	20	10.10	5.91			
Karakteristikler	Kadın	25	67.08	21.95	43	1.968	0.055
	Erkek	20	55.40	16.64			
Duygusal Tepki	Kadın	25	39.80	10.06	43	-.586	0.561
	Erkek	20	41.65	11.07			
Maharet Değerlendirme	Kadın	25	26.00	8.12	43	1.989	0.053
	Erkek	20	20.85	9.23			
Tehlikelilik	Kadın	25	25.44	9.01	43	-.313	0.756
	Erkek	20	26.30	9.33			

Sosyal Mesafe, Karakteristikler, Maharet Değerlendirme Skalalarında kadınların puan ortalamaları erkeklerden daha yüksektir ($\bar{X}_{\text{Sosyal Mesafe}}=11.88$, $\bar{X}_{\text{Karakteristikler}}=67.08$, $\bar{X}_{\text{Maharet Değerlendirme}}=26.00$). Duygusal Tepki ($\bar{X}=41.65$) ve Tehlikelilik Skalaları ($\bar{X}=26.30$) erkek hasta yakınlarının ortalamaları kadınlardan daha yüksektir.

Hasta Yakınlarının Sosyal Mesafe, Karakteristikler, Duygusal Tepki, Maharet Değerlendirme ve Tehlikelilik Skalaları hasta yakının cinsiyetlerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde değişmediği görülmektedir ($p>0.05$).

Tablo 31. Hasta Yakınlarının Yaş Gruplarına Göre Sosyal Mesafe, Karakteristikler, Duygusal Tepki, Maharet Değerlendirme ve Tehlikelilik Skalaları Puanlarına İlişkin ANOVA Sonuçları

Skalalar	Yaş Grupları	N	$\bar{X}$	Ss	F	P
Sosyal Mesafe	20-30 yaş	10	11.80	5.63	.984	0.427
	31-40 yaş	12	11.17	5.62		
	41-50 yaş	10	12.60	7.26		
	51-60 yaş	7	7.14	5.76		
	60-65 yaş	6	11.83	4.88		
Karakteristikler	20-30 yaş	10	60.60	14.62	.983	0.428
	31-40 yaş	12	63.33	24.72		
	41-50 yaş	10	70.30	22.36		
	51-60 yaş	7	50.71	12.62		
	60-65 yaş	6	60.17	22.76		
Duygusal Tepki	20-30 yaş	10	36.60	11.78	.651	0.630
	31-40 yaş	12	42.25	10.38		
	41-50 yaş	10	40.70	8.70		
	51-60 yaş	7	44.28	8.12		
	60-65 yaş	6	39.67	14.10		
Maharet Değerlendirme	20-30 yaş	10	25.40	8.63	.724	0.581
	31-40 yaş	12	22.17	9.68		
	41-50 yaş	10	25.50	7.69		
	51-60 yaş	7	19.57	9.02		
	60-65 yaş	6	25.83	10.38		
Tehlikelilik	20-30 yaş	10	26.90	10.48	1.391	0.254
	31-40 yaş	12	22.25	8.64		
	41-50 yaş	10	30.00	9.74		
	51-60 yaş	7	27.57	4.16		
	60-65 yaş	6	22.17	8.98		

Tablo 30 incelendiğinde; 41-50 yaş grubunun Sosyal Mesafe, Karakteristikler, Tehlikelilik Skalalarında puan ortalamaları diğer gruplardan yüksektir ($\bar{X}_{\text{Sosyal Mesafe}}=12.60$, $\bar{X}_{\text{Karakteristikler}}=70.30$, $\bar{X}_{\text{Tehlikelilik}}=30.00$). 51-60 yaş grubu Duygusal Tepki Skalasında ($\bar{X}=44.28$) diğer yaş gruplarından daha yüksek ortalama iken,

Maharet Değerlendirme Skalasında ($\bar{X}$ =19.57) diğer yaş gruplarından daha düşük ortalama sahiptir.

Hasta Yakınlarının Sosyal Mesafe, Karakteristikler, Duygusal Tepki, Maharet Değerlendirme ve Tehlikelilik Skalaları puanlarının hasta yakının yaş gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde değişmediği görülmektedir ($p>0.05$).

Tablo 32. Hasta Yakınlarının Hastaya Yakınlık Derecesine Göre Sosyal Mesafe, Karakteristikler, Duygusal Tepki, Maharet Değerlendirme ve Tehlikelilik Skalaları Puanlarına İlişkin t Testi Sonuçları

Skalalar	Yakınlık Derecesi	N	$\bar{X}$	Ss	sd	T	P
Sosyal Mesafe	Birinci Derece Akraba	40	11.75	5.93	43	2.192	0.034*
	İkinci derece akraba veya Dost, Arkadaş	5	5.80	2.95			
Karakteristikler	Birinci Derece Akraba	40	61.20	21.17	43	-.636	0.528
	İkinci derece akraba veya Dost, Arkadaş	5	67.40	13.10			
Duygusal Tepki	Birinci Derece Akraba	40	40.02	10.24	43	-1.088	0.283
	İkinci derece akraba veya Dost, Arkadaş	5	45.40	12.03			
Maharet Değerlendirme	Birinci Derece Akraba	40	23.95	8.99	43	.504	0.617
	İkinci derece akraba veya Dost, Arkadaş	5	21.80	9.04			
Tehlikelilik	Birinci Derece Akraba	40	26.35	9.27	43	1.054	0.298
	İkinci derece akraba veya Dost, Arkadaş	5	21.80	6.53			

* $p<0.05$

Sosyal Mesafe, Maharet Değerlendirme ve Tehlikelilik Skalalarında birinci derece akraba olan grubun puan ortalamaları ikinci derece akraba veya dost, arkadaş olan hasta yakınlarına göre daha yüksektir ($\bar{X}$ Sosyal Mesafe=11.75, $\bar{X}$ Maharet Değerlendirme=23.95, $\bar{X}$ Tehlikelilik=26.35). Karakteristikler ($\bar{X}$ =67.40) ve Duygusal Tepki ($\bar{X}$ =45.40) Skalaları ikinci derece veya dost, arkadaş olan grubun puan ortalamaları birinci derece akraba olan hasta yakınlarına göre daha yüksektir.

Sosyal Mesafe Skalasında birinci derece akraba olan hasta yakınlarının ($\bar{X}$ =11.75) ikinci derece akraba veya dost, arkadaş ($\bar{X}$ =5.80) olan hasta yakınlarına göre ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksektir ($t=2.192$; $p<0.05$).

Hasta Yakınlarının Karakteristikler, Duygusal Tepki, Maharet Değerlendirme ve Tehlikelilik Skalaları hasta yakının yakınlık derecelerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde değişmediği görülmektedir ($p>0.05$).

Tablo 33. Hasta Yakınlarının Hastaya Yakınlığına Göre Sosyal Mesafe, Karakteristikler, Duygusal Tepki, Maharet Değerlendirme ve Tehlikelilik Skalaları Puanlarına İlişkin Betimsel Değerler ve ANOVA Sonuçları

Skalalar	Yakınlığı	N	$\bar{X}$	Ss	F	P
Sosyal Mesafe	Anne	14	11.07	6.12	1.439	0.239
	Baba	5	10.60	5.98		
	Eş	15	11.93	6.31		
	Abla/ Ağabey	6	13.83	5.42		
	Diğer (Teyze, Amca, Arkadaş)	5	5.80	2,95		
Karakteristikler	Anne	14	65.36	22.37	.707	0.592
	Baba	5	48.60	18.10		
	Eş	15	61.67	22.56		
	Abla/ Ağabey	6	60.83	17.31		
	Diğer (Teyze, Amca, Arkadaş)	5	67.40	13,11		
Duygusal Tepki	Anne	14	38.64	12.77	.452	0.771
	Baba	5	43.00	12.77		
	Eş	15	40.60	9.11		
	Abla/ Ağabey	6	39.33	3.93		
	Diğer (Teyze, Amca, Arkadaş)	5	45.40	12,03		
Maharet Değerlendirme	Anne	14	24.93	8.56	.242	0.913
	Baba	5	23.00	7.31		
	Eş	15	24.40	10.60		
	Abla/ Ağabey	6	21.33	8.33		
	Diğer (Teyze, Amca, Arkadaş)	5	21,80	9,04		
Tehlikelilik	Anne	14	28.29	9.55	.687	0.605
	Baba	5	24.40	2.88		
	Eş	15	24.47	11.20		
	Abla/ Ağabey	6	28.00	6.78		
	Diğer (Teyze, Amca, Arkadaş)	5	21,80	6,53		

Sosyal Mesafe Skalasında puan ortalaması en yüksek olan abla/ağabeydir ($\bar{X}$ =13.83) Karakteristikler ve Duygusal Tepki Skalalarında en yüksek puan diğer grup olan teyze, amca, arkadaş, dost ya da bakıcı olan gruba aittir ($\bar{X}$ Karakteristikler=67.40, $\bar{X}$ Duygusal

Tepki=45.40). Maharet Değerlendirme ve Tehlikelilik en yüksek ortalamaları anneler almıştır ($\bar{X}$ Maharet Değerlendirme=24.93, $\bar{X}$ Tehlikelilik=28.29)

Hasta Yakınlarının Sosyal Mesafe, Karakteristikler, Duygusal Tepki, Maharet Değerlendirme ve Tehlikelilik Skalaları hasta yakının yakınlığına göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde değişmediği görülmektedir ($p>0.05$).

Tablo 34. Hasta Yakınlarının Yetiştikleri Bölgeye Göre Sosyal Mesafe, Karakteristikler, Duygusal Tepki, Maharet Değerlendirme ve Tehlikelilik Skalaları Puanlarına İlişkin t Testi Sonuçları

Skalalar	Yetiilen Bölge	N	$\bar{X}$	Ss	sd	t	P
Sosyal Mesafe	Güneydoğu	33	10.61	5.88	43	-.898	0.374
	Diğer (Doğu, Güney, İç Anadolu)	12	12.42	6.26			
Karakteristikler	Güneydoğu	33	62.97	19.38	43	.585	0.562
	Diğer (Doğu, Güney, İç Anadolu)	12	58.92	23.68			
Duygusal Tepki	Güneydoğu	33	40.45	11.24	43	-.177	0.861
	Diğer (Doğu, Güney, İç Anadolu)	12	41.08	8.27			
Maharet Değerlendirme	Güneydoğu	33	24.36	8.32	43	.811	0.422
	Diğer (Doğu, Güney, İç Anadolu)	12	21.91	10.56			
Tehlikelilik	Güneydoğu	33	25.85	9.57	43	.032	0.975
	Diğer (Doğu, Güney, İç Anadolu)	12	25.75	7.84			

Güneydoğu bölgesinde yetişenlerin Sosyal Mesafe ve Duygusal Tepki Skalalarının puan ortalaması diğer bölgede yetişen hasta yakınlarına göre düşüktür ($\bar{X}$ Sosyal Mesafe=10.61, $\bar{X}$ Duygusal Tepki=40.45). Güneydoğu bölgesinde yetişenlerin Karakteristikler ve Maharet Değerlendirme Skalalarının puan ortalaması diğer bölgede yetişen hasta yakınlarına göre yüksektir ($\bar{X}$ Karakteristikler=62.97, $\bar{X}$ Maharet Değerlendirme=24.36). Tehlikelilik Skalasında grupların ortalamaları birbirine oldukça yakındır ($\bar{X}$ Güneydoğu=25.85, $\bar{X}$ Diğer=25.75).

Hasta Yakınlarının Sosyal Mesafe, Karakteristikler, Duygusal Tepki, Maharet Değerlendirme ve Tehlikelilik Skalaları hasta yakının yetiştiği bölgeye göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde değişmediği görülmektedir ($p>0.05$).

Tablo 35. Hasta Yakınlarının Göç Durumlarına Göre Sosyal Mesafe, Karakteristikler, Duygusal Tepki, Maharet Değerlendirme ve Tehlikelilik Skalaları Puanlarına İlişkin t Testi Sonuçları

Skalalar	Göç Durumu	N	$\bar{X}$	Ss	Sd	T	p
Sosyal Mesafe	Göç Durumu Var	18	10.78	6.38	43	-.283	0.779
	Göç Durumu Yok	27	11.30	5.78			
Karakteristikler	Göç Durumu Var	18	61.33	22.31	43	-.147	0.884
	Göç Durumu Yok	27	62.26	19.48			
Duygusal Tepki	Göç Durumu Var	18	40.89	10.82	43	.138	0.891
	Göç Durumu Yok	27	40.44	10.39			
Maharet	Göç Durumu Var	18	25.61	9.13	43	1.172	0.248
Değerlendirme	Göç Durumu Yok	27	22.44	8.71			
Tehlikelilik	Göç Durumu Var	18	26.94	10.21	43	.674	0.504
	Göç Durumu Yok	27	25.07	8.32			

Sosyal Mesafe ve Karakteristikler Skalalarında göç durumu olmayan grubun puan ortalaması daha yüksektir ($\bar{X}_{\text{Sosyal Mesafe}}=11.30$, $\bar{X}_{\text{Karakteristikler}}=62.26$). Duygusal Tepki, Maharet Değerlendirme ve Tehlikelilik Skalalarının göç durumu olan grubun puan ortalaması daha yüksektir ($\bar{X}_{\text{Duygusal Tepki}}=40.89$; $\bar{X}_{\text{Maharet Değerlendirme}}=25.61$, $\bar{X}_{\text{Tehlikelilik}}=26.94$).

Hasta Yakınlarının Sosyal Mesafe, Karakteristikler, Duygusal Tepki, Maharet Değerlendirme ve Tehlikelilik Skalaları hasta yakının göç durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde değişmediği görülmektedir ($p>0.05$).

Tablo 36. Hasta Yakınlarının Eğitim Düzeylerine Göre Sosyal Mesafe, Karakteristikler, Duygusal Tepki, Maharet Değerlendirme ve Tehlikelilik Skalaları Puanlarına İlişkin Betimsel Değerler ve ANOVA Sonuçları

Skalalar	Eğitim Düzeyi	N	$\bar{X}$	Ss	F	p
Sosyal Mesafe	Okur –Yazar	9	11.67	5.05	.298	0.826
	İlkokul-Ortaokul Mezunu	20	10.45	6.25		
	Lise Mezunu	6	10.17	7.63		
	Üniversite Mezunu	10	12.40	5.72		
Karakteristikler	Okur –Yazar	9	69.89	24.70	.720	0.546
	İlkokul-Ortaokul Mezunu	20	61.70	22.58		
	Lise Mezunu	6	55.33	14.05		
	Üniversite Mezunu	10	59.00	14.41		
Duygusal Tepki	Okur –Yazar	9	40.22	11.58	1.752	0.171
	İlkokul-Ortaokul Mezunu	20	40.35	11.21		
	Lise Mezunu	6	48.67	8.43		
	Üniversite Mezunu	10	36.70	6.96		
Maharet Değerlendirme	Okur –Yazar	9	27.22	8.47	.718	0.547
	İlkokul-Ortaokul Mezunu	20	23.45	9.71		
	Lise Mezunu	6	20.67	5.08		
	Üniversite Mezunu	10	22.90	9.60		
Tehlikelilik	Okur –Yazar	9	20.22	4.94	2.764	0.054
	İlkokul-Ortaokul Mezunu	20	25.00	8.06		
	Lise Mezunu	6	31.83	11.63		
	Üniversite Mezunu	10	28.90	9.98		

Eğitim düzeylerine göre damgalama skalaları incelendiğinde; Sosyal Mesafe Skalasında üniversite mezunlarının ($\bar{X}$ =12.40); Karakteristikler Skalasında okur-yazarların ($\bar{X}$ =69.89); Duygusal Tepki Skalasında lise mezunlarının ($\bar{X}$ =48.67); Maharet Değerlendirme Skalasında okur-yazarların ($\bar{X}$ =27.22); Tehlikelilik Skalasında lise mezunlarının ($\bar{X}$ =31.83) puan ortalamalarının diğer grupların puan ortalamasından yüksek olduğu görülmektedir.

Hasta Yakınlarının Sosyal Mesafe, Karakteristikler, Duygusal Tepki, Maharet Değerlendirme ve Tehlikelilik Skalaları eğitim düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde değişmediği görülmektedir ($p>0.05$).

Tablo 37. Hasta Yakınlarının Medeni Durumlarına Göre Sosyal Mesafe, Karakteristikler, Duygusal Tepki, Maharet Değerlendirme ve Tehlikelilik Skalaları Puanlarına İlişkin Betimsel Değerler ve ANOVA Sonuçları

Skalalar	Medeni Durum	N	$\bar{X}$	Ss	F	P
Sosyal Mesafe	Evli	35	10.97	5.96	.044	0.957
	Bekar	7	11.28	6.55		
	Ayrılmış/Dul	3	12.00	7.00		
Karakteristikler	Evli	35	60.86	20.86	1.526	0.229
	Bekar	7	58.71	18.68		
	Ayrılmış/Dul	3	81.33	10.12		
Duygusal Tepki	Evli	35	41.88	9.41	1.335	0.274
	Bekar	7	37.43	15.54		
	Ayrılmış/Dul	3	33.33	4.93		
Maharet Değerlendirme	Evli	35	22.54	9.40	1.518	0.231
	Bekar	7	26.86	5.76		
	Ayrılmış/Dul	3	30.00	5.29		
Tehlikelilik	Evli	35	25.71	8.70	.018	0.982
	Bekar	7	26.43	9.38		
	Ayrılmış/Dul	3	25.67	15.88		

Medeni durumlarına göre hasta yakınlarının damgalama skalaları incelendiğinde; ayrılmış/dul olan grubun Sosyal Mesafe ($\bar{X}$ =12.00), Karakteristikler ($\bar{X}$ =81.33), Maharet Değerlendirme Skalasında ($\bar{X}$ =30.00) diğer iki gruptan yüksek puan ortalaması aldıkları görülmektedir. Duygusal Tepki Skalasında ise evli olan grubun puan ortalamaları diğer iki gruptan daha yüksek ortalamaya sahiptir ($\bar{X}$ =41.88). Tehlikelilik Skalasında her üç grubun puan ortalamaları birbirine yakın olsa da en yüksek puanlar bekar olan hasta yakınlarına aittir ($\bar{X}$ =26.43).

