



**T.C.
S.B. ANKARA NUMUNE
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
PSİKIYATRI KLİNİĞİ
Klinik Eğitim ve İdari Sorumlusu Prof. Dr. Erol GÖKA**

**BİR EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
PSİKIYATRI POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN
HASTALARDA İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMA
DÜZEYLERİNİN BAZI TANI GRUPLARI,
SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER VE BENLİK
SAYGISI İLE İLİŞKİSİ**

**UZMANLIK TEZİ
Dr. Elmas BEYAZYÜZ**

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Erol GÖKA**

**ANKARA
2014**

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgisinden ve tecrübesinden daima yararlandığım, emeğini, sabrını ve desteğini eksik etmeyen Prof. Dr. Erol GÖKA'ya, asistanlığım süresince kendisinden çok şey öğrendiğim Doç. Dr. M. Çiğdem AYDEMİR'e, eğitimime önemli katkıları olan Doç. Dr. Cebail KISA'ya, GATF Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Tümer Türkbay'a ve Anabilim Dalı Başkan Yardımcısı Doç Dr. Ayhan Cöngöloğlu'na, tezimin istatistik kısmında bana yardımcı olan arkadaşım Yrd. Doç. Dr. Yakup ALBAYRAK'a, tez yazma sürecinde önerileriyle bana yardımcı olan eşim Dr. Murat BEYAZYÜZ'e, psikiyatri kliniğindeki değerli arkadaşlarıma ve tez yazma sürecinde kendisinden ayrı kaldığım oğlum Selim'e teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Elmas BEYAZYÜZ

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	ii
İÇİNDEKİLER	iii
KISALTMALAR	v
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	vi
TABLolar LİSTESİ.....	vii
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1 DAMGA VE DAMGALAMA	3
2.1.1 Geçmişten Bugüne Damgalama	3
2.1.2 Damgalamayla İlgili Kuramsal Açıklamalar	7
2.1.3 Damgalamanın Sonuçları.....	10
2.2 İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMA	11
2.3 DAMGALAMA KONUSUNDA GÖZDEN KAÇAN	
BOZUKLUKLAR	14
2.3.1 Anksiyete Bozuklukları	14
2.3.2 Somatoform Bozukluklar	16
2.3.3 Obsesif Kompulsif Bozukluklar	17
2.3.4 Anksiyete Bozuklukları, Somatoform Bozukluklar ve Obsesif	
Kompulsif Bozukluklar ile Damgalama ve İçselleştirilmiş	
Damgalanma İlişkisi	19
3. GEREÇLER ve YÖNTEMLER	21
3.1 ÖRNEKLEM	21
3.2 VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	22
3.2.1 Sosyodemografik Bilgi Formu	22
3.2.2 Hastalık Bilgi Formu.....	22
3.2.3 Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği	
(RHİDÖ)	23
3.2.4 Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği.....	23
3.3 ARAŞTIRMANIN YÜRÜTÜLMESİ VE SONUÇLARIN	
ÇÖZÜMLENMESİ	24
4. BULGULAR	26
4.1 SOSYODEMOGRAFIK ÖZELLİKLER	26

4.2 HASTALIK, TANI VE TEDAVİ SÜRECİ İLE İLGİLİ VERİLER	27
4.3 RBSÖ SONUÇLARI VE RHİDÖ PUANLARI	29
4.4 İÇGÖRÜYE YÖNELİK SORUYA VERİLEN YANITLAR	30
4.5 RUHSAL HASTALIKLARLA İLGİLİ ÖNYARGILARA YÖNELİK SORULARA VERİLEN CEVAPLARIN DAĞILIMI	31
4.6 İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMANIN DİĞER DEĞİŞKENLER BAĞLAMINDA ANALİZİ	32
4.6.1 RHİDÖ Puanları ve Sosyodemografik Veriler	32
4.6.2 RHİDÖ Puanları ve Hastalık Bilgilerinin Analizi	33
4.6.3 RBSÖ Puanları ve RHİDÖ Puanlarının Analizi	34
4.6.4 İçgörü ve Kalıp Önyargılar ile RHİDÖ Puanlarının Analizi	35
5. TARTIŞMA	37
5.1 RHİDÖ PUANLARI VE SOSYODEMOGRAFİK VERİLER	37
5.2 RHİDÖ PUANLARI VE HASTALIKLA İLGİLİ VERİLER	39
5.3 RHİDÖ PUANLARI İLE RBSÖ PUANLARI VE RBSÖ SONUÇLARI	41
5.4 RHİDÖ PUANLARI VE KALIP ÖNYARGILAR	42
5.5 KALIP ÖNYARGILARIN YAYGINLIĞI	44
5.6 AĞIR OLMAYAN RUHSAL HASTALIKLARDA İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMA İHMAL EDİLEN BİR GERÇEKTİR	46
5.7 ÇALIŞMANIN ZAYIF VE GÜÇLÜ TARAFLARI	47
6. SONUÇ	49
7. ÖZETLER	51
8. KAYNAKLAR	53
9. EKLER	63
EK-I. SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU	
EK-II. HASTALIK BİLGİ FORMU	
EK-III. RUHSAL HASTALIKLARDA İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMA ÖLÇEĞİ (RHİDÖ)	
EK-IV. ROSENBERG BENLİK SAYGISI ÖLÇEĞİ	
EK-V. ANKARA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALARI DEĞERLENDİRME KOMİSYONU ONAYI	

KISALTMALAR

AIDS: Edinilmiş Başıklık Eksikliği Sendromu

DSM: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı

DSM-4 TR: DSM'nin gözden geçirilmiş dördüncü baskısı

DSM-5: DSM'nin beşinci baskısı

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

ICD-10: Hastalıkların ve Sağlıkla İlgili Sorunların Uluslararası İstatistiksel Sınıflandırılması, 10. Baskı

NORC: National Opinion Research Center

RBSÖ: Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği

RHİDÖ: Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği

ŞEKİLLER

ŞEKİL-1: RBSÖ Sonuçları Dağılımı

ŞEKİL-2: “Size rahatsızlık veren belirtilerin ruhsal bir hastalıktan kaynaklandığını düşünüyor musunuz?” Sorusuna Verilen Yanıtların Dağılımı

ŞEKİL-3: Ruhsal Hastalıklarla İlgili Önyargılara Yönelik Sorulara Verilen Cevapların Dağılımı



TABLÖLAR

TABLO-1: Sosyodemografik Özellikler

TABLO-2: Yaş ve Eğitim Yılı Verileri

TABLO-3: Hastalık, Tanı ve Tedavi Süreci ile İlgili Veriler

TABLO-4: Ruhsal Hastalıklarla İlgili Önyargılara Yönelik Sorulara Verilen Cevapların Dağılımı

TABLO-5: Sosyodemografik Verilere Göre RHİDÖ Puanları

TABLO-6: Hastalık ile İlgili Özellikler ve RHİDÖ Puanları

TABLO-7: Kalıp Önyargılar ile RHİDÖ Puanlarının Analizi

1. GİRİŞ VE AMAÇ

“*Damga*” ve “*damgalama*” Batı dillerindeki “*stigma*” ve “*stigmatization*” kavramlarının kabul edilmiş Türkçe karşılıklarıdır. Damga, bir bireyin toplum tarafından reddedilmesine, kabul görmemesine, aşağı görülmesine ve dışlanmasına sebep olan bir işaret, iz veya etiket olarak tanımlanabilir (1). “*Damgalama*” da bir kişinin veya belli bir topluluğun toplumun genelinden ayrı tutularak dışlanması, değersiz görülmesi, ayrıma tabi tutulması, genel olarak olumsuzlanmasıdır (2). Damgalamanın nesnesi olan birey veya topluluklar kültürden kültüre değişkenlik gösterebilir, fakat ruhsal hastalığı olanlara yönelik damgalamanın hemen her kültürde geçerli olduğunu söylemek mümkündür (3). Ruhsal hastalığı olanlara yönelik damgalama bu hastaların hekime başvurmasından tedaviye uyum göstermelerine, aile içi ilişkilerinden mesleki yaşantılarına kadar pek çok alanda olumsuz etkilenmelerine sebep olmaktadır (4, 5).

Damgalama ruhsal rahatsızlığı olmayanların ruhsal rahatsızlığı olan kişilerle ilgili önyargılarından, olumsuz inançlarından kaynaklanan bir bakış açısıdır (6). Bu bakış açısına sahip bireylerden oluşan bir toplum içinde ruhsal bir hastalık tanısı alan kişinin kendisiyle ilgili olumsuz bir algısı ve dolayısıyla olumsuz bir bilişi olması beklenen bir durumdur. “Kendi kendini damgalama” veya “içselleştirilmiş damgalanma” denen bu durum, ruhsal hastalığı olan kişinin, toplumun ruhsal hastalıklarla ilgili olumsuz inançlarını içselleştirerek kendisini bu inançlar doğrultusunda tanımlamasıdır (3). İçselleştirilmiş damgalanmanın varlığı her zaman için kişinin diğerleri tarafından damgalanması ve ayrıma tabi tutulması gibi bir ön şartın varlığını gerektirmez. İçselleştirilmiş damgalanma kişi psikiyatrik yardım alma ihtiyacı hissettiği anda kişinin kendi zihninde başlayan bir süreçtir. Bu nedenle içselleştirilmiş damgalanma somut damgalanma deneyimleri sonucunda değil, belli ortak inanç ve önyargıları olan bir toplum içinde yaşama sonucunda ortaya çıkan öznel bir durum olarak kabul edilebilir (7).

Damgalama ile ilgili araştırmalar uzun yıllar boyunca daha çok toplumun çeşitli gruplarla ilgili düşünce, tutum ve davranışlarına odaklanmış, damgalamanın hedefi olan grupların öznel deneyimleri, damgalanma algıları ve damgalanmayı

içselleştirmeleri yakın bir zaman kadar araştırma konusu olmamıştır. Damgalanmanın içselleştirilmesi konusu ilk olarak eşcinsellerin öznel damgalanma deneyimleri bağlamında akademik bir dikkatin hedefi olmuş (8), sonraları ruhsal hastalığı olanlarda içselleştirilmiş damgalanma konusu da araştırılmaya başlanmıştır. Ruhsal hastalığı olan kişilerin öznel olarak deneyimledikleri duygu, düşünce, inanç, korku ve başkaları için tehlike olduğu, kendi kendine yetemez olduğu şeklindeki yargılarını içeren içselleştirilmiş damgalanmanın hastalık belirtilerini kötüleştirdiği, tedaviye uyumu bozduğu, sosyal ilişkileri ve aile içi ilişkileri de olumsuz etkilediği yapılan araştırmalarda belirlenmiştir (9).

Benlik saygısı ile damgalama ve içselleştirilmiş damgalanma arasında bir ilişki olduğu bazı araştırmalarda gösterilmiştir. Bu araştırmalarda düşük benlik saygısı olan kişilerde daha yüksek içselleştirilmiş damgalanma olduğu sonucu elde edilmiştir (10).

Dünyada ve ülkemizde ruhsal hastalıklar arasında içselleştirilmiş damgalanma konusu en fazla şizofreni tanısı olan hasta gruplarında araştırılmıştır (11). Bunu bipolar bozukluk tanısı olan gruplarda yapılan araştırmalar izlemektedir (12). Depresif bozukluklar ve içselleştirilmiş damgalanma arasındaki ilişkiyi sorgulayan araştırmaların sayısı oldukça azdır (13). Anksiyete bozuklukları, somatoform bozukluklar ve obsesif kompulsif bozukluklar psikiyatri poliklinik başvurularının önemli bir kısmını oluşturmalarına rağmen bu tanılara yönelik damgalama ile ve bu tanılara sahip kişilerdeki içselleştirilmiş damgalanma ile ilgili çalışma son derece sınırlı sayıdadır (14).

Anksiyete bozukluklarında, somatoform bozukluklarda ve obsesif kompulsif bozukluklarda kişilerin kendileri ve çevreleri ile ilgili algılarında belirgin bilişsel çarpıtmaların olduğu bilinmektedir (15, 16, 17). Bu gruplarda yer alan hastaların hastalıkları sebebiyle sosyal ve mesleki yaşantıları, aile ilişkileri, sosyal rolleri etkilenmektedir. Bu durumda bu tanı gruplarındaki içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri ve ilişkili etkenler de araştırılmayı hak etmektedir.

Literatür gözden geçirildiğinde özellikle bu tanı gruplarında içselleştirilmiş damgalanma olgusunu araştıran çalışmanın olmadığı görülmektedir. Ülkemizde de bu tanı gruplarında içselleştirilmiş damgalanma ile ilgili bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Bu çalışmada, anksiyete bozuklukları, somatoform bozukluklar ve obsesif kompulsif bozukluklar şeklinde gruplandırılan hasta örneklemlerinde içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri ile sosyodemografik özellikler, benlik saygısı düzeyleri, içgörü düzeyi ve birtakım kalıp önyargılar arasındaki ilişkinin araştırılması amaçlanmaktadır. Üç grubun bu ilişkiler bağlamında birbiriyle karşılaştırılması ve daha önce diğer tanı gruplarında yapılan araştırma sonuçlarının bu araştırma ile elde edilen verilerle karşılaştırılması da çalışmanın amaçlarındandır. Bu alışma, gerek ülkemizde, gerek dünyada bu konuyla ilgili literatür eksikliğinin giderilmesine bir katkı yapmış olacak, konuyla ilgili başka çalışmaların yapılmasını da teşvik edecektir.



2. GENEL BİLGİLER

2.1 DAMGA VE DAMGALAMA

2.1.1 Geçmişten Bugüne Damgalama

Toplumun, akıl hastalığı olanlara dair kanaatleri genellikle medya aracılığıyla veya şehir sokaklarında rastladıkları tuhaf görünüşlü, çoğu ruhsal bir rahatsızlığa sahip evsiz kişilerle karşılaşma sonucunda şekillenmektedir. Medya ruhsal hastalığı olanları sıklıkla tehlikeli, şiddete eğilimli ve öngörülemez davranışlar sergileyebilecek kişiler olarak lanse etmektedir. Sokaklardaki rastlaşmalar da ruhsal rahatsızlıkların insanı kaçınılmaz olarak insanlık dışı bir duruma soktuğu şeklindeki önyargıyı güçlendirmektedir. Bu izlenimler de ruhsal rahatsızlığı olanlara yönelik damgalayıcı tutumların ve ayrımcı uygulamaların devam etmesine sebep olmaktadır (18).

“*Damga*” ve “*damgalama*” Batı dillerindeki “*stigma*” ve “*stigmatization*” kavramlarının kabul edilmiş Türkçe karşılıklarıdır. Damga, bir bireyin toplum tarafından reddedilmesine, kabul görmemesine, aşağı görülmesine ve dışlanmasına sebep olan bir işaret, iz veya etiket olarak tanımlanabilir (1). “*Damgalama*” da bir kişinin veya belli bir topluluğun toplumun genelinden ayrı tutularak dışlanması, değersiz görülmesi, ayrıma tabi tutulması, genel olarak olumsuzlanmasıdır (2).

Orijinali yunanca olan “*stigma*” kelimesi, antik Yunanlılar tarafından, kölelerin veya suçluların tanınması için cilt üzerine yapılan bir dövme veya sıcak demirle yapılan bir dağlama ile oluşturulan işaret anlamında kullanılmıştır. Bu işaretleri taşıyan kişiler toplum içinde daha az değerli, aşağı ve tehlikeli olarak görülmüştür. Antik Yunanlılar “*stigma*” kelimesini ruhsal hastalıklarla ilişkili olarak kullanmamışlardır, fakat ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz yargıların, aşağılayıcı tutumların ve ruhsal hastalığın utanılacak bir durum olduğunun izleri antik Yunan edebiyatında da bulunabilir. Sophocles’in “*Ajax*” ve Euripides’in “*Heracles’in Deliliği*” isimli eserleri birer örnek olarak sayılabilir (18). Daha öncesinde de, Homerik zamanlar olarak adlandırılan felsefe öncesi dönemlerde akıl hastalıkları tanrıların hoşnutsuzluğu ve laneti ile açıklanmıştır. Bu lanete maruz kalmış kişiler o dönemde

de ayırma ve bazı fırsatlardan mahrum kalmaya mahkûm edilmiştir. Buna benzer teolojik temelli önyargıların en dikkat çekici olduğu dönem Ortaçağ Avrupa'sıdır. Bu dönemde ruhsal rahatsızlığı olanların içlerine şeytan girdiğine, hasta kişilerin toplum için bir tehlike olduğu ve onlardan kurtulmak gerektiğine inanılmaktadır. Bu inançlar zaman zaman şeytan çıkartma uygulamalarının törensel biçimde yaygınlaşmasına sebep olmuş, zaman zaman da, hastaların ateşte yakılarak öldürülmesi gibi çok daha ağır uygulamalara yol açmıştır. Avrupa'da durum böyleyken dünyanın diğer bölgelerinde de ruhsal rahatsızlığa yönelik damgalayıcı tutumların çok eski zamanlardan beri var olduğu tespit edilmiştir. Antik Mısır'da, Afrika'nın çeşitli bölgelerinde, Asya'da, Ortadoğu'da Avustralya'da, Amerika'nın eski uygarlıklarından Aztekler ve Mayalarda, Hindularda, Melanezya, Polinezya, Mikronezya gibi adalarda yaşayan topluluklarda da ruhsal hastalığı olanlara yönelik damgalayıcı tutumlar, ayrımcı uygulamalar ve hastaları birer tehdit olarak görmenin sonucunda onlara yönelik insanlık dışı davranışlar tespit edilmiştir (3, 18).

Ruhsal hastalığı olanların insani haklarıyla ilgili mücadelelerin tarihsel kökeni akıl hastanelerinin doğuşu olarak kabul edilebilir. Her ne kadar sonraları akıl hastaneleri de insanlık dışı uygulamaların yeri haline gelse de ilk olarak ruhsal hastalığı olanlara yönelik bir merhametin zorlamasıyla kurulmuşlardır. Doğruluğu kesin olmasa da Avrupa'daki ilk akıl hastanesinin 1409 yılında, bir akıl hastasının maruz kaldığı sıkıntıları gören ve bundan etkilenen Peder Gilabert Jofre tarafından Valencia'da kurulduğu rivayet edilmektedir (19). Akıl hastanesi başlangıçta ruhsal hastalığı olanlar için bir sığınak, bir barınak işlevi görmüş olsa da kısa zamanda bu yapılar kurumsallaşmış ve birer hapis haneye dönüşmüştür. Bu dönüşüm ruhsal hastalığı olanların kurumsal ve meşru biçimde toplumdan dışlanması ve izole edilmeleri sonucunu doğurmuştur. 1800'lere gelindiğinde bu akıl hastanelerine cezaevlerine göre daha iyi diyebilmek için pek fazla özellik yoktur. Hastalar daracık pencereleri olan hücrelere kapatılmakta, bazıları zincirlerle duvarlara bağlanmaktadır. Buralarda kalanlar toplum nazarında insan olarak bile görülmemektedir. 18. Yüzyılda İngiltere'deki akıl hastaneleri turistler için ilginç uğrak yerlerinden biri haline gelmiştir. Tarihçilerin tespitine göre İngiltere'deki Bethlehem Hastanesini yılda yaklaşık 19.000 turist ziyaret etmekte, adeta bir hayvanat bahçesinde değişik hayvanların sergilenmesi gibi akıl hastaları ziyaretçilere gösterilmektedir (3).

