



T.C.

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

ŞİZOFRENİ VE BİPOLAR BOZUKLUK TANISI ALAN  
BİREYLERDE İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMA VE  
ALGILANAN SOSYAL DESTEK ARASINDAKİ İLİŞKİ

Hatice Büşra ÇALIŞKAN

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Cemal Onur NOYAN

İSTANBUL-2020

T.C.  
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

**ŞİZOFRENİ VE BİPOLAR BOZUKLUK TANISI ALAN  
BİREYLERDE İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMA VE  
ALGILANAN SOSYAL DESTEK ARASINDAKİ İLİŞKİ**

**Hatice Büşra ÇALIŞKAN**

**Tez Danışmanı**

**Doç. Dr. Cemal Onur NOYAN**

**İSTANBUL-2020**

## YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “Şizofreni ve Bipolar Bozukluk Tanısı Alan Bireylerde İçselleştirilmiş Damgalanma ve Algılanan Sosyal Destek Arasındaki İlişki” adlı çalışmanın, tarafımdan, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

08/07/2020

Hatice Büşra ÇALIŞKAN

## ÖNSÖZ

Tez çalışmamın her aşamasında bilgi birikimi ve tecrübesiyle beni cesaretlendirip yoluma ışık tutan, desteğini ve katkılarını esirgemeyen, pek kıymetli hocam, tez danışmanım Doç. Dr. Cemal Onur NOYAN'A;

Çalışmamın başından beri her konuda tezime olumlu katkıları olan Psikolog Elif KURTULUŞ'a;

Katılımlarıyla tezimin gerçekleşmesine olanak sağlayan birbirinden değerli tüm katılımcılarıma;

Hayatımın her alanında olduğu gibi tez çalışma sürecimde de beni yalnız bırakmayan, manevi desteklerini her daim hissettiren babam Akif ÇALIŞKAN'a, annem Hülya ÇALIŞKAN'a, çok kıymetli ağabeyim Furkan ÇALIŞKAN'a sonsuz teşekkür ederim.

(ÇALIŞKAN, Hatice Büşra, Yüksek Lisans, 2020)

## ÖZET

Bu araştırmada, şizofreni ve bipolar bozukluk tanısı almış kişilerin içselleştirilmiş damgalanma ile algılanan sosyal destek düzeyleri incelenmiştir. Araştırmaya Özel Bakımevi'nde terapi ve tedavi hizmeti alan 50 bipolar bozukluk tanılı ve 50 şizofreni tanılı kişi katılmıştır. Katılımcılara, kişisel ve tıbbi bilgilerine yönelik sorular içeren sosyodemografik bilgi formu, Ruh Hastalıklarında İçsel Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ) ve Algılanan Sosyal Destek Ölçeği uygulanmıştır. Araştırma genel tarama modeliyle yürütülen kesitsel bir çalışmadır. Katılımcıların anketlere vermiş olduğu yanıtlar doğrultusunda elde edilen bulgulara göre, bipolar ve şizofreni tanısına göre algılanan sosyal destek ve içselleştirilmiş damgalanma puanları anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır. Şizofreni tanılı hasta grubunda, algılanan sosyal destek ve içselleştirilmiş damgalanma puanları bipolar bozukluk tanısı alan hasta grubundakilere kıyasla daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca, cinsiyet, psikiyatri servisinde yatış durumu ve ailede psikiyatrik öykü değişkenleri bakımından içselleştirilmiş damgalanma puanları anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır. Cinsiyet değişkenine göre algılanan sosyal destek puanının anlamlı düzeyde farklılaştığı bulunmuştur. Şizofreni ve Bipolar bozukluk tanısı alan katılımcıların içselleştirilmiş damgalanma ve algılanan sosyal destek düzeyleri arasındaki ilişki incelendiğinde, içselleştirilmiş damgalanma damgalanmaya karşı direnç alt boyutu ile algılanan sosyal destek özel bir insan alt boyutu ve toplam puanı negatif yönlü ve anlamlı ilişkili bulunmuştur. İçselleştirilmiş damgalanmanın yordayıcıları incelendiğinde, ileri yaşta olmanın içselleştirilmiş damgalama puanındaki artışı anlamlı düzeyde açıkladığı sonucu elde edilmiştir. Araştırmada elde edilen bulguların, şizofreni ve bipolar bozukluk gibi ciddi ruh sağlığı bozukluklarına yönelik koruyucu ve önleyici çalışmalara katkı sunması beklenmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Damgalanma, İçselleştirilmiş Damgalanma, Ruh Sağlığı, Sosyal Destek