Hasta Yakınlarının Sosyal Mesafe, Karakteristikler, Duygusal Tepki, Maharet Değerlendirme ve Tehlikelilik Skalaları medeni durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde değişmediği görülmektedir ($p>0.05$).

Tablo 38. Hasta Yakınlarının Gelir Düzeylerine Göre Sosyal Mesafe, Karakteristikler, Duygusal Tepki, Maharet Değerlendirme ve Tehlikelilik Skalaları Puanlarına İlişkin t Testi Sonuçları

Skalalar	Gelir Düzeyi	N	$\bar{X}$	Ss	Sd	t	P
Sosyal Mesafe	Düşük (0- 1000 TL arası)	15	11.60	5.03	43	.403	0.689
	Yüksek (1000 TL ve üstü)	30	10.83	6.44			
Karakteristikler	Düşük (0- 1000 TL arası)	15	75.00	19.60	43	3.390	0.002*
	Yüksek (1000 TL ve üstü)	30	55.33	17.70			
Duygusal Tepki	Düşük (0- 1000 TL arası)	15	36.20	11.90	43	-2.084	0.043*
	Yüksek (1000 TL ve üstü)	30	42.83	9.04			
Maharet	Düşük (0- 1000 TL arası)	15	28.73	7.96	43	2.886	0.006*
Değerlendirme	Yüksek (1000 TL ve üstü)	30	21.20	8.39			
Tehlikelilik	Düşük (0- 1000 TL arası)	15	24.53	9.37	43	-.671	0.506
	Yüksek (1000 TL ve üstü)	30	26.47	8.99			

*p<0.05

Düşük gelir düzeyine ait grup ($\bar{X}$ =11.60) yüksek gelir düzeyine ait gruba ($\bar{X}$ =10.83) göre Sosyal Mesafe Skalasındaki düzeyi istatistiksel olarak anlamlı olmayacak bir şekilde daha yüksektir (p>0.05). Karakteristikler Skalasında düşük gelir düzeyine ait grup ($\bar{X}$ =75.00) yüksek gelir düzeyine ait gruba ($\bar{X}$ =55.33) göre puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksektir (t=3.390; p<0.05). Duygusal Tepki Skalasında yüksek gelir düzeyine ait grup ($\bar{X}$ =42.83) düşük gelir düzeyine ait gruba ($\bar{X}$ =36.20) göre puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksektir (t=-2.084; p<0.05). Maharet Değerlendirme Skalasında düşük gelir düzeyine ait grup ($\bar{X}$ =28.73) yüksek gelir düzeyine ait gruba ($\bar{X}$ =21.20) göre puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksektir (t=2.886; p<0.05). Yüksek gelir düzeyine ait grup ($\bar{X}$ =26.47) düşük gelir düzeyine ait gruba ($\bar{X}$ =24.53) göre Tehlikelilik Skalasındaki düzeyi istatistiksel olarak anlamlı olmayacak bir şekilde daha yüksektir (p>0.05).

Tablo 39. Hasta Yakınlarının Yaşadığı Yerlere Göre Sosyal Mesafe, Karakteristikler, Duygusal Tepki, Maharet Değerlendirme ve Tehlikelilik Skalaları Puanlarına İlişkin t Testi Sonuçları

Skalalar	Yaşanılan Yer	N	$\bar{X}$	Ss	Sd	t	P
Sosyal Mesafe	Şehir Merkezi	37	11.62	6.03	43	1.298	0.201
	İlçe/ Köy/Kasaba	8	8.62	5.31			
Karakteristikler	Şehir Merkezi	37	64.29	20.58	43	1.741	0.089
	İlçe/ Köy/Kasaba	8	50.75	16.37			
Duygusal Tepki	Şehir Merkezi	37	39.48	10.10	43	-1.597	0.118
	İlçe/ Köy/Kasaba	8	45.87	11.04			
Maharet Değerlendirme	Şehir Merkezi	37	24.43	9.10	43	1.172	0.248
	İlçe/ Köy/Kasaba	8	20.37	7.59			
Tehlikelilik	Şehir Merkezi	37	25.81	9.91	36.213	-.032	0.974
	İlçe/ Köy/Kasaba	8	25.87	3.18			

İlçe/köy/kasabada yaşadığını belirten hasta yakınının Sosyal Mesafe Skalası ($\bar{X}$ =8.62), Karakteristikler Skalası ($\bar{X}$ =50.75), Maharet Değerlendirme Skalasında ($\bar{X}$ =20.37) şehir merkezinde yaşayan hasta yakınlarının ortalamasından düşük puan aldıkları görülmektedir. Duygusal Tepki Skalasında şehir merkezinde yaşayan hasta yakınlarının ilçe/köy/kasabada yaşadığını belirten hasta yakınının ortalamasından daha düşüktür ($\bar{X}$ =39.48). Tehlikelilik Skalasında iki grubun puan ortalamaları birbirine oldukça yakındır ($\bar{X}$ Şehir Merkezi=25.81, $\bar{X}$ İlçe/Köy/Kasaba=25.87).

Hasta Yakınlarının Sosyal Mesafe, Karakteristikler, Duygusal Tepki, Maharet Değerlendirme ve Tehlikelilik Skalaları yaşadığı yere göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde değişmediği görülmektedir ($p>0.05$).

Tablo 40. Hasta Yakınlarının Aile Tiplerine Göre Sosyal Mesafe, Karakteristikler, Duygusal Tepki, Maharet Değerlendirme ve Tehlikelilik Skalaları Puanlarına İlişkin Betimsel Değerler ve ANOVA Sonuçları

Skalalar	Aile Tipi	N	$\bar{X}$	Ss	F	P
Sosyal Mesafe	Çekirdek	30	11.27	5.83	.109	0.897
	Geniş/Geleneksel	11	11.09	7.38		
	Parçalanmış	4	9.75	2.99		
Karakteristikler	Çekirdek	30	60.50	19.19	.939	0.399
	Geniş/Geleneksel	11	60.82	26.21		
	Parçalanmış	4	75.25	0.96		
Duygusal Tepki	Çekirdek	30	42.17	9.47	2.068	0.139
	Geniş/Geleneksel	11	39.82	11.80		
	Parçalanmış	4	31.25	11.12		
Maharet Değerlendirme	Çekirdek	30	22.57	8.90	.812	0.451
	Geniş/Geleneksel	11	25.45	9.20		
	Parçalanmış	4	27.50	8.58		
Tehlikelilik	Çekirdek	30	27.57	9.24	2.387	0.104
	Geniş/Geleneksel	11	20.82	4.75		
	Parçalanmış	4	26.50	13.40		

Parçalanmış ailelere sahip hasta yakınlarının Sosyal Mesafe Skalasındaki düzeyi ($\bar{X}$ =9.75), Duygusal Tepki Skalasındaki düzeyi ($\bar{X}$ =31.25) diğer iki aile gruplarının puan ortalamalarından daha düşüktür. Karakteristikler Skalası düzeyi ($\bar{X}$ =75.25) ve Maharet Değerlendirme Skalasında ($\bar{X}$ =27.50) parçalanmış ailelere sahip hasta yakınlarının puan ortalaması diğer iki aile gruplarının puan ortalamalarından daha yüksektir. Tehlikelilik Skalasında en düşük ortalamalar ($\bar{X}$ =20.82) geniş/geleneksel ailelere sahip olan hasta yakınlarıdır.

Hasta Yakınlarının Sosyal Mesafe, Karakteristikler, Duygusal Tepki, Maharet Değerlendirme ve Tehlikelilik Skalaları aile tiplerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde değişmediği görülmektedir ($p>0.05$).

Tablo 41. Hasta Yakınlarının Mesleklerine Göre Sosyal Mesafe, Karakteristikler, Duygusal Tepki, Maharet Değerlendirme ve Tehlikelilik Skalaları Puanlarına İlişkin Betimsel Değerler ve ANOVA Sonuçları

Skalalar	Meslek	N	$\bar{X}$	Ss	F	P
Sosyal Mesafe	İşçi	10	7.10	3.69	2.095	0.116
	Esnaf	5	11.60	8.62		
	Ev Hanımı	18	12.16	5.52		
	Diğer (Emekli, Öğrenci, Memur)	12	12.58	6.17		
Karakteristikler	İşçi	10	55.40	15.78	1.428	0.248
	Esnaf	5	55.60	19.35		
	Ev Hanımı	18	69.33	24.56		
	Diğer (Emekli, Öğrenci, Memur)	12	58.75	15.40		
Duygusal Tepki	İşçi	10	44.90	12.60	0.785	0.509
	Esnaf	5	41.40	3.85		
	Ev Hanımı	18	39.28	10.51		
	Diğer (Emekli, Öğrenci, Memur)	12	38.75	10.31		
Maharet Değerlendirme	İşçi	10	22.20	9.98	1.022	0.393
	Esnaf	5	18.60	8.73		
	Ev Hanımı	18	25.94	8.84		
	Diğer (Emekli, Öğrenci, Memur)	12	23.75	8.09		
Tehlikelilik	İşçi	10	30.10	11.12	1.426	0.249
	Esnaf	5	23.00	8.06		
	Ev Hanımı	18	23.44	7.52		
	Diğer (Emekli, Öğrenci, Memur)	12	27.00	9.21		

Sosyal Mesafe Skalasındaki düzeyi ($\bar{X}=7.10$) ve Karakteristikler Skalası düzeyi ($\bar{X}=55.40$) diğer meslek gruplarına göre en düşük ortalamalar işçilere aittir. Duygusal Tepki Skalasında ($\bar{X}=44.90$) ve Tehlikelilik Skalasında ($\bar{X}=30.10$) diğer meslek gruplarına göre en yüksek ortalamalar işçilere aittir. Maharet Değerlendirme Skalasında ev hanımlarının ($\bar{X}=25.94$) puan ortalamaları diğer meslek gruplarına göre daha yüksektir.

Hasta Yakınlarının Sosyal Mesafe, Karakteristikler, Duygusal Tepki, Maharet Değerlendirme ve Tehlikelilik Skalaları mesleklerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde değişmediği görülmektedir ($p>0.05$).

4.2.2. Hasta Yakınlarının Hastalığa ve Tedaviye İlişkin Görüşlerine Göre Sosyal Mesafe Skalası Puanlarına İlişkin Bulgular

Tablo 42. Hasta Yakınlarının Hastalığa ve Tedaviye İlişkin Görüşlerine Göre Sosyal Mesafe Skalası Puanlarına İlişkin t Testi Sonuçları

Değişkenler		N	$\bar{X}$	Ss	Sd	T	P
Hastanıza uygulanan tedaviden fayda gördünüz mü?	Evet	41	11.27	5.98	43	.642	0.525
	Hayır	4	9.25	6.34			
Tedavi ile hastanızın sosyal uyumu arttı mı?	Evet	33	11.03	6.27	43	-.108	0.914
	Hayır	12	11.25	5.28			
Tedavi sonrası hastanız iş yapar hale geldi mi?	Evet	30	10.90	6.22	43	-.297	0.768
	Hayır	15	11.47	5.62			
Hastanızın intihar girişimi var mı?	Evet	20	12.45	6.58	43	1.383	0.174
	Hayır	25	10.00	5.31			
Psikolojik desteğe ihtiyaç duydunuz mu?	Evet	19	11.79	6.32	43	.669	0.507
	Hayır	26	10.58	5.76			
İUB hastalığının tedavisi mümkün mü?	Evet	39	10.44	5.95	43	-1,929	0.060
	Hayır	6	15.33	6.36			

Hasta yakınlarının Sosyal Mesafe Skalasından aldıkları puanlar hastanın hastalığına ve tedavisine ilişkin görüşlerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

4.2.3. Hasta Yakınlarının Hastalığa ve Tedaviye İlişkin Görüşlerine Göre Karakteristikler Skalası Puanlarına İlişkin Bulgular

Tablo 43. Hasta Yakınlarının Hastalığa ve Tedaviye İlişkin Görüşlerine Göre Karakteristikler Skalası Puanlarına İlişkin t Testi Sonuçları

Değişkenler		N	$\bar{X}$	Ss	Sd	T	P
Hastanıza uygulanan tedaviden fayda gördünüz mü?	Evet	41	61.22	21.21	43	-0.700	0.488
	Hayır	4	68.75	6.70			
Tedavi ile hastanızın sosyal uyumu arttı mı?	Evet	33	58.15	18.85	43	-2.116	0.040*
	Hayır	12	72.17	21.82			
Tedavi sonrası hastanız iş yapar hale geldi mi?	Evet	30	55.20	15.03	43	-3.479	0.001*
	Hayır	15	75.27	23.54			
Hastanızın intihar girişimi var mı?	Evet	20	67.35	20.05	43	1.635	0.109
	Hayır	25	57.52	20.02			
Psikolojik desteğe ihtiyaç duydunuz mu?	Evet	19	57.63	22.28	43	-1.202	0.236
	Hayır	26	65.00	18.76			
İUB hastalığının tedavisi mümkün mü?	Evet	39	57.67	16.61	43	-4.134	0.000*
	Hayır	6	89.33	22.97			

*p<0.05

Hasta yakınlarının Karakteristikler Skalası'ndan aldıkları puanlar hastanın hastalığına ve tedavisine ilişkin görüşlerinden; hastaya uygulanan tedaviden alınan faydaya, hastanın intihar girişiminde bulunmasına ve hasta yakınının psikolojik desteğe ihtiyaç duyup duymamasına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Hastanın sosyal uyumunun arttığını düşünenlerin Karakteristikler Skalası ortalaması ($\bar{X}=58.15$) sosyal uyumunun artmadığını düşünenlerin karakteristikler ortalamasından ($\bar{X}=72.17$) istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde düşüktür ($t=-2.116$; $p<0.05$).

Hastanın tedavi sonrasında iş yapar hale geldiğini düşünen hasta yakınlarının Karakteristikler Skalası ortalaması ($\bar{X}=55.20$) tedavi sonrasında iş yapar hale gelmediğini düşünen hasta yakınlarının ortalamasından ($\bar{X}=75.27$) istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde düşüktür ($t=-3.479$; $p<0.05$).

İUB hastalığının tedavisinin mümkün olduğunu düşünen hasta yakınlarının Karakteristikler Skalası ortalaması ($\bar{X}=57.67$) hastalığının tedavisinin mümkün olmadığını düşünen hasta yakınlarının ortalamasından ($\bar{X}=89.33$) istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde düşüktür ($t=-4.134$; $p<0.05$).

4.2.4. Hasta Yakınlarının Hastalığa ve Tedaviye İlişkin Görüşlerine Göre Duygusal Tepki Skalası Puanlarına İlişkin Bulgular

Tablo 44. Hasta Yakınlarının Hastalığa ve Tedaviye İlişkin Görüşlerine Göre Duygusal Tepki Skalası Puanlarına İlişkin t Testi Sonuçları

Değişkenler		N	$\bar{X}$	Ss	Sd	T	P
Hastanıza uygulanan tedaviden fayda gördünüz mü?	Evet	41	40.41	10.90	17.755	-1.085	0.292
	Hayır	4	42.75	2.63			
Tedavi ile hastanızın sosyal uyumu arttı mı?	Evet	33	41.24	10.28	43	.657	0.515
	Hayır	12	38.92	11.15			
Tedavi sonrası hastanız iş yapar hale geldi mi?	Evet	30	41.53	9.76	43	.825	0.414
	Hayır	15	38.80	11.83			
Hastanızın intihar girişimi var mı?	Evet	20	40.45	9.04	43	-.098	0.923
	Hayır	25	40.76	11.62			
Psikolojik desteğe ihtiyaç duydunuz mu?	Evet	19	40.74	11.02	43	.062	0.951
	Hayır	26	40.54	10.22			
İUB hastalığının tedavisi mümkün mü?	Evet	39	42.38	9.86	43	3.170	0.003*
	Hayır	6	29.17	6.27			

*p<0.05

Hasta yakınlarının Duygusal Tepki Skalasından aldıkları puanlar hastanın hastalığına ve tedavisine ilişkin görüşlerinden; hastaya uygulanan tedaviden alınan faydaya, hastanın sosyal uyumun artmasına, tedavi sonrasında iş yapar hale gelmesine, hastanın intihar girişiminde bulunmasına ve hasta yakınının psikolojik desteğe ihtiyaç duyup duymamasına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

İUB hastalığının tedavisinin mümkün olduğunu düşünen hasta yakınlarının Duygusal Tepki Skalası ortalaması ($\bar{X}=42.38$) hastalığının tedavisinin mümkün olmadığını düşünen hasta yakınlarının ortalamasından ($\bar{X}=29.17$) istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde yüksektir ($t=3.170$; $p<0.05$).