Avrupa ortaçağında damgalama bu kadar insanlık dışı bir haldeyken Türk-İslam medeniyetinde ruhsal hastalıklara karşı çok daha insani kabul edilebilecek tutum ve davranışlar vardır. İslam topluluklarında ve Türklerde ruhsal hastalığı olanlara karşı anlayışın, hoşgörünün, merhametin daha ön planda olduğu, zaman zaman bu hastalardan korkulduğu, ama bu hastalara sistematik bir işkence, sistematik bir izolasyon uygulanmadığı söylenebilir (20). Bazı Müslüman topluluklarda eski alışkanlıkların etkisiyle ruh hastalarına yönelik damgalama ve ayrımcılık ve kötü muamele uzun zaman devam ettiyse de bu tutum ve davranışların devlet organizasyonu seviyesinde kurumsallaşmadığı görülmektedir. Selçuklu Devleti ve Osmanlı Devleti'nde kurulan şifahaneler ruhsal hastalığı olanlara insani bir bakımın verildiği, bugünün standartlarına yakın kurumlardır. Bu şifahaneler sayesinde ruhsal hastalığı olanlar toplumdan tecrit edilmemekte ve kötü muameleye maruz kalmamaktadır. Osmanlı'nın sonraki dönemlerinde de şifahaneler, bimarhaneler ve tımarhaneler ruhsal hastalığı olanlara hizmet vermiştir. Bu hastaneler şehre uzak değil, bilakis şehrin merkezi yerlerine kurulmuştur. Buralarda hastaların birbiriyle ve bakıcılarla teması mümkündür ve hastaları zincirleme, hücreye kapatma gibi uygulamalar son derece istisnaidir (20).

Avrupa'da 19. yüzyılda bazı bilim insanlarının gayretleriyle akıl hastaneleri daha insancıl koşulların olduğu, gerçek birer bakım merkezi haline gelmeye başlamıştır. Özellikle, Fransa'da Pussin ve Pinnel, İtalya'da Chiarugi, İngiltere'de Tuke ve Amerika'da Rush gibi bilim insanları mevcut akıl hastanelerinin insanlık dışı olduğunu, ruhsal hastalığı olanlarında birer insan olduğunu, bu insanların da nezaket ve saygı hak ettiklerini vurgulayarak birbirine yakın zamanlarda, farklı coğrafyalarda önemli bir değişime ön ayak olmuşlardır (3). Bu hamleler ruhsal hastalığı olanlara verilen bakımın düzelmesini sağladıysa da damgalama konusunda önemli bir değişiklik elde edilememiştir. Çünkü damgalamanın ne kadar büyük bir problem olduğu ancak 20. Yüzyılın ikinci yarısında fark edilecektir.

Damgalamanın hastaların hayatlarına yaptığı olumsuz etkilerin fark edilmesi, damgalama ile ilgili çalışmaların başlamasını ve damgalamayı önlemek için projelerin geliştirilmesini sağlamıştır. 1950'li yıllardan itibaren damgalama ile ilgili pek çok çalışma yapılmış, damgalamanın önlenmesine yönelik pek çok proje geliştirilip uygulamaya konulmuş olmasına rağmen damgalamanın azaldığını söylemek mümkün

değildir (3). 1950 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde National Opinion Research Center (NORC) tarafından, Shirley Star liderliğinde yürütülen bir araştırmada 3529 yetişkinle birebir görüşme yapılmış ve toplumun ruhsal hastalıklarla ilgili kanaatleri tespit edilmeye çalışılmıştır. Bu çalışmanın sonucunda görüşme yapılanların % 10'luk bir kısmının ruhsal hastalığı olanları tehlikeli ve şiddete eğilimli olarak gördükleri tespit edilmiştir (21, 22). NORC aynı çalışmanın bir tekrarını 1996 yılında gerçekleştirmiştir. Bu çalışmanın sonuçları beklendiği gibi çıkmamıştır. 1950 yılından 1996 yılına kadar toplumun ruhsal hastalıklar hakkında daha çok bilgilendiği, önyargıların azaldığı düşünülse de çalışma sonucunda görüşme yapılanların yaklaşık % 30'unun ruhsal hastalığı olanları tehlikeli ve şiddete eğilimli bulduğu ortaya çıkmıştır (23). Bu artış, bilgilendirmenin tek başına yeterli olmadığı veya karşı yönde etki eden medya gibi unsurların damgalama ile mücadelede hesaba katılması gerektiği şeklinde yorumlanabilir.

2.1.2 Damgalamayla İlgili Kuramsal Açıklamalar

Ağır bir değersizleştirme aracı olarak da görülebilecek olan damgalama genel olarak üç farklı durumda gerçekleşir (24):

1- Fiziksel görünümdeki sıra dışı bir durum sebebiyle tikslenme veya hoşnutsuzluktan köken alan damgalama. (Fiziksel şekil bozuklukları, görünen organların bariz eksiklikleri gibi.)

2- Grup kimliği ile ilgili özelliklerden köken alan damgalama. (İrk, cinsiyet, din, cinsel tercih gibi)

3- Kişisel özelliklerle ilgili kanaatlerden köken alan damgalama. (Ruhsal hastalık, işsizlik, bazı meslek grupları gibi)

Damgalama hiçbir zaman sabit, değişmez bir olgu değildir ve sosyal kimliklere ilişik duran değer yargıları, yaygın kabuller ve inançlarla güçlü bir ilişki içindedir. Bir bireyin veya grubun damgalanması iki aşamalı bir süreç olarak görülebilir. İlk aşamada ayırt edici, farklılığı ortaya koyan işaretin fark edilmesi gerçekleşir. İkinci aşamada ise bu işareti taşıyan değersizleştirilir. Bu süreçte neyin fark olarak algılanacağı pek çok faktörün etkisiyle değişkenlik gösterebilir. Belli bir zaman diliminde kabul edilemez

olan bir fark, başka bir zaman diliminde bir fark bile olmayabilir veya bir kültürde damgalanmaya sebep olan bir özellik başka bir kültürde böyle bir sonuca yol açmayabilir. Sonuçta damgalama, sosyal ilişkiler ağı içinde, iletişimin ve etkileşimin rol oynadığı bir süreç içinde ortaya çıkan bir yorum olarak görülebilir (25).

Damgalama üç eksenle ele alınabilir (26):

1- Perspektif: Damgalamanın nasıl algılandığı damgalama sürecinde nerede konumlandığınıza göre değişir. Damgalayan ile damgalananın damgalama algıları farklıdır. Bazen damgalayan damgaladığının farkında olmayabilir, ama damgalanan damgalanma deneyimini yaşar. Bazı durumlarda tam tersi de söz konusu olabilir.

2- Kimlik Özellikleri: Damgalamayı başlatan kimlik özellikleri tamamen kişisel bir özellik olabileceği gibi, kişinin grup aidiyeti ile yakından ilişkili bir özellik de olabilir.

3- Tepkiler: Damgalamanın zihinde ortaya çıkmasından sonra damgalayanın duygu, tutum ve davranışları ve damgalanın damgalamaya karşı göstermiş olduğu tutum ve davranışlar bu eksenle ele alınır.

Bu üç eksenle, damgalamayı başlatan işaretin üç ana özelliği de dikkate alınmalıdır. Bu üç özellik, damgalanmaya sebep olan işaretin fark edilebilirliği, kontrol edilebilirliği ve etki gücüdür. İşaret ne kadar belirginse damgalama da o kadar çabuk ve güçlü olacaktır. İşaret ne kadar çok korku etkisi yaratıyorsa damgalama da o kadar şiddetli olacaktır.

Ruhsal hastalık nedeniyle veya kullanılan ilaçlar sebebiyle, yavaşlamış, çökkün, enerjisiz veya bunlara benzer şekilde anormal bir görünüm sergileyen hastalar genellikle kişilik olarak zayıf, güçsüz veya tembel kişiler olarak yorumlanırken, tehditkâr davranış sergileyen hastalar güçlü bir biçimde damgalanırlar. Sıklıkla, genellemeci bir tutum ruhsal hastalığı olan bütün kişilerin aynı grup içinde yorumlanması sonucunu doğurur. Bu tutumlar ruhsal hastalığı olanların hastalıklarını bir grup kimliği şeklinde kabul edilmesi sonucunu doğurabilir. Eğer hastalarda da bu grup kimliği algısı oluşursa damgalama çok daha bariz hale gelir (19).

Damgalamayı açıklamak için kullanılan kavramlar arasında en önde gelenleri negatif tutum, stereotipi, önyargı ve ayrımcılıktır. Bu kavramlar daha yakından incelenecek olursa birbirlerinden bağımsız olmadıkları da fark edilebilir.

Tutum, dış dünyadaki bir gerçeklikle ilgili somut bir farkındalık ile bu gerçek ile ilgili değerlerimiz ve bu gerçek karşısındaki duygusal tepkilerimizden oluşur. Tutumlar olumlu veya olumsuz olabilir. Bu bağlamda damgalama olumsuz bir tutum olarak kabul edilir (27).

Stereotipi, sosyal bir kaynaktan gelen ekonomik bir tutum çeşidi olarak görülebilir. İçinde yaşadığımız toplum tarafından bizlere aktarılan stereotipiler belli özellikleri olan kişiler karşısında beklentilerin, yargıların ve kanaatlerin hızlıca oluşmasını sağlar. “Ruhsal hastalık deliliktir ve deliler tehlikelidir” şeklindeki bir stereotipi, kişiye ruhsal hastalığı olan bir kişi karşısında hazır bir tutum sağlar. Damgalama, bir grup olarak algılanan hastalarla ilgili olumsuz bir stereotipi olarak kabul edilebilir. Araştırmacılar, sağlıklı insanlarla yaptıkları görüşmelere dayanarak ruhsal hastalığı olanlarla ilgili üç ana stereotipi belirlemişlerdir (28):

1- Korku ve dışlama: Ağır ruhsal hastalığı olan insanlar tehlikelidir, onlardan korkmak ve çekinmek gerekir ve bu nedenle toplumun dışında tutulmaları doğrudur.

2- Otoriterlik: Ağır ruhsal hastalığı olanlar sorumsuzdurlar ve onların hayatları hakkında başkalarının karar vermesi gerekir.

3- Yardımseverlik: Ağır ruhsal hastalığı olanlar çocuk gibidirler ve özel bakıma ve ilgiye muhtaçtırlar.

Her ne kadar tutumların dış dünyadaki gerçekle ilgili bir farkındalık bileşeni olduğu söylene de bu farkındalığın mutlak olduğu iddia edilemez, çünkü dış dünyadaki gerçekliği nasıl algıladığımız önceki deneyimlerimizle, eğitimimizle ve sosyal bağlamla yakından ilişkilidir. Stereotipiler damgalanan bir grupla ilgili gerçeklik algımızı etkiler ve sıklıkla da grup üyeleri hakkında olumsuz algılamalara sebep olur. Damgalama, ruhsal hastalığı olanların algılanmasında gerçekliği bozucu etki gösterir. Ruhsal hastalığı olan bir kişi damgalama stereotipisini taşıyan ve taşımayan iki kişi tarafından farklı olarak algılanır ve bu hastadan beklentiler de ona göre değişiklik gösterebilir (29). Hasta olan kişi ile ilgili tahmin ve beklentiler birer etiket işlevi görür ve bu etiketler hastanın görülen davranışının ve duyulan

konusmasının çok daha farklı algılanmasına sebep olabilir. Örneğin ruhsal hastalığı olmayan birinin öfkелendiğı patronu için “bu adamı öldürmek istiyorum” demesi o kişinin öfkesinin çok fazla olduğı şeklinde algılanırken, düzenli olarak psikiyatri polikliniğine giden birinin aynı cümleyi sarf etmesi etraftakileri daha çok endişelendirebilir.

Stereotipiler her toplumda mevcuttur ve o toplumun bireyleri o toplumdaki stereotipilerden haberdardır. Bununla beraber o toplumdaki her birey o stereotipilerin doğru olduğunu kabul etmiyor olabilir. Mesela “Yunanlılar düşmanımızdır” şeklindeki bir stereotipi bizim toplumumuzda mevcuttur fakat herkes bu stereotipinin doğru olduğuna inanmaz. Stereotipilerin doğru olduğuna inanmak önyargıların doğmasına neden olur (3). Bütün ruhsal hastalığı olanların yetersiz ve sorumsuz olduğuna inanmak bir önyargıdır. Önyargılar da toplumsal olabileceğı gibi bireysel olabilir. İnsanlar sıklıkla önyargıların etkisiyle davranımları da bazı insanlar önyargılarını gizlemeyi ve hatta önyargılarını eylemlerine yansıtmamayı başarabilirler.

Tutumların, stereotipilerin ve önyargıların davranışsal sonuçları damgalama söz konusu olduğunda son derece ağır olabilmektedir. Ruhsal hastalığı olanlara yönelik damgalama sıklıkla ayrımcılık sonucunu doğurmaktadır. Bu ayrımcılık bazen hastanın kendisini aşmakta, onun ailesini de içine almaktadır. Mesela bir anne çocuğunun, babasında şizofreni hastalığı olan bir akrasıyla arkadaşlık yapmasını istemeyebilir.

2.1.3 Damgalamanın Sonuçları

Ruhsal hastalığı olanlara yönelik damgalamanın hastaların hayatlarına pek çok açıdan olumsuz etki ettiğı çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir (30). Ülkemizde yapılan çalışmalar da damgalamanın olumsuz sonuçlarının önemli boyutlarda olduğunu ortaya çıkarmıştır (2, 6, 31, 32, 33). Damgalamanın olumsuz etkisi ruhsal hastalık belirtileri ilk ortaya çıktığı anda başlamakta, hastaların yardım araması sırf damgalanma endişesi yüzünden gecikmektedir. Damgalanma, ruhsal bir hastalık tanısının hem hastalar hem de hasta yakınları tarafından felaket şeklinde algılanmasına, gelecekle ilgili kaygıların ortaya çıkmasına, umutsuzluk, hayal kırıklığı gibi duyguların yaşanmasına sebep olmaktadır (34, 35, 36). Damgalanma, hastaların ve hasta yakınlarının tanıyı

kabullenmesini de güçleştirmekte, buna bağlı olarak da tedaviler ve kontrol muayeneleri aksamaktadır. Bunun sonucu olarak da damgalama hastalığının bütün seyrini etkilemektedir. Damgalamaya bağlı olarak hastaların sosyal ilişkileri, aile içi ilişkileri de olumsuz etkilenebilmektedir. Aynı şekilde damgalama bazı hastaların mesleklerini kaybetmelerine, işsiz kalmalarına, tekrar iş bulmakta zorlanmalarına, hastalılarını sürekli gizleme ihtiyacı duymalarına, başkalarının görmesinden çekindikleri için ilaç kullanmamalarına da neden olmaktadır (35, 36, 37).

Yapılan araştırmalarda insanların kişisel ilişkilerinde ruhsal hastalığı olanlara karşı daha mesafeli bir olma ihtiyacı hissettiği, “akıl hastası” olarak bilinen kişilerle etkileşime girmek istemedikleri, kişisel olmayan durumlarda ve hastaların daha çok kabul gördüğü tespit edilmiştir (38). “Ruhsal hastalık” etiketinin tek başına pek çok olumsuz tutumun ve ayrımcı davranışın nedeni olduğu da çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir (39).

2.2 İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMA

“İçselleştirilmiş damgalanma”, ruhsal hastalığı olan kişinin, toplumun ruhsal hastalıklarla ilgili olumsuz inançlarını içselleştirerek kendisini bu inançlar doğrultusunda tanımlamasıdır (3). İçselleştirilmiş damgalanmanın varlığı her zaman için kişinin diğerleri tarafından damgalanması ve ayrıma tabi tutulması gibi bir önşartın varlığını gerektirmez. İçselleştirilmiş damgalanma kişi psikiyatrik yardım alma ihtiyacı hissettiği anda kendi zihninde başlayan bir süreçtir. Bu nedenle içselleştirilmiş damgalanma somut damgalanma deneyimleri sonucunda değil, belli ortak inanç ve önyargıları olan bir toplum içinde yaşama sonucunda ortaya çıkan öznel bir durum olarak kabul edilebilir (7). Damgalamayı içselleştirmiş olan hastalarda hastalıktan utanma, aşağılık duyguları, yetersiz hissetme, olumsuz otomatik düşüncelerde artma, aile ve arkadaş ilişkilerinde bozulma ve benlik saygısında azalma ortaya çıkmaktadır. Ruhsal hastalığın damgalayıcı etkisi ne kadar fazla ise bu belirtiler de o kadar şiddetli olarak görülmektedir (10).

Ruhsal hastalığı olan kişiler, genellikle damgalanmaya maruz kalmadan önce içselleştirilmiş damgalanma sebebiyle kendi kendilerini damgalamaktadırlar. Kişi ruhsal hastalığın ilk belirtilerini hissedip psikiyatrik yardım aramaya başladığı andan

itibaren içinde yaşadığı toplumdan kendisine aktarılmış olan stereotipiler zihninde canlanmaya başlar. Stereotipiler ve önyargılar ve daha önceden şahit olduğu durumlar kendi kendini damgalama sürecini başlatır. Kişi, toplumda, ruhsal hastalığı olanlara yönelik stereotiplere ne kadar güçlü biçimde inanıyorsa bir ruhsal hastalığa yakalandığında kendi kendini damgalaması da o kadar güçlü olmaktadır. İçselleştirilmiş damgalanma durumunda hastalarda bir gruba aidiyet duygusu da gelişir. Yaygın stereotipilerle başlayan bilişsel süreç kişinin kendisini toplum tarafından olumsuz özellikler atfedilen “akıl hastası” grubuna dahil etmesi sonucunu doğurur (10).

Belli bir kültür içinde yetişmenin sonucu olarak bireyler o kültürde ruhsal hastalığı olanlarla ilgili tutum, stereotipi, önyargı ve davranış kalıplarını erken yaşlardan itibaren öğrenir ve bunların çoğunu genellikle sorgulamadan içselleştirirler. Ruhsal hastalığı olanlara atfedilen olumsuz özellikler ruhsal hastalığı olan kişilerle temas durumunda o kişilerle ilgili olumsuz beklentilere, tehlikeli davranış tahminlerine dönüşür. Toplumun bu katı yargılarından haberdar olarak büyüyen bir kişi, ruhsal bir hastalığa yakalandığında kendisi ile ilgili benzer bir sürecin başlayacağı beklentisine girer. Reddedileceğini, sosyal ortamlarda kabul görmeyeceğini, değersiz, zayıf veya yetersiz görüleceğini, tehlikeli olarak algılanacağını ve bu nedenle insanların kendisine mesafeli davranacağını düşünebilir (13, 40). Kişi, gerek kendi sosyal ortamlarında, gerek medya aracılığıyla ruhsal hastalığı olanlarla ilgili, esasında damgalamanın türevleri olan şakalarla, esprilerle, dizi sahneleriyle, reklam parodileriyle veya siyasi münakaşalar sırasında sarf edilen akıl hastalığı ile ilgili sözlerle karşılaştıkça içselleştirilmiş damgalanma daha da pekişir (41).