**(CALISKAN, Hatice Busra, Master's Degree, 2020)**

### **ABSTRACT**

In this study, perceived social support levels of people diagnosed with schizophrenia and bipolar disorder with internalized stigma were investigated. 50 bipolar patients who received therapy and treatment services and 50 people with schizophrenia participated in the study. A sociodemographic information form, Internalized Stigmatization Scale in Mental Disorders and Perceived Social Support Scale were applied to the participants, including questions about their personal and medical information. The research is a cross-sectional study carried out with the general screening model. According to the findings obtained in accordance with the responses given by the participants, the perceived social support and internalized stigmatization scores differ according to the diagnosis of bipolar disorder and schizophrenia. Perceived social support and internalized stigmatization scores were higher in patients with schizophrenia than in patients with bipolar disorder. In addition, internalized stigmatization scores differ significantly in terms of gender, hospitalization status in the psychiatric ward and family psychiatric history variables. It was found that the perceived social support score differed significantly according to the gender variable. When the relationship between the internalized stigmatization and perceived social support levels of the participants diagnosed with schizophrenia and bipolar disorder, the internalized stigmatization resistance dimension and the social support perceived from the significant other sub-dimension and total score were found to be negatively and significantly correlated. When the predictors of internalized stigma were examined, it was concluded that being older age explained the increase in internalized stigma resistance subscale score significantly. The findings obtained in the research are expected to contribute preventive studies for serious mental health disorders especially including schizophrenia and bipolar disorder.

**Keywords:** Internalized Stigmatization, Mental Illnesses, Social Support, Stigmatization

## İÇİNDEKİLER

YEMİN METNİ .....	i
ÖNSÖZ.....	ii
ÖZET.....	iii
ABSTRACT .....	iii
İÇİNDEKİLER.....	iv
TABLolar LİSTESİ .....	viiiv
KISALTMALAR LİSTESİ.....	ix
BÖLÜM I.....	1
GİRİŞ .....	1
1.1. Problem Tanımı.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı .....	2
1.3. Araştırmanın Önemi .....	2
1.4. Araştırmanın Soru ve Hipotezleri .....	3
1.5. Araştırmanın Sınırlılıkları .....	4
1.6. Araştırmanın Varsayımları.....	4
1.7. Tanımlar .....	4
BÖLÜM II.....	6
GENEL BİLGİLER.....	6
2.1. Damgalanma Kavramı.....	6
2.1.1. Damgalanmanın Kuramsal Çerçevesi .....	8
2.1.2. Toplumsal Damgalama .....	9
2.1.3. İçselleştirilmiş Damgalama .....	11
2.2. Ciddi Ruh Sağlığı Bozuklukları .....	12
2.2.1. Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar .....	13
2.2.2. Bipolar Bozukluk .....	14