4.2.5. Hasta Yakınlarının Hastalığa ve Tedaviye İlişkin Görüşlerine Göre Maharet Değerlendirme Skalası Puanlarına İlişkin Bulgular

Tablo 45. Hasta Yakınlarının Hastalığa ve Tedaviye İlişkin Görüşlerine Göre Maharet Değerlendirme Skalası Puanlarına İlişkin t Testi Sonuçları

Değişkenler		N	$\bar{X}$	Ss	Sd	T	P
Hastanıza uygulanan tedaviden fayda gördünüz mü?	Evet	41	24.10	9.16	43	.930	0.358
	Hayır	4	19.75	4.92			
Tedavi ile hastanızın sosyal uyumu arttı mı?	Evet	33	23.37	9.21		-.430	0.670
	Hayır	12	24.67	8.35	43		
Tedavi sonrası hastanız iş yapar hale geldi mi?	Evet	30	21.80	8.73		-2.112	0.041*
	Hayır	15	27.53	8.27	43		
Hastanızın intihar girişimi var mı?	Evet	20	24.80	8.06		.729	0.470
	Hayır	25	22.84	9.62	43		
Psikolojik desteğe ihtiyaç duydunuz mu?	Evet	19	22.74	9.05		-.622	0.537
	Hayır	26	24.42	8.92	43		
İUB hastalığının tedavisi mümkün mü?	Evet	39	22.64	8.93		-2.134	0.039*
	Hayır	6	30.67	5.16	43		

*p<0.05

Hasta yakınlarının Maharet Değerlendirme Skalasından aldıkları puanlar hastanın hastalığına ve tedavisine ilişkin görüşlerinden; hastaya uygulanan tedaviden alınan faydaya, hastanın sosyal uyumun artmasına, hastanın intihar girişiminde bulunmasına ve hasta yakınının psikolojik desteğe ihtiyaç duyup duymamasına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Hastanın tedavi sonrasında iş yapar hale geldiğini düşünen hasta yakınlarının Maharet Değerlendirme Skalası ortalaması ($\bar{X} = 21.80$) tedavi sonrasında iş yapar hale gelmediğini düşünen hasta yakınlarının ortalamasından ($\bar{X} = 27.53$) istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde düşüktür ($t = -2.112$; $p < 0.05$).

İUB hastalığının tedavisinin mümkün olduğunu düşünen hasta yakınlarının Maharet Değerlendirme Skalası ortalaması ($\bar{X} = 22.64$) hastalığının tedavisinin mümkün olmadığını düşünen hasta yakınlarının ortalamasından ($\bar{X} = 30.67$) istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde düşüktür ($t = -2.134$; $p < 0.05$).

4.2.6. Hasta Yakınlarının Hastalığa ve Tedaviye İlişkin Görüşlerine Göre Tehlikelilik Skalası Puanlarına İlişkin Bulgular

Tablo 46. Hasta Yakınlarının Hastalığa ve Tedaviye İlişkin Görüşlerine Göre Tehlikelilik Skalası Puanlarına İlişkin t Testi Sonuçları

Değişkenler		N	$\bar{X}$	Ss	Sd	T	P
Hastanıza uygulanan tedaviden fayda gördünüz mü?	Evet	41	25.41	9.00	43	-.966	0.340
	Hayır	4	30.00	9.83			
Tedavi ile hastanızın sosyal uyumu arttı mı?	Evet	33	27.12	9.62	43	1.625	0.112
	Hayır	12	22.25	6.31			
Tedavi sonrası hastanız iş yapar hale geldi mi?	Evet	30	26.40	9.01	43	.601	0.551
	Hayır	15	24.67	9.36			
Hastanızın intihar girişimi var mı?	Evet	20	25.25	8.91	43	-.375	0.709
	Hayır	25	26.28	9.33			
Psikolojik desteğe ihtiyaç duydunuz mu?	Evet	19	27.26	10.24	43	.910	0.368
	Hayır	26	24.77	8.14			
İUB hastalığının tedavisi mümkün mü?	Evet	39	26.51	8.65	43	1.315	0.196
	Hayır	6	21.33	11.20			

Hasta yakınlarının Tehlikelilik Skalasından aldıkları puanlar hastanın hastalığına ve tedavisine ilişkin görüşlerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

4.3. Hastaların İçselleştirilmiş Damgalanma ile Hasta Yakınlarının Damgalama Düzeyleri Arasındaki İlişkin Bulgular

Tablo 47. Hastaların İçselleştirilmiş Damgalanmadan, Hasta Yakınlarının Damgalamadan Aldıkları En Düşük, En Yüksek Değerler, Puanların Ortalaması ve Standart Sapması

Ölçek	N	En Düşük	En Yüksek	$\bar{X}$	S
Toplam RHİDÖ	45	37	103	64.38	14.41
Yabancılaşma	45	6	22	12.89	3.97
Kalıp Yargıların Onaylanması	45	7	22	13.64	4.04
Algılanan Ayrımcılık	45	5	20	10.16	3.54
Sosyal Geri Çekilme	45	6	24	13.60	4.23
Damgalanmaya Karşı Direnç	45	5	19	13.22	3.04
Sosyal Mesafe Skalası	45	1	23	11.09	5.96
Karakteristikler Skalası	45	27	119	61.89	20.41
Duygusal Tepki Skalası	45	16	59	40.62	10.44
Maharet Değerlendirme Skalası	45	8	41	23.71	8.92
Tehlikelilik Skalası	45	12	44	25.82	9.06

Hastaların toplam İçselleştirilmiş Damgalanma (64.38 ± 14.41), Yabancılaşma (12.89 ± 3.97), Kalıp Yargıların Onaylanması (13.64 ± 4.04), Algılanan Ayrımcılık (10.16 ± 3.54), Sosyal Geri Çekilme (13.60 ± 4.23), Damgalanmaya Karşı Direnç (13.22 ± 3.04); hasta yakınlarının damgalamada Sosyal Mesafe (11.09 ± 5.96), Karakteristikler (61.89 ± 20.41), Duygusal Tepki (40.62 ± 10.44), Maharet Değerlendirme (23.71 ± 8.92), Tehlikelilik Skalaları (25.82 ± 9.06) puan ortalama ve standart sapması almışlardır (Tablo 47).

Hastaların içselleştirilmiş damgalanma ile hasta yakınlarının damgalama düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığını belirlemek amacıyla Pearson Korelasyon Katsayısı hesaplanmıştır.

Hastaların Yabancılaşma düzeyi ile hasta yakınlarının Duygusal Tepki Skalası arasında orta düzeyde ($r = -.352$; $p < 0.05$) ve negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

Hastaların Damgalanmaya Karşı Direnç düzeyi ile hasta yakınlarının Karakteristikler Skalası arasında aldıkları puanlar arasında orta düzeyde ($r = .469$; $p < 0.05$) ve pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır (Tablo 48).

Tablo 48. Hastaların İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği ile Hasta Yakınlarının Sosyal Mesafe, Karakteristikler, Duygusal Tepki, Maharet Değerlendirme ve Tehlikelilik Skalaları Arasındaki Pearson Korelasyon Sonuçları

	İçselleştirilmiş Damgalama	Yabancılaşma	Kalıp Yargıların Onaylanması	Algılanan Ayrımcılık	Sosyal Geri Çekilme	Damgalanmay a Karşı Direnç	Sosyal Mesafe	Karakteristikler r	Duygusal Tepki	Maharet Değerlendirme	Tehlikelilik
İçselleştirilmiş Damgalama	*	.837**	.896**	.905**	.911**	.150	.209	.111	-.238	.097	-.045
Yabancılaşma		*	.709**	.695**	.728**	.136	.238	.261	-.352*	.086	-.071
Kalıp Yargıların Onaylanması			*	.809**	.786**	.023	.227	.131	-.220	.061	-.181
Algılanan Ayrımcılık				*	.801**	.090	.122	.031	-.163	.110	-.100
Sosyal Geri Çekilme					*	.007	.215	.210	-.199	.150	.014
Damgalanmaya Karşı Direnç						*	.232	.469**	-.197	.176	-.239
Sosyal Mesafe							*	.345*	-.427**	.023	-.244
Karakteristikler								*	-.612**	.494**	-.190
Duygusal Tepki									*	-.447**	.259
Maharet Değerlendirme										*	-.242
Tehlikelilik											*

N=45; ** p<0.01, * p<0.05

TARTIŞMA

Çalışmamızın bulgularını özetleyecek olursak;

- İçselleştirilmiş damgalanma; hastaların cinsiyetine, öğrenim düzeyine, medeni durumuna ve yaşadığı yere göre anlamlı olarak değişmemektedir.
- Düşük gelire sahip hastaların yabancılaşma ve damgalanmaya karşı direnç düzeyi yüksek gelire sahip hastalara göre anlamlı bir şekilde daha yüksektir.
- Sosyal güvencesi olmayan hastaların yabancılaşma düzeyi sosyal güvenceleri olan hastalara göre anlamlı bir şekilde yüksektir.
- Kendini işsiz olarak niteleyen hastaların algılanan ayrımcılık düzeyi diğer meslek grubundaki hastalara göre anlamlı bir şekilde yüksektir.
- Hastalığı nedeniyle işten çıkarılan hastaların yabancılaşma düzeyi işten çıkarılmayan hastalara göre anlamlı bir şekilde yüksektir.
- Tedavi sonrasında iş yapar hale geldiğini düşünen hastaların içselleştirilmiş damgalanma, kalıp yargılarının onaylanması ve sosyal geri çekilme düzeyi tedavi sonrasında iş yapar hale geldiğini düşünmeyen hastalara göre anlamlı bir şekilde düşüktür.
- İntihar girişiminde bulunan hastaların içselleştirilmiş damgalanma, yabancılaşma, kalıp yargılarının onaylanması ve sosyal geri çekilme düzeyi intihar girişiminde bulunmayan hastalara göre anlamlı bir şekilde yüksektir.
- Kendine veya başkalarına zarar veren hastaların içselleştirilmiş damgalanma, kalıp yargılarının onaylanması ve sosyal geri çekilme düzeyi kendine veya başkalarına zarar vermeyen hastalara göre anlamlı bir şekilde daha yüksektir.
- Psikotik bulguları olan hastaların içselleştirilmiş damgalanma, kalıp yargılarının onaylanması ve algılanan ayrımcılık düzeyi psikotik bulguları olmayan hastalara göre anlamlı bir şekilde yüksektir.
- Son bir yılda 3-4 defa tedaviye başvuran hastaların yabancılaşma ve algılanan ayrımcılık düzeyi yılda 5 defadan fazla başvuran hastalara göre anlamlı bir şekilde daha düşüktür.
- EKT uygulanan hastaların içselleştirilmiş damgalanma ve kalıp yargıların onaylanması düzeyi EKT uygulanmayan hastalara göre anlamlı bir şekilde daha yüksektir.
- İlaçların yan etkisinin olduğunu düşünen hastaların içselleştirilmiş damgalanma, yabancılaşma, kalıp yargılarının onaylanması ve algılanan ayrımcılık düzeyi

ilaçların yan etkisinin olmadığını düşünen hastalara göre anlamlı bir şekilde yüksektir.

- Sosyal Mesafe, Karakteristikler, Duygusal Tepki, Maharet Değerlendirme ve Tehlikelilik Skalası; hasta yakınının cinsiyetine, öğrenim düzeyine, göç durumuna ve psikolojik desteğe ihtiyaç duyma durumuna göre anlamlı olarak değişmemektedir.
- Hastanın birinci derecede akrabası olan yakınların sosyal mesafe puanı ikinci derece akrabası veya arkadaşı olan yakınlarına göre anlamlı bir şekilde daha yüksektir.
- Yüksek gelir düzeyine sahip hasta yakınlarının karakteristikler ve maharet değerlendirme puanı düşük gelir düzeyine sahip hasta yakınlarına göre anlamlı bir şekilde daha düşüktür. Yüksek gelir düzeyine sahip hasta yakınlarının duygusal tepki puanı düşük gelir düzeyine sahip hasta yakınlarına göre anlamlı bir şekilde daha yüksektir.
- Hastasının tedaviden sonra sosyal uyumun arttığını düşünen hasta yakınlarının karakteristikler puanı tedaviden sonra sosyal uyumun artmadığını düşünen hasta yakınlarına göre anlamlı bir şekilde daha düşüktür.
- Hastasının tedavi sonrasında iş yapar hale geldiğini düşünen hasta yakınlarının karakteristikler ve maharet değerlendirme puanı tedavi sonrasında iş yapar hale gelmediğini düşünen hasta yakınlarına göre anlamlı bir şekilde daha düşüktür.
- İUB hastalığının tedavisinin mümkün olduğunu düşünen hasta yakınlarının karakteristikler ve maharet değerlendirme puanı hastalığının tedavisinin mümkün olmadığını düşünen hasta yakınlarına göre anlamlı bir şekilde düşüktür. İUB hastalığının tedavisinin mümkün olduğunu düşünen hasta yakınlarının duygusal tepki puanı hastalığının tedavisinin mümkün olmadığını düşünen hasta yakınlarına göre anlamlı bir şekilde yüksektir.
- Hastaların yabancılaşma düzeyi ile hasta yakınların duygusal tepkisi arasında orta düzeyde ve negatif yönde anlamlı bir ilişki vardır.
- Hastaların damgalanmaya karşı direnç düzeyi ile hasta yakınların karakteristikleri arasında orta düzeyde ve pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır.

5.1. İUB Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ve İçselleştirilmiş Damgalanma Düzeyinin Karşılaştırılması

Cinsiyet hastalığının gidişi ve tedavisinde önemlidir (34). İUB hastalığı genetik ve çevresel faktörlerden kaynaklı hastalığın seyrinde hızlı döngülülük, karma dönemler, eşlik eden anksiyete bozuklukları ve depresif atak nedeni ile hastaneye yatarak tedavi görme oranı kadınlarda erkeklerden daha sık görülür (5,9,25,34). Bizim çalışmamızdan farklı olarak Çam ve ark. (2013) kadın hastaların erkek hastalara göre içselleştirilmiş damgalanma düzeyini anlamlı oranda yüksek olduğu sonucuna ulaşmıştır. Kadın hastaların daha fazla olması içselleştirilmiş damgalanma düzeyinin yüksek olmasına neden olabileceği değerlendirilebilir (18). Kadınların hassas kişilik yapısından dolayı; hastalığı tetikleyen yaşam olaylarının kadınlarda daha fazla görülmesine ve yaşadıkları olaylardan daha çok etkilenmelerine neden olabilir. Ekonomik olarak eşine bağımlı, çocukların ve evin bakımından sorumlu kadınların; hastalıktan dolayı bu sorumlulukları yerine getiremiyor olması yetersizlik duygusuna neden olarak içselleştirilmiş damgalanma hissini arttırılabilir (18). Yapılan başka bir çalışmada ise erkeklerin kadınlara göre içselleştirilmiş damgalanma düzeyinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (15). Kadın hastalara nazaran erkek hastalarda mani nedeniyle hastaneye yatarak tedavi görme ve hayat boyu madde kullanımının fazla olması içselleştirilmiş damgalanma düzeyinin yüksek olmasına neden olabilir (25). Cinsiyete has hastalık nedenlerinden dolayı daha önceki çalışmalarda bir cinsiyetin diğer cinsiyete göre yüksek damgalanma düzeyine sahip olduğu görülebilirken bizim çalışmamıza katılan erkek ve kadın hasta sayısının birbirine yakın olması cinsiyetler arasında içselleştirilmiş damgalanma düzeyinde fark olmadığı yönünde yorum yapılabilir.

Ersoy ve Varan (2007) çalışmalarında hastaların eğitim düzeyinin içselleştirilmiş damgalanmaya anlamlı bir etkisinin olmadığı sonucuna ulaşmışlardır (15). Literatürdeki çalışmalar incelendiğinde; düşük eğitim düzeyindeki hastaların içselleştirilmiş damgalanma düzeyi diğer eğitim düzeyindeki hastalara göre daha yüksektir (16,18). Çalışmamıza katılan üniversite mezunlarının damgalanmaya karşı direnci dışında içselleştirilmiş damgalanma düzeyi anlamlı olmamasına rağmen puanları düşük düzeydedir. Öğrenim düzeyi yüksek olan hastaların kişilerarası iletişim düzeyi olumlu, hastalık ile ilgili bilgilerinin yeterli ve tedaviye uyumlarının yüksek olması gibi faktörlerin damgalanma hissini azalmasına neden olduğu değerlendirilebilir.

Hastalığın olumsuz gidiş göstergeleri ile hastanın duygusal, bilişsel, psikososyal durumlarını, kişiler arası iletişimini, ev içi ilişkilerini, işini ve cinsel işlevselliğini aşırı

oranda zarar vermesinden kaynaklı evliliğin etkilemesine ve içselleştirilmiş damgalanmanın artmasına neden olabilir (33). Eşi ve çocukları tarafından desteklenen, tedavisine yardım edilen evli hastalar tedaviye uyumu artığından dolayı damgalanma hissini daha az yaşadıkları gözlemlenebilir. Evlilik kadınlara ve erkeklere farklı sorumluluklar yüklediğinden; evli olmayan erkeklerde ve evli bayanlara daha sık depresyon görülebildiği sonucuna varılabilir (8). Psikiyatri hastalarının medeni durumu ile içselleştirilmiş damgalanma düzeyi arasında anlamlı fark bulunmadığı yönünde bir çalışma vardır (15). Çalışmamızda eşini kaybetmiş ya da eşinden ayrılmış hastaların, yabancılaştırması düşük iken içselleştirilmiş damgalanma, kalıp yargıların onaylanması, algılanan ayrımcılık, sosyal geri çekilme ve damgalanmaya karşı direncin diğer medeni durumlara göre anlamlı olmasa da daha yüksektir. Eşinden ayrılan hastalar kendi yetersizliklerinden kaynaklı ilişkilerinin başarısızlıkla sonuçlandığını düşünmesi neticesinde damgalanmayı daha çok içselleştirebilir. Eşini kaybetmiş hastalar da ise sosyal açıdan destek olabilecek eşlerinin olmaması içselleştirilmiş damgalanmanın artmasına neden olabilir.