Damgalamada olduğu gibi, içselleştirilmiş damgalanmada da tutumlar, stereotipiler, önyargılar ve bunlar sonucunda ortaya çıkan, en belirginini ayrımcılık olan davranışlar söz konusudur. Stereotipleri onaylayan ve bu nedenle kendisiyle ilgili önyargıları ortaya çıkan hasta, güçsüz olduğuna, kendi kendisine bakamayacağına, başkalarının yaptığı işleri yapamayacağına, yetersiz ve değersiz olduğuna inanır. Bu önyargılar benlik saygısını zedeler ve bu bilişsel süreç bir davranışın altyapısını hazırlayabilir. Bu davranış sıklıkla kişinin kendi kendisine uyguladığı bir ayrımcılıktır. Bu ayrımcılık kişinin işini bırakmasına, bağımsız yaşama fırsatlarını görmezden gelmesine, sosyal ortamlardan geri çekilmesine sebep olabilir. Buradaki ayrımcılıkta

kişinin başkaları tarafından bir ayrımcılığa maruz kalması şart değildir. Kişi henüz bir ayrımcılıkla karşılaşmadan da kendi kendisini bir ayrıma tabi tutabilir (42, 43, 44).

İçselleştirilmiş damgalama ile ilgili çalışmalarda elde edilen sonuçlar kendi kendini damgalama sürecinin en az toplumun damgalaması kadar olumsuz etkileri olduğunu ortaya koymuştur. Örneğin Boyd-Ritsher ve Phelan ayaktan izlenen psikiyatri hastaları üzerinde yaptıkları çalışmalarında hastaların % 73.2 sinde içselleştirilmiş damgalamanın yüksek olduğunu bulmuşlardır. Hastaların % 50'sinin başkalarının kendilerine farklı şekilde davrandığı şeklinde bir inançlarının olduğu da bu çalışmanın sonuçlarındandır (45). Werner ve arkadaşlarının şizofreni hastaları üzerinde yaptıkları bir çalışmada içselleştirilmiş damgalanmanın orta düzeyde olduğu, yaşlı hastalarda gençlere göre daha az içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri olduğu ve içselleştirilmiş damgalanma ile benlik saygısı arasında negatif bir korelasyon olduğu tespit edilmiştir (46).

Türkiye Psikiyatri Derneği Duygudurum Bozuklukları Bilimsel Çalışma Biriminin yürüttüğü bir çalışmanın sonuçları da ülkemizdeki durum hakkında fikir vermektedir. Bu çalışmada hastaların % 46'sının kendilerini tam ya da kısmen yetersiz ya da eksikmiş gibi hissettikleri, buna karşın hastaların % 40'ının etraftaki kişiler tarafından tam veya kısmen yetersiz veya eksikmiş gibi görüldükleri tespit edilmiştir. Yine bu çalışmada, hastaların % 60'ının hastalılarının evlenme konusunda olumsuzluk yaratabileceği fikrine sahip oldukları, % 55'inin hastalıklarının iş bulma konusunda sorun yaratabileceği inancında oldukları tespit edilmiştir (31). Bu çalışma ve benzer çalışmaların sonuçları, hastaların aslında kendilerini topluma göre daha fazla damgaladıkları şeklinde yorumlanabilir.

İçselleştirilmiş damgalanmanın hastalık sürecine etkisi en az damgalama kadar güçlüdür. İçselleştirilmiş damgalanma ruhsal hastalık durumlarında yardım aramayı geciktirmekte, hastaların tedavisiz kalmalarına sebep olmaktadır (47). Bundan bağımsız olarak da içselleştirilmiş damgalanmanın hastalık belirtilerini kötüleştirdiği, iyileşmeyi geciktirdiği ve hastalığın seyrini olumsuz etkileyen ayrı bir etken olduğu da gösterilmiştir (42). İçselleştirilmiş damgalanma, toplumun damgalayıcı yaklaşımlarından bağımsız olarak benlik saygısını azaltmakta, azalan benlik saygısı da içselleştirilmiş damgalanmayı arttırmaktadır. İçselleştirilmiş damgalanma, depresyon

derecesinde olmasa bile çökkünlüğe, moral ve motivasyon kaybına, sosyal ilişkilerde azalmaya, suçluluk ve utanç duygularına neden olmaktadır (10). Eş ve aile desteğinin de içselleştirilmiş damgalanmayı ve benlik saygısını etkilediği belirlenmiştir. İçselleştirilmiş damgalanma aynı zamanda hastaların toplumdan uzaklaşmasına, kendilerini yabancı gibi hissetmelerine neden olabilmektedir. Bunun sonucunda hastalar hastalıklarının kısıtlayıcı etkilerinden bağımsız olarak mesleki anlamda yetersizlik hissetmekte, bir kısmı farklı işlere geçiş yapmakta, kazançları düşmekte ve bu durum sosyal rollerinde de bozulmaların önünü açmaktadır. Ruhsal bir hastalık ile başlayan süreçte kişinin kendi kendini damgalaması sebebiyle pek çok alanda ortaya çıkan olumsuzluklar ve işlevsellik kaybı dolaylı olarak toplumda ruhsal hastalıklarla ilgili damgalama tutumunu da pekiştirmektedir (47). Böyle olunca ruhsal hastalığı olanlar daha fazla damgalanmakta ve kısır bir döngü ortaya çıkmaktadır.

2.3 DAMGALAMA KONUSUNDA GÖZDEN KAÇAN BOZUKLUKLAR

2.3.1 Anksiyete Bozuklukları

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) yayınladığı, hastalıkların ve sağlıkla ilgili sorunların uluslararası istatistiksel sınıflandırılması sisteminde (ICD-10) "Anksiyete Bozuklukları, diğer" başlığı ve F41 ana kodu altında sıralanmış altı tanı mevcuttur (48). Bu tanımlar şunlardır:

F41.0 Panik bozukluk [epizodik paroksizmal anksiyete]

F41.1 Yaygın anksiyete bozukluğu

F41.2 Karışık anksiyete ve depresif bozukluk

F41.3 Karışık anksiyete bozuklukları, diğer

F41.8 Anksiyete bozuklukları diğer, tanımlanmış

F41.9 Anksiyete bozukluğu, tanımlanmamış

Ülkemizde de resmi tanı sistemi olarak kullanılan ICD-10, bütün devlet hastanelerindeki otomasyon ve bilgi işlem sistemlerinde mevcut olduğundan hastaların hastalık kayıtları bu sisteme göre tutulmaktadır. Bununla beraber Amerikan Psikiyatri Birliği'nin yayınladığı Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı

(DSM) dünyanın pek çok yerinde olduğu gibi ülkemizdeki psikiyatri camiası içinde de birincil sınıflama kaynağı olarak kullanılmaktadır. DSM'nin gözden geçirilmiş dördüncü baskısı (DSM-4 TR) 2013 yılı itibariyle yerini beşinci baskıya (DSM-5) bırakmıştır. DSM-5'te Anksiyete Bozuklukları başlığı altında şu tanımlar mevcuttur (49):

- Ayrılma Kaygısı Bozukluğu
- Seçici Konuşmazlık (Mutizm)
- Özgül Fobi
- Toplumsal Kaygı Bozukluğu (sosyal Fobi)
- Panik Bozukluğu
- Agorafobi
- Yaygın Anksiyete Bozukluğu
- Maddenin / İlacın Yol Açtığı Anksiyete Bozukluğu
- Başka bir Sağlık Durumuna Bağlı Anksiyete Bozukluğu
- Tanımlanmış Diğer bir Anksiyete Bozukluğu
- Tanımlanmamış Anksiyete Bozukluğu

DSM'nin bir önceki baskısı olan DSM-IV-TR'de (50) Anksiyete Bozuklukları Grubunda yer alan Obsesif Kompulsif Bozukluk, Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve Akut Stres Bozukluğu DSM-5'te bu gruptan çıkarılmıştır. Bu değişiklikle birlikte ICD-10 ve DSM'deki Anksiyete Bozuklukları kategorileri birbirine daha fazla benzer hale gelmiştir.

Anksiyete bozukluklarının toplumda görülme sıklığı, araştırmalarda kullanılan sınıflandırma sistemlerine ve tanı kriterlerine göre farklı sayılarla ifade ediliyor olsa da, bu bozuklukların nadir olduğu söylenemez. Örneğin Yaygın anksiyete bozukluğunun yaşam boyu yaygınlığı % 3 ila 6 arasında değişmektedir (51). Ülkemizde temel sağlık hizmetlerine başvuran hastalar arasında, ICD-10 kriterlerine göre yaygın anksiyete bozukluğu tanısı konabilenlerin oranı % 2'dir (52). Bu oran düşük gibi görülebilir, fakat ICD-10 kriterlerinde, bu tanı için altı ay gibi bir süre geçmesi gerektiği göz önünde bulundurulursa asıl oranın aslında hiç de düşük olmadığı

sonucu çıkartılabilir. Türkiye Ruh Sağlığı Profili araştırmasında, yaygın anksiyete bozukluğunun bir yıllık yaygınlığı kadınlarda %0,8, erkeklerde ise %0,5 olarak bulunmuştur (53). Panik Bozukluğunun da yaşam boyu yaygınlık oranı %1-2 arasındadır (54). Türkiye Ruh Sağlığı Profili araştırmasında da panik bozukluğun kadınların %0,5'inde, erkeklerin de %0,2'sinde görüldüğü tespit edilmiştir (53).

2.3.2 Somatoform Bozukluklar

ICD-10'da F45 ana kodu altında sıralanmış olan somatoform bozukluklar şunlardır (48):

- F45.0 Somatizasyon bozukluğu
- F45.1 Ayırışmamış somatoform bozukluk
- F45.2 Hipokondriak bozukluk
- F45.3 Somatoform otonom işlev bozukluğu
- F45.4 İnatçı somatoform ağrı bozukluğu
- F45.8 Somatoform bozukluklar, diğer
- F45.9 Somatoform bozukluk, tanımlanmamış

DSM-5'te buna karşılık gelen kategori Bedensel Belirti Bozuklukları ve İlişkili Bozukluklar kategorisidir. Bu kategoride şu tanımlar yer almaktadır (49):

- Bedensel Belirti Bozukluğu
- Hastalık Kaygısı Bozukluğu
- Dönüştürme (Konversiyon Bozukluğu)
- Yapay Bozukluk
- Diğer Sağlık Durumlarını Etkileyen Ruhsal Etkenler
- Tanımlanmış Diğer Bir Bedensel Belirti Bozukluğu ve İlişkili Bozukluk
- Tanımlanmamış Diğer Bir Bedensel Belirti Bozukluğu ve İlişkili Bozukluk

Somatizasyon bozukluğunun Batı ülkelerindeki görülme oranı ortalama olarak % 1 civarındadır ve bu hastaların çoğu birinci basamak sağlık kuruluşlarında görülmektedir (55). Ülkemizde de benzer oranlar geçerlidir (53). Hipokondriyazis görülme yaygınlığı da buna yakındır (20). Türkiye Ruh Sağlığı Profili araştırmasına göre kadınlarda %0,8, erkeklerde % 0,3 oranında bu tanı mevcuttur (53). Bu istatistiklerde sınıflandırma sisteminde yer alan “tanımlanmamış” ve “diğer” ibareleri ile belirtilen alt grupların olmadığı düşünülecek olursa bu tanı grupları için de yaygınlığın hesap edilenin çok üstünde olduğu tahmini yapılabilir.

2.3.3 Obsesif Kompulsif Bozukluklar

ICD 10’da F42 ana kodu altında sıralanan obsesif kompulsif bozukluklar şunlardır (48):

F42.0 Baskın obsesyonel düşünceler veya uzun boylu düşünceler (ruminasyon)

F42.1 Baskın kompulsif eylemler [obsesyonel törenler]

F42.2 Karışık obsesyonel düşünceler ve eylemler

F42.8 Obsesif-kompulsif bozukluklar, diğer

F42.9 Obsesif-kompulsif bozukluk, tanımlanmamış

DSM’nin önceki baskılarında (50) anksiyete bozuklukları kategorisi altında sıralanan obsesif kompulsif bozukluklar DSM-5’te ayrı bir kategori olarak kabul edilmiş ve anksiyete bozukluklarının bir çeşidi olmaktan çıkarılmıştır (49). Bu yenilikle birlikte ICD’nin ve DSM’nin obsesif kompulsif bozuklukları ele alışı da birbirine yakın hale gelmiştir. DSM-5’teki obsesif kompulsif bozukluklar kategorisinde şu tanımlar yer almaktadır:

- Obsesif Kompulsif Bozukluk
- Beden Algısı Bozukluğu
- Biriktiricilik Bozukluğu
- Trikotillomani

- Deri Yolma Bozukluğu
- Maddenin / ilacın yol açtığı Obsesif Kompulsif Bozukluk
- Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Obsesif Kompulsif Bozukluk
- Tanımlanmış Başka Bir Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluk
- Tanımlanmamış Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluk

DSM-5'in bu konuda getirdiği bir diğer yenilik de daha önce bu kategoride olmayan, ama sıklıkla obsesif kompulsif spektrum içinde ele alınan beden algısı bozukluğu, trikotillomani, deri yolma bozukluğu gibi durumların da obsesif kompulsif bozukluklar kategorisine dahil edilmesi olmuştur.

Önceleri nadir olduğu düşünülen obsesif kompulsif bozukluğun aslında azımsanmayacak bir sıklıkta görüldüğü 1980'li yıllardan sonra anlaşılmıştır (20). A.B.D. ve Kanada'da yapılan epidemiyolojik araştırmalar bu bozukluğun yaşam boyu yaygınlığının %2,5-3 civarında olduğunu göstermiştir ve bu oranlar bozukluğun en sık görülen dördüncü ruhsal bozukluk olduğunu ortaya koymuştur (20).

Türkiye Ruh Sağlığı Profili araştırmasına göre 12 aylık sürede toplumdaki obsesif kompulsif bozukluk oranı %0,5'tir. Bu araştırmada bozukluğun kadınlarda erkeklere göre üç kat daha fazla olduğu sonucu ortaya çıkmıştır (53). Batıda cinsiyetler arasında böyle bir fark yokken ülkemizde bu kadar büyük bir farkın olması başka sebeplere bağlanabilir. Erkeklerin daha az psikiyatriye başvurması, toplumdaki damgalamadan ve içselleştirilmiş damgalanmadan erkeklerin daha fazla etkileniyor olup hastahılarını gizlemeleri veya hastalıklarıyla ilgili içgörülerinin kısıtlı olması birkaç tahmini sebep olabilir.

Gerek yurt dışındaki gerek yurt içindeki araştırmalarda sıklık ve yaygınlığı hesap edilen bozukluğun, obsesif kompulsif bozukluk olduğu, yani ana kategori altındaki tek bir bozuklukla ilgili sıklık ve yaygınlık oranlarının tespit edildiği, kategoride yer alan diğer tanılar ve "tanımlanmış" ve "tanımlanmamış" grubuna giren olguların bu istatistiklere dahil edilmediği göz önünde bulundurulursa kategorik olarak obsesif kompulsif bozuklukların yukarıda verilen oranlardan çok daha yüksek bir sıklık ve yaygınlığının olduğu da tahmin edilebilir.

2.3.4 Anksiyete Bozuklukları, Somatoform Bozukluklar ve Obsesif Kompulsif Bozukluklar ile Damgalama ve İçselleştirilmiş Damgalanma İlişkisi

Lysaker ve ark. 2007 yılında yayınladıkları bir makalede içselleştirmiş damgalanma ile ilgili bir hipotez öne sürerler. Bu hipoteze göre, bir ruhsal hastalığı olan kişinin, bu hastalıkla ilgili farkındalığının yaptığı etki, kişinin hastalığa atfettiği anlamlarla hafifleyebilir. Eğer kişinin ruhsal hastalığı kabullenmesine, sosyal rollerini tam olarak yerine getiremeyeceği gibi bir inanç eşlik ediyorsa, bu durumda yüksek farkındalık artmış bir umutsuzlukla, sorunlarla baş etmede ve hedeflerine erişmede azalmış bir motivasyonla ilişkili olacaktır. Buna mukabil, kişi ruhsal hastalığının farkında olup, bunun tatmin edici bir hayata engel olmayacağı inancına sahipse, farkındalık hastalık seyrine olumlu bir etki yapacaktır (56). Bu araştırmacıların sunduğu modele göre hastalar, ruhsal hastalıkla ilgili algılamalarının inşasında, pasif kabullenici değil, aktif biçimde şekillendirici rol oynarlar (57, 58).

Hastalar sıklıkla içinde bulundukları durumu anlama gayreti içindedirler ve hastalıklarını kendi bilgileri, önyargıları ve deneyimleri doğrultusunda açıklamaya çalışırlar. Bu süreçte toplumun damgalayıcı tutumlarından ne kadar bağımsız düşünürlerse, kendileriyle ilgili olumsuz önyargıları da o kadar az olur. Araştırmalar, hastaların hastalığa yükledikleri anlamların ve içselleştirilmiş damgalanmanın hastalığı kabullenmeyi etkileyen bir faktör olduğunu ve içgörünün bu faktörlerden etkilenecek hastalığın seyrini etkileyebileceğini ortaya koymaktadır (56).

Bu hipotezler literatürde genellikle “ağır ruhsal hastalıklar” olarak nitelenen psikotik bozukluklar, bipolar bozukluklar ve depresif bozukluklar gibi hastalık grupları üzerinde yürütülen araştırmalardan yola çıkılarak ileri sürülmüş olsa da, “ağır ruhsal hastalıklar” kapsamına alınmayan tanı gruplarında da benzer bilişsel süreçlerin geçerli olduğu düşünülebilir. En azından hastalığın anlamlandırılması ve farkındalık konularında yukarıdaki hipotezin genel bir geçerliliği olduğu söylenebilir. Bu durumda anksiyete bozuklukları, somatoform bozukluklar ve obsesif kompulsif bozukluklar gibi tanı gruplarında içselleştirilmiş damgalanmanın araştırılması için de rasyonel gerekçeler olduğu iddia edilebilir. Çünkü bu tanı grupları, daha önce de belirtildiği gibi ruhsal hastalıklar arasında azımsanmayacak bir orandadır ve bu gruba giren hastaların yardım için psikiyatriye başvurma aşamasından tedavinin uzun vadeli

seyrine kadar damgalama ve içselleştirilmiş damgalanmadan etkilenmeyeceği düşünülemez. Daha çok ayaktan psikiyatrik hizmetlerin olmak üzere psikiyatrik hasta evreninde bu gruplardaki hastaların yardım aramaya geç karar verdikleri, psikiyatriden önce tıbbın başka sahalarında yardım aradıkları, bazılarının tıp dışı çözüm yöntemlerine yöneldiği, tedavi sürecinde de tedavi uyumu konusunda her zaman beklenen düzeyde uyum göstermedikleri ülkemizde günlük pratikte sık karşılaşılan durumlardır. İstenmeyen ve uzun vadede psikiyatrik hizmetlerin sürdürülmesinde bir yük haline gelen bu durum ile içselleştirilmiş damgalanma arasında bir ilişki olup olmadığına dair ülkemizde yapılmış, bizim rastladığımız bir çalışma yoktur. Bu nedenle konuyla ilgili cevap bekleyen pek çok soru vardır ve bizim çalışmamız bu soruları cevaplama yolunda bir ilk adım olmaya adaydır.