2.3. İçselleştirilmiş Damgalama ve Ruh Sağlığı Bozukluklarıyla İlgili Sonuçlar .....	16
2.3.1. Ciddi Ruh Sağlığı Bozukluklarında İçselleştirilmiş Damgalama.....	16
2.3.2. İçselleştirilmiş Damgalama ve Algılanan Sosyal Destek.....	16
2.4. İlgili Araştırmalar .....	18
BÖLÜM III .....	25
YÖNTEM.....	25
3.1. Araştırmanın Evren ve Örneklemi .....	25
3.2. Araştırmanın Modeli .....	25
3.3. Veri Toplama Araçları .....	25
3.3.1. Demografik Bilgi Formu .....	25
3.3.2. Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ).....	25
3.3.3. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği .....	26
3.4. Veri Analizi .....	27
BÖLÜM IV .....	28
BULGULAR.....	28
4.1. Betimleyici İstatistikler .....	28
4.2. Demografik ve Tıbbi Değişkenler Bakımından İçselleştirilmiş Damgalanma ve Algılanan Sosyal Destek Düzeylerinin Karşılaştırılması .....	32
4.3. Şizofreni ve Bipolar Bozukluk Tanısı Almış Kişilerin İçselleştirilmiş Damgalanma ve Algılanan Sosyal Destek Boyutları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi .....	37
BÖLÜM V.....	40
TARTIŞMA .....	40
5.1. İçselleştirilmiş Damgalanma ve Algılanan Sosyal Destek'in Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Değerlendirilmesi .....	40
5.2. İçselleştirilmiş Damgalanma ve Algılanan Sosyal Destek Boyutları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi.....	43

BÖLÜM VI .....	45
SONUÇ VE ÖNERİLER .....	45
6.1. Sonuçlar.....	45
6.2. Öneriler.....	46
KAYNAKÇA .....	48
EKLER .....	56
EK-1. Bilgilendirilmiş Onam Formu .....	56
EK-2. Sosyo-demografik Bilgi Formu .....	57
EK-2. RUHSAL HASTALIKLARDA İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMA ÖLÇEĞİ (RHİDÖ).....	59
EK-4. ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ.....	62
EK-5. Araştırma İzni .....	65
EK-6. Etik Kurul Onayı .....	66
ÖZGEÇMİŞ .....	67

## TABLolar LİSTESİ

Tablo 1. Bipolar Bozukluk Tanısı Alan Grupların Sosyo-demografik ve Tıbbi Değişkenlerinin Frekans Dağılımı .....	28
Tablo 2. Şizofreni Tanısı Alan Grupların Sosyo-demografik ve Tıbbi Değişkenlerinin Frekans Dağılımı .....	29
Tablo 3. Katılımcıların Yaş, Psikiyatrik Yatış Sayısı, Algılanan Sosyal Destek ve İçselleştirilmiş Damgalanma Boyutlarının Puan Ortalamaları, Standart Sapma, Çarpıklık ve Basıklık Değerleri.....	31
Tablo 4. Tanı Türü Bakımından Katılımcıların Algılanan Sosyal Destek ve İçselleştirilmiş Damgalanma Alt Boyutlarının Bağımsız Örneklem t Testi .....	32
Tablo 5. Cinsiyet Bakımından Katılımcıların Algılanan Sosyal Destek ve İçselleştirilmiş Damgalanma Alt Boyutlarının Bağımsız Örneklem t Testi .....	34
Tablo 6. Psikiyatri Servisinde Yatış Değişkeni Bakımından Katılımcıların Algılanan Sosyal Destek ve İçselleştirilmiş Damgalanma Alt Boyutlarının Bağımsız Örneklem t Testi.....	35
Tablo 7. Ailede Psikiyatrik Öykü Değişkeni Bakımından Katılımcıların Algılanan Sosyal Destek ve İçselleştirilmiş Damgalanma Alt Boyutlarının Bağımsız Örneklem t Testi.....	36
Tablo 8. Katılımcıların Yaş, Psikiyatri Servisinde Yatış Süresi, Algılanan Sosyal Destek ve İçselleştirilmiş Damgalanma Boyutlarının Pearson Korelasyonu .....	37
Tablo 9. Bipolar Bozukluk ve Şizofreni Tanısı Almış Katılımcıların İçselleştirilmiş Damgalanma Düzeylerinin Yordayıcılarının Hiyerarşik Regresyon Analizi .....	38