Hastanın yaşadığı çevre, hastalığın yaygınlığı ve seyrini etkiler (31). Hastalık kentsel alanda yaşayan bireylerde kırsal alana göre daha fazla görülmektedir (25). Çam ve Çuhadar'ın (2013) çalışmasındaki gibi bizim çalışmamızda da köyde yaşayan hastaların diğer yerleşim yerlerinde yaşayan hastalara göre içselleştirilmiş damgalanma oranı anlamlı olmasa da daha yüksektir (18). Literatürde bulunan çalışmalarda; kırsal ve kasabada yaşayan hastaların şehirde yaşayan hastalara göre daha çok damgalandıkları görülmektedir (16,90). Çalışmanın yapıldığı bölgenin kültürel özellikleri, toplumun hastalığa bakış açısı, hastanın bu durumu algılaması ve yorumlaması içselleştirilmiş damgalanma düzeyini etkilediği söylenebilir. Kentsel alanda bireysel yaşamın yaygınlaşması, stresör kaynakların çok olması ve desteğin az olmasından dolayı yaşanan damgalanmanın daha çok içselleştirildiği kanaatine varılabilir. Toplumun kültürüne, yargı, değerlerine bağlılığın daha yoğun ve ilişkilerin daha yakın olduğu kırsal yerleşim yerlerinde algılanan içselleştirilmiş damgalanmanın daha çok olacağı sonucuna ulaşılabilir (13,16).

Çalışmamız sonuçlarında yer alan sosyoekonomik düzeyi düşük hastaların yabancılaştırma ve damgalamaya karşı direnç düzeyi, sosyoekonomik düzeyi yüksek hastalara göre yüksek olduğu bulgusu literatürdeki diğer araştırmalarda bu bulguyu destekler niteliktedir. Ersoy ve Varan'ın (15), Üstündağ ve Kesebir'in (16) ve Çam ve Çuhadar'ın (18) çalışmalarında düşük gelirli hastaların içselleştirilmiş damgalanma

düzeyi yüksek gelirli hastalara göre daha yüksek bulunmuştur. Sosyoekonomik düzeyi düşük hastalar; tedavi masraflarından dolayı psikiyatrik yardım isteğinde bulunmayı tercih etmeyerek tıp dışı geleneksel iyileştiricileri başvurmalarına, hastalık ile ilgili bilgilerinin yetersiz, gerçek dışı olmasına dolayısıyla damgalanmayı daha fazla hissetmelerine sebep olabilir (91). Yüksek gelir düzeyine sahip olan hastalar ise ekonomik olanaklarına bağlı olarak sağlıklı, bilimsel tedavi olanaklarından yararlandıklarından içselleştirilmiş damgalanma düzeylerinin daha az olmasına yol açmış olabilir.

Çalışmamızda sosyal güvencesi olmayan hastaların, sosyal güvencesi olan hastalara göre yabancılaşıma düzeyinin daha yüksek olduğu ortaya çıkmıştır. Sosyal sağlık güvencesi olan hastaların içselleştirilmiş damgalanmadaki yabancılaşıma düzeyinin daha az olmasını; hastaların kendini güvende hissetmesine; hastaneye gittiğinde güvencesinden kaynaklı olumsuz tavırla karşılanmasının az olmasına; sağlık personeli işbirliği ile düzenli tıbbi yardım almasına ve tedavi takibinin kolaylaşmasına bağlayabiliriz.

Çalışmamızda işsiz kategorisindeki hastaların, farklı kategorilerdeki mesleklere sahip hastalara göre algılanan ayrımcılık düzeyi ile hastalık nedeniyle işten çıkarılan hastaların işten çıkarılmayan hastalara göre yabancılaşıma düzeylerinin yüksek olduğu sonuçlarına ulaşıldı. Ersoy ve Varan'ın (15), Çam ve Çuhadar'ın (18,22) çalışmalarında aktif olarak bir işte çalışamayan hastaların, bir işte çalışan hastalara göre içselleştirilmiş damgalanma puanları yüksek olduğu halde anlamlı bir fark olmadığı sonucuna ulaşmışlardır. Sarıkoç (2011) da çalışmasında; çalışan ve çalışmayan hastaların içselleştirilmiş damgalanma düzeyi, emekli olan hastalardan anlamlı düzeyde yüksek olduğu sonucuna ulaşmıştır (13). Bir işte çalışmayan hastaların, çalışan hastalara göre düzenli bir gelir kaynağına sahip olmaması ve sosyal güvencesinin olmaması nedeniyle kendini yetersiz ve topluma bir yük olarak görmesi damgalanmayı daha çok hissetmesine neden olduğu düşünülebilir. Hastalığın neden olduğu yeti yitimi; hastaların eğitimini ve meslek sahibi olup bir işte çalışmasını olumsuz yönde etkileyebilir. Hastalığın dönemsel özellikleri hastaların düzenli bir şekilde çalışmasını engelleyebilmekte işten çıkarılma olasılıklarını daha da arttırabilmekte dolayısıyla da hastaların içselleştirilmiş damgalanma düzeyinin yüksek olabileceği düşünülebilir. Hastaların düzenli çalışma zorunluluğu tedaviyi aksatabilmekte; tedaviye düzenli devam ettikleri takdirde de işlerini kaybetme korkusu yaşayabilmekteler. Bu ikilem de atakların şiddetini ve hastaların içselleştirilmiş damgalanma düzeyini arttırabilir.

Çalışmamızda tedavi sonrasında iş yapar hale geldiğini düşünen hastaların, tedavi sonrasında iş yapar hale geldiğini düşünmeyen hastalara göre içselleştirilmiş damgalanma, kalıp yargılarının onaylanması ve sosyal geri çekilme düzeyi düşüktür. Hastalar tedavi sonrasında normal duygudurumuna geri dönebildiği için işe devam edebilmesi, mesleki olarak verilen görevleri yerine getirebilmesinden dolayı damgalanma hissinin azalmasına neden olmuş olabilir.

Eroğlu ve ark. (2013) İUB olan hastalarda özkıyım girişim sıklığını yüzde on dokuz olarak bulmuştur (56). Çalışmamızda özkıyım girişimi olan hastaların, özkıyım girişimi olmayan hastalara göre içselleştirilmiş damgalanma, yabancılaşma, kalıp yargılarının onaylanması ve sosyal geri çekilme düzeyi daha yüksektir. Kendine veya başkalarına zarar veren hastaların, kendine veya başkalarına zarar vermeyen hastalara göre içselleştirilmiş damgalanma, kalıp yargılarının onaylanması ve sosyal geri çekilme düzeyi yüksektir. Özkıyım girişimini arttırabilen etkenler; hastaların karma dönemde olması, maddeyi kötüye kullanması, erkek olması, yaşlı olması, yalnız yaşayan erkek olması, mesleki ve bilişsel işlevselliğinin düşmesi olarak sıralanabilir (26,55,56). Ayrıca dini inanç yönünden toplumumuzda kabul görmeyen özkıyım girişimi, hastaların içselleştirilmiş damgalanmasına neden olabilir. Depresyon döneminde olan İUB hastaları; değersizlik, umutsuzluk ve suçluluk duygusunu yoğun yaşadıklarından dolayı özkıyım girişim sıklığına bağlı olarak içselleştirilmiş damgalanma düzeyi artabilir. Mani döneminde ise hastaya zevk verebilen, yıkıcı etkilere sahip kötü sonuçlar doğurabilen aktivitelere katılma, tehlikeli ve saldırgan davranışlar sergileme, kendine veya başkalarına zarar verme şeklindeki davranışlar gözlemlenebilir. Bu davranışlar hastanın sosyal ortamdan dışlanmasına ve içselleştirilmiş damgalanma düzeyinin artmasına neden olabilir.

Sağlık, maddi durum, ahlaki değer ve çevresel faktörler ile ilgili konularda olumsuz düşünceye devamında davranışa eşlik eden hezeyanlı ve halüsinasyonlu durumlar psikotik bulguların göstergesidir (8). Hastalığın şiddeti arttıkça içsel damgalanmanın da arttığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır (15). Çalışmamızdaki bulgular değerlendirildiğinde; psikotik bulguları olan ve hastalığı şiddetli geçiren hastalarda psikotik bulguları olmayan hastalara göre içselleştirilmiş damgalanma, kalıp yargılarının onaylanması ve algılanan ayrımcılık düzeylerinin yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Geçmiş hatalarından dolayı kendisini suçlu hisseden, herkesin kendisini beceriksiz olarak gördüğüne inanan, sağlığı bozulunca kimsenin bakmayacağını ve

çevresindeki insanların anlayamayacağını düşünen hastalar kendilerini daha çok damgalayabilir (8).

Çalışmamızda; son bir yılda 5 defadan fazla başvuran hastaların, 3-4 defa tedaviye başvuranlara göre yabancılaşıma ve algılanan ayrımcılık düzeyi yüksektir. Tedaviye uyumsuzluktan kaynaklı hastalığın şiddetlenmesi tedaviye başvurma sıklığını arttırabilir. Eroğlu ve ark. (2013) hastalığın ciddiyetini gösteren hastalık süresi, tedavisiz hastalık süresi, hastaneye yatış sayısı, geçirilmiş toplam dönem sayısı, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü gibi klinik özellikler ile içselleştirilmiş damgalanma arasında anlamlı bir ilişki olduğunu belirlemiştir (56). İçselleştirilmiş damgalanma; bireyin umutsuzluğuna, tedaviyi sürekli olumsuz tutum ile sorgulayıp ertelemesine, tedaviyi yarım bırakmasına, düşük benlik saygısına ve tedavi uyumsuzluğuna sebep olabilir. Üstündağ ve Kesebir'in (2013) İUB olan hastaların bedensel, ruhsal, sosyal alandaki yaşam kalitesini ve tedaviye uyumunu etkileyen içselleştirilmiş damgalanmayı yüzde kırk altı oranında bulmuştur (16). Tedaviye uyumun değerlendirildiği çalışmada ise; tedavide özerklik ile kalıp yargıların onaylanması, sosyal geri çekilme ve algılanan ayrımcılık arasında güçlü ancak duygudurum dengeleyiciler hakkındaki inançlar ile damgalanmaya karşı direnç arasında zayıf ilişkinin olduğu sonucuna ulaşılmıştır (16). İUB hastalarında koruyucu tedavi düzenli, özenli bir şekilde devam ettirildiği takdirde hastalık ile geçen süre ve hastaneye yatış sayısı önemli oranda azalabilir. Belirtilerde düzelme ile de çevrenin bakış açısı olumlu olarak değişeceğinden hastanın içselleştirilmiş damgalanma hissi önemli oranda azalabilir. (15,23).

Çuhadar (2011) çalışmasında ilaçlarını düzenli ya da düzensiz kullanma durumunun içselleştirilmiş damgalanma düzeyine etkisini olmadığını sonucuna ulaşmışken (22); başka bir çalışmada ise ilaçlarını düzenli kullanan ve kontrollerine düzenli gelen hastaların, ilaçlarını düzenli kullanmayan ve kontrollerine düzenli gelmeyen hastalara göre içselleştirilmiş damgalanma düzeyi anlamlı oranda düşük olduğu bulunmuştur (18). İlaçlar düzenli kullanılmadığında, hastalığın belirtilerinin daha ağırlaşmasına, hastanın yatarak tedavi olması gerekliliği ile birlikte içselleştirilmiş damgalanma hissinin artmasına neden olabilir (91). Hastaların önemli oranda iyileşmesinin içselleştirilmiş damgalanmayı yok etmekle mümkün olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda; EKT alan hastaların içselleştirilmiş damgalanma ve kalıp yargıların onaylanma düzeyi tedaviyi almayan hastalara göre daha yüksek bulunmuştur. EKT; özkıyım riskinin yüksek olduğu, ağır psikotik bulgular taşıyan, ilaçlara olumlu yanıt vermeyen ağır depresyonlu hastalara, ilaç verilemeyen emziren anne ve gebeliği olan

hastalara uygulanmaktadır (42). EKT alan hastanın yukarıda belirttiğimiz özelliklerinden dolayı içselleştirilmiş damgalama düzeyinin yüksek olabileceği düşünülmektedir.

İlaçların yan etkilerinden kilo alımı, saç dökülmesi, sık idrara çıkma, bulantı hissi, ellerde titreme gibi yaşanan sıkıntılar tedavi uyumunu güçleştirebilir (40,44). Çalışmamızda; ilaçların yan etkisi olduğunu düşünen hastaların, ilaçların yan etkisinin olmadığını düşünen hastalara göre içselleştirilmiş damgalanma, yabancılaşma, kalıp yargılarının onaylanması ve algılanan ayrımcılık düzeyi yüksektir. İUB olan hastaların sürekli ilaç kullanma gerekliliği yan etkilere daha fazla odaklanmasına, hastalıkla baş edemeyeceğini, hastalığının düzelmesinin imkansız olduğunu düşünmesine dolayısıyla kendi kendilerinin damgalamasına neden olabilmektedir (11).

5.2. İUB Hasta Yakınlarının Sosyodemografik Özellikleri ve Damgalama Düzeyinin Karşılaştırılması

Aydemir ve ark. (2001) çalışmalarında; yüzde yirmi ikisi İUB olan hasta yakınlarının diğer hasta yakınlarına göre hastalık yükünün daha yüksek olduğu sonucuna ulaşmışlardır (68). Psikotik bulguları ve belirtileri artan İUB olan hastanın; yakınlarına daha fazla yük oluşturduğundan dolayı yakınları tarafından damgalanabilir. Toplumun reddedici yaklaşımından olumsuz yönde etkilenen aileler hastayı daha çok damgalayabilirler (71). Ayrıca hasta yakını, hastasından dolayı depresif belirtiler gösterdiği için toplumdan damgalanarak dışlanmasında hastasını sebep gösterdiği için hastasını da damgalama sürecine dahil ettiği yönünde yorum yapılabilir (16).

Hasta yakınlarının cinsiyeti, öğrenim düzeyi, sosyal sınıfı, kültürü ve dini inançları doğrultusunda edinilen hastalık hakkındaki bilgiler ve tutumlar hastalara yönelik damgalanmanın derecesini belirleyen faktörler olarak sıralanabilir (11).

Çalışmamızda sosyal mesafe, karakteristikler, duygusal tepki, maharet değerlendirme ve tehlikelilik skalası; hasta yakınının cinsiyetine göre anlamlı olarak değişmemektedir. Kadın ve erkek hasta sayılarının yakın olması bu sonucun ortaya çıkmasına neden olabilir. Kadınlar erkeklere oranla hastalık hakkında daha doğru bilgiye sahip olup ruhsal hastalığı olan bireylere karşı daha olumlu tutumlar sergilemektedirler (65,71,92). Kadınların erkeklere göre hastalara karşı daha az sosyal mesafe koymalarını; kadınların erkeklere göre hastalara sosyal alanda daha fazla destek olmasına, tedavinin her sürecinde hastanın yanında olmasına, çocuk gibi bakıma ihtiyacı olduğu düşüncesinden

yardımsever tutumda olmasına, ruhsal hastalıklara karşı daha insancıl ve hoşgörü ile bakması gibi nedenlere bağlayabiliriz.

Çalışmamızda sosyal mesafe, karakteristikler, duygusal tepki, maharet değerlendirme ve tehlikelilik skalası; hasta yakınının öğrenim düzeyine göre anlamlı olarak değişmemektedir. Çalışmamızda okur-yazar ve üniversite mezunu hasta yakınlarının sayısının yakın olması anlamlı farklılığın olmamasına neden olabilir. Bilgin (2007) çalışmasında; hasta yakınının öğrenim düzeyinin, ruhsal hastalığa ilişkin görüşlerini etkilemediğini belirtmiştir (20). Öğrenim düzeyi düşük olan kişiler; hastalık hakkında yeterli bilgiye sahip olmadıklarından dolayı hastalara karşı olumsuz ve reddedici tutumlarla daha az hoşgörü gösterip damgalayabilecekleri yönünde yorum yapılabilir (15,65).

Çalışmamızda sosyal mesafe, karakteristikler, duygusal tepki, maharet değerlendirme ve tehlikelilik skalası; hasta yakınının göç durumuna göre anlamlı olarak değişmemektedir. Arıkan ve ark. (2000) üniversite öğrencileri ile yaptığı çalışmada; göç durumunun sosyal mesafe, duygusal tepki, karakteristikler, maharet değerlendirme ve tehlikelilik düzeyini anlamlı bir şekilde değiştirmede sonucuna ulaşmıştır (76). Kültürden dolayı farklı toplumlarda hastalara farklı tutum ve davranışlar sergilenebilir. Hastalara bazı toplumlar önem verip toplum içerisinde kabul ederken; bazı toplumlar ise insanlık dışı yaklaşımlar sergileyerek toplumdan dışlamışlardır (10,70). Değişik kültürlerin karşılıklı etkileşime girmesiyle hastalık hakkında, kültüre ait bilgi ve tutumlar oluşabilir. Psikiyatrik hastalar hakkındaki kültüre özgü olumsuz tutumların etkileri en aza ineceği düşünüldüğünden damgalamada azalma görülebilir.