3. GEREÇLER ve YÖNTEMLER

Çalışma ile ilgili planlama yapıldıktan sonra bu plan Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Bilimsel Araştırma Değerlendirme Komisyonundan onay alınmıştır. Çalışma Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi psikiyatri polikliniklerinde yürütülmüştür.

3.1 Örneklem

Çalışmaya 20.01.2014 ila 15.03.2014 tarihleri arasında Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi psikiyatri polikliniklerine başvuran ve tanısı ICD 10'a göre F41, F45 ve F42 ana tanı kodları altında yer alan tanılardan herhangi bir tanı şeklinde hastane otomasyon sistemine kaydedilmiş olan hastalar alınmıştır. Hastalar çalışmaya alınırken hastalara çalışma hakkında sözel bilgi verilmiş, hazırlanmış olan "Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu" hastalara okutulmuş ve hastaların yazılı onayı da alınmıştır.

Hastalar çalışmaya alınırken aşağıda belirtilen çalışmaya alınma ve çalışmadan dışlanma kriterleri göz önünde bulundurulmuştur.

Çalışmaya alınma kriterleri:

- 1- 18 ila 65 yaş arasında olmak
- 2- Yukarıdakiler haricinde bir psikiyatrik tanısı olmamak.
- 3- Akıl sağlığını etkileyen başka bir hastalığı olmamak.
- 4- Bir psikiyatri kliniğinde çalışmıyor ve daha önce çalışmamış olmak

Çalışmaya alınmama kriterleri:

- 1- 18 yaşından küçük veya 65 yaşından büyük olmak
- 2- Yukarıdakiler haricinde bir psikiyatrik tanısı olmak.
- 3- Akıl sağlığını etkileyen başka bir hastalığı olmak
- 4- Bir psikiyatri kliniğinde çalışıyor veya daha önce çalışmış olmak.

3.2 Veri Toplama Araçları

3.2.1 Sosyodemografik Bilgi Formu

Araştırmacılar tarafından oluşturulmuş, yarı yapılandırılmış bir formdur (EK. I). Bu form araştırmacı tarafından doldurulur. Bu form, gönüllünün adı, soyadı, yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, öğrenim durumu (yıl olarak), psikiyatri polikliniğine kaçınıcı başvurusu olduğu, daha önce başka bir sebeple psikiyatri polikliniğine başvurup başvurmadığı, ailesinde ruhsal hastalık olup olmadığı, başka bir kronik hastalığın olup olmadığı ile ilgili bilgilerin kaydedilmesi için düzenlenmiştir. Bu formda ayrıca yedi tane, cevabı “evet” veya “hayır” şeklinde verilecek olan soru bulunmaktadır. Bu sorular gönüllülerin ruhsal hastalıklarla ilgili bazı temel önyargılarını belirlemek için sorulmaktadır. Bu sorular şunlardır:

- 1- Bir tanıdığınız tarafından psikiyatri polikliniğinde görülmekten rahatsızlık duyar mısınız?
- 2- Rahatsızlığınızı arkadaşlarınızdan gizler misiniz?
- 3- Rahatsızlığınızı ailenizden gizler misiniz?
- 4- Benzer sorunlar yaşayan bir yakınınıza veya arkadaşınıza psikiyatri polikliniğine başvurmasını önerir misiniz?
- 5- Psikiyatri polikliniğine başvurmanın gelecekte size sorun yaratacağını düşünüyor musunuz?
- 6- Psikiyatri polikliniğine başvurmak insanların mesleki geleceğini etkiler mi?

3.2.2 Hastalık Bilgi Formu

Araştırmacılar tarafından oluşturulmuş ve yarı yapılandırılmış bir formdur (EK. II). Bu form araştırmacı tarafından gönüllüden alınan bilgiler doğrultusunda doldurulur. Bu forma hastanın tanısı, ne kadar zamandır bu tanısının olduğu, tedavileri düzenli kullanıp kullanmadığı, kontrol muayenelerine düzenli gelip gelmediği, daha önce psikiyatri servisinde yatışının olup olmadığı bilgileri kaydedilir. Bu formun

sonunda hastanın hastalığı ile ilgili farkındalığını kabaca değerlendirmek için üç seçenekli bir soru da bulunmaktadır:

- *Size rahatsızlık veren belirtilerin ruhsal bir hastalıktan kaynaklandığını düşünüyor musunuz?* Hayır - Olabilir - Evet

3.2.3 Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ)

Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ) 2003 yılında Ritsher ve ark. Tarafından geliştirilmiştir (59). Ölçeğin Türkçe çevirisinin geçerlik ve güvenilirlik çalışması 2007 yılında Ersoy ve Varan tarafından gerçekleştirilmiştir (60). 29 maddeden oluşan bu ölçek hasta tarafından doldurulmaktadır. Her maddenin karşısında dörtlü bir likert değerlendirme bulunmaktadır. Hastalar 29 madde için dörtlü likertten birini işaretlerler. Ölçek kendi içinde beş alt ölçek içermektedir. Bu alt ölçekler “yabancılaşma”, “kalıp yargıların onaylanması”, “algılanan ayrımcılık”, “sosyal geri çekilme” ve “damgalanmaya karşı direnç” şeklinde isimlendirilmiştir. Ölçek puanı hesaplanırken, “kesinlikle aynı fikirde değilim” ifadesi 1 puana, “aynı fikirde değilim” ifadesi 2 puana, “aynı fikirdeyim” ifadesi 3 puana, “kesinlikle aynı fikirdeyim” ifadesi 4 puana karşılık gelmektedir. “Damgalanmaya karşı direnç” alt ölçeğinin puanları ise bunun tam tersi olarak hesaplanmaktadır. Toplam puan 29 ile 116 arasında değişebilir ve yüksek puanlar kişinin içselleştirilmiş damgalanmasının daha yüksek olduğunu gösterir. Ölçeğin bir kesme puanı yoktur (EK. III).

3.2.4 Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği

Bu çalışmada Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ) olarak söz edilen ölçek aslında toplam 12 bölümden oluşan Rosenberg Benlik Saygısı Envanterinin ilk bölümü olan “Benlik Saygısı” alt ölçeğidir (EK. IV). Ölçek hasta tarafından doldurulur. Bu ölçekte toplam 10 madde bulunmaktadır ve her maddenin karşısında sırayla “A- Doğru”, “B- Çok Doğru”, “C- Yanlış”, “D- Çok Yanlış” seçenekleri yer almaktadır. Hastanın işaretlemeleri şu şekilde puanlandırılır:

1.(C)=0,17 (D)=0,34

2.(C)=0,16 (D)=0,33

3.(A)=0,17 (B)=0,33

4.(C)=0,25 (D)=0,50

5.(C)=0,25 (D)=0,50

6.(C)=0,50 (D)=1

7.(C)=0,50 (D)=1

8.(A)=1 (B)=0,50

9.(A)=0,50 (B)=0,25

10.(A)=0,50 (B)=0,25

Görüldüğü gibi bazı maddelerde A ve B şıkları, bazı maddelerde de C ve D şıkları hiç puan almamaktadır. Ölçekte toplam puan 0 ila 6 arasında değişebilir. Ölçeğin değerlendirilmesinde 0 –1 puan alanların “yüksek”; 2–4 puan alanların “orta” ve 5–6 puan alanların “düşük” benlik saygısına sahip oldukları kabul edilir.

Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği 1965 yılında Rosenberg tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin ülkemizde geçerlilik ve güvenirlik çalışması 1986 yılında Çuhadaroglu tarafından adölesan bireylerle yürütülen bir araştırma ile yapılmıştır (61).

3.3 Araştırmanın Yürütülmesi ve Sonuçların Çözümlemesi

Çalışmaya alınan gönüllülerle görüşme yapılmış, sosyodemografik bilgi formu ve hastalık bilgi formu doldurulmuştur. Daha sonra gönüllülere RHİDÖ ve RBSÖ verilmiş, bu ölçeklerin nasıl doldurulacağı anlatıldıktan sonra ölçekler hastalara doldurtulmuştur.

Elde edilen veriler SPSS for Windows 17 programına kaydedilmiş ve bu programla veri çözümlemesi yapılmıştır.

Verilerin çözümlemesinde şu teknikler kullanılmıştır:

- Nümerik değişkenlerin dağılımı Kolmogorov-Smirnov testi ile belirlenmiştir.

- Nümerik parametrik değerlerin farklılığı, iki gruplu değişkenler için Student t test ile, ikiden fazla gruplu değişkenler için ANOVA ile belirlenmiş, ANOVA’da anlamlı fark saptanan veriler post-hoc tukey testi ile değerlendirilmiştir.

- Parametrik dağılım göstermeyen nümerik değişkenler, ikili gruplarda Mann-Whitney u testi ile, ikiden fazla olan gruplarda Kruskal Wallis testi ile, Kruskal Wallis'te anlamlı çıkan sonuçlar da Mann-Whitney u testi ile değerlendirilmiştir.

- Kategorik değişkenler için ki kare testi ve gerektiğinde Fisher exact testi uygulanmıştır.

- Veriler arasında korelasyon tespiti için Pearson korelasyon analizi uygulanmıştır.

- Tüm değişkenler için anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak belirlenmiştir.



4. BULGULAR

4.1 Sosyodemografik Özellikler

Çalışmaya toplam 180 gönüllü hasta alındı. Gönüllü hastaların yaş ortalaması $40,46 \pm 11,82$ (min: 19, maks: 64) olarak tespit edildi. Hastaların 128'i kadın (% 71,1), 52'si (% 28,9) erkektir. Hastaların 32'si (% 17,8) bekar, 118'i (%65,6) evli, 8'i (% 4,4) dul ve 22'si (%12,2) boşanmıştır. Hastaların ortalama eğitim süresi $10,93 \pm 4,69$ (min: 0, maks:18) olarak tespit edildi. Hastaların 106'sı (%58,9) kent merkezinde, 74'ü (%41,1) köyde yaşamaktadır. Daha önce psikiyatri polikliniğine başvurmuş olanların sayısı 60 (%33,3), başvurmamayanların sayısı 120'dir (%66,7). Hastaların 92'sinin (% 51,1) ailesinde bir ruhsal hastalık mevcutken 88'inin (48,9) ailesinde herhangi bir ruhsal hastalık yoktur. Hastalar arasında başka bir kronik hastalık tanısı olanların sayısı 56 (% 31,3) iken, olmayanların sayısı 124'tür (% 68,9). (Tablo 1 ve Tablo 2)

TABLO-1. Sosyodemografik Özellikler

Sosyodemografik Özellik		n	%
Cinsiyet	Erkek	52	28,9
	Kadın	128	71,1
Medeni Durum	Bekar	32	17,8
	Evli	118	65,6
	Dul	8	4,4
	Boşanmış	22	12,2
Yaşadığı Yer	Kent Merkezi	106	58,9
	Köy	74	41,1
Daha önce psikiyatri polikliniğine başvuru	Var	60	33,3
	Yok	120	66,7
Ailede ruhsal hastalık	Var	92	51,1
	Yok	88	48,9
Başka bir kronik hastalık	Var	56	31,1
	Yok	124	68,9

TABLO-2. Yaş ve Eğitim Yılı Verileri

	Ortalama ± Standart Sapma	Minimum ve Maksimum
Yaş	40,46 ± 11,82	(19, 64)
Eğitim Süresi	10,93 ± 4,69	(0,18)

4.2 Hastalık, Tanı ve Tedavi Süreci ile İlgili Veriler

Hastaların tanı gruplarına göre dağılımı eşittir ve her tanı grubunda 60 (%33,3) hasta bulunmaktadır. Hastaların 4'ü (%2,2) psikiyatri polikliniğine ilk kez başvuruyorken 16'sının (%8,9) ikinci, 18'inin (%10) üçüncü başvurusudur. 142 hastanın ise (%78,9) 4 veya daha fazla başvurusu bulunmaktadır.

Tedavi uyumu açısından değerlendirildiğinde, hastaların 4'ünün (%2,) tedavisi yeni başlanmış, 96 hasta (%53,3) tedavisini düzenli kullandığını, 50 hasta (%27,8) nadiren ihmal ettiğini, 24 hasta (%13,3) düzensiz kullandığını ve 6 hasta (%3,3) tedaviyi çok düzensiz kullandıklarını ifade etmişlerdir.

İlk kez başvuran 4 hasta dışında, 118 hasta (%65,6) kontrol muayenelerine düzenli geldiklerini, 58 hasta (% 32,2) ise kontrol muayenelerine uyum gösteremediklerini ifade etmişlerdir.

Hastalardan 50'sinin (%27,8) daha önce psikiyatriye yatışı varken 130'unun (%72,2) yoktur. (Tablo 3)

Hastaların tanı süresi ortalama $8,14 \pm 6,97$ yıl olarak tespit edilmiştir.

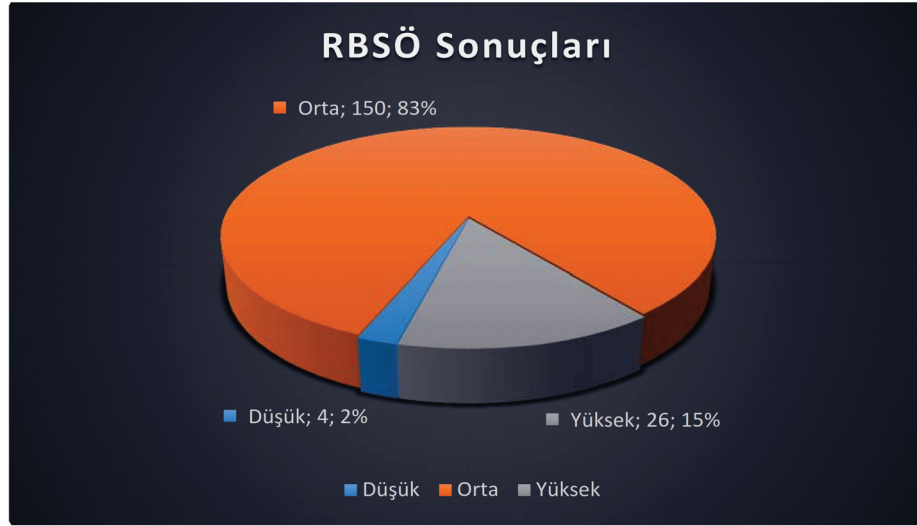
TABLO-3. Hastalık, Tanı ve Tedavi Süreci ile İlgili Veriler

		n	%
Tanı Grupları	Anksiyete Bozuklukları	60	33,3
	Somatoform Bozukluklar	60	33,3
	Obsesif Kompulsif Bozukluklar	60	33,3
Başvuru Sayısı	1	4	2,2
	2	16	8,9
	3	18	10
	4 ve daha fazla	142	78,9
Tedavi Uyumu	Yeni Başlandı	4	2,2
	Düzenli	96	53,3
	Nadiren ihmal ediyor	50	27,8
	Düzensiz	24	13,3
	Çok düzensiz	6	3,3
Kontrol muayenesi uyumu	İlk başvuru	4	2,2
	Uyumlu	118	65,6
	Uyumsuz	58	32,2
Daha önce psikiyatriye yatış	Var	50	27,8
	Yok	130	72,2

4.3 RBSÖ sonuçları ve RHİDÖ puanları

Hastaların RBSÖ puanlarının hesaplanması sonucunda 4 (%2,2) hastanın düşük, 150 (%83,3) hastanın orta ve 26 (%14,4) hastanın yüksek benlik saygısına sahip olduğu, RBSÖ puanının ortalama $2,39 \pm 0,9$ olduğu tespit edilmiştir (Şekil-1).

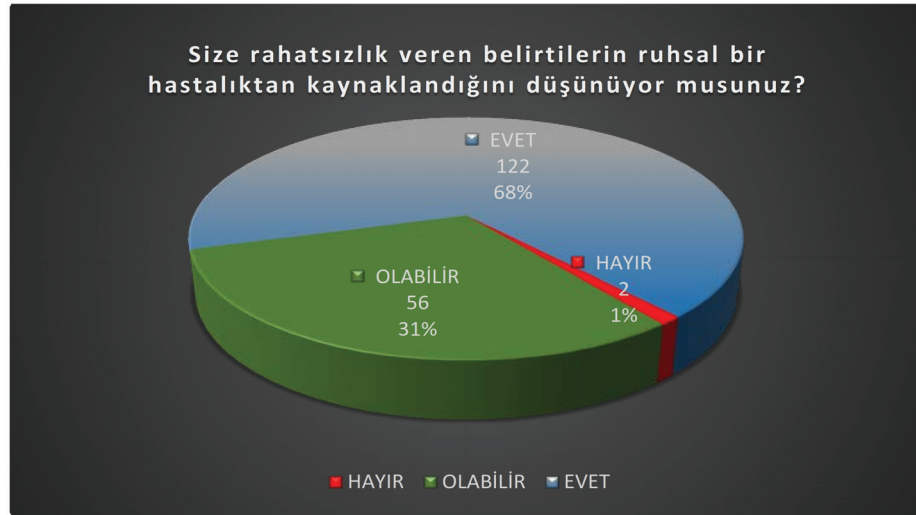
Hastaların RHİDÖ puanı ortalaması $73,68 \pm 8,12$ olarak tespit edilmiştir.



ŞEKİL-1. RBSÖ Sonuçları Dağılımı

4.4 İgrye Yönelik Soruya Verilen Yanıtlar

Hastaların igrsn kabaca tespit etmek maksadıyla sorulan “Size rahatsızlık veren belirtilerin ruhsal bir hastalıktan kaynaklandığını düşünüyor musunuz?” sorusuna hastaların 2’si (%1,1) “hayır”, 56’sı (% 31,1) “olabilir” ve 122’si (%67,8) “evet” cevabını vermişlerdir. (şekil-2)



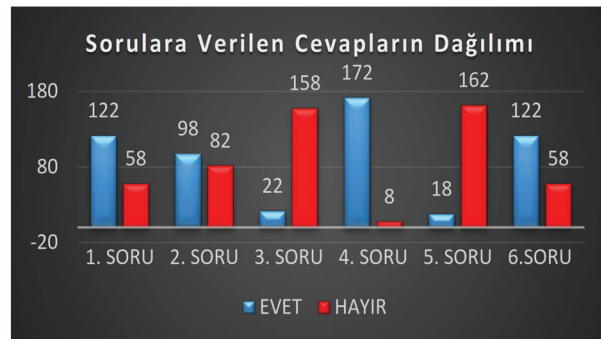
şEKİL-2. “Size rahatsızlık veren belirtilerin ruhsal bir hastalıktan kaynaklandığını düşünüyor musunuz?” Sorusuna Verilen Yanıtların Dağılımı.