## KISALTMALAR LİSTESİ

WHO: Dünya Sağlık Örgütü

DSM: Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders



# BÖLÜM I

## GİRİŞ

### 1.1.Problem Tanımı

Sosyolog Erving Goffman, damgalamayı “başkalarının tepkisinin kişinin normal kimliğini bozduğu bir süreç” olarak tanımlamaktadır. “Kişileri derinden itibarsızlaştıran özelliklere vurgu” ve “bireylerden farklı olarak indirgenmiş ve ötekileştirilmiş, birey” olarak sonuçlanan bir durum olarak ayrıca tanımlanmaktadır (Goffman, 1963). Yıllar geçtikçe Goffman'ın çalışmalarına dayanan teorisyenler ve araştırmacılar, statü kaybını ve etiketlenmiş grup üyeleri için ayrımcılığın söz konusu olduğu damgalamayı kavramsallaştırmışlardır. Damgalamanın kısır döngüsü, insani farklılıklarının etiketlenmesi ile başlar. Bir sonraki adımda ise “biz” ve “onlar” şeklinde bir kategorileşme durumu görülmektedir. Böyle bir kategorileşme, bu farklılıklara sahip olan kişilerde statü kaybı ve ayrımcılığa neden olmaktadır.

1960'ların Etiketleme Kuramı (Labelling Theory) (Lemert, 1979) damgalamaya kavramında hala geçerliliğini korumaktadır. Etiketleme Teorisi, doğal olmayan nitelikleri, normların dışında ve sapkın olarak tanımlamaktadır. Çoğunluk, azınlığı olumsuz yönde damgalama eğilimindedir. Bu doğrultuda, damgalama, kültürel normlardan sapma ile karakterize edilmektedir..

Stigma (Damgalama), ruh sağlığı alanında uzun zamandır incelenen bir kavramdır. Genellikle, sahip oldukları ruh hastalığı sebebiyle etiketlenen bireyler hakkındaki olumsuz kalıpyargılar, statü kaybına neden olmakta ve ayrımcılığı tetiklemektedir. Stigma, iyileşme sürecini olumsuz yönde etkileyebilecek önemli bir sosyal süreçtir (Ritsher ve Phelan, 2004). Bu nedenle damgalamanın, psikiyatrik hastalığa sahip olan bireylerin kendilik algısı ve olumsuz duyguların ortaya çıkmasında önemli etkileri bulunmaktadır.

Ruhsal hastalıklara karşı en olumsuz tutum psikotik özelliklerin olduğu bir ruh sağlığı sorununa sahip olmaktır (Waner, 2005). Şizofreni ve bipolar bozukluk gibi ciddi ruh sağlığı bozukluğu olan bireyler için en önemli sosyal statü kayıplarından biri, belirtilerinin ve duygusal deneyimlerinin topluluğun dışında seyretmesidir. Stigmanın zararlı etkileri, stigmanın, tedavi süreçlerine ve ruh sağlığı

alanında tanıya bakarken anahtar faktörlerden biri haline gelmesinin nedeninin bu olduğu düşünülmektedir.

Çoğu zaman, tanımın öne sürdüğü damgalama harici bir değişken olarak değerlendirilmekte; fakat damgalamanın insan duygularına ve kendini algılamaya yönelik dışa vurma ve “içselleştirilmesi” şeklinde temsillerinin olduğu görülmektedir. Bir toplumda yaşayan bireyler, yaşadığı kültüre adapte olur ve o kültürün basmakalıp yargılarını öğrenir. Öğredikleri basmakalıp yargılar, kişilerin benzer bir durumla karşı karşıya kaldıklarında olası damgalanma özelliklerini ve süreçlerini içselleştirmeleri söz konusu olmaktadır.

### **1.2.Araştırmanın Amacı**

Bu araştırmanın amacı, şizofreni ve bipolar bozukluk tanısı alan bireylerde içselleştirilmiş damgalanma ve algılanan sosyal destek düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesidir. Ayrıca, katılımcıların sosyo-demografik ve hastalıkla ilgili değişkenleri bakımından içselleştirilmiş damgalanma ve algılanan sosyal destek düzeylerinin karşılaştırılması araştırmanın amacı olarak belirlenmiştir.