Çalışmamızda sosyal mesafe, karakteristikler, duygusal tepki, maharet değerlendirme ve tehlikelilik skalası; hasta yakınının psikolojik desteğe ihtiyaç duyma durumuna göre anlamlı olarak değişmemektedir. Özkan ve ark. (2014) hasta yakınlarının çaresizlik, tükenmişlik ve yalnızlık gibi duygularını yoğun yaşamakla birlikte bu duygularla nasıl baş edeceklerini bilmediklerinden dolayı psikolojik desteğe ihtiyaç duyabileceklerini belirtmişlerdir (93). Bakım verenin ruhsal durumu hastaların tedavi uyumunu etkileyebilir (16). Hasta yakınının psikolojik bir hastalığının olmaması hastayı karakter ve maharet olarak daha iyi değerlendirdiği ve sosyal mesafede sınır koymadığı yorumunu akla getirilebilirken anlamlı bir fark ortaya çıkmamıştır. Çalışmamızda hasta yakınında psikiyatrik bir hastalığının olması dışlanma kriteri olduğundan altı hasta yakını; bakım verme yükünün ağır gelmesinden dolayı hastalarına daha iyi bakım verebilmek için profesyonel destek almış olabilir.

Hastanın birinci derecede akrabası olan yakınları, ikinci derecede akrabası veya arkadaşı olan yakınlarına göre sosyal mesafe puanı anlamlı oranda daha yüksektir. Hasta yakınlarının sosyal mesafe skalasındaki aldığı yüksek puanlar; hastalarına ve hastaları gibi olan kişilere sosyal ortamda olabildiğince daha uzak bir mesafede durmak istediklerini göstermektedir. Hastanın birinci derece akrabaları; ikinci derece akrabalarına veya arkadaşlarına göre hastalarına sosyal ortamda daha çok mesafeli davranmaktadırlar. Hasta yakınları; hastalarının iletişim sorunu olduğunu, ne zaman ne yapacaklarının belli olmadığını, tehlikeli ve şiddete meyilli olduğundan çevresindekilere zarar verdiğini düşünmelerinden dolayı hastaya yakınlık derecesine göre sosyal hayatta mesafeli davranacakları sonucuna ulaşılabilir (10,11,13,61).

Oban ve ark. (2011) çalışmasında; hastalık hakkında daha önceden doğru bilgilere sahip, ruhsal hastalıklara yönelik olumlu tutumu olan ergenler, sosyal mesafede hastalara daha yakın olurken; ruhsal hastaların tehlikeli olduğunu düşünen, olumsuz tutum sergileyen ve önyargısı bulunan ergenlerin ise sosyal mesafede daha uzak durdukları sonucuna ulaşmışlardır (94).

Tuna'nın (1999) yaptığı çalışmada; hasta biriyle şehirlerarası otobüste bir arada olma, okey, tavlâ, iskambil kağıdı gibi oyunlar oynama, dertleşme, komşu olma, saç kestirme, iş yerinde aynı çatı altında bulunma veya apartmanında kapıcı olarak çalışma gibi durumlarda; ailesinde hasta olmayanların ailesinde hasta olanlara göre hastalara sosyal ortamda daha fazla mesafeli davrandıkları sonucuna ulaşmıştır (71).

Arkar (1991) çalışmasında, ruhsal hastaların sosyal mesafede orta derecede kabul edildiğini bulmuştur. Ayrıca evlilik, iş yerinde aynı odayı paylaşma gibi daha fazla sosyal yakınlık ve sorumluluk gerektiren durumlarda hastalara daha fazla sosyal mesafe konulmaktadır. Bakkal dükkanından alışveriş yapma ve aynı iş yerinde fakat farklı odalarda çalışma gibi daha az sosyal yakınlık ve sorumluluk gerektiren durumlarda hastalara daha az sosyal mesafe konulduğu sonucuna ulaşmıştır (65).

Ak ve ark. (2012) İUB olan hastaların bakımını, genellikle eşinin ve annesinin üstlendiğini belirlemiştir (87). Bilgin (2007) çalışmasında; hasta yakınlarının, otoriterlik ve bireylerarası etyoloji boyutu ile yakınlık derecesi arasında anlamlı bir fark bulmuşken; koruyuculuk-kollayıcılık, ruh sağlığı ideolojisi ve sosyal kısıtlayıcılık boyutu ile yakınlık derecesi arasında anlamlı bir fark bulamamıştır (20).

Çalışmamızda yüksek gelir düzeyine sahip hasta yakınlarının düşük gelir düzeyine sahip hasta yakınlarına göre karakteristikler ve maharet değerlendirme puanı anlamlı bir şekilde daha düşüktür. Yüksek gelir düzeyine sahip hasta yakınlarının düşük gelir

düzeyine sahip hasta yakınlarına göre duygusal tepki puanı anlamlı bir şekilde daha yüksektir.

Hastaların karakter/kişilik yapısının daha fazla olumlu özelliklere sahip olduğunu düşünen hasta yakınları, karakteristikler skalasında düşük puanlar almaktadır. Yüksek gelire sahip hasta yakınları, düşük gelire sahip hasta yakınlarına göre hastalarının karakteristik olarak daha olumlu özelliklere sahip olduğunu düşünmektedir. Ölçekte belirtilen beceriler konusunda hastalarının daha yeterli olduğunu düşünen hasta yakınları, maharet değerlendirme skalasında düşük puanlar almaktadır. Yüksek gelire sahip hasta yakınları, düşük gelire sahip hasta yakınlarına göre hastalarının belli beceriler konusunda daha yeterli olduğunu düşünmektedir. Hastaları ile kurulan iletişimde hissedilen duyguların daha rahat, sakin ve olumlu olduğunu düşünen hasta yakınları, duygusal tepki skalasında yüksek puanlar almaktadır. Yüksek gelire sahip hasta yakınları, düşük gelire sahip hasta yakınlarına göre hastaların olaylara karşı uyumlu duygusal tepki verdiğini düşünmektedir.

Sosyoekonomik düzeyi düşük olan bireyler, ruhsal hastalara daha az hoşgörü gösterdikleri için daha çok damgalayıcı tutumlar sergilemektedir (15,65). İçselleştirilmiş damgalanma hissi ile hasta; bir işi tamamlayamama, beceriksiz olduğunu düşünme davranışlarını gösterirken; utanma, moral bozukluğu, yetersizlik ve suçluluk duygularını arttırdığından dolayı benlik saygısının azalmasına neden olabilir (15,17,22). Bu gibi nedenlerden dolayı özellikle sosyoekonomik düzeyi düşük olan hasta yakınları; hastalarını karakteristikler, duygusal tepki ve maharet değerlendirmede olumsuz olarak görmelerine neden olabilir.

Özkan ve ark. (2014) yaptığı çalışmada; hasta yakınlarının en önemli yaşadığı sorunlardan birinin damgalanmaya bağlı olarak yaşadığı iş kaybı olduğunu bulmuşlardır (93). Hasta yakının damgalanmaya bağlı yaşadığı iş kaybı, İUB hastalarının düzenli bir işte çalışmaması, tedavi ve bakım masraflarından dolayı hasta yakınlarının gelir kaynağının azalması gibi nedenlerden dolayı hastayı daha çok damgalayabilirler.

Çoban ve ark. (2013) maddi olarak sıkıntı yaşadığını ifade eden İUB hastasına bakım verenlerin, maddi olarak sıkıntı yaşamayanlara göre fiziksel, psikolojik, sosyal, çevresel alanlarda ve genel yaşam kalitesinde daha düşük işlevsellik düzeyi bulduğundan dolayı çalışmamızı destekleyici niteliktedir (95).

Hastasının tedavi ile sosyal uyumunun arttığını düşünen hasta yakınları, sosyal uyumunun artmadığını düşünen hasta yakınlarına göre karakteristikler puanı anlamlı bir şekilde düşüktür. Hastaların karakter/kişilik yapısının daha fazla olumlu özelliklere

sahip olduğunu düşünen hasta yakınları, karakteristikler skalasında düşük puanlar almaktadır. Tedavi ile hastanın sosyal uyumunun arttığını düşünen hasta yakınları, sosyal uyumunun artmadığını düşünen hasta yakınlarına göre hastalarının karakteristik olarak daha olumlu özelliklere sahip olduğunu düşünmektedir. Toplumun hastaya daha olumlu davranması sonucunda hastanın tedavi ve sosyal uyumunu arttırabilir.

Hasta yakınlarının yüzde elli biri hastalarını tedavi etmenin en iyi yolunun yaşadıkları toplumu düzeltmek olduğunu ve yüzde altmış beşi toplumun hastalarına daha anlayışlı davranmaları gerektiğini belirtmişlerdir (70).

Hastasının tedavi sonrasında iş yapar hale geldiğini düşünen hasta yakınları, tedavi sonrasında iş yapar hale gelmediğini düşünen hasta yakınlarına göre karakteristikler ve maharet değerlendirme puanı anlamlı bir şekilde düşüktür. Hastaların karakter/kişilik yapısının daha fazla olumlu özelliklere sahip olduğunu düşünen hasta yakınları, karakteristikler skalasında düşük puanlar almaktadır. Hastalarının tedavi sonrasında iş yapar hale geldiğini düşünen hasta yakınları, tedavi sonrasında iş yapar hale gelmediğini düşünen hasta yakınlarına göre hastalarını karakteristik olarak daha olumlu özelliklere sahip olduğunu düşünmektedir. Ölçekte belirtilen beceriler konusunda hastalarının daha yeterli olduğunu düşünen hasta yakınları, maharet değerlendirme skalasında düşük puanlar almaktadır. Hastasının tedavi sonrasında iş yapar hale geldiğini düşünen hasta yakınları, tedavi sonrasında iş yapar hale gelmediğini düşünen hasta yakınlarına göre hastalarının maharet değerlendirmedeki beceriler konusunda daha yeterli olduğu düşünmektedir.

Hastalar, hastalığın atak dönemlerinde içsel algıları, bilişsel işlevsellik düzeyi, inançları ve duyguları ile kendilerini damgalarken mesleki yaşamda işverenlerin damgalayıcı tutumu ile mesleki geri çekilme, sosyal yetersizlik hissi ile olumsuz sonuçlar yaşayabilirler (14,17,18). Tedavi sonrasında hastaların bilişsel işlevsellik düzeyinin ve öz güvenin artmasından dolayı mesleki yaşamda başarılı olmaları, damgalanmalarının azalmasına neden olabilir. Bu nedenlerden dolayı tedavi sonrasında iş yapabilen hastalar hasta yakınları tarafından olumlu karaktere sahip ve beceriler konusunda maharetli olarak değerlendirilebilir.

İUB tedavisinin mümkün olduğunu düşünen hasta yakınları, hastalığın tedavisinin mümkün olmadığını düşünen hasta yakınlarına göre karakteristikler ve maharet değerlendirme puanı anlamlı bir şekilde düşüktür. İUB tedavisinin mümkün olduğunu düşünen hasta yakınları, hastalığının tedavisinin mümkün olmadığını düşünen hasta yakınlarına göre duygusal tepki puanı anlamlı bir şekilde yüksektir. Hastaların

karakter/kişilik yapısının daha fazla olumlu özelliklere sahip olduğunu düşünen hasta yakınları, karakteristikler skalasında düşük puanlar almaktadır. Hastalığın tedavisinin mümkün olduğunu düşünen hasta yakınları, hastalığın tedavisinin mümkün olmadığını düşünen hasta yakınlarına göre hastasında karakteristik olarak daha olumlu özelliklere sahip olduğunu düşünmektedir. Ölçekte belirtilen beceriler konusunda hastalarının daha yeterli olduğunu düşünen hasta yakınları, maharet değerlendirme skalasında düşük puanlar almaktadır. İUB hastalığının tedavisinin mümkün olduğunu düşünen hasta yakınları, hastalığın tedavisinin mümkün olmadığını düşünen hasta yakınlarına göre hastalarının maharet değerlendirmedeki beceriler konusunda daha yeterli olduğu düşünmektedir. Hastaları ile kurulan iletişimde hissedilen duyguların daha rahat, sakin ve olumlu olduğunu düşünen hasta yakınları, duygusal tepki skalasında yüksek puanlar almaktadır. İUB hastalığının tedavisinin mümkün olduğunu düşünen hasta yakınları, hastalığın tedavisinin mümkün olmadığını düşünen hasta yakınlarına göre hastaların olaylara karşı uyumlu duygusal tepki verdiğini düşünmektedir.

Toplum tarafından damgalandığını düşünen hastalar; hastalığını, tedavi aldığını, tedaviye başladığını, psikiyatri servislerine başvurduğunu, hastaneye yattığını gizlemesinden dolayı tedavi uyumunun bozulmasına ve tedavisinin sürekliliğinin aksaması gibi olumsuz sonuçlara neden olabilir (10,14,22,72). Hasta yakını; yineleyici ve süregelen bir bozukluk olan İUB hastalığının psikotik bulgusunun olması, atakların sık sık tekrarlanması, normal duygu durumunda geçen sürenin az olması gibi nedenlerden dolayı hastasının tedavi ile iyileşmesinin mümkün olmadığını düşünülebilir.

Özkan ve ark. (2014) çalışmalarında; hasta yakınları hastalığın oluşmasında hastaların korkularının, çok düşünmesinin, genetik faktörlerinin ve özgüven eksikliğinin neden olduğunu düşündüklerini belirtmeleri bizim çalışmada destekler niteliktedir (93). Çünkü çalışmamızda da hasta yakınları, hastalığın genetik ve stres gibi faktörlerden kaynaklandığını düşünmektedir.

5.3. İUB Hastaların İçselleştirilmiş Damgalanma Düzeyi ile Hasta Yakınlarının Damgalama Düzeyinin Karşılaştırılması

Hasta yakınlarının yüzde altmışı, hastalarına baktığından dolayı aile içi iletişimlerinin etkilendiğini belirtmiştir (96). Hastaların çoğu aileleriyle birlikte yaşadıklarından ve tedavi sürecine ailesinin de katılmasından dolayı; hastalar aile üyeleriyle sürekli bir etkileşim içinde oldukları sonucuna ulaşılabilir. Hasta ve yakını arasındaki iletişim

damgalanma düzeyini etkileyebilir. Hastanın algıladığı damgalanma, hasta yakının depresif belirtileri ile ilişkili olabilir. Ailelerinden aldığı olumlu sosyal destek sayesinde hastanın içselleştirilmiş damgalanması azalabilir (97). Şahin ve ark (2002) çalışmalarında; hastalık süresinin uzaması, atakların şiddetlenmesi gibi durumlar ailenin yükünü arttırdığı için hastaya yönelik tutumunun olumsuz yönde etkilediğini belirtmiştir (80). Hastanın hastalığı kabullenme süreci ailenin olumsuz tutumlarından dolayı uzayabilir. Hastalar yaşadıkları damgalama durumu ile etkili bir şekilde baş edemeyebilirler.

Arguvanlı ve ark. (2013) ötimik dönemde bile hastaların yaşam kalitesinin azalmasıyla bakım verenlerin yaşam kalitesinde azalmasına ve bakım yükünün artmasına neden olduğu sonucuna ulaşmışlardır (95).

Tüm aile bireyleri üzerinde oluşan hasta bakım yükünden dolayı hasta yakınları kendi bakımlarını yapamadığından hastayı daha çok damgalayabilir. Toplum tarafından damgalandığını düşünen hasta yakınları, hastalarını daha çok damgalayabileceği düşünülebilir (16). Ayrıca yakın ilişkilerden etkilenen hastaların arkadaş ve aile içi ilişkiler gibi insanlarla etkileşimi gerektiren durumlarda işlevsellik alanı bozuldukça içselleştirilmiş damgalanma düzeyi artabilir (18,22).

Hastaların yabancılaşma ile hasta yakınlarının duygusal tepkisi arasında orta düzeyde ve negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır. Duygusal tepkide alınan yüksek puanların, hasta ile iletişimde hissedilen duyguların daha rahat, sakin ve olumlu olduğu ve yabancılaşmadaki yüksek puanların hastaların daha çok içselleştirilmiş damgalandığı anlamına gelmektedir. Hasta yakınları hastalarının olumlu duygusal tepkiye sahip olduğunu düşündükçe, hastaların yabancılaşma düzeyi de azalmaktadır. Hastalarını duygusal olarak olumlu değerlendiren, hastalığa karşı olumlu tutuma sahip olan ve tedavi süreci de dahil hastalığın her döneminde hastasının yanında olan ailelerde hastalar kendilerini olumlu benlik algısı ile ailesi tarafından korunduğunu, kabullenildiğini ve değerli olduğunu düşündüğü için yabancılaşma duygularını hissetmiyor olabilirler.

Kocabıyık ve ark. (2005) yaptıkları çalışmada hastaların ve yakınlarının duygularının dışavurum düzeyi yüksek olanların düşük olanlara göre, hastaların relaps, hastaneye yatma sayısında artışa ve ilaç tedavisine uyumlarının daha kötüye gittiği sonucunu bulmuştur (86). Hastalığa uyumda, hastalığın prognozu ve sağaltım sürecinde hasta ve yakınının duygusu, tutumu ve aile ilişkilerinin önemli olduğu yorumu yapılabilir.