4.5 Ruhsal Hastalıklarla İlgili Önyargılara Yönelik Sorulara Verilen Cevapların Dağılımı

Hastaların ruhsal hastalıklarla ilgili temel önyargılarını tespit etmek için hastalara, cevabı “evet” veya “hayır” şeklinde verilecek altı soru sorulmuştur. Bu sorulara verilen cevapların dağılımı şu şekildedir: (Tablo-4)

TABLO-4. Ruhsal Hastalıklarla İlgili Önyargılara Yönelik Sorulara Verilen Cevapların Dağılımı

SORULAR		EVET		HAYIR	
		n	%	n	%
1	Bir tanıdığınız tarafından psikiyatri polikliniğinde görülmekten rahatsızlık duyar mısınız?	122	67,8	58	32,2
2	Rahatsızlığınızı arkadaşlarınızdan gizler misiniz?	98	54,4	82	45,6
3	Rahatsızlığınızı ailenizden gizler misiniz?	22	12,2	158	87,8
4	Benzer sorunlar yaşayan bir yakınınıza veya arkadaşınıza psikiyatri polikliniğine başvurmasını önerir misiniz?	172	95,6	8	4,4
5	Psikiyatri polikliniğine başvurmanın gelecekte size sorun yaratacağını düşünüyor musunuz?	18	10	162	90
6	Psikiyatri polikliniğine başvurmak insanların mesleki geleceğini etkiler mi?	122	67,8	58	32,2



ŞEKİL-3. Ruhsal Hastalıklarla İlgili Önyargılara Yönelik Sorulara Verilen Cevapların Dağılımı

4.6 İçselleştirilmiş Damgalanmanın Diğer Değişkenler Bağlamında Analizi

4.6.1 RHİDÖ Puanları ve Sosyodemografik Veriler

Sosyodemografik verilere göre RHİDÖ puanları değerlendirildiğinde, daha önce psikiyatri polikliniğine başvuranlarla daha önce hiç başvurmayanlar arasında RHİDÖ puanları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Kronik hastalığı olanlarla olmayanların RHİDÖ puanları arasında da anlamlı bir fark bulunamamıştır. Buna karşın, ortalama RHİDÖ puanları kadınlarda erkeklere göre ($t = -2,47$; $p = 0,017$), köyde yaşayanlarda kentte yaşayanlara göre ($t = -3,11$; $p = 0,002$), ailesinde ruhsal öyküsü olmayanlarda olanlara göre ($t = 2,90$; $p = 0,004$) anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Medeni durum ve RHİDÖ puanı analiz edildiğinde evli olanlarda bekr olanlara göre RHİDÖ puanları anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($t = -2,47$; $p = 0,015$). (Tablo-5)

Sosyodemografik verilerden yaş ve eğitim süresi ile RHİDÖ puanları arasında Pearson korelasyon analizi ile bir korelasyon bulunmamıştır.

TABLO-5. Sosyodemografik Verilere Göre RHİDÖ Puanları

Sosyodemografik Özellik		RHİDÖ Puanı	İstatistiksel Analiz
Cinsiyet	Erkek	71,42 ± 7,78	t = - 2,41*
	Kadın	74,6 ± 8, 11	p = 0,017
Medeni Durum	Bekar	71,08 ± 7,16	t = - 2,47*
	Evli	74,88 ± 8,05	
	Dul	73,75 ± 8,22	p = 0,015
	Boşanmış	71,18 ± 8,81	
Yaşadığı Yer	Kent Merkezi	72,15 ± 7,94	t = -3,11*
	Köy	75,89 ± 7,93	p = 0,002
Daha önce psikiyatri polikliniğine başvuru	Var	73,06 ± 9,77	t= 0,72*
	Yok	74 ± 7,19	p = 0,46
Ailede ruhsal hastalık	Var	72 ± 8,25	t = 2,90*
	Yok	75,45 ± 7,65	p = 0,004
Başka bir kronik hastalık	Var	73,28± 7,37	t = 0,44*
	Yok	73,87 ± 8,46	p = 0,65

* Student t testi. Anlamlı sonuçlar kırmızı renkle yazılmıştır.

4.6.2 RHİDÖ Puanları ve Hastalık Bilgilerinin Analizi

Tanı grupları arasında RHİDÖ puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Aynı şekilde başvuru sayısı, tedavi uyumu, kontrol muayenesi uyumu parametreleri ve daha önce psikiyatriye yatış olup olmaması parametreleri ile RHİDÖ puanları analiz edildiğinde gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür. (Tablo-6)

Tanı süresi ile RHİDÖ puanı arasında Pearson korelasyon analizine göre korelasyon bulunmamıştır (r=0,104).

TABLO-6. Hastalık ile İlgili Özellikler ve RHİDÖ Puanları

Hastalık ile İlgili Özellikler		n	RHİDÖ Puanı Ortalama ± Standart Sapma	İstatistiksel Analiz	
Tanı Grupları	Anksiyete Bozuklukları	60	71,96±8,95	F= 2,8	p=0,116*
	Somatoform Bozukluklar	60	74,16±8,16		
	Obsesif Kompulsif Bozukluklar	60	74,93±7,02		
Başvuru Sayısı	1	4	68,5±3,5	χ²=2,23	P=0,525**
	2	16	70,87±8,25		
	3	18	76,22±10,29		
	4 ve daha fazla	142	73,83±7,7		
Tedavi Uyumu	Yeni Başlandı	4	68,5±3,5	χ²=2,84	P=0,578**
	Düzenli	96	73,53±8,2		
	Nadiren ihmal ediyor	50	72±7,68		
	Düzensiz	24	79,91±9,91		
	Çok düzensiz	6	75,66±6,65		
Kontrol muayenesi uyumu	İlk başvuru	4	68,5±3,5	χ²=4,235	P=0,12**
	Uyumlu	118	72,66±7,32		
	Uyumsuz	58	76,13±9,15		
Daha önce psikiyatriye yatış	Var	50	74,44±7,99	t=-0,76	p=0,44***
	Yok	130	73,40±8,19		

* Fisher exact testi, ** Kruskal Wallis testi, *** Student t testi.

4.6.3 RBSÖ Puanları ve RHİDÖ Puanlarının Analizi

RBSÖ puanları ile RHİDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde bir korelasyon bulunmuştur (r=0,246, p=0,01).

4.6.4 İlgörü ve Kalıp Önyargılar ile RHİDÖ Puanlarının Analizi

İlgörüye yönelik olarak sorulan “Size rahatsızlık veren belirtilerin ruhsal bir hastalıktan kaynaklandığını düşünüyor musunuz?” sorusuna “evet”, “hayır”, “olabilir” cevabı verenlerin RHİDÖ puanları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($\chi^2=2,83$, $P=0,243$).

Kalıp önyargılarla ilgili sorulardan yalnızca “Rahatsızlığınızı arkadaşlarınızdan gizler misiniz?” sorusuna “evet” cevabı verenlerle “hayır” cevabı verenlerin RHİDÖ puanları arasında anlamlı bir fark saptanmıştır. Soruya “evet” cevabı verenlerde RHİDÖ puanı daha yüksek bulunmuştur. Diğer sorular için “evet” cevabı verenlerle “hayır” cevabı verenler arasında RHİDÖ puanları açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır. (Tablo-7)

TABLO-7. Kalıp Önyargılar ile RHİDÖ Puanlarının Analizi

SORULAR		Cevap	n	RHİDÖ Ortalama± Standart Sapma	İstatistiksel Analiz	
1	Bir tanıdığınız tarafından psikiyatri polikliniğinde görülmekten rahatsızlık duyar mısınız?	EVET	122	73,83±8,64	t=-0,35	p=0,72*
		HAYIR	58	73,37±8,64		
2	Rahatsızlığınızı arkadaşlarınızdan gizler misiniz?	EVET	98	75,08±8,21	t=-2,55	p=0,012*
		HAYIR	82	72,02±7,75		
3	Rahatsızlığınızı ailenizden gizler misiniz?	EVET	22	75,36±9,87	t=-1,03	p=0,3*
		HAYIR	158	73,45±7,86		
4	Benzer sorunlar yaşayan bir yakınınıza veya arkadaşınıza psikiyatri polikliniğine başvurmasını önerir misiniz?	EVET	172	Med:73,5 (58,98)	Z=-2,44	p=0,014**
		HAYIR	8	Med:80 (74-89)		
5	Psikiyatri polikliniğine başvurmanın gelecekte size sorun yaratacağını düşünüyor musunuz?	EVET	18	Med:79 (60,82)	Z=0,62	p=0,53**
		HAYIR	162	Med:74 (58,95)		
6	Psikiyatri polikliniğine başvurmak insanların mesleki geleceğini etkiler mi?	EVET	122	74,03±7,65	t=-0,82	p=0,41*
		HAYIR	58	72,96±9,07		

* Student t testi, ** Mann-Whitney u testi.

Anlamlı sonuçlar kırmızı renkle belirtilmiştir.

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada, anksiyete bozuklukları, somatoform bozukluklar ve obsesif kompulsif bozukluklar şeklinde gruplandırılan hasta örneklemelerinde içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri ile sosyodemografik özellikler, hastalıkla ilgili özellikler, benlik saygısı düzeyleri, içgörü düzeyi ve birtakım kalıp önyargılar arasındaki ilişkinin araştırılması amaçlanmıştır. Bu çalışma sonucunda istatistiksel olarak anlamlı birtakım veriler elde edilmiştir.

5.1 RHİDÖ Puanları ve Sosyodemografik Veriler

Bizim çalışmamızda erkek hastaların RHİDÖ puanları kadın hastalara göre daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuç, literatürde yer alan, gerek yurtdışında gerek ülkemizde yapılan çalışmaların bazılarında elde edilen sonuçlarla örtüşmektedir. Örneğin RHİDÖ'nin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında da erkeklerdeki içselleştirilmiş damgalanma düzeyi kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur (60). Yine ülkemizde, ayaktan izlenen 160 hasta ile yapılan başka bir çalışmada da erkeklerdeki içselleştirilmiş damgalanma düzeyinin kadınlara göre daha yüksek olduğu sonucu elde edilmiştir (62). Tel ve Ertekin-Pınar'ın yaptıkları bu çalışmanın örneklemini şizofreni, duygudurum bozuklukları ve yaygın anksiyete bozukluğu tanısı olan hastalardan oluşturulmuştur. Üstündağ ve Kesebir'in 100 bipolar bozukluk tanısı olan hasta ile yaptıkları çalışmada ise cinsiyetler arasında RHİDÖ puanları açısından fark saptanmamıştır (12). Damgalama ve damgalanma üzerinde çalışan araştırmacılar, cinsiyetin damgalanmayı etkileyebileceğini vurgulamaktadırlar (63). Bu durumun kültürden kültüre değişebileceği de bir gerçektir. Bizim toplumumuzu temel aldığımızda, toplumsal roller ve cinsiyetler arası rol, yetki ve beklenti farkları düşünüldüğünde erkeklerde kendi kendini damgalamanın daha yüksek olması anlaşılabilir bir durumdur. Toplumsal cinsiyet rollerinin çizdiği çerçeve içinde bir ruhsal hastalığın bir erkek için zayıflık olarak görülmesinin ruhsal hastalığa yakalanan erkeklerin de kendilerini zayıf görmelerini kolaylaştırdığı düşünülebilir.

Çalışmamızda evli hastalarda içselleştirilmiş damgalanmanın evli olmayanlara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Literatürdeki diğer çalışmalara

bakıldığında, bu çalışmaların pek çoğunda medeni durum ile içselleştirilmiş damgalanma arasında bir ilişki tespit edilmediği görülmektedir (12, 40, 41, 62) . Bizim çalışmamızla literatürdeki diğer çalışmalar arasındaki bu farklılığın sebebi, diğer çalışmalarda sıklıkla “ağır ruhsal hastalık” olarak tanımlanan, psikotik bozukluk spektrumu, duygudurum bozuklukları gibi tanı gruplarından örneklem oluşturulması, bizim çalışmamızda ise “ağır ruhsal hastalık” kategorisine girmeyen tanılarla bir örneklem oluşturulması olabilir. Bizim örneklemimizdeki hastaların semptomatolojik olarak gösterdikleri farklılık, hastalık belirtilerinin aile dışında gizlenebilecek düzeyde olması, fakat aile içinde gizlenme gereği duyulmaması sonucunu doğuruyor olabilir. Bu da evli bireylerin, eşlerinin kendilerini damgalayacağı düşüncesine ve buradan yola çıkılarak da kendi kendini damgalamanın artmasına yol açıyor olabilir. Bu verinin başka çalışmalarda, daha spesifik örneklemelerde araştırılması gerekmektedir.

Gerek yurtdışında, gerek ülkemizde yapılan çalışmaların büyük çoğunluğunun sonuçlarıyla paralel olarak bizim çalışmamızda da kent merkezinde yaşayanların içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri köyde yaşayanlara göre daha düşük olarak saptanmıştır (10, 64, 65). Kırsal kesimde damgalama ile ilgili tutum, stereotipi ve önyargıların daha yüksek olduğu ilgili literatürde vurgulanmaktadır. Angermayer ve arkadaşları 2004 yılında yaptıkları bir çalışmada kırsalda yaşayan hastaların damgalanma algısının kent merkezinde yaşayanlara göre daha yüksek olduğunu bulmuşlardır (64). Ülkemizde de depresyon hastalarında yapılan bir çalışmada aynı sonuca ulaşılmıştır (66) . Bununla beraber kırsalda yaşayanların içselleştirilmiş damgalanmasının daha yüksek olmasının her zaman için kırsalda damgalama ile ilgili tutum, stereotipi ve önyargılarla ilişkili olmayabileceği de düşünülebilir. Çünkü köy yaşantısında sosyal ilişkilerin daha sıkı ve güçlü olduğu, sosyal temasın daha fazla olduğu, geniş ailelerin söz konusu olduğu düşünülürse kent merkezlerinde ruhsal hastalığın başkaları tarafından bilinmesi veya fark edilmesinin kırsala göre daha zor olacağı tahmin edilebilir. Bu durumda, kırsal ile kent merkezinde yaşayanların damgalama ile ilgili tutum, stereotipi ve önyargıları aynı olsa bile, algılanan damgalanma düzeyinin kırsalda daha fazla olması beklenebilir. Başka bir önemli konu da kırsalda kent merkezlerine göre sosyal destek sistemlerinin daha iyi olması, kent merkezlerindeki işbölümünde kişinin çok daha kolay ayrımcılığa maruz kalabilmesi çerçevesinde damgalama ve damgalanmanın sonuçları bağlamında köy ve kentin

karşılaştırılması gerekliliğidir. Köy yaşantısının daha geniş hoşgörü çerçevesi düşünülecek olursa, damgalama ve damgalanma köyde daha fazla olsa bile damgalamanın bir sonucu olan ayrımcılığın köy ve kent arasında nasıl bir farklılık gösterdiği araştırılması gereken bir konudur.

Çalışmamızdaki anlamlı bir diğer bulgu da ailesinde ruhsal hastalık öyküsü olanların içselleştirilmiş damgalanma düzeylerinin ailesinde ruhsal hastalık olmayanlara göre daha düşük olmasıdır. Literatürdeki çalışmalarda bu konuda değişken sonuçlar mevcuttur. Bu sonuç, ruhsal hastalığı olan biriyle yakın ilişki içinde olmanın ruhsal hastalıklarla ilgili stereotipleri ve önyargıları değiştirebildiği, bu sayede kişinin hastalanmadan önce damgalama eğiliminin az olduğu, hastalandığı zaman da kendi kendini damgalamasının daha az olacağı şeklinde yorumlanabilir. İçselleştirilmiş damgalanmanın kuramsal mekanizması düşünüldüğünde fark bu şekilde açıklanabilir.

Bizim çalışmamızda sosyodemografik verilerden yaş ve eğitim süresi ile RHİDÖ puanları arasında korelasyon bulunmamıştır. Bu bulgu literatürdeki bazı çalışmaların sonuçlarıyla çelişmektedir. Mesela, 60 yaş üstü depresyonlu hastalarda yürütülen bir çalışmada eğitim düzeyi düşük olan hastalarda daha yüksek içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri tespit edilmiştir (13). Depresif bozukluk hastalarında yapılan başka bir çalışmada da aynı sonuç elde edilmiştir (66). Yaş ve içselleştirilmiş damgalanma arasındaki ilişkiye dair de farklı çalışmalarda farklı sonuçlar elde edilmiştir (67, 68). Bizim çalışmamızın örneklemini tanı ve dolayısıyla semptom kümeleri açısından bu çalışmaların örneklemelerinden farklı olduğu için bu değişkenlerin başka çalışmalarda tekrar araştırılması gerekir.

5.2 RHİDÖ Puanları ve Hastalıkla İlgili Veriler

Çalışmamızda tanı grupları arasında RHİDÖ puanları açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bizim çalışmamızda belirlediğimiz gruplarda içselleştirilmiş damgalanmayı araştıran başka çalışmalar olmadığı için bu verinin yorumlanması zordur. Ruhsal bir hastalığı olmak, bu tanı gruplarında rahatsızlığın adından bağımsız olarak içselleştirilmiş damgalanmaya yol açıyor olabilir. Literatürde içselleştirilmiş damgalanmanın, psikiyatrik tanının ağırlığı ile ilişkili olduğu vurgulanmaktadır (69,

70, 71, 72). Bu vurgu genellikle “ağır ruhsal hastalık” olarak tanımlanan psikotik bozukluklar ve duygudurum bozuklukları arasında yapılan bir karşılaştırmaya dayanmaktadır. Buradan yola çıkılarak anksiyete bozuklukları, somatoform bozukluklar ve obsesif kompulsif bozukluklarda içselleştirilmiş damgalanmanın farklı olmamasını, toplumun bu hastalıklarla ilgili genel bilgi düzeyinin, hastalıklar arasındaki farklılıklara hakim olacak düzeyde olmaması ile ilişkilendirmek mümkündür.

Çalışmamızda RHİDÖ puanlarının psikiyatriye daha önceki başvuru sayısı esas alınarak yapılan gruplandırmada da farklılık göstermediği, ilk başvurusu olanlarla ikinci, üçüncü veya daha fazla başvurusu olanların içselleştirilmiş damgalanma düzeylerinin farklı olmadığı görülmüştür. Kontrol muayenelerine düzenli gelenler ile düzensiz gelenler arasında da RHİDÖ puanları açısından farklılık saptanmamıştır.

Çalışmamızda 180 hastanın 50’sinin daha önce psikiyatri servisine yatışı olduğu, 130 hastanın ise hiç yatışı olmadığı ve yatışı olanlarla olmayanlar arasında RHİDÖ puanlarının farklılık göstermediği saptanmıştır. Bu bulgu literatürde, psikotik bozukluklar ve duygudurum bozuklukları tanıları olan hastalarla yapılan çalışmalarda sonuçlarla uyumsuzdur (73, 74, 75, 76). Literatür incelendiğinde, genellikle daha önce psikiyatriye yatışı olan hastalarda RHİDÖ puanlarının daha yüksek tespit edildiği, yatış sayısı arttıkça da RHİDÖ puanlarının arttığı yönünde bulgular dikkat çekmektedir. Bu çalışmaların şizofreni ve bipolar bozukluk hastaları ile yapıldığını göz önünde bulundurmak gerekir. Şizofreni veya bipolar bozuklukların hastaneye yatmayı gerektirecek semptomlarının damgalayıcı etkisi ve dolayısıyla kişinin kendi kendini damgalamasına etkisi daha fazladır (68). Bizim çalışmamızdaki tanı gruplarında semptomatolojinin farklılığı daha önce psikiyatri kliniğinde yatışı olan ve olmayan hastalar arasında RHİDÖ farkının olmamasını açıklayabilir.