### **1.3. Araştırmanın Önemi**

Damgalanmanın içselleştirme süreci, tedavi sürecinin yanı sıra kişinin hayatını da olumsuz etkilemektedir. Hem kamusal [sosyal] damgalama hem de içselleştirilmiş damgalama, sosyal desteğin ve benlik saygısının azalmasına yol açmaktadır (Weiner, 1995). Bunların arasında yer alan sosyal desteğin, tedavi ve iyileşme konusundaki önemli tesiri olduğu düşünüldüğünde, damgalamanın etkilerini en iyi bir biçimde değerlendirmenin önemli olduğu düşünülmektedir. Ciddi ruh sağlığı bozukluğu tanısı alan bireyler toplumsal damgalamayı içselleştirebilir ve sosyal destek düzeylerinde azalma yaşayabilmektedirler (Link ve ark., 2001). Bu doğrultuda, yapılan bu çalışmada, ciddi ruh sağlığı bozuklukları arasında yer alan şizofreni ve bipolar bozukluk tanısı almış bireylerde tedavi sürecini etkileyebileceği düşünülen içselleştirilmiş damgalanma ve algılanan sosyal destek düzeylerinin incelenmesiyle, ilgili literature ve araştırmaya dahil edilen klinik gruplara yönelik geliştirilecek müdahale yöntemlerine katkıda bulunabileceği düşünülmektedir.

#### **1.4.Araştırmanın Soru ve Hipotezleri**

Araştırmanın soru ve hipotezleri aşağıdaki gibidir:

Araştırma Sorusu 1: Şizofreni ve bipolar bozukluk tanısı alan bireylerde içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri anlamlı farklılık göstermekte midir?

H1: Şizofreni tanısı almış bireylerde içselleştirilmiş damgalanma durumu, bipolar bozukluk tanısı alan kişilere kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Araştırma Sorusu 2: Sosyodemografik değişkenler bakımından şizofreni ve bipolar bozukluk tanısı almış bireylerin algıladıkları sosyal destek anlamlı farklılıklar göstermekte midir?

H2: Cinsiyet, ailede psikiyatrik hastalık ve psikiyatrik yatış durumu değişkenleri bakımından şizofreni ve bipolar bozukluk tanısı almış bireylerin algıladıkları sosyal destek düzeyleri anlamlı farklılıklar göstermektedir.

Araştırma Sorusu 3: Sosyodemografik değişkenler bakımından şizofreni ve bipolar bozukluk tanısı almış bireylerin içselleştirilmiş damgalanma durumu anlamlı farklılıklar göstermekte midir?

H3: Cinsiyet, ailede psikiyatrik hastalık ve psikiyatrik yatış durumu değişkenleri bakımından şizofreni ve bipolar bozukluk tanısı almış bireylerin içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri anlamlı farklılıklar göstermektedir.

Araştırma Sorusu 4: Şizofreni ve bipolar tanısı alan bireylerde algılanan sosyal destek ve içselleştirilmiş damgalanma arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

H4: Şizofreni ve bipolar tanısı almış bireylerde algılanan sosyal destek ve içselleştirilmiş damgalanma arasında negatif yönlü ve anlamlı ilişki bulunmaktadır.

Araştırma Sorusu 5: İçselleştirilmiş damgalanma şizofreni ve bipolar bozukluk olgularında algılanan sosyal destek düzeyini anlamlı düzeyde yordamakta mıdır?

H5: İçselleştirilmiş damgalanma şizofreni ve bipolar bozukluk tanısı alan bireylerde algılanan sosyal destek düzeyini negatif yönlü yordamaktadır.