Hastaların damgalanmaya karşı direnç düzeyi ile hasta yakınlarının karakteristikler arasında orta düzeyde ve pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır. Karakteristiklerden alınan yüksek puanlar hastasında daha fazla olumsuz karakter/kişilik yapısına sahip olduğunu ve damgalanmaya karşı direnç düzeyindeki yüksek puanlar ise hastaların daha çok damgalandığı anlamına gelmektedir. Hasta yakınları hastalarının olumsuz kişilik özelliklerine sahip olduğunu düşündükçe hastaların damgalanmaya karşı direnci düzeyi artmaktadır.

Aileler tarafından hastalar; güçsüz, tehlikeli, benlik saygısının düşük olması ve normal olmaması gibi nedenlerden dolayı karakter olarak zayıf görülmesi ve bu nedenler hastaların içselleştirilmiş damgalanmasını arttırabilir. Ayrıca hasta yakınlarının psikolojik durumu hastanın kişilik özelliklerini etkileyebileceği düşünülebilir.

Herhangi bir ruhsal bozukluk ne kadar çok toplum içinde fark edilip dikkat çekerse toplum tarafından damgalanması da o oranda artabilir (70). Özbaş ve ark. (2008) hasta yakınlarının akraba, arkadaş ve komşuları tarafından hastasının durumunun bilindiği zaman; hastasını normal insanlardan farklı ve değersiz görerek tutumlarını değiştirerek damgalayıcı tavır sergiledikleri bulunmuştur (98).

Bağ ve Ekinci (2005) çalışmalarında, psikiyatri alanı dışında çalışan hemşirelerin ve doktorların çoğunluğunun ruhsal hastaları saldırgan olarak tanımladıklarını ortaya koymuşlardır (22). Bundan dolayı sağlık personellerinin; tüm ruhsal hastalık belirtileri, tedavi yöntemleri, ilaç tedavilerinin yararları, riskleri ve yan etkilerini bilgilendirilmesi konusunda gereksinimleri olabilir. Üniversite öğrencileri ile yapılan çalışmada, hastalıklar hakkındaki bilgi düzeyi ile damgalanma düzeyi arasında bir paralellik olduğu görülmüştür (12).

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

- İçselleştirilmiş damgalanma düzeyi; hastaların cinsiyetine, öğrenim düzeyine, medeni durumuna ve yaşadığı yere göre değişmemektedir.
- Düşük gelire sahip hastaların yabancılaşıma ve damgalanmaya karşı direnç düzeyi yüksek gelire sahip hastalara göre daha yüksektir.
- Sosyal güvencesi olmayan hastaların, sosyal güvenceleri olan hastalara göre yabancılaşıma düzeyi yüksektir.
- İşsiz hastaların diğer meslek gruplarındaki hastalara göre algılanan ayrımcılık düzeyi yüksektir.
- Hastalığı sebebiyle işten çıkarılan hastaların, işten çıkarılmayan hastalara göre yabancılaşıma düzeyi yüksektir.
- Tedavi sonrasında iş yapar hale geldiğini düşünen hastaların, düşünmeyen hastalara göre içselleştirilmiş damgalanma, kalıp yargılarının onaylanması ve sosyal geri çekilme düzeyi düşüktür.
- İntihar girişiminde bulunan hastaların içselleştirilmiş damgalanma, yabancılaşıma, kalıp yargılarının onaylanması ve sosyal geri çekilme düzeyi intihar girişiminde bulunmayan hastalara göre yüksektir.
- Psikotik bulgulara sahip hastaların, psikotik bulguları olmayan hastalara göre içselleştirilmiş damgalanma, kalıp yargılarının onaylanma ve algılanan ayrımcılık düzeyleri yüksektir.
- Kendine veya başkalarına zarar verme davranışında bulunan hastaların içselleştirilmiş damgalanma, kalıp yargılarının onaylanması ve sosyal geri çekilme düzeyi kendine veya başkalarına zarar vermeyen hastalara göre yüksektir.
- Son bir yılda 3-4 defa tedaviye başvuran hastaların, yılda 5 defadan fazla başvuran hastalara göre yabancılaşıma ve algılanan ayrımcılık düzeyi düşüktür.
- EKT alan hastaların, tedavi almayan hastalara göre içselleştirilmiş damgalanma ve kalıp yargıların onaylanma düzeyleri yüksektir.
- İlaçların yan etkisi olduğunu söyleyen hastaların, içselleştirilmiş damgalanma, yabancılaşıma, kalıp yargılarının onaylanması ve algılanan ayrımcılık düzeyi ilaçların yan etkisi olmadığını belirten hastalara göre yüksektir.

- Hasta yakınlarının Sosyal Mesafe, Karakteristikler, Duygusal Tepki, Maharet Değerlendirme ve Tehlikelilik Skalası; hasta yakınının cinsiyetine, öğrenim düzeyine, göç durumuna ve psikolojik desteğe ihtiyaç durumuna göre anlamlı olarak değişmemektedir.
- Hastanın birinci derece akrabaları; ikinci derece akrabalarına veya arkadaşlarına göre hastalarına sosyal ortamda daha çok mesafeli davranmaktadırlar.
- Yüksek gelir düzeyine sahip hasta yakınları, düşük gelir düzeyine sahip hasta yakınlarına göre; hastalarını daha olumlu karakteristik özelliklerle değerlendirmekte; olaylara karşı daha uyumlu duygusal tepki gösterdiklerini ifade etmekte ve maharet değerlendirme skalasındaki beceriler konusunda daha yeterli olduklarını düşünmektedir.
- Hastalarının tedaviden sonra sosyal uyumunun arttığını düşünen hasta yakınları, sosyal uyumunun artmadığını düşünen hasta yakınlarına göre; hastalarının daha olumlu karakteristik özelliklere sahip olduğunu düşünmektedir.
- Hastalarının tedaviden sonra iş yapar hale geldiğini düşünen hasta yakınları, tedaviden sonra iş yapar hale gelmediğini düşünen hasta yakınlarına göre; hastalarının daha olumlu karakteristik özelliklere sahip olduğunu ve maharet değerlendirme skalasındaki beceriler konusunda daha yeterli olduğunu düşünmektedir.
- İUB hastalığının tedavisinin mümkün olduğunu düşünen hasta yakınları, hastalığının tedavisinin mümkün olmadığını düşünen hasta yakınlarına göre; hastalarının daha olumlu karakteristik özelliklere sahip olduğunu, olaylara karşı daha uyumlu duygusal tepki gösterdiklerini ve maharet değerlendirme skalasındaki beceriler konusunda daha yeterli olduğunu düşünmektedir.
- Hasta yakınlarına göre olumlu duygusal tepkiye sahip olduğunu düşünülen hastaların yabancılaşma düzeyi ile içselleştirilmiş damgalanması azalmaktadır.
- Hasta yakınlarına göre olumsuz karakteristik özelliklerine sahip olduğunu düşünülen hastaların damgalanmaya karşı direnç boyutu ile içselleştirilmiş damgalanması artmaktadır.

6.2. Öneriler

- Topluma yönelik, ruhsal hastalıklar konusunda bilgilendirme çalışmalarının yapılması gerekmektedir.
- Farklı kültürlerde yaşayan hasta ve hasta yakınları ile damgalanma çalışmalarının yapılmasına ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.
- Daha geniş popülasyonda hastanın ve hasta yakınının yaşam kalitesi gibi envanterlerin eklendiği çalışmaya ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.
- Sağlık personellerinin tutumunun hastaların damgalanma düzeyine etkisini belirleyen çalışmaların yürütülmelidir.
- Hasta yakınlarına psikoeğitim uygulanarak damgalama düzeyinin değişikliğinin belirlenmesi yönünde çalışmalar yapılabilir.

7. KAYNAKLAR

1. Kaplan HI, Sadock BJ. Klinik Psikiyatri. Abay E. (Çev. Ed.) Nobel Tıp Kitapevleri, 2004; s.159-188.
2. Yazıcı, O. Bipolar-1 ve Bipolar-2 Bozuklukları. Köroğlu E. Güleç C. (Editörler). Psikiyatri Temel Kitabı. Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2007; s:265-283.
3. Işık E. Duygudurum Bozuklukları, Depresyon ve Bipolar Bozukluklar. İstanbul: Görsel Sanatlar Matbaası, 2003: 467-509.
4. Özer S, Uluşahin A, Bayur S, Kabakçı E, Saka MC. Outcome measures of interepisode bipolar patients in a Turkish sample. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. 2002; 37:31-37.
5. Yazıcı O, Çakır S. Psikiyatri. Duygudurum Bozuklukları. Kulaksızoğlu IB, Tükel R, Üçok A, Yargıç İ, Yazıcı O. (Editörler). İstanbul Üniversitesi Basım ve Yayınevi. İstanbul. 2009; s: 106-129.
6. Arısoy Ö, Oral ET. Bipolar bozuklukla ilgili genetik araştırmalar: Bir gözden geçirme. Türk Psikiyatri Dergisi. 2009; 20(3):282-293.
7. Işık E. İki Uçlu Bozuklukta psikofarmakolojik tedavinin gerekçeleri, genel tedavi ilkeleri ve uygulama biçimleri. Journal of Mood Disorders, 2013; 3(Suppl.1):S23-S25.
8. Uğur M. Duygudurum Bozuklukları. İ. Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Sempozyum Dizisi. No:62. 2008; s:59-84.
9. Öztürk MO, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları Yenilenmiş 11. baskı, Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri, 2008:337-427.
10. Bostancı N. Ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik stigma ve bunun azaltılmasına yönelik uygulamalar. Düşünen Adam. 2005; 18(1):32-38.
11. Bilge A, Çam O. Ruhsal hastalığa yönelik damgalama ile mücadele. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2010; 9(1):71-78.
12. Kocabaşoğlu N, Aliustaoğlu S. Yeni Symposium. 2003; 41(4):190-192.
13. Sarıkoç G. Ruhsal Sorunları Nedeniyle Ayaktan İzlenen Hastaların İçselleştirilmiş Etiketlenmeleri. 2011, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 94 sayfa, Ankara (Prof. Dr. Fatma Öz).
14. Katkak B. Psikozlu Hasta Yakınlarında Stigmatizasyon. 2008, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 64 sayfa, İstanbul (Prof. Dr. Mustafa Kemal Arıkan).

15. Ersoy MA, Varan A. Ruhsal hastalıklarda içselleştirilmiş damgalanma ölçeği Türkçe formunun güvenirlik ve geçerlik çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi. 2009; 18(2):163-171.
16. Üstündağ MF, Kesebir S. İki Uçlu Bozuklukta içselleştirilmiş damgalanma: Klinik özellikler, yaşam kalitesi ve tedaviye uyum ilişkisi. Türk Psikiyatri Dergisi. 2013; 24:1-9.
17. Çam O. Çuhadar D. Ruhsal sağlığa sahip bireylerde damgalanma süreci ve içselleştirilmiş damgalama. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi. 2011; 2(3):136-140.
18. Çam O. Çuhadar D. Bipolar bozukluğu olan hastalarda işlevsellik düzeyi ve içselleştirilmiş damgalanma arasındaki ilişkinin belirlenmesi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2013; 2(2):230-236.
19. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Ellen EW. Lifetime Prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. Arch Gen Psychiatry. 2005; 62:593-602.
20. Bilgin B. Ruh Bozukluk Olan Bireylere Sahip Ailelerin Ruhsal Hasta ve Hastalara İlişkin Görüşleri. 2007, Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 87 sayfa, İstanbul (Prof. Dr. Sevim Buzlu).
21. Ünal G. Bipolaraffektif bozukluğu olan hastaların aile işlevlerinin değerlendirilmesi. Düşünen Adam. 2002; 15(4): 221-228.
22. Çuhadar D. Bipolar Bozukluk Tanısı Alan Hastalarda İçselleştirilmiş Damgalanmayı Azaltmada Psikoeğitimin Etkinliği, 2011, Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora tezi, 192 sayfa, İzmir (Prof. Dr. Olcay Çam).
23. Zengin Eroğlu M. Bipolar Bozuklukta Koruyucu Sağıltım. 2010, Çukurova Üniversitesi, Tıp Fakültesi Anabilim Dalı, Psikiyatri Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, 95 sayfa, Adana, (Prof. Dr. Nurgül Özpoyraz).
24. Amerikan Psikiyatri Birliği: Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması Elkitabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı (DSM-IV-TR). Amerikan Psikiyatri Birliği. Washington DC. 2000'den çeviren Köroğlu E. Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2001.
25. Akay Ö. Bipolar Bozuklukta Kişilik Özelliklerinin Hastalık Seyrine Etkisi. 2008, Zonguldak Karaelmas Üniversitesi, Tıp Fakültesi Anabilim Dalı, Psikiyatri Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, 117 sayfa, Zonguldak, (Doç. Dr. Numan Konuk).

26. Turhan N. Bipolar Bozukluk: Kesitsel Bir Değerlendirme. 2007. Çukurova Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, 84 sayfa, Adana (Prof. Dr. Nurgül Özpoyraz).
27. Meydan G. İki Uçlu I Bozukluk Hastalarında ve Anne-Babalarında Eksen I, Eksen II Tanılarının İncelenmesi. 2010. Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, 64 sayfa, Sivas (Prof. Dr. Orhan Doğan).
28. Carta MG, Angst J. Epidemiological and clinical aspects of bipolar disorders: Controversies or a common need to redefine the aims and methodological aspects of surveys. Clin Pract Epidemiol Ment Health. 2005; 4:1-4.
29. Binbay T, Alptekin K, Elbi H, Zağlı N, Drukker M, Tanık FA, Özkınay F, Onay H, Van Os J. İzmir kent merkezinde şizofreni ve psikotik belirtili bozuklukların yaşamboyu yaygınlığı ve ilişkili oldukları sosyodemografik özellikler. Türk Psikiyatri Dergisi. 2012; 23:149-160.
30. Kesebir S, Şayakçı S, Süner Ö. Geç başlangıçlı olan ve olmayan iki uçlu bozukluk hastalarının karşılaştırılması. Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi. 2012; 25: 244-251.
31. Gültekin KB, Kesebir S, Tamam L. Türkiye’de bipolar bozukluk. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2014; 6(2):199-209.
32. Gündüz C, Akkaya C, Deniz G, Cangür Ş, Kırılı S. Bipolar bozuklukta dönem süreleri üzerine sosyodemografik ve klinik özelliklerin etkisi. Anatol J Clin Investig. 2012; 6(4):251-255.
33. Kesebir S, İnanc L, Bezgin HÇ, Cengiz F. Kadınlarda bipolar bozukluk. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2013; 5(2):220-231.
34. Karamustafaloğlu N, Tomruk B, Alpay N. İki uçlu mizaç bozukluğunda cinsiyet farklılıkları ve tedaviye yansımaları. Anatolian Journal of Psychiatry. 2004; 5:28-36.
35. Blehar MC, DePaulo JR, Gershon ES, Reich T, Simpson SG, Nurnberger JI. Women with bipolar disorder: Findings from the NIMH genetics initiative sample. Psychopharmacol Bull. 1998; 34:239-43.
36. Özcan S, Abay E. Bipolar bozukluğun genetiği. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2004; 5:163-178.
37. Smoller JW, Finn CT. Family, twin, and adoption studies of bipolar disorders. American Journal of Medical Genetics Part C. 2003. 123C:48-58.

38. Yirmibeş Karaoğuz M, Menevşe A. Bipolar hastalığa genetik bakış. *Duygudurum Dizisi*. 2003; 7:335-338
39. Sütçü Yıldırım A, Çelik M, Kabakçı E, Uluşahin A. Bipolar bozukluğu olan hastaların birinci derece akrabalarında psikopatoloji ve kişilik örüntüleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2005; 16(4):229-236.
40. Soykan A. İki uçlu bozukluk tedavi uyumunu arttırma. *Journal of Mood Disorders*. 2013; 3(Suppl,1):S9-S10.
41. Eroğlu Zengin M, Özpoyraz N. Bipolar bozuklukta koruyucu tedavi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2010; 2:206-236.
42. Vahip S. Duygudurum Dengeleyiciler: Lityum, Karbamazepin, Valproat ve Lamatrijin. Köroğlu E, Güleç C. (Editörler). *Psikiyatri Temel Kitabı*. Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2007; s:675-692.
43. Alataş G, Kurt E, Tüzün Alataş E, Bilgiç V, Karatepe HT. Duygudurum bozukluklarında psikoeğitim. *Düşünen Adam*. 2007; 20(14): 196-205.
44. Miklowitz DJ. Bipolar Bozukluklarda Psikososyal Girişimler: Gerekçesi ve Etkililiği. Akiskal HS, Tohen M. (Editörler). *Bipolar Psikofarmakoterapi Hastanın Bakım ve Desteği*. John Wiley, ABD, 2006; s:314-345.
45. Çakır S, Özerdem A. İki uçlu bozuklukta psikoterapötik ve psikososyal sağaltımlar: Sistematik bir gözden geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2010; 21(2):143-154.
46. Maçkalı Z, Tosun A. Bipolar bozuklukta bilişsel davranışçı terapi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2011; 3(4):571-594.
47. Oral ET, Şahin S, Akman B, Verimli A. İki uçlu duygudurum bozukluğu olan hastalarda tedaviye uyum:“Farz edelim ki, şeker hastasıysın.” demek yeterli mi? *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2002; 3:212-222.
48. Savaş HA, Ünal A, Vırit O. Treatment adherence in bipolar disorder. *Journal of Mood Disorders*, 2011; 1(3):95-102.
49. Üçok A, Karavelli D. Comorbidity of personality disorders with bipolar mood disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 1998; 39(2):72-74.
50. McElroy SL, Altshuler LL, Suppes T ve ar. Axis I psychiatric comorbidity and its relationship to historical illness variables in 288 patients with bipolar disorder. *Am J Psychiatry*, 2001; 158:420-426.
51. Tamam L. Bipolar ile anksiyete bozukluğu birlikteliği: Bir gözden geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2007; 18(1):59-71.