Çalışmamızda tanı süresi ile RHİDÖ puanları arasında bir korelasyon bulunmamıştır. Bu bulgu literatürdeki başka çalışmalarda elde edilen bulgularla uyumludur (68).

5.3 RHİDÖ Puanları ile RBSÖ Puanları ve RBSÖ Sonuçları

Benlik saygısı ile içselleştirilmiş damgalanma arasındaki ilişki pek çok çalışmada gösterilmiştir (37, 59, 69, 77, 78). Bu ilişki içselleştirilmiş damgalanması yüksek olanlarda benlik saygısının düşük olması şeklindedir. Uygulanan RBSÖ sonuçlarında yüksek puanlar düşük benlik saygısına, düşük puanlar yüksek benlik saygısına karşılık gelmektedir. Bizim çalışmamızda RBSÖ puanları ile RHİDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon bulunmuştur. Benlik saygısı “düşük”, “orta”, “yüksek” şeklinde kategorik olarak değil de RBSÖ puanı esas alınarak, sayısal biçimde analiz edildiğinde RHİDÖ puanları ile RBSÖ puanları arasındaki korelasyon daha açık biçimde görülmektedir.

Hastaların yaşadıkları toplumun ruhsal hastalıklarla ilgili tutum, stereotipi ve önyargılarından, herhangi bir hastalığa yakalanmadan önce de haberdar oldukları bir gerçektir. Ruhsal bir hastalık tanısı aldıktan sonra kendileriyle ilgili olumsuz bilişlerinin ortaya çıkması hastaların daha önce ruhsal hastalılarla ilgili önyargılarıyla yakından ilişkilidir. Bu olumsuz bilişler süreç içinde hastalarda benlik saygısında da azalmaya sebep olmaktadır. Toplumda ruhsal hastalığı olan bireylere karşı olumsuz tutumlar, bireylerin sosyalleşmesini engellerken, evlenme, çocuk sahibi olma ve çalışma haklarını, işe alınmalarını, ev kiralamalarını ve diğer insanlara yakın yaşama, komşuluk yapma olanaklarını kısıtlamaktadır. Bu durum hastanın toplumsal ilişkilerden iyice kopmasına ve bunlara bağlı olarak hastalıkla etkin baş edememesine yol açmaktadır.(60, 79, 80) Bireyin toplumdaki olumsuz yargıları kendisi için kabullenmesi ve bunun sonucunda değersizlik, reddedilme korkusu, ümitsizlik, utanç, işe yaramazlık ve özgüvende azalma gibi olumsuz duygularla kendisini toplumdan geri çekerek diğer insanlarla ilişkilerinde azalma sonucunda benlik saygısında azalma hissedebilmektedir (3, 18). Benlik saygısının düşük olması, yaşam kalitesinde düşme, sosyal fonksiyonlarda yetersizlik, arkadaş bulma ve ilişkilerini sürdürmede güçlük, iş bulmada güçlük gibi sonuçlara yol açabilmektedir (41, 42, 45, 81)

Literatürdeki uzunlamasına izlem çalışmalarında içselleştirilmiş damgalanma ile benlik saygısı arasında sebep-sonuç ilişkisi de kurulmaktadır (11). Buna göre başlangıçtaki içselleştirilmiş damgalanmanın yüksek olması daha sonra düşük benlik saygısına yol açmaktadır. Bu bilgi ruhsal hastalığı olanların uzun vadede kendilerini

toplumdan izole etme tutumlarıyla da ilişkilendirilmiştir (82). Benlik saygısının düşmesinde içselleştirilmiş damgalanma tek sebep değilse bile önemli bir sebeptir. Ruhsal hastalığı olanların utanç hissetmeleri, ayrımcılığa maruz kalmaları, yakınlarının sıklıkla iyi niyetli olan ilgileri sebebiyle yetersizlik duymaları da benlik saygısını azaltmaktadır (68, 83, 84, 85) . Benlik saygısının düşmesi, içselleştirilmiş damgalanma düzeylerini daha da arttırabilir. Azalan benlik saygısı kişinin kendisini ruhsal hastalığı sebebiyle yetersiz hissetmesini, herkesin yaptığı işleri yapamayacağı düşüncesini ve buna benzer içselleştirilmiş damgalanmayla ilgili bilişleri daha da pekiştirerek kısır bir döngüye de yol açabilir.

Çalışmamızda bulunan RHİDÖ puanları ile RBSÖ puanları arasında bir korelasyon olduğu saptanmış olmakla birlikte bu korelasyonun bir sebep-sonuç ilişkisi olup olmadığının benzer tanı gruplarında yapılacak uzunlamasına araştırmalarla gösterilmesi gerekmektedir.

5.4 RHİDÖ Puanları ve Kalıp Önyargılar

Çalışmamızda, ruhsal hastalığı olan bireylerde birtakım kalıp önyargıların ne sıklıkta olduğunu ve bu önyargılarla içselleştirilmiş damgalanma arasında bir ilişki olup olmadığını tespit etmek amacıyla hazırladığımız sorulara verilen yanıtlar incelendiğinde “Rahatsızlığınızı arkadaşlarınızdan gizler misiniz?” sorusuna “evet” cevabı verenlerde RHİDÖ puanı “hayır” cevabı verenlere göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Bu soruya “evet” ve “hayır” cevabını verenlerin sayısı sırasıyla 98 ve 82’dir. Birbirine yakın olan bu sayılar “evet” cevabı verenlerle “hayır” cevabı verenler arasındaki RHİDÖ puanının farklılığını daha da anlamlı kılmaktadır. Hastalığı gizleme ihtiyacı toplumun damgalama eğilimiyle ilişkilidir (86, 87). Damgalamanın daha fazla olduğu topluluklarda ruhsal hastalıkların daha çok gizlendiği, hatta bazı durumlarda çekirdek aile bireyleri dışındaki yakınlarla bile paylaşılmadığı bilinmektedir. Hastalığını arkadaşlarından gizleme ihtiyacı duyanlarda içselleştirilmiş damgalanmanın da yüksek bulunması toplumun damgalama eğiliminin ruhsal hastalığı olanlar için korkutucu bir boyutta olduğunun göstergesi olarak kabul edilebilir. Literatürde “ağır ruhsal hastalık” olarak tanımlanan hastalıklara göre, belirtiler bağlamında dışarıdan algılanabilirliği ve sosyal işlevsellik üzerindeki daha

az olan tanı gruplarında da hastaların toplumun damgalama eğiliminden endişe ettikleri, bunun yanı sıra henüz toplum tarafından damgalanmadan bile kendi kendilerini damgaladıkları yorumu yapılabilir (88, 89).

Bu sorulardan “Benzer sorunlar yaşayan bir yakınınıza veya arkadaşınıza psikiyatri polikliniğine başvurmasını önerir misiniz?” sorusuna “evet” cevabı verenlerle “hayır” cevabı verenler arasında RHİDÖ puanları açısından karşılaştırma yapıldığında “hayır” cevabı verenlerde RHİDÖ puanının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Her ne kadar 172 hastanın “evet” cevabına karşı 8 hastanın “hayır” cevabı vermiş olması bu farkın yorum açısından anlamını zayıflatsa da “hayır” cevabı verenlerdeki RHİDÖ puanı yüksekliği, hastaların birine psikiyatriye başvurmayı önermenin bile kendilerini daha fazla damgalayacağı algısıyla açıklanabilir. Bir başka açıklama da bu sekiz hastanın aldıkları hizmetten memnuniyetsizliği olabilir. İstatistiksel analiz için elverişli olmasa da bu sekiz hasta ile ilgili diğer bilgilere bakıldığında, hastaların tanı süresinin 15 ile 20 yıl arasında değiştiği, hepsinin anksiyete bozuklukları grubunda yer aldığı görülmektedir. Bu veriler memnuniyetsizlik yorumuna zayıf da olsa bir destek olarak kabul edilebilir.

Kalıp önyargılarla ilgili diğer sorulardan “Bir tanıdığınız tarafından psikiyatri polikliniğinde görülmekten rahatsızlık duyar mısınız?” sorusuna “evet” cevabı veren gruplarla “hayır” cevabı veren gruplar arasında RHİDÖ puanları açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu sonuç ilişkili önyargının içselleştirilmiş damgalanmayı etkilemediği şeklinde yorumlanmamalıdır, çünkü psikiyatri polikliniğinde görülmekten rahatsızlık duymayacağını ifade edenlerin RHİDÖ puanlarının, rahatsızlık duyacağını ifade edenlerden farklı olmaması tek başına bu yorumu yapmak için yeterli değildir. Bu soruya hastaların % 67,8’inin “evet” cevabını vermesi toplumdaki damgalamanın azımsanmayacak bir düzeyde olduğuna işaret etmektedir. Bu sonuç, aslında “evet” cevabı veren 122 hastanın bir başkasını psikiyatri polikliniğinde gördüklerinde damgalayıcı önyargılara sahip olduklarını düşündürmektedir. Bu damgalama eğiliminin tedavi sürecinde hastaların içselleştirilmiş damgalanma düzeyini ne şekilde etkileyeceğini anlamak için kesitsel değil uzunlamasına araştırmalara ihtiyaç vardır.

“Rahatsızlığınızı ailenizden gizler misiniz?” sorusuna “evet” cevabı verenlerle “hayır” cevabı verenler arasında da RHİDÖ puanları açısından fark bulunmamıştır. Bu sonuç içselleştirilmiş damgalanmanın, aile içinde karşılaşılabilecek etiketleme tutumlarından ziyade aile dışında karşılaşılabilecek tutumlar ve ayrımcı davranışlarla ilgili korkularla ilişkili olduğu şeklinde yorumlanabilir.

“Psikiyatri polikliniğine başvurmanın gelecekte size sorun yaratacağını düşünüyor musunuz?” sorusuna “evet” cevabı verenlerle “hayır” cevabı verenler arasında da RHİDÖ toplam puanları açısından fark saptanmamıştır. Bu beklenmedik bir sonuç olarak yorumlanabilir, fakat hastaların yaş ortalamasının 40,46 olduğu göz önünde bulundurulduğunda “hayır” cevabı veren hastaların RHİDÖ puanlarının “evet” cevabı verenlerinkinden yüksek olmayışı gelecekle ilgili planların psikiyatri polikliniğine başvurudan etkilenmeyeceği düşüncesiyle açıklanabilir. Yani 40,46 yaş ortalaması, hastaların önemli bir kısmının meslek edinme ile ilgili kaygıları olmadığı şeklinde yorumlanabilir. Bu nedenle hastaların yaşlarının, RHİDÖ puanlarının ve verdikleri cevapların alt gruplara bölünerek araştırılması daha tatmin edici sonuçlar verecektir. Bizim çalışmamızdaki hasta sayısı bu tip bir gruplandırmayı yapmak için yeterli değildir.

“Psikiyatri polikliniğine başvurmak insanların mesleki geleceğini etkiler mi?” sorusuna “evet” cevabı verenlerle “hayır” cevabı verenler arasında da RHİDÖ puanları açısından fark saptanmamıştır. Bir önceki soruda olduğu gibi bu sorunun da daha homojen alt gruplar üzerinde araştırılması daha sağlıklı bir yoruma imkân verecektir.

5.5 Kalıp Önyargıların Yaygınlığı

Kalıp önyargılarla ilgili altı sorudan sadece ikisinde cevap grupları ve RHİDÖ puanları arasında fark bulunmuştur, fakat bu sorulara verilen cevapların dağılımı, hastaların damgalamaya eğilimleri ve dolaylı olarak da içselleştirilmiş damgalanma eğilimleri hakkında fikir verebilir. Bu amaçla bu sorulara verilen cevap sayı oranları da yorumlanmalıdır.

“Bir tanıdığınız tarafından psikiyatri polikliniğinde görülmekten rahatsızlık duyar mısınız?” sorusuna hastaların 122’si “evet” cevabı verirken 58’i hayır cevabı vermiştir. Bu sırayla %67,8 ve % 32,2 gibi bir orana tekabül etmektedir. Bu oranlar

toplumumuzda psikiyatri polikliniğine başvurmanın olumsuz duygularla ilişkili olduğunu düşündürmektedir. “evet” cevabı verenlerin oranındaki yükseklik, psikiyatri polikliniğine başvuruyor olmanın başkaları tarafından bilinmesiyle ilişkili utanç, değersizlik gibi duyguların toplumumuzda azımsanmayacak bir yaygınlıkta olduğunu göstermektedir. Bu sonuç aynı zamanda “evet” cevabını veren hastaların damgalama eğilimleri ile ilgili de bir fikir vermektedir. Hastaların bir tanıdık tarafından psikiyatri polikliniğinde görülmekten rahatsızlık duyması ruhsal rahatsızlığı olanların psikiyatrik yardım almak için polikliniğe başvurmasını da engelliyor olabilir. Yine bu bağlamda hastaların tedavi süreçlerinin de bu olumsuz algıdan etkilenmesi beklenebilecek bir sonuçtur.

“Rahatsızlığınızı arkadaşlarınızdan gizler misiniz?” sorusuna 98’i “evet”, 82’si “hayır” cevabını vermiştir. Birbirine yakın bir oran olsa bile bu sonuç ağır olmayan ruhsal rahatsızlığa sahip bireylerin bile yarsından fazlasının hastalılarını gizleme ihtiyacı duyduklarını göstermektedir. Bu ihtiyacın da tedavi sürecine olumsuz etkileri olabileceği öngörülebilir.

“Rahatsızlığınızı ailenizden gizler misiniz?” sorusuna 22 hasta “evet”, 158 hasta “hayır” cevabını vermiştir. Hastaların % 87,8’inin hastalığını aileden gizleme ihtiyacı duymaması ruhsal hastalıklar konusunda aile içinde utanma ve aşağılık duygularının daha az hissedildiği şeklinde yorumlanabileceği gibi, hastalık rolünün, toplum içinde dezavantaj sağlarken aile içinde avantaj sağlayabileceği şeklinde de yorumlanabilir. Bir başka yorum da toplumumuzdaki aile ilişkilerinin daha sıkı olmasının, hastaların hastalıklarını aile içinde gizlemek yerine tedavi sürecinde onların desteğini almak konusunda daha rahat hissetmelerini sağladığı olabilir.

“Psikiyatri polikliniğine başvurmanın gelecekte size sorun yaratacağını düşünüyor musunuz?” sorusuna hastaların 162’si “hayır cevabını verirken 18’i “evet” cevabını vermiştir. Buradaki “hayır” cevabı verenlerin belirgin farkı daha önce de belirttiğimiz gibi hastaların büyük çoğunluğunun sosyal statü veya meslek alanında sabitlenmiş bir konumda olmalarından kaynaklanıyor olabilir. Çalışmadaki hastaların yaş ortalamasının 40,46 olduğu bilgisiyle beraber düşünüldüğünde ağır olmayan ruhsal hastalığı olan bu hastaların hastalık sebebiyle mesleki veya ailevi yaşantılarında sorun yaşamayacaklarını düşünmeleri makul bir sonuç gibi görünmektedir. Bir sonraki

soruya verilen cevaplarla birlikte ele alındığında bu bulgu ile ilgili yorum daha da güçlenmektedir.

“Psikiyatri polikliniğine başvurmak insanların mesleki geleceğini etkiler mi?” sorusuna hastaların 122’si “evet” cevabını vermiştir. % 67,8’lik bir orana karşılık gelen bu sayı toplumumuzda ruhsal rahatsızlıkların mesleki geleceği etkileyebileceği algısının güçlü biçimde varlığını sürdürdüğünü göstermektedir. Bu sonuç toplumumuzdaki önemli bir kısmının hastane başvuru kayıtlarının bir işe girerken araştırılacağı ve psikiyatriye başvurmanın işe girmeye engel olacağı şeklindeki gözlemlenebilen genel kanıyla uyumludur. Bir önceki soruya hastaların çoğunun hayır cevabı vermesine karşılık bu soruya hastaların çoğunun “evet” cevabı vermesi toplumdaki damgalama eğilimine dair bir ipucu da sunmaktadır. Şöyle ki, eğer 180 hastanın 122’si psikiyatri polikliniğine başvurmanın mesleki geleceği etkileyeceği inancını taşıyorsa bu 122 kişinin henüz bir meslek edinmemiş olan yakınlarına, örneğin çocuklarına, psikiyatri polikliniğine başvurmama yönünde tavsiyede bulunacağı, hatta belki baskı yapacağı düşünülebilir. Çocuğunun mesleki geleceğinin etkileneceği inancını taşıyan bir anne veya baba, bu şekilde çocuğunun tedavisinin gecikmesine veya hastalık belirtileri sebebiyle çocuğunun işlevselliğinde düşmeye sebep olabilir ve bu tutumun çocuğun mesleki geleceğini daha çok etkileyeceği de tahmin edilebilir. Bu tahminden yola çıkılarak toplumun damgalama eğiliminde devlet kurumlarının da rol oynadığı, damgalamayla mücadelede işin bu boyutunun bazen dikkatten kaçtığı da vurgulanmalıdır.

5.6 Ağır Olmayan Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma İhmal Edilen Bir Gerçektir

Ruhsal hastalıklarda damgalama ve içselleştirilmiş damgalanma konusundaki literatür gözden geçirildiğinde yapılan çalışmaların büyük çoğunluğunun “ağır ruhsal hastalıklar” ile damgalama ve içselleştirilmiş damgalanma konusunu ele aldığı görülmektedir (91, 92, 93). Alkol ve madde ile ilişkili bozukluklarda da konu üzerinde oldukça fazla çalışma göze çarpmaktadır (94, 95, 96). Ruhsal hastalıklar haricinde AIDS, epilepsi, obezite, nöromüsküler hastalıklar ve engellilik durumlarında da konu araştırılmıştır (97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104). Bunlar dışında damgalama ve

içselleştirilmiş damgalanmanın en çok araştırıldığı başka bir popülasyon da eşcinseller ve transseksüellerdir (105, 106). Ruhsal hastalıklar alanında yapılan konuyla ilgili çalışmaların genellikle “ağır ruhsal hastalıklar” ile ilgili olması ağır olmayan ruhsal hastalıkların seyrinde damgalama ve içselleştirilmiş damgalanmanın etkilerinin ihmal edilmesine sebep olmaktadır. Bu ihmalin ruhsal hastalıklarda damgalama ile mücadelede eksiklik yaratacağı iddia edilebilir. Bu eksiklik damgalama ile mücadele programlarının bile damgalama eğiliminde olmalarından kaynaklanmaktadır. Ruhsal hastalıklarda damgalama ile mücadelenin psikotik bozukluklar ve duygudurum bozuklukları alanı ile sınırlandırılması bile esasında bu tanı gruplarını damgalamanın ruh sağlığı profesyonelleri arasında da yaygın olmasının göstergesi olabilir.