### 1.5.Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın sınırlılıkları aşağıdaki gibidir:

- 1.Araştırma şizofreni ve bipolar bozukluk tanısı almış toplam 100 birey ile sınırlandırılmıştır.
2. İçselleştirilmiş damgalanma ve algılanan sosyal destek düzeyi, araştırma için belirlenen veri ölçüm araçlarının içerdiği maddelerle sınırlıdır.
3. Araştırmada elde edilen bulgular, uygulanan istatistiksel analiz yöntemleriyle sınırlıdır.
4. Araştırmada elde edilen veriler, katılımcıların ölçüm araçlarına verdiği yanıtlarla sınırlıdır.

### 1.6.Araştırmanın Varsayımları

Araştırmanın varsayımları aşağıdaki gibidir:

- 1.Araştırmanın örnekleminin evreni temsil edebilirliği varsayılmaktadır.
2. İçselleştirilmiş damgalanma ve algılanan sosyal destek değişkenlerinin değerlendirilmesi için belirlenen veri ölçüm araçlarının geçerli ve güvenilir olduğu varsayılmaktadır.
3. Araştırmanın bulgularını elde etmek üzere uygulanan istatistiksel analiz yöntemlerinin bulguların elde edilmesi açısından geçerli ve güvenilir yöntemler olduğu varsayılmaktadır.

### 1.7.Tanımlar

**Damgalanma:** Bir kişinin ya da grubun, ruhsal hastalık, etnik grup, ilaç kötüye kullanımı veya fiziksel yetersizlik gibi özelliklerine dayanarak kusurlu veya gözden düşmüş olarak olumsuz değerlendirilmesidir (King ve ark., 2007).

**İçselleştirilmiş Damgalanma:** Ruhsal hastalığa sahip bireylerin psikiyatriye başvurduktan ve tanı aldıktan sonra, açık bir ayrımcılık ya da kötü davranışa maruz kalmasalar bile kendilerini damgalanmış olarak hissetmeleri halidir (Çam ve Çuhadar, 2009).

**Sosyal destek:** Kişinin başkaları tarafından ilgi ve bakım gördüğüne ilişkin algı olmakla birlikte kişilerin destekleyici bir sosyal ağına sahip olma durumudur (Vaux, 1988).



## BÖLÜM II

### GENEL BİLGİLER

#### 2.1. Damgalanma Kavramı

Stigma ile ilgili en köklü tanım Erving Goffman (1963) tarafından yapılmıştır. Goffman (1963), damgalamanın “birinin bir başkası tarafından derinden itibarsızlaştırması” olduğunu belirterek diğer insanların kişilerin özelliklerini, kimliğini ve değer yargılarını görmezden gelmesi ya da indirgemesi olarak kavramsallaştırmıştır. Bu nedenle damgalanma kişinin kimliğine bir darbe niteliğinde olabilecek bir dış faktör veya içselleştirilmiş bir özellik olarak tanımlanmaktadır (Goffman, 1963).

Kavrama ilişkin yapılan araştırmalar arasında, Dudley (2000), Goffman'ın ilk kavramsallaştırmasından yola çıkarak, damgalamayı, kişilerin özellikleri veya davranışları toplumsal normlardan farklı veya daha düşük olarak görüldüğünde atfedilen stereotipler veya olumsuz görüşler olarak tanımlamıştır.

Damgalamanın kavramsallaştırılmasında ruh sağlığı bozuklukları ve madde kullanım bozukluklarına yeterli ölçüde odaklanılmadığı fark edilmiştir (Goffman, 1963). Damgalanma, ırk, cinsiyet ve cinsel yönelim dahil çeşitli özellikler gibi diğer bağlamlarda söz konusu olabilecek bir durum olarak karşılanmıştır. Bu nedenle, damgalanmanın ruh sağlığı bozuklukları ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerde de görülebilen bir durum olduğunun dikkate değer olduğu düşünülmektedir. Bununla birlikte, ruh sağlığı sorunlarının ya da madde kullanım bozukluğu gibi toplumsal normlardan aleni bir biçimde saptığını yansıtan durumlara ilişkin belirli yönergeler ve sınıflandırmalar mevcuttur (örn. DSM 5 ve ICD-10 gibi) ve damgalamaya yol açabilecek düzeyde dışlayıcı ya da kapsayıcı bilgiler içermektedir. Ruh sağlığı bozukluklarının tanımı olarak verilen ve “bir kişide ortaya çıkan ve şu anki sıkıntı veya özürülük hali ya da ölüm, ağrı, özürülük veya önemli bir kayıp riskiyle ilişkili olarak artan bir klinik olarak anlamlı davranışsal veya psikolojik sendrom veya özellik” ifadeleri, söz konusu durumun bireyde davranışsal, psikolojik veya biyolojik bir işlev bozukluğunun olduğuna işaret etmektedir (APA, 2014). Bu tanım, damgalanmanın ruh sağlığı bozuklukları olan bireyleri nasıl