52. Altındağ A, Yanık M, Nebioğlu M. The comorbidity of anxiety disorders in bipolar I patients: Prevalence and clinical correlates. *Isr J Psychiatry Relat.* 2006; 43(1):10-15.
53. Tamam L, Özpoyraz N. Comorbidity of anxiety disorders among patients with bipolar I disorder in remission. *Psychopathology*, 2002; 35:203-209.
54. Martin DJ, Smith DJ. Cardiometabolic comorbidity in bipolar disorder. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences.* 2013; 26:315-319.
55. Sayıl I. Bipolar bozukluklarda intihar. *Kriz Dergisi.* 1996; 5(1):41-44.
56. Zengin Eroğlu M, Karakuş G, Tamam L. Bipolar bozukluk ve özkıym. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences.* 2013; 26:139-147.
57. Hocaoglu Ç. İki uçlu bozukluk ve intihar. *Journal of Mood Disorders.* 2013; 3(Suppl.1):S20-S22.
58. Tunç S, Yenilmez Y, Altınbaş K. Özkıym girişimi öyküsü olan ve olmayan bipolar bozukluk olgularının mizaç ve klinik özelliklerinin karşılaştırılması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi.* 2014; 15:214-220.
59. Michalak EE, Yatham LN, Maxwell V, Hale S, Lam RW. The impact of bipolar disorder upon work functioning: A qualitative analysis. *Bipolar Disord* 2007; 9:126-143.
60. Byrne P. Stigma of mental illness and ways of diminishing. *Advances in Psychiatric Treatment.* 2000; 6:65-72.
61. Taşkın O, Özmen E. Ruhsal hastalara yönelik tutumları etkileyen etmenler: Bilgi, temas, etiket, psikopatoloji tipi, medya. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi*, 2004; 12(Ek3):25-40.
62. Kuş Saillard E. Ruhsal hastalara yönelik damgalamaya ilişkin psikiyatrist görüşleri ve öneriler. *Türk Psikiyatri Dergisi.* 2010; 21(1):14-24.
63. Corrigan PW, Edwards AB, Green A, Diwan SL, Penn DL. Prejudice, social distance, and familiarity with mental illness. *Schizophr Bull*, 2001; 27:219-25.
64. Link BG, Phelen JC. Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology.* 2001; 27:363-385.
65. Arkar H. Akıl hastasının sosyal reddedilimi. *Düşünen Adam*, 1991; 4(3):6-9.
66. Sezer S, Kezer F. Psikolojik Yardım Aramada Damgalama Ölçeği'nin (PYAKDÖ) bir Türk örnekleminde geçerlilik ve güvenilirliği. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences.* 2013; 26:148-156.

67. Bilge A, Çam O. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'nin geçerliliği ve güvenilirliği. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2008; 9:91-96.
68. Aydemir Ö, Sücüllüoğlu Dikici D, Akdeniz F, Kalaycı F. Hastalık Yükü Değerlendirme Ölçeği'nin Türkçe sürümünün güvenilirlik ve geçerliliği. *Nöropiskoloji Arşivi*. 2012; 49:276-280.
69. Aktaş A, Sertel Berk ÖH. Verilen Sosyal Destek Ölçeği'nin psikometrik özellikleri. *Psikoloji Çalışmaları Dergisi*, 2012;32(2):71-84.
70. Kuey L. Ruhsal bozukluklara ilişkin halkın tutum ve davranışları. *Kriz Dergisi*. 3(1-2) 172-174.
71. Tuna A. Akıl hastalarının red durumunun hasta ailesi üzerindeki etkilerinin araştırılması. *Düşünen Adam*, 1999; 12(3):50-61.
72. Bryne P. Psychiatric stigma: Past passing and to come. *Journal of The Royal Society of Medicine*. 1997;90:618-621.
73. Bryne P. Stigma: of mental illness: changing minds, changing behaviour. *British Journal of Psychiatry* 1999; 174:1-2.
74. Güney M. Ruhsal bozukluklarda stigmatizasyonu önlemek için neler yapılabilir? *Kriz dergisi*, 12(1):67-71.
75. Bryne P. Psychiatric Stigma. *The British Journal of Psychiatry*, 2001;178:281-284.
76. Arıkan K, Çetin G, Uysal Ö, Aydın S. Farklı kültürel ortamlara göç stigmatizasyonu etkiler mi? *Düşünen Adam*, 2000; 13(4):222-224.
77. Smith M. Stigma. *Advances in Psychiatry*, 2002; 8:317-323.
78. Oryal Taşkın E, Şen FS, Özmen E, Aydemir Ö. Kırsal kesimde depresyonlu hastalara yönelik tutumlar: Sosyal mesafe ve etkileyen etmenler. *Türkiye'de Psikiyatri*, 2006; 8(1):11-17.
79. Aydemir Ö. İki uçlu bozuklukta damgalanma hissinin işlevsellik üzerine etkisi. *Journal of Mood Disorders*, 2013;3(4): 141-145.
80. Şahin E, İlnem C, Yıldırım EA, Güvenç C, Yener F. İki uçlu mizaç bozukluğu olgularında aile yüklenmesi üzerine karşılaştırmalı bir çalışma. *Düşünen Adam*, 2002; 15(4):196-204.
81. Çetinkaya Duman Z, Bademli K. Kronik psikiyatri hastalarının aileleri: Sistemantik bir inceleme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2013;5(1):78-94
82. Atagün Mİ, Balaban DÖ, Atagün Z, Elagöz M, Yılmaz Özpolat A. Kronik hastalıklarda bakım veren yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2011; 3(3):513-552.

83. Ünal S, Kaya B, Çekem B, Özışık H, Çakıl G, Kaya M. Şizofreni ve ili uçlu duygudurum bozukluğu ve epilepsi hastalarında aile işlevlerinin karşılaştırılması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2004; 15(4):291-299
84. Erten E, Alpman N, Özdemir A, Fıstıkçı N. Bipolar I bozukluğu olan hastalarında dönem ve seyir özelliklerinin bakıcı yüküne etkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2014; 25(2):114-23.
85. Berksun OE. Dışavurulan Duygulanım Ölçeği: Ölçek uyarlama üzerine bir pilot çalışma. *Türk Psikoloji Dergisi*, 1993;8(29):10-15.
86. Kocabıyık A, Beştepe E, Karşıdağ K, Kükürt R, Alpay N. Bipolar bozuklukta duygu dışavurumunun relaps üzerine etkisi. *Düşünen Adam*, 2005; 18(1):4-12.
87. Ak M, Yavuz F, Lapseki N, Türkçapar H. Kronik psikiyatrik bozukluğu bulunan hastaların ve bakım verenlerinin bakım yükü açısından değerlendirilmesi. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 2012;25:330-337.
88. Phelan JC. Psychiatric illness and family stigma. *Schizophr Bull* 1998; 24(1):115-126.
89. Arıkan K. A stigmatizing attitude towards psychiatric illnesses is associated with narcissistic personality traits. *Isr J Psychiatry Relat Sci*, 2005;42(4):248-250.
90. Angermayer MC, Beck M, Dietrich S, Holzinger A. The stigma of mental illness: Patients, anticipations and experiences. *International Journal of Social Psychiatry*, 2004;50(2):153-162.
91. Taşkın EO. Stigma ruhsal hastalıklara yönelik tutumlar ve damgalanma: Ruhsal hastalıklara yönelik tutum ve damgalamayı etkileyen faktörler. 1. Baskı. Meta Basım ve Matbaacılık. İzmir-2007; s:73-114.
92. Arkar H, Eker D. Akıl hastalıkları ile ilgili tutumlar: Verilen neden tipinin etkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 1996; 7:191-197.
93. Özkan B, Çoban Arguvanlı S, Saraç B, Medik K. Kronik ruhsal bozukluğu olan hasta yakınlarının stigmaya ilişkin görüşleri. *Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik E-Dergisi*. 2014; 2(1):1-6.
94. Oban G, Küçük L. Ergenlerde ruhsal hastalıklara yönelik damgalamayı etkileyen etmenler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2011; 2(1):31-39.
95. Arguvanlı Çoban S, Özkan B, Medik K, Saraç B. Bipolar bozukluğu olan bireyler ve bakım verenlerinin yaşam kalitesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2013; 4(2):61-66.

96. Arguvanlı S, Taşçı S. Bipolar bozuklarda bakım verenlerin sorunları. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2013; 1(1):1-6:21-30.
97. Yıldız M. Psikiyatrik Rehabilitasyon, Bireyden Topluma Ruh Sağlığı, Sayıl I (Editör), Erler Matbaacılık, İstanbul.
98. Özbaş D, Küçük L, Buzlu S. Ruhsal bozukluğu olan bireylere sahip ailelerin hastalığa karşı tutumları. Düşünen Adam. 2008; 21(1-4):14-23



EKLER

EK I: HASTA SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

Hastanın Adı Soyadı:

Hastane Protokol No:

Doğum Tarihi Ve Yeri:

Tarih:

İlk Ruhsal hastalığın başlangıç tarihi ve yaşı:

Hastalık süresi:

Cinsiyeti:

1.Kadın ()

2.Erkek ()

Öğrenim Düzeyiniz:

1.Okur-Yazar ()

2.İlkokul - Ortaokul Mezunu ()

3.Lise Mezunu ()

4.Üniversite Mezunu ()

Medeni Durumunuz:

1.Evli ()

2.Bekar ()

3.Ayrılmış/Dul ()

Çocuğunuz Var Mı?

1.Evet ()

Evet ise sayısı ()

2.Hayır ()

Gelir Düzeyi:

1.Düşük (0-1000 TL) ()

2.Orta (1000-3000 TL) ()

3.Yüksek (3000 TL ve üstü) ()

Sosyal Güvenceniz:

1.Var ()

2.Yok ()

Yaşadığınız Yer:

1.Şehir merkezi ()

2.İlçe/Kasaba ()

3.Köy ()

Aile Tipiniz:

1.Çekirdek ()

2.Geniş/ Geleneksel ()

3.Parçalanmış ()

4.Aileden ayrı yaşıyor. ()

Mesleğiniz:

1.İşçi ()

2.Memur ()

3.Esnaf ()

4.Ev hanımı ()

5.İşsiz ()

6.Emekli ()

7.Öğrenci ()

İş durumu:

1.Çalışmıyor ()

2.Çalışıyor ()

Ruhsal hastalığı nedeniyle hiç işten çıkmak zorunda kalmış mı? 1.Evet () 2.Hayır ()

Askerlik yaptınız mı? 1.Evet () 2.Hayır ()

Cevap hayır ise ruhsal hastalık nedeni ile mi? 1.Evet () 2.Hayır ()

Psikiyatrik bir hastalık nedeniyle hastaneye yatışı var mı? 1.Evet () 2.Hayır ()

İntihar girişiminiz var mı? 1.Evet () 2.Hayır ()

Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü var mı? 1.Evet () 2.Hayır ()

Psikotik bulgu var mı? 1.Evet () 2.Hayır ()

Alkol-madde kullanımı var mı? 1.Evet () 2.Hayır ()

Ruhsal hastalığa bağlı kendinize veya başkalarına zarar verme öykünüz var mı?

1.Evet () 2.Hayır ()

İLAÇ TEDAVİSİ

Tedavi türünüz:

- 1.İlaç tedavisi ()
- 2.Uzun etkili iğne ()
- 3.EKT ()

Yıllık tedavi başvuru sayısı:

- 1.Son bir yıl içinde yılda 1-2 kez ()
- 2.Son bir yıl içinde yılda 3-4 kez ()
- 3.Son bir yıl içinde yılda 5 kez ve üzeri ()

İlaçlarını ne kadar düzenli kullanıyor?

- 1.Ayda 1 kez ilacını almadı ()
- 2.Ayda 1 den fazla ilacını almadı ()

Elektrokonvülsif Tedavi (EKT) aldınız mı? 1.Evet () 2.Hayır ()

Kullanılan ilaca bağlı yan etkiler var mı? 1.Evet () 2.Hayır ()

Uygulanan tedaviden fayda gördünüz mü? 1.Evet () 2.Hayır ()

Tedavi ile sosyal uyumunuz arttı mı? 1.Evet () 2.Hayır ()

Tedavi sonrası iş yapar hale geldiniz mi? 1.Evet () 2.Hayır ()

EK II: RUHSAL HASTALIKLARDA İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMA ÖLÇEĞİ- RHİDÖ

Bu testte sık sık geçen “ruhsal hastalık” terimi, en geniş anlamda kullanılmıştır. Her bir cümleyi dikkatle okuduktan sonra eğer

“Kesinlikle aynı fikirde değilim” diyorsanız (1) rakamını ;
“Aynı fikirde değilim” diyorsanız (2) rakamını ;
“Aynı fikirdeyim” diyorsanız (3) rakamını ;
“Kesinlikle aynı fikirdeyim” diyorsanız (4) rakamını daire içine

alarak

Okuduğunuz cümleye ne ölçüde katıldığınızı ya da katılmadığınızı belirtiniz. Her cümle için rakamlardan sadece bir tanesini işaretleyiniz.

	Kesinlikle aynı fikirde değilim	Aynı fikirde değilim	Aynı fikirdeyim	Kesinlikle aynı fikirdeyim
1. Ruhsal bir hastalığım olduğu için kendimi bu dünyada bir yabancı gibi hissediyorum.	1	2	3	4
2. Ruhsal hastalığı olan kişiler saldırgan olmaya eğilimlidirler.	1	2	3	4
3. Ruhsal bir hastalığım olduğu için insanlar bana farklı davranıyorlar.	1	2	3	4
4. Reddedilmemek için, ruhsal hastalığı olmayan kişilere yaklaşımdan kaçınıyorum.	1	2	3	4
5. Ruhsal bir hastalığım olduğundan dolayı utanıyorum.	1	2	3	4
6. Ruhsal hastalığı olan kişiler evlenmemelidir.	1	2	3	4
7. Ruhsal hastalığı olan kişiler topluma önemli katkılarda bulunurlar.	1	2	3	4
8. Kendimi ruhsal hastalığı olmayan kişilerden daha aşağı hissediyorum.	1	2	3	4
9. Ruhsal hastalığım benim “garip” görünmeme ya da davranmama neden olabileceğinden dolayı eskisi kadar sosyal değilim.	1	2	3	4
10. Ruhsal hastalığı olan kişiler iyi ve doyum verici bir hayat yaşayamazlar.	1	2	3	4
11. İnsanları ruhsal hastalığımla sıkmak istemediğimden dolayı, kendi hakkımda fazla konuşmam.	1	2	3	4
12. Halk arasındaki ruhsal hastalıklarla ilgili olumsuz düşünceler, benim “normal” yaşamın dışında kalmama neden oluyor.	1	2	3	4
13. Ruhsal hastalığı olmayan kişilerle birlikteyken, kendimi sanki o ortama ait değilmiş ve yetersizmişim gibi hissediyorum.	1	2	3	4

14. Ruhsal hastalığı açıkça anlaşılan biriyle toplum içinde birlikte görülmek beni rahatsız etmez.	☐	☐	☐	☐
15. Sırf ruhsal hastalığımın dolayısı ile insanlar bana sık sık ne yapmam gerektiğini söyleyip, sanki çocukmuşum gibi davranırlar.	☐	☐	☐	☐
16. Ruhsal hastalığım olduğu için kendimden memnun değilim.	☐	☐	☐	☐
17. Ruhsal hastalığımanın olması hayatımı berbat etti.	☐	☐	☐	☐
18. İnsanlar görünüşümden ruhsal bir hastalığımanın olduğunu anlayabilirler.	☐	☐	☐	☐
19. Ruhsal hastalığımın dolayısı ile benimle ilgili çoğu kararı başkalarının vermesine ihtiyaç duyarım.	☐	☐	☐	☐
20. Ailemi ve arkadaşlarımı utandırmamak için sosyal ortamlardan uzak dururum.	☐	☐	☐	☐
21. Ruhsal hastalığı olmayanların beni anlamaları mümkün değildir.	☐	☐	☐	☐
22. Sırf ruhsal hastalığıım olduğu için insanlar beni göz ardı eder ya da pek ciddiye almazlar.	☐	☐	☐	☐
23. Ruhsal hastalığıım olduğu için topluma hiçbir katkımlanamam.	☐	☐	☐	☐
24. Ruhsal bir hastalıkla yaşamak beni mücadelecı bir insan yaptı.	☐	☐	☐	☐
25. Ruhsal bir hastalığıım olduğu için kimse bana yakınlaşmak istemez.	☐	☐	☐	☐
26. Genel olarak, hayatı istediğim şekilde yaşayabiliyorum.	☐	☐	☐	☐
27. Ruhsal hastalığıma rağmen, iyi ve dolu dolu yaşadığım bir hayatım var.	☐	☐	☐	☐
28. İnsanlar ruhsal bir hastalığıım olduğu için hayatta fazla başarılı olamayacağımı düşünüyorlar.	☐	☐	☐	☐
29. Akıl hastalarıyla ilgili olumsuz yaygın inanışlar benim durumum dikkate alındığında hiç de yanlış sayılmaz.	☐	☐	☐	☐

EK III. HASTA YAKINI SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

Hastanın Adı Soyadı:
No:

Hastane Protokol

Hasta Yakınının Adı Soyadı:

Doğum Tarihi Ve Yeri:

Tarih:

Cinsiyeti: 1.Kadın ()
2.Erkek()

Hastanızla yakınlık dereceniz nedir?