Bizim çalışmamızda psikotik bozukluklar ve duygudurum bozuklukları dışındaki hasta gruplarında içselleştirilmiş damgalanma ve ilişkili faktörlerin araştırılması amaçlanmış ve içselleştirilmiş damgalanmanın bu hasta gruplarında da “ağır ruhsal hastalıklar” gruplarındaki çalışmaların sonuçlarıyla benzeştiği sonucuna varılmıştır. Çalışmamızdaki örnekleme ortalama RHİDÖ puanlarının ortalaması $73,68 \pm 8,12$ olarak bulunmuştur. Minimum puanı 29, maksimum puanı 116 olan bu ölçekte 73,68 puan örnekleme içinde içselleştirilmiş damgalanma düzeyinin yüksek olduğunu düşündürmektedir. Ülkemizde yapılmış olan diğer çalışmalardaki sonuçlara bakıldığında da bizim çalışmamızdaki ortalama RHİDÖ puanının anlamlılığı görülebilir. Örneğin, ülkemizde, depresif bozukluğu olan 83 hasta ile yapılan bir tez çalışmasında örneklemin ortalama RHİDÖ puanı $61,93 \pm 16,14$ olarak tespit edilmiştir (66). Yine ülkemizde şizofreni, duygudurum bozukluğu ve yaygın anksiyete bozukluğu olan hastalarla oluşturulan 160 kişilik bir örnekleme de RHİDÖ puanlarının ortalaması $64,28 \pm 18,98$ olarak bulunmuştur (12). Bizim çalışmamızın sonuçları içselleştirilmiş damgalanmanın yalnızca ağır ruhsal hastalıklarda değil, ağır olmayan ruhsal hastalıklarda da dikkate alınması gerektiğini düşündürmektedir.

5.7 Çalışmanın Zayıf ve Güçlü Tarafları

Anksiyete bozuklukları, somatoform bozukluklar ve obsesif kompulsif bozukluklarda içselleştirilmiş damgalanma ve ilişkili faktörleri araştıran bir çalışma daha önce ülkemizde yapılmamıştır. Çalışmamızın en güçlü yanı budur.

İçselleştirilmiş damgalanma dışında kalıp önyargıların da araştırılması, üç farklı ana tanı grubunun bulunması çalışmanın diğer güçlü tarafları olarak görülebilir.

Çalışmanın zayıf tarafları ise ana tanı grupları ve alt tanı grupları düşünüldüğünde çalışmaya alınan hasta sayısının az olması, ana tanı gruplarının yanı sıra alt tanı başlıkları için grup ayrımının sayı yetersizliği sebebiyle yapılamamış olması, tanı çeşitliliği sebebiyle hastalık şiddetini ölçmeye yönelik ölçek uygulanmamış olması ve bu nedenle RHİDÖ puanları ile hastalık şiddeti arasında ilişki kurulmamış olması, kesitsel bir çalışma olduğu için de içselleştirilmiş damgalanma ve ilişkili faktörler arasında nedensellik ilişkisinin araştırılamaması şeklinde sayılabilir.



6. SONUÇ

Bu çalışmada, anksiyete bozuklukları, somatoform bozukluklar ve obsesif kompulsif bozukluklar şeklinde gruplandırılan hasta örneklemelerinde içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri ile sosyodemografik özellikler, benlik saygısı düzeyleri, ve birtakım kalıp önyargılar arasındaki ilişkinin araştırılması amaçlanmıştır. Literatür gözden geçirildiğinde özellikle bu tanı gruplarında içselleştirilmiş damgalanma olgusunu araştıran çalışmanın olmadığı görülmektedir. Ülkemizde de bu tanı gruplarında içselleştirilmiş damgalanma ile ilgili bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu konuda ilk olan çalışmamızda elde edilen sonuçlar şu şekilde özetlenebilir:

1- Çalışmamızda RHİDÖ puanlarının erkek hastalarda kadın hastalara göre, evli hastalarda bekârlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Aynı şekilde, literatürle de uyumlu olarak köyde yaşayanların kent merkezinde yaşayanlara göre içselleştirilmiş damgalanma düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ailesinde ruhsal hastalık olmayanlarda da içselleştirilmiş damgalanma düzeylerinin ailesinde ruhsal hastalık öyküsü olanlara göre daha yüksek olduğu sonucu elde edilmiştir.

2- Çalışmamızda RBSÖ puanları ile RHİDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon bulunmuştur. Bu korelasyonun bir sebep-sonuç ilişkisi olup olmadığının benzer tanı gruplarında yapılacak uzunlamasına araştırmalarla gösterilmesi gerekmektedir.

3- “Rahatsızlığınızı arkadaşlarınızdan gizler misiniz?” sorusuna “evet” cevabı verenlerde RHİDÖ puanı “hayır” cevabı verenlere göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Hastalığını arkadaşlarından gizleme ihtiyacı duyanlarda içselleştirilmiş damgalanmanın da yüksek bulunması toplumun damgalama eğiliminin ruhsal hastalığı olanlar için korkutucu bir boyutta olduğunun göstergesi olarak kabul edilebilir. Literatürde “ağır ruhsal hastalık” olarak tanımlanan hastalıklara göre, belirtiler bağlamında dışarıdan algılanabilirliği ve sosyal işlevsellik üzerindeki daha az olan tanı gruplarında da hastaların toplumun damgalama eğiliminden endişe ettikleri, bunun yanı sıra henüz toplum tarafından damgalanmadan bile kendi kendilerini damgaladıkları yorumu yapılabilir.

4- “Bir tanıdığınız tarafından psikiyatri polikliniğinde görülmekten rahatsızlık duyar mısınız?” sorusuna hastaların 122’si “evet” cevabı verirken 58’i hayır cevabı

vermiştir. Bu sırayla %67,8 ve % 32,2 gibi bir orana tekabül etmektedir. Bu oranlar toplumumuzda psikiyatri polikliniğine başvurmanın olumsuz duygularla ilişkili olduğunu düşündürmektedir.

5- “Psikiyatri polikliniğine başvurmak insanların mesleki geleceğini etkiler mi?” sorusuna hastaların 122’si “evet” cevabını vermiştir. % 67,8’lik bir orana karşılık gelen bu sayı toplumumuzda ruhsal rahatsızlıkların mesleki geleceği etkileyebileceği algısının güçlü biçimde varlığını sürdürdüğünü göstermektedir.

6- Çalışmamızın sonuçları içselleştirilmiş damgalanmanın ağır olmayan ruhsal hastalıklarda da yardım arama ve tedavi süreçlerinde etkili olabileceğini bu nedenle damgalama ve içselleştirilmiş damgalanma ile mücadelede bu tanı gruplarının da ihmal edilmemesi gerektiğini, bu mücadeledeki ayrımcılığın da aslında ağır ruhsal hastalığı olanların daha fazla damgalanmasına sebep olabileceğini düşündürmektedir.

ÖZET

Bir Eğitim Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniğine Başvuran Hastalarda İçselleştirilmiş Damgalanma Düzeylerinin Bazı Tanı Grupları, Sosyodemografik Özellikler ve Benlik Saygısı ile İlişkisi

Dr. Elmas BEYAZYÜZ

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği

Uzmanlık Tezi

ANKARA – 2014

Bu çalışmada, anksiyete bozuklukları, somatoform bozukluklar ve obsesif kompulsif bozukluklar şeklinde gruplandırılan hasta örneklemelerinde içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri ile sosyodemografik özellikler, benlik saygısı düzeyleri, ve birtakım kalıp önyargılar arasındaki ilişkinin araştırılması amaçlanmıştır.

Çalışmaya alınan gönüllülerle görüşme yapılmış, sosyodemografik bilgi formu ve hastalık bilgi formu doldurulmuştur. Daha sonra hastalar Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği doldurmuşlardır.

Çalışmamızda içselleştirilmiş damgalanma düzeylerinin erkek hastalarda kadın hastalara göre, evli hastalarda bekârlara göre, köyde yaşayanlarda kent merkezinde yaşayanlara göre, ailesinde ruhsal hastalık olmayanlarda ailesinde ruhsal hastalık öyküsü olanlara göre daha yüksek olduğu sonucu elde edilmiştir. Çalışmamızda benlik saygısı puanları ile içselleştirilmiş damgalanma puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon bulunmuştur.

Çalışmamızın sonuçları içselleştirilmiş damgalanmanın ağır olmayan ruhsal hastalıklarda da yardım arama ve tedavi süreçlerinde etkili olabileceğini bu nedenle damgalama ve içselleştirilmiş damgalanma ile mücadelede bu tanı gruplarının da ihmal edilmemesi gerektiğini, bu mücadeledeki ayrımcılığın da aslında ağır ruhsal hastalığı olanların daha fazla damgalanmasına sebep olabileceğini düşündürmektedir.

Anahtar Sözcükler: İçselleştirilmiş damgalanma, damgalama, hafif ve orta şiddetli ruhsal hastalıklar, benlik saygısı, ruhsal hastalığa yönelik önyargılar.

İNGİLİZCE ÖZET SUMMARY

Association between Internalized Stigma and Some Diagnostic Subgroups, Socio-demographic Variables, and Self-esteem Levels in Patients That Refer to the Psychiatry Clinic of an Education and Research Hospital

Dr. Elmas BEYAZYÜZ

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği

Uzmanlık Tezi

ANKARA – 2014

This study was designed to investigate the associations between internalized stigma levels and socio-demographic variables, self-esteem levels, and some rigid bias in a patient sample which is divided into subgroups according to diagnostic categories of anxiety disorders, somatoform disorders and obsessive compulsive disorders.

After an interview, socio-demographic data forms and illness data forms were filled in by the interviewer. Then Internalized Stigma of Mental Illness Scales and Rosenberg Self-esteem scales were given to patients to be filled in.

According to statistical analysis, higher internalized stigma levels were found in males, singles, rural habitants, and those who have not familial history of mental illness. In our study lower self-esteem was found to be negatively correlated with higher internalized stigma levels.

Results of our study suggest that internalized stigma may influence the help-seeking behaviors and overall process of treatment, not only for patients with severe mental illnesses, but also for those who have mild or moderate mental disturbances. These diagnostic groups must be paid attention while executing studies against stigma and self-stigma. Otherwise, this kind of discrimination in anti-stigma campaigns may increase the stigmatization of mental illnesses.

Key Words: Internalized stigma, stigma, mild and moderate mental illnesses, self-esteem, bias about mental illness.

KAYNAKLAR

1. Schulze B, Angermeyer MC. Subjective experiences of stigma. A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals. *Social Science & Medicine* 2003; 56: 299-312.
2. Özbaş D, Küçük L, Buzlu S. Ruhsal bozukluğu olan bireye sahip ailelerin hastalığa karşı tutumları. *Düşünen Adam* 2008;21:14-23.
3. Corrigan PW, Roe D, Tsang HWH, Challenging the Stigma of Mental Illness - Lessons for Therapists and Advocates, 2011, s.6.
4. Bilge A, Çam O. Ruhsal hastalığa yönelik damgalama ile mücadele. *TAF Prev Med Bull* 2010;9:71-8.
5. Çam O, Çuhadar D. Ruhsal hastalığa sahip bireylerde damgalama süreci ve içselleştirilmiş damgalama. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2011; 2:136-40.
6. Çam O, Bilge A. Ruh hastalığına yönelik inanç ve tutumlar. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2007; 8:215-23.
7. Corrigan PW, Rao D. On the Self-Stigma of Mental Illness: Stages, Disclosure, and Strategies for Change. *Can J Psychiatry* 2012; 57(8): 464–469.
8. Malyon AK Psychotherapeutic implications of internalized homophobia in gay men. *J Homosex* 1982; 7: 59-69.
9. Muñoz M, Sanz M, Pérez-Santos E, de los Ángeles Quiroga M. Proposal of a socio-cognitive-behavioral structural equation model of internalized stigma in people with severe and persistent mental illness. *Psychiatry Research*. 2011; 30:402–408.
10. Taşkın EO. İçselleştirilmiş damgalama ve damgalama algısı. İçinde, Taşkın EO. *Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumlar ve Damgalama*. İzmir 2007; ss.31-40.
11. Livingston JD, Boyd JE. Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Social Science and & Medicine* 2010; 71 2150-2161

12. Üstündağ MF, Kesebir S. İki uçlu bozuklukta içselleştirilmiş damgalanma: Klinik özellikler, yaşam kalitesi ve tedaviye uyum ile ilişkisi. Türk Psikiyatri Dergisi 2013; 24(4):231-9.
13. Werner P, Stein-Shvachman, I, Heinik J. Perceptions of self-stigma and its correlates among older adults with depression: a preliminary study. International Psychogeriatrics 2009; 21 (06), 1180–1189.
14. Griffiths KM, Batterham PJ, Barney Lve Parsons A. The generalised anxiety stigma scale (GASS): psychometric properties in a community sample. BMC Psychiatry 2011, 11:184 Published online.
15. Clark DA, Beck AT, Cognitive Therapy of Anxiety Disorders, The Guilford Press, 2010.
16. Antony MM, Purdon C, Summerfeldt LJ. Psychological Treatment of Obsessive Ccompulsive Disorder: Fundamentals and Beyond, American Psychological Association, 2007.
17. Michael B, James J S. Psychosomatic Medicine, Lippincott Williams & Wilkins, 2006.
18. Aarboleda-Florez J. The rights of a powerless legion, Understanding the Stigma of Mental Illness içinde, J. Aarboleda-Florez ve N Sartorius (eds.), John Wiley & Sons, 2008, ss:1-17.
19. Mora, P. Stigma during the Medieval and Renaissance periods. P.J. Fink ve A. Tasman (eds) Stigma and Mental Illness içinde. American Psychiatric Press, 1992, ss. 41–57.
20. Öztürk, MO, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, 11. Baskı, 2008.
21. Star SA. What the public thinks about mental health and mental illness.Chicago: National Opinion Research Center, 1952.
22. Star, S. A.. The public's ideas about mental illness. Chicago: National Opinion Research Center, 1955

23. Phelan, J C, Link, BR, Stueve, A ve Pescosolido, BA Public conceptions of mental illness in 1950 and 1996: What is mental illness and is it to be feared? *Journal of Health and Social Behaviors* 2000; 41, 188–207
24. Goffman E. *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Englewood Cliffs, Prentice-Hall. 1963.
25. Dovidio JF, Major B. ve Crocker J. Stigma: introduction and overview. İçinde, TF Heatherton, RE Kleck, MR Hebl ve JG Hull, *The Social Psychology of Stigma*. New York: Guilford Press. 2000.
26. Crocker J, Major, B ve Steele C. Social stigma. İçinde D.T. Gilbert, S.T. Fiske and G. Lindzey (eds) *Handbook of Social Psychology* (4th edn., Vol. 2): McGraw-Hill, 1998.
27. Corrigan PW, Kleinlein P. The impact of mental illness stigma. İçinde PW Corrigan (Ed.), *On the stigma of mental illness*. American Psychological Association, 2005. Ss. 11-44
28. Corrigan PW. *On the stigma of mental illness*, American Psychological Association, 2005.
29. Levin DT ve Simons DJ. Perceiving stability in a changing world: Combining shorts and integrating views in motions pictures and the real world. *Media Psychology*, 2000; 2:357–380.
30. Yanosa PT, Westa ML, Gonzalesa L ver ark. Change in Internalized Stigma and Social Functioning among Persons Diagnosed with Severe Mental Illness. *Psychiatry Res*. 2012; 30; 200(2-3): 1032–1034
31. Aydemir Ö. Bipolar bozukluğa yönelik tutumlar ve damgalama. *3P Dergisi* 2004; 12:61-4.
32. Çobanoğlu ZSÜ, Aker T. Şizofreni ve diğer psikotik bozukluk tanılı hastalarda tedaviye uyum sorunları. *Düşünen Adam* 2003;16:211-8.
33. Kocabaşoğlu N, Aliustaoğlu S. Stigmatizasyon. *Yeni Symposium* 2003; 41:113-7.

34. Rosenfield S. Labeling mental illness: the effects of received services and perceived stigma on life satisfaction. *Am Sociaol Rev* 1997; 62:660-72.
35. Wright ER, Gronfein WP, Owens TJ. Deinstitutionalization, social rejection, and the self-esteem of former mental patients. *J Health Soc Behav* 2000; 41:68-90.
36. Karaaslan A. Benlik saygısı: Genel bir gözden geçirme. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 1993; 9:71-4.
37. Berge M, Ranney M. Self-esteem and stigma among persons with schizophrenia: implications for mental health. *Care Manag J* 2005; 6:139-44.
38. Angermeyer MC, Matschinger H. Public beliefs about schizophrenia and depression: similarities and differences. *Soc psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2003; 38:526-34.
39. Özmen E, Taskin EO, Ozmen D, Demet MM Which psychiatric label is more stigmatizing? “Ruhsal hastalık” or “akıl hastalığı” *Türk psikiyatri Derg* 2004; 15:47- 55.
40. Yen CF, Chen CC, Lee Y, Tang TC ve ark. Self stigma and its correlates among outpatients with depressive disorders. *Psychiatric Services* May 2005; 56: 599-601.
41. Link BG, Struening EL, Neese-Todd S, Asmussen S, et al. On describing and seeking to change the experience of stigma. *Psychiatric Rehabilitation Skills* 2002; 6:201-31.
42. Peterson D, Barnes A, Duncan C. Fighting with shadows: self-stigma and mental illness. *Mental Health Foundation of New Zealand*; 2008.
43. Rüsch N, Angermayer MC, Corrigan PW. Mental illness stigma: concepts, consequences and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry* 2005; 20:529-39.
44. Fung KT, Tsang HWH, Corrigan PW, Lam CS, et al. Measuring self stigma of mentall illness in china and its implications for recovery. *International Journal of Social Psychiatry* 2007; 53: 408-18.

45. Boyd-Ritsher J, Phelan JC. Internalized stigma predicts erosion of morale among psychiatric outpatients. *Psychiatry Research* 2004;129:257-65.
46. Werner P, Aviv A, Barak Y. Self-stigma, self esteem and age in persons with schizophrenia. *International Psychogeriatrics* 2007;1-15.
47. Yanos PT, Roe D, Lysaker PH. Narrative enhancement and cognitive therapy: a new group based treatment for internalized stigma among persons with severe mental illness. *Journal of International Group Psychotherapy* 2011; 61:576-95.
48. <http://medulamedula.com/icd-kodlari>
49. Amerikan Psikiyatri Birliği. DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı, çev. Köroğlu E. Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2013.
50. Amerikan Psikiyatri Birliği. Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı (DSM-IV-TR), çev. Köroğlu E. Hekimler Yayın Birliği, Ankara, ss. 191-209, 2000.
51. Kessler RC, The global burden of anxiety and mood disorders: putting ESEMeD findings into perspective. *J Clin Psychiatry* 2007; 68(suppl 2):10-19.
52. Rezaki MS, Özgen G, Kaplan İ ve ark. Results from the Ankara centre. Mental Illness in General Health Care. An International Study. Ed. TB Üstün, N. Sartorius. Wiley Publishers, 1995.
53. Kılıç C. Türkiye Ruh Sağlığı Profili: Erişkin nüfusta hastalıkların yaygınlığı, ilişkili faktörler, yeti yitimi ve ruh sağlığı hizmeti kullanımı sonuçları. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı, 1998.
54. Weissman MM, Bland RC ve ark. The cross-national epidemiology of panic disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 41: 845-52.
55. Andreasen NC, Black DW. Somatoform, dissociative and related disorders. *Introductory Textbook of Psychiatry*, American Psychiatric Press, 2006.
56. Lysaker PH, Roe D ve Yano PT. Toward understanding the insight paradox: Internalized stigma moderates the association between insight and social functioning, hope and self-esteem among people with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 2007; 33(1), 192–199.

57. Roe D ve Davidson L. Self and narrative in schizophrenia: Time to author a new story. *Journal of Medical Humanities*, 2005; 31, 89–94.
58. Roe D , Hasson-Ohayon I, Kravetz S ve ark. Call it a monster for lack of anything else: Narrative insight in psychosis. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 2008; 196, 859–865.
59. Ritsher JB, Otilingam PG, Grajales M. Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Res*, 2003; 121:31-49.
60. Ersoy MA, Varan A. Reliability and validity of the Turkish version of the internalized stigma of mental illness scale. *Turk Psikiyatri Derg* 2007;18:163-71.
61. Çuhadaroğlu F. Adolesanlarda benlik saygısı. [Uzmanlık tezi] Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü;1986.
62. Tel H, Ertekin-Pınar Ş. Ayaktan izlenen psikiyatri hastalarında içselleştirilmiş damgalama ve benlik saygısı. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2012; 3(2):61-66
63. Dickerson FB, Sommerville J, Origoni AE, Ringel NB, et al. Experiences of stigma among outpatients with schizophrenia. *Schizophr Bull* 2002; 28:143-55.
64. Angermeyer MC, Beck M Dietrich S ve ark. The stigma of mental illness:patients anticipations and experiences. *İnt J Soc Psychiatry*, 2004; 50 (2):153-162.2004.
65. Link BG. Understanding labelling effects in the area of mental disorders: an assessment of the effects of expectations of rejection. *American Sociological Review*, 1987;52 (1), 96–112.
66. Çelik P. Celal Bayar Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Polikliniğine Başvuran Depresif Bozukluklu Hastalarda İçselleştirilmiş Damgalanma ve İlişkili Değişkenler. Yayınlanmamış uzmanlık tezi, Manisa, 2012 .
67. Michelle L, West MA, Philip T Yanos ve ark. Prevalence of internalized stigma among persons with severe mental illness, *Stigma Res Action*. 2011; 1(1): 3–10.
68. Brohan E, Elgie R, Sartorius N, Thornicroft G. for the GAMIAN-Europe Study Group. Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people

with schizophrenia in 14 European countries: The GAMIAN-Europe study. *Schizophrenia Research*. 2010; 122:232–238.

69. Lysaker PH, Tsai J, Yanos P, Roe D. Associations of multiple domains of self-esteem with four dimensions of stigma in schizophrenia. *Schizophrenia Research*. 2008; 98(1–3):194–200.
70. Matthews AK, Corrigan PW, Smith BM, Aranda F. A qualitative exploration of African-Americans' attitudes toward mental illness and mental illness treatment seeking. *Rehabilitation Education*. 2006; 20(4):253–268.
71. Metraux S, Marcus SC, Culhane DP. The New York-New York housing initiative and use of public shelters by persons with severe mental illness. *Psychiatric Services*. 2003; 54:61–71.
72. Pietrzak RH, Johnson DC, Goldstein MB, Malley JC ve ark. Perceived stigma and barriers to mental health care utilization among OEF-OIF veterans. *Psychiatric Services*. 2009; 60(8):1118–1122.
73. Yanos PT, Roe D, Lysaker PH. The impact of illness identity on recovery from severe mental illness. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*. 2010; 13:73–93.
74. Alonso J, Buron A, Rojas-Farreras S, de Graaf R, ve ark. Perceived stigma among individuals with common mental disorders. *J Affect Disord* 2009;118:180-6.
75. Coşkun S, Güven Caymaz N. Bakırköy ruh sağlığı ve sinir hastalıkları hastanesi ile özel bir psikiyatri ünitesine başvuran hastaların içselleştirilmiş damgalanma düzeyi yönünden karşılaştırılması. III. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi Özet Kitabı; 2009. s. 85-6.
76. Sabancıoğulları S, Doğan S. Psikiyatri hastalarında içselleştirilmiş damgalanma ve etkileyen faktörler. 20. Anadolu Psikiyatri Günleri Özet Kitabı; 2011. s. 112.
77. Lundberg B, Hansson L, Wentz E, Björkman T. Stigma, discrimination, empowerment and social networks: a preliminary investigation of their influence on subjective quality of life in a Swedish sample. *Int J Soc Psychiatry* 2008;54:47-55.

78. Razali SM, Hussein S, Ismail TAT. Perceived stigma and self-esteem among patients with schizophrenia. *International Medical Journal* 2010;17:255-60.
79. Arkan B, Bademli K, Çetinkaya Duman Z. Sağlık çalışanlarının ruhsal hastalıklara yönelik tutumları: son 10 yılda Türkiye’de yapılan çalışmalar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry* 2011;3:214-31.
80. Kuş Saillard E. Psychiatrist views on stigmatization toward people with mental illness and recommendations. *Turk Psikiyatri Derg* 2010;21:14-24.
81. Bahar A. Şizofreni ve damgalama. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2007;2:101-10.
82. Corrigan PW, Watson AC. Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry* 2002;1:16-20.
83. Corrigan PW, Watson AC. The paradox of self-stigma and mental illness. *Clin Psychol.* 2002;9:35–53.
84. Rüsch N, Hölzer A, Hermann C. Self-Stigma in women with borderline personality disorder and women with social phobia. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, volume 194, number 10, October 2006: 766-773.
85. Mak WW ve Wu CF. Cognitive insight and causal attribution in the development of self-stigma among individuals with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 2006; 57(12), 1800-1802.
86. Dovidio JF, Major B ve Crocker J. Stigma: introduction and overview. İçinde, T.F. Heatherton, R.E. Kleck, M.R. Hebl and J.G. Hull, *The Social Psychology of Stigma*. New York: Guilford Press. 2000.
87. Perlick DA, Rosenheck RA, Clarkin JF, Sirey JA, et al. Stigma as a barrier to recovery adverse effects of perceived stigma on social adaptation of persons diagnosed with bipolar affective disorder. *Psychiatric Services* 2001;52:1627-32.
88. Canadian Mental Health Association, Ontario Division. Final Report. Mental Health Anti-Stigma Campaign Public Education Strategy. 1994

89. Arboleda-Flórez, J. Mental illness and violence: an epidemiological appraisal of the evidence. *Canadian Journal Psychiatry*, 1998; 43, 989–996.
90. Hasson-Ohayon I, Mashiach-Eizenberg M, Elhasid N ve ark. Between self-clarity and recovery in schizophrenia: reducing the self-stigma and finding meaning *Compr Psychiatry*. 2014; 55(3):675-80.
91. Pattyn E, Verhaeghe M, Sercu C, Bracke P. Public stigma and self-stigma: differential association with attitudes toward formal and informal help seeking. *Psychiatr Serv*. 2014;1;65(2):232-8.
92. Omori Y, Mori C, White AH. Self-Stigma in Schizophrenia: A Concept Analysis. *Nurs Forum*. 2014 Jan 8.
93. Krajewski C, Burazeri G, Brand H. Self-stigma, perceived discrimination and empowerment among people with a mental illness in six countries: Pan European stigma study. *Psychiatry Res*. 2013; 30;210(3):1136-46.
94. Luoma JB, Nobles RH, Drake CE ve ark. Self-Stigma in substance abuse: Development of a new measure. *J Psychopathol Behav Assess*. 2013; 1;35(2):223-234.
95. Schomerus G, Corrigan PW, Klauer T ve ark. Self-stigma in alcohol dependence: consequences for drinking-refusal self-efficacy. *Drug Alcohol Depend*. 2011; 114(1):12-7.
96. Etesam F, Assarian F, Hosseini H, Ghoreishi FS. Stigma and its determinants among male drug dependents receiving methadone maintenance treatment. *Arch Iran Med*. 2014 Feb;17(2):108-14.
97. Lyimo RA, Stutterheim SE, Hospers HJ, ve ark. Stigma, Disclosure, Coping, and Medication Adherence Among People Living with HIV/AIDS in Northern Tanzania. *AIDS Patient Care STDS*. 2014 Feb;28(2):98-105.
98. Mburu G, Ram M, Skovdal M ve ark. Resisting and challenging stigma in Uganda: the role of support groups of people living with HIV. *J Int AIDS Soc*. 2013 Nov 13;16(3 Suppl 2):18636.

99. Hilbert A, Braehler E, Haeuser W, Zenger M. Weight bias internalization, core self-evaluation, and health in overweight and obese persons. *Obesity (Silver Spring)*. 2014; Jan;22(1):79-85.
100. van der Beek KM, Bos I, Middel B, Wynia K. Experienced stigmatization reduced quality of life of patients with a neuromuscular disease: a cross-sectional study. *Clin Rehabil*. 2013; 27(11):1029-38.
101. Wong LP. Multi-ethnic perspective of uptake of HIV testing and HIV-related stigma: a cross-sectional population-based study. *AIDS Care*. 2013;25(11):1356-69
102. Wong LP. Prevalence and factors associated with HIV/AIDS-related stigma and discriminatory attitudes: a cross-sectional nationwide study. *Prev Med*. 2013;57 Suppl:S60-3.
103. Fiest KM, Birbeck GL, Jacoby A, Jette N. Stigma in epilepsy. *Curr Neurol Neurosci Rep*. 2014; May;14(5):444.
104. Mathern G, Nehlig A. Editorial: Reducing stigma by changing the name of epilepsy. *Epilepsia*. 2014;55(3):383.
105. Liu H, Feng T, Ha T ve ark. Chinese Culture, Homosexuality Stigma, Social Support and Condom Use: A Path Analytic Model. *Stigma Res Action*. 2011;1(1):27-35.
106. Hatzenbuehler ML, Bellatorre A, Lee Y ve ark. Structural stigma and all-cause mortality in sexual minority populations. *Soc Sci Med*. 2014; 03:33-41.

EKLER

EK-I. Sosyodemografik Bilgi Formu

SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

Gönüllü

no:

İsim, soy isim:	Cinsiyet: E ☐ K ☐	YAŞ:
-----------------	---	------

Öğrenim Durumu: YIL

Medeni Durumu:

Meslek:

Psikiyatri Polikliniğine Kaçınıcı Başvuru:

İlk ☐ 2. ☐ 3. ☐ Daha çok. ☐

Alişkanlıklar: ☐ Sigara (..... paket.yıl) ☐ Alkol (.....) ☐ Diğer (.....)

TANI: (ICD 10)

Daha önce başka bir sebeple psikiyatri polikliniğine başvuru: Var ☐ Yok ☐

Ailede ruhsal hastalık öyküsü:

Var ☐

Yok ☐

Başka bir kronik hastalık var mı?

Var ☐

Yok ☐

Bu sorular hastaya sorulacak ve evet/hayır şeklinde cevaplar kaydedilecektir.

- 1- Bir tanıdığınız tarafından psikiyatri polikliniğinde görölmekten rahatsızlık duyar mısınız?
- 2- Rahatsızlığınızı arkadaşlarınızdan gizler misiniz?
- 3- Rahatsızlığınızı ailenizden gizler misiniz?
- 4- Benzer sorunlar yaşayan bir yakınınıza veya arkadaşınıza psikiyatri polikliniğine başvurmasını önerir misiniz?
- 5- Psikiyatri polikliniğine başvurmanın gelecekte size sorun yaratacağını düşünüyor musunuz?
- 6- Psikiyatri polikliniğine başvurmak insanların mesleki geleceğini etkiler mi?



EK-II. HASTALIK BİLGİ FORMU

TANI:

TANI SÜRESİ (Ne kadar zamandır bu tanı mevcut?:

Tedavileri düzenli kullanıyor mu?

1- Düzenli ()

2- Nadiren ihmal ediyor ()

3- Düzensiz ()

4- Çok düzensiz ()

Kontrol muayenelerine düzenli geliyor mu?

Evet ()

Hayır ()

Daha önce psikiyatri servisine yatış var mı?

Var ()

Yok ()

Varsa,

Şimdiki hastalık nedeniyle ()

Başka bir hastalık nedeniyle ()

Ailede aynı hastalığı olan birey var mı?

Var ()

Yok ()

Size rahatsızlık veren belirtilerin ruhsal bir hastalıktan kaynaklandığını düşünüyor musunuz? Hayır - Olabilir - Evet

EK-III Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ)

Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (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.	☐	☐	☐	☐
2. Ruhsal hastalığı olan kişiler saldırgan olmaya eğilimlidirler.	☐	☐	☐	☐
3. Ruhsal bir hastalığım olduğu için insanlar bana farklı davranıyorlar.	☐	☐	☐	☐
4. Reddedilmemek için, ruhsal hastalığı olmayan kişilere yaklaşımdan kaçınıyorum.	☐	☐	☐	☐
5. Ruhsal bir hastalığım olduğundan dolayı utanıyorum.	☐	☐	☐	☐
6. Ruhsal hastalığı olan kişiler evlenmemelidir.	☐	☐	☐	☐
7. Ruhsal hastalığı olan kişiler topluma önemli katkılarda bulunurlar.	☐	☐	☐	☐

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. ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
15. Sırf ruhsal hastalığımdan dolayı insanlar bana sık sık ne yapmam gerektiğini söyleyip, sanki çocukmuşum gibi davranırlar. ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
16. Ruhsal hastalığım olduğu için kendimden memnun değilim. ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
17. Ruhsal hastalığımanın olması hayatımı berbat etti. ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
18. İnsanlar görünüşümden ruhsal bir hastalığımanın olduğunu anlayabilirler. ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

19. Ruhsal hastalığımdan dolayı benimle ilgili çoğu kararı başkalarının vermesine ihtiyaç duyarım.	1	2	3	4
20. Ailemi ve arkadaşlarımı utandırmamak için sosyal ortamlardan uzak dururum.	1	2	3	4
21. Ruhsal hastalığı olmayanların beni anlamaları mümkün değildir.	1	2	3	4
22. Sırf ruhsal hastalığım olduğu için insanlar beni göz ardı eder ya da pek ciddiye almazlar.	1	2	3	4
23. Ruhsal hastalığım olduğu için topluma hiçbir katkımlarım olamaz.	1	2	3	4
24. Ruhsal bir hastalıkla yaşamak beni mücadeleci bir insan yaptı.	1	2	3	4
25. Ruhsal bir hastalığım olduğu için kimse bana yaklaşmak istemez.	1	2	3	4
26. Genel olarak, hayatı istediğim şekilde yaşayabiliyorum.	1	2	3	4
27. Ruhsal hastalığıma rağmen, iyi ve dolu dolu yaşadığım bir hayatım var.	1	2	3	4
28. İnsanlar ruhsal bir hastalığım olduğu için hayatta fazla başarılı olamayacağımı düşünüyorlar.	1	2	3	4
29. Akıl hastalarıyla ilgili olumsuz yaygın inanışlar benim durumum dikkate alındığında hiç de yanlış sayılmaz.	1	2	3	4

EK-IV ROSENBERG BENLİK SAYGISI ÖLÇEĞİ

AÇIKLAMA

Lütfen her soruyu dikkatli bir şekilde okuyup, kendinize en uygun şıkkı (X) ile işaretleyiniz.

	Doğru	Çok Doğru	Yanlış	Çok yanlış
1. Kendimi en az diğer insanlar kadar değerli buluyorum				
2. Bazı olumlu özelliklerim olduğunu düşünüyorum				
3. Genelde kendimi başarısız biri olarak görme eğilimindeyim.				
4. Ben de diğer insanların birçoğunun yapabildiği kadar bir şeyler yapabilirim.				
5. Kendimde gurur duyacak fazla bir şey bulamıyorum.				
6. Kendime karşı olumlu bir tutum içerisindeyim.				
7. Genel olarak kendimden memnunum.				
8. Kendime karşı daha fazla saygı duyabilmeyi isterdim.				
9. Bazen kesinlikle kendimin bir işe yaramadığımı düşünüyorum.				
10. Bazen kendimin hiç de yeterli olmadığımı düşünüyorum				

**EK-V Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Bilimsel Araştırmaları
Değerlendirme Komisyonu Onayı**



**T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Ankara İli 1. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Bilimsel Araştırmalar Değerlendirme Komisyonu
Tez Başvuru Değerlendirme Formu**



Başvuru Numarası: 741/2014

Araştırma Protokolü Adı: Bir Eğitim Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'ne başvuran hastalarda içselleştirilmiş damgalanma düzeylerinin bazı tanı grupları, sosyodemografik özellikler ve içgörü düzeyleriyle ilişkisi

Tez danışmanı: Prof. Dr. Erol Göka

Tez sahibi: Dr. Elmas Beyazyüz

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	BELGE ADI	VAR	YOK
	Klinik eğitim ve idari sorumlusu onaylı ön yazı	☒	☐
	Bilimsel Araştırma Başvuru Formu	☒	☐
	Araştırma protokolü	☒	☐
	İlgili diğer klinikler için birimler onayı	NA	☐
	Hasta ve kontrol grubu için bilgilendirilmiş gönüllü olur formu	☒	☐
	İKU Kılavuzunun okunduğuna dair imzalanmış belge	☒	☐
	Tez çalışması veya tez dışı klinik araştırma bütçe formu	☒	☐
	Hasta Takip Formu	☒	☐
	Helsinki Deklarasyonu'nun imzalanmış kopyası	☒	☐
	Sorumlu araştırmacı ile yardımcı araştırmacıların özgeçmişleri	☒	☐

KARAR BİLGİLERİ	Tarih: 29/01/2014	Karar No: 2014-741
	Hastanemiz Psikiyatri Kliniği asistanı Dr. Elmas Beyazyüz'ün sorumluluğunda yapılması planlanan, yukarıda başvuru bilgileri verilen 741/2014 no'lu araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler incelenmiştir. Araştırmanın bilimsel açıdan uygulanabilir olduğuna oy birliğiyle karar verilmiştir.	

Prof. Dr. Hürrem BODUR
(Başkan)

Prof. Dr. Adil ERYILMAZ
(Başkan yrd.)

Prof. Dr. Deniz BELEN
(Üye)

Doç. Dr. Adil ÖZKARA
(Üye)

Doç. Dr. Sezer KULAÇOĞLU
(Üye)

Doç. Dr. Altuğ TUNCEL
(Üye)



T.C.SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Ankara İli 1. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi



Sayı :B.10.4.ISM.4.06.00.13 Bilim.arş.kom.741/2014

Konu:

ANKARA NUMUNE EĞİT. VE ARAŞT. HAST.
Evrak Kayıt Şubesi

30 Ocak 2014 / 3741



Giden Evrak

Prof.Dr.Erol Göka
Psikiyatri Kliniği Eğitim ve
İdari Sorumlusu

Hastanemiz Psikiyatri kliniği asistanı, Dr. Elmas Beyazyüz'ün sorumlu araştırmacısı olduğu "Bir Eğitim Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'ne başvuran hastalarda içselleştirilmiş damgalanma düzeylerinin bazı tanı grupları, sosyodemografik özellikler ve içgörü düzeyleriyle ilişkisi" isimli çalışma hususunda hastanemiz Bilimsel Araştırmalar Değerlendirme Komisyonun Araştırma Başvuru Değerlendirme karar bilgileri ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Uzm.Dr.Saniye Nebioğlu Tontuş
Hastane Yöneticisi a
Başhekim Yardımcısı