- 1.Birinci derece akraba- Anne (), Baba (), Eş(), Abla/Ağabey ()
- 2.İkinci derece akraba- Büyükanne/baba (), Teyze/hala (),Amca/Dayı ()
- 3.Tanıdık, Dost, Arkadaş, Bakıcısı ()

Yetiştirdiğiniz bölge: 1.Güney ()
2.Kuzey ()
3.Doğu ()
4.Batı ()
5.Trakya ()
6.Güneydoğu ()
7.İç Anadolu ()

Göç Durumu: 1.İç göç ()
2.Dış göç ()
3.Yok ()

Öğrenim Düzeyi: 1-Okur-Yazar ()
2-İlkokul - Ortaokul Mezunu ()
3-Lise Mezunu ()
4-Üniversite Mezunu ve üstü ()

Medeni Durumu: 1-Evli ()
2-Bekar ()
3-Ayrılmış/Dul ()

Gelir Düzeyiniz: 1.Düşük (0-1000 TL) ()
2.Orta (1000-3000 TL) ()
3.Yüksek (3000 TL ve üstü) ()

Yaşadığınız Yer: 1.Şehir merkezi ()
2. İlçe/Kasaba ()
3.Köy ()

Aile Tipiniz: 1.Çekirdek ()
2.Geniş/ Geleneksel ()
3.Parçalanmış ()
4.Aileden ayrı yaşıyor. ()

Mesleğiniz:

- 1.İşçi ()
- 2.Memur ()
- 3.Esnaf ()
- 4.Ev hanımı ()
- 5.İşsiz ()
- 6.Emekli ()
- 7.Öğrenci ()

Hastanıza uygulanan tedaviden fayda gördünüz mü? 1.Evet () 2.Hayır ()

Tedavi ile hastanızın sosyal uyumu arttı mı? 1.Evet () 2.Hayır ()

Tedavi sonrası hastanız iş yapar halde mi? 1.Evet () 2.Hayır ()

Hastanızın intihar girişimi var mı? 1.Evet () 2.Hayır ()

Herhangi bir psikolojik desteğe ihtiyaç duydunuz mu? 1.Evet () 2.Hayır ()

Evet, ise ne yaptınız?

- 1.Profesyonel bir kişiye başvurdum. ()
- 2.Başvurmayı düşündüm ancak başvurmadım. ()
- 3.Profesyonel bir kişiye başvurmayı düşünmedim. ()

Hastanıza ilk teşhis ne zaman konuldu?

Sizce böyle bir hastalık;

- 1.Var ()
- 2.Yok ()
- 3.Emin değilim ()

Bu hastalığın tedavisi;

- 1.Mümkün ()
- 2.Mümkün değil ()

Sizce akıl hastalıkları neden kaynaklanır?

1. Sosyal dengesizlikler ()
2. Ekonomik problemler ()
3. Anne baba tutumu ()
4. Eğitim yetersizliği ()
5. Biyolojik ()
6. Stres ()
7. Diğer (.....)

EK IV: SOSYAL MESAFE SKALASI

Hastanıza ait bilgileriniz ışığında aşağıdaki cümleleri değerlendiriniz.

0= kesinlikle isterim

1= muhtemelen isterim

2=muhtemelen istemem

3=kesinlikle istemem

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1. Hastanız gibi birisine evinizin bir odasını kiralamaya ne dersiniz? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2. Hastanız gibi birisiyle aynı iş yerinde çalışmaya ne dersiniz? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3. Hastanız gibi birisiyle komşu olmaya ne dersiniz? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4. Hastanız gibi birisinden birkaç saatliğine çocuğunuza göz-kulak olmasını istemeye ne dersiniz? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5. Kızınızın /oğlunuzun hastanız gibi birisiyle evlenmesine ne dersiniz? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6. Yakın çevrenizden bir hanımı/beyi hastanız gibi birisiyle tanıştırmaya ne dersiniz? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7. İş yeri sahibi bir arkadaşınızdan hastanız gibi birisi için iş istemeye ne dersiniz? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8. Çıkacağınız bir seyahatte grubunuzun içinde hastanız gibi birisinin de olmasına ne dersiniz? | 0 | 1 | 2 | 3 |

EK V: KARAKTERİSTİKLER SKALASI

Hastanızın üzerinizde oluşturduğu izlenime dayanarak, onun karakteristikleri ile ilgili olarak düşüncelerinizi aşağıdaki yerlere işaretleyiniz?

		Nötral	
1. Güçlü	1 2 3	4	5 6 7 Zayıf
2. Sıkıcı	7 6 5	4	1 2 3 İlginç
3. Duyarsız	7 6 5	4	1 2 3 Duyarlı
4. Deneyimli, görmüş, geçirmiş	1 2 3	4	5 6 7 Toy, tecrübesiz
5. Cesur, gözü pek korkak	1 2 3	4	5 6 7 Utangaç,
6. Girişken, sosyal	1 2 3	4	5 6 7 Asosyal
7. Duygusal rasyonel	7 6 5	4	1 2 3 Gerçekçi,
8. Kaba	7 6 5	4	1 2 3 Nazik
9. Kendine hakim (dengeli)	1 2 3	4	5 6 7 Münasebetsiz
10. Akılsız	7 6 5	4	1 2 3 Akıllı
11. Mutsuz	7 6 5	4	1 2 3 Mutlu
12. Başarısız	7 6 5	4	1 2 3 Başarılı
13. Gayretli	1 2 3	4	5 6 7 Gayretsiz
14. Tehlikeli	7 6 5	4	1 2 3 Tehlikesiz
15. Açık savunucu	1 2 3	4	5 6 7 Kapalı,
16. Soğuk	7 6 5	4	1 2 3 Sıcak
17. Güvenilmez	7 6 5	4	1 2 3 Güvenilir
18. İlginç	1 2 3	4	5 6 7 Sıkıcı
19. Tehlikesiz, zararsız	1 2 3	4	5 6 7 Tehlikeli
20. Etkin, işlevsel	1 2 3	4	5 6 7 Etkisiz

EK VI: DUYGUSAL TEPKİ SKALASI

Hastanız ile ilişkilerinizde neler hissediyorsunuz?

Nötral

1. Ümitsiz	1 2 3	4	5 6 7 Ümitli (optimist)
2. Sakin	1 2 3	4	5 6 7 Sıkıntılı
3. Destekleyici	1 2 3	4	5 6 7 İtici
4. Korkulu	1 2 3	4	5 6 7 Rahat
5. Anlayışlı	1 2 3	4	5 6 7 Öfkeli
6. İğrenmiş	1 2 3	4	5 6 7 Sempatik
7. Endişeli, vesveseli	1 2 3	4	5 6 7 Huzurlu
8. Sabırsız	1 2 3	4	5 6 7 Sabırlı
9. Relaks	1 2 3	4	5 6 7 Gergin
10. Soğukkanlı	1 2 3	4	5 6 7 Sinirli

EK VII: MAHARET DEĞERLENDİRME SKALASI

Hastanız hakkındaki bilgiler ışığında onun maharetlerini değerlendiriniz

	Kesinlikle	Nötral	Kesinlikle
	katılıyorum		katılmıyorum
1. Öfkesini kontrol edebilir	1 2 3 4 5		6 7
2. İşitme ve konuşma yetileri başarılıdır	1 2 3 4 5		6 7
3. Olumlu hislerini dışa vurabilir	1 2 3 4 5		6 7
4. Günlük sorunlarını halledebilir	1 2 3 4 5		6 7
5. Bir işi başarıyla götürebilir	1 2 3 4 5		6 7
6. Güzel sosyal yeteneklere sahiptir	1 2 3 4 5		6 7
7. Beklenmedik davranışlar yapmaz	1 2 3 4 5		6 7
8. Girişimcilik özelliği sergilemektedir	1 2 3 4 5		6 7

EK VIII: TEHLİKELİLİK SKALASI

	Kesinlikle katılıyorum	Nötral	Kesinlikle katılmıyorum
1. Mahallede, yakın çevrede akıl hastalığı geçirmiş birisi olsaydı, çocuklarımı yalnız sinemaya göndermezdim	1 2	3 4 5	6 7
2. Eski bir akıl hastası, ilkokul öğretmenliğine başvursaydı ve işe kabul edilseydi, işten atılması için çabazardım	1 2	3 4 5	6 7
3. Akıl hastaları için önemli bir sorun, onların bir dakika sonra neler yapacağını bilemezsiniz.	1 2	3 4 5	6 7
4. Bir insanın akıl hastası olduğunu bilirsem ona güvenme olasılığım azalır.	1 2	3 4 5	6 7
5. Akıl hastanelerinin temel işlevi toplumu akıl hastalarından korumaktır.	1 2	3 4 5	6 7
6. Mahallede, yakın çevrede akıl hastalığı geçirmiş birisi ikamet ediyor olsaydı çocuklarımla yalnız sokağa çıkmaları konusunda çekinmezdim.	1 2	3 4 5	6 7
7. Her ne kadar bazen akıl hastaları çok iyi görünseler de, onların aslında akıl hastası olduklarını bir an bile akıldan çıkartmamak gerek.	1 2	3 4 5	6 7
8. Akıl hastalarına avlanma lisansını yasaklayan bir kanun çıkartılmalıdır	1 2	3 4 5	6 7

EK IX: Gaziantep Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndaki izin

GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	İki Uçlu Bozukluk Hasta ve Yakınlarında Damgalanma ve Damgalama			
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	32			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Yrd. Doç. Dr. Gökay Alpak			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fak. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D			
	DESTEKLEYİCİ				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ	FAZ 1	☐		
		FAZ 2	☐		
		FAZ 3	☐		
FAZ 4		☐			
ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Yeni Bir Endikasyon	☐			
	Yüksek Doz Araştırması	☐			
	Diğer ise belirtiniz:				
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☐	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☐	ULUSLARARASI ☐	

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama		
	TÜRKÇE ETİKET ÖRNEĞİ	☐		
	SIGORTA	☐		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐		
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐		
	HASTA KARTI/GÜNLÜKLERİ	☐		
	İLAN	☐		
	YILLIK BİLDİRİM	☐		
	SONUÇ RAPORU	☐		
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐		
DİĞER:	☐			



GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 22.01.2013/32	Tarih: 22.01.2013
	Yukarıda bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan Etik Kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir	
	Sağlık Bakanlığına Bildirilecek	Evet ☐ Hayır ☒

GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Doç.Dr. Belgin ALAŞEHİRLİ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Doç.Dr.Belgin ALAŞEHİRLİ	FARMAKOLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
Prof.Dr.Vedat DAVUTOĞLU	KARDİYOLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☐	E ☐	H ☐	
Doç. Dr Mesut ÖZKAYA	İÇ HASTALIKLARI	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☐	E ☐	H ☐	
Doç.Dr.Ercan SIVASLI	PEDİATRİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☐	E ☐	H ☐	
Doç.Dr. Mehmet KESKİN	PEDİATRİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☐	E ☐	H ☐	
Doç.Dr. İlker SEÇKİNER	ÜROLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☐	E ☐	H ☐	
Doç.Dr.Yasemin ZER	MİKROBİYOLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
Doç.Dr.Nejdet ADANIR	DIŞ HEKİMLİĞİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☐	E ☐	H ☐	
Yrd.Doç.Dr.Beyhan CENGİZ	FİZYOLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☐	E ☐	H ☐	
Yrd.Doç.Dr.Seval KUL	BIYOİSTATİSTİK	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☐	E ☐	H ☐	
Uzm.Dr. Cahide Elif ORHAN	FARMAKOLOJİ	Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
Eyüp ÇELİK	AVUKAT	Gaziantep Barosu	E ☒	K ☐	E ☐	H ☐	E ☐	H ☐	
Baha Günhan GÜNGÖRDÜ	İNŞ.MÜH (sivil üye)	GASKİ	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	

* :Toplantıda Bulunma

Elden teslim aldım. Suzan KAYGILI2

07 02 2013

Sayfa 2

EK X: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Araştırmanın Adı: İki Uçlu Bozukluk Hasta ve Yakınlarında Damgalanma Ve Damgalama

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ !!!

Bu çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz.

ÇALIŞMANIN AMACI NEDİR?

İki uçlu bozukluğu olan hastaların yakınları toplum tarafından damgalanarak dışlanması ile hastaların içselleştirilmiş damgalanma düzeyine ilişkisi olup olmadığının araştırılmasıdır.

KATILMA KOŞULLARI NEDİR?

Bu çalışmaya dahil edilebilmeniz için 15-65 yaş arasında olup okur-yazar olmanız, gönüllü olan iki uçlu bozukluk tanısı almış birisi ve yakını olmanız gerekir.

NASIL BİR UYGULAMA YAPILACAKTIR?

İki uçlu bozukluk hastalarına; ‘Hasta Sosyodemografik Bilgi Formu’ ve ‘Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği’ uygulanacaktır.

İki uçlu bozukluk hasta yakınlarına ‘Hasta Yakını Sosyodemografik Bilgi Formu’ ve ‘Sosyal Mesafe, Karakteristikler, Duygusal Tepki, Maharet Değerlendirme, Tehlikelilikler Ölçekleri’ uygulanacaktır.

SORUMLULUKLARIM NEDİR?

Araştırma ile ilgili olarak ölçeklerdeki soruları size en yakın olanı işaretlemeniz sizin sorumluluklarınızdır. Bu koşullara uymadığınız durumlarda araştırmacı sizi uygulama dışı bırakabilme yetkisine sahiptir.

KATILIMCI SAYISI NEDİR?

Araştırmada yer alacak gönüllülerin sayısı 80’ dir.

KATILIMIM NE KADAR SÜRECEKTİR?

Bu araştırmada yer almanız için öngörülen süre 30 dakikadır.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARAR NEDİR?

Bu araştırmada sizin için beklenen yararlar iki uçlu bozukluğu olan hasta ve yakınlarının damgalama ile toplumsal dışlanma bu düzeyi belirlenerek toplumsal duyarlılığın artırılmasıdır. İki uçlu bozukluğu olan hastalarda ve yakınlarında toplumsal dışlanma ile oluşan olumsuz sonuçları olumluya dönüştürülmelidir.

HANGİ KOŞULLARDA ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILABİLİRİM?

Uygulanan tedavi şemasının gereklerini yerine getirmemeniz, çalışma programını aksatmanız vb. nedenlerle araştırmacı sizin izniniz olmadan sizi çalışmadan çıkarabilir.

YENİ BULGULAR

Araştırma sürecinde yapılan uygulamaya yönelik sizi ilgilendirebilecek herhangi bir gelişme olduğunda, bu durum size veya yasal temsilcinize derhal bildirilecektir.

ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLAR İÇİN KİMİ ARAMALIYIM?

Uygulama süresi boyunca araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için 0507 212 84 49 no.lu telefondan Suzan KAYGISIZ'a başvurabilirsiniz.

ÇALIŞMAYI DESTEKLEYEN KURUM VAR MIDIR ?

Çalışmayı destekleyen kurum yoktur.

ÇALIŞMAYA KATILMAM NEDENİYLE HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILACAK MIDIR?

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

ARAŞTIRMAYA KATILMAYI KABUL ETMEMEM VEYA ARAŞTIRMADAN AYRILMAM DURUMUNDA NE YAPMAM GEREKİR?

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; reddetme veya vazgeçme durumunda bile sonraki bakımınız garanti altına alınacaktır. Araştırmacı, uygulanan tedavi şemasının gereklerini yerine getirmemeniz, çalışma programını aksatmanız veya tedavinin etkinliğini artırmak vb. nedenlerle isteğiniz dışında ancak bilginiz dahilinde sizi araştırmadan çıkarabilir.

Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

KATILMAMA İLİŞKİN BİLGİLER KONUSUNDA GİZLİLİK SAĞLANABİLECEK MİDİR?

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren 3 sayfalık metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan

katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

GÖNÜLLÜNÜN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

VELAYET VEYA VESAYET ALTINDA BULUNANLAR İÇİN VELİ VEYA VASİNİN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

AÇIKLAMALARI YAPAN ARAŞTIRICININ		İMZASI
ADI & SOYADI		
TARİH		

RIZA ALMA İŞLEMİNE BAŞINDAN SONUNA KADAR TANIKLIK EDEN KURULUŞ GÖREVLİSİNİN		İMZASI
ADI & SOYADI		
GÖREVİ		
TARİH		

ÖZGEÇMİŞ

22.06.1987 yılında Gaziantep'te doğdu. İlk, orta ve lise öğrenimini Gaziantep'te tamamladı. 2009 yılında Mersin Üniversitesi Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık bölümünden mezun oldu. 2009 yılında Ağrı/Patnos İbrahim Karaoğlu İlköğretim Okulu'nda; 2010-2011 yıllarında Batman/Merkez Karatay İlköğretim Okulu'nda, 2011-2014 yılları arasında Gaziantep/Şehitkamil Abdülkadir Konukoğlu Lisesi'nde Rehberlik ve Psikolojik Danışman olarak görev yaptı. 2011 yılında Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ruh Sağlığı Destek ve Koruma Yüksek Lisans Programı'na başladı. 2014 yılında ise Gaziantep/Şahinbey Asiye Ziyilan İlkokul'unda Rehberlik ve Psikolojik Danışman olarak görevine devam etmektedir.

Gaziantep
Nisan/2016