etkilediğini anlamaya başlamak için tutarlı bir temel sağlarken, ruh sağlığı sorunlarının bu şekilde kategorize edilmesinin aynı zamanda damgalanmaya maruz kalma riskini arttıran bir durum olarak nitelendirilmektedir (Corrigan, 2007).

Damgalanma kavramına ilişkin olarak Crocker ve Major (1989) bireylerin kişilerarası ilişkilerinin bu duruma sebep olabileceğini öne sürmüştür. Bu görüş çerçevesinde, sahip olduğu özellikler sebebiyle toplumda damgalanmaya maruz kalan bireyleri kimliği ve benlik değeri de düşmektedir.

Yang ve meslektaşları (2007), damgalanmanın güç bağlamında şekillenen bir kavram olduğunu ileri sürmektedir. Bu görüşe göre, damgalanan bireyler, toplumsal normların dışında ya da normlardan sapmış olması sebebiyle normatif açıdan bakıldığında daha güçsüz olarak algılanmaktadır. Bireysel farklılıklar bireylerin diğer insanlardan ayrıştırılmasına ve reddedilmesine yol açabilecek güç dengesizliklerini beraberinde getirebilmektedir. Öte yandan, Yang ve meslektaşları (2007), güç bağlamında ele aldıkları ve evrensel bir kavram olduğunu düşündükleri damgalanmayı, kültürel farklılıklara göre değişkenlik gösterebileceğini belirtmişlerdir.

Damgalanmanın sosyal, politik ve kültürel açıdan değerlendirilmesine ek olarak, hastalıklara yönelik dış çevrenin hasta bireylere yönelik tutumları ve basmakalıp düşüncelerinin etiketleme için önemli göstergeler olduğu öne sürülmektedir (Atalay, 2009). Ruh sağlığı bozuklukları açısından ele alındığında, ruh sağlığı sorunu olan bireyler sapkın ve kontrol edilemez davranışları olan bireyler olarak görülmekte ve buna yönelik çevrenin tepkisine maruz kalabilmektedirler. Oluşan tepki açık veya örtük olmakla birlikte, kişilerin normlara uygun olmayan davranışlarının daha şiddetli bir biçimde seyretmesine yol açabilmektedir.

Damgalanmanın anlaşılması üzerine yapılan araştırmalar, kuramsal çerçevenin oluşmasına olanak tanımıştır. İlk olarak Goffman (1963) tarafından verilen tanımın sonrasında, damgalanmanın kuramsal alt yapısı Jones ve meslektaşları (1984) tarafından yapılmıştır. Tanımın kuramsal yapısı itibariyle çok boyutlu bir yapısı olduğu öne sürülmüştür (Jones ve ark., 1984).

### 2.1.1. Damgalanmanın Kuramsal Çerçevesi

Yukarıda belirtildiği üzere, damgalanmanın tanımına ek olarak kuramsal çerçevede ele alınmasına yönelik ilk çalışmalar Jones ve meslektaşları (1984) tarafından yapılmıştır. Yaklaşım doğrultusunda, damgalanmanın farklı boyutları olduğu öne sürülmüştür. Bunlar:

1. Tehlike
2. Kalıtsallık
3. Kontrol edilebilirlik
4. Acımak
5. (Hastalığın) Görünürlük
6. Stabilitate ve (hastalığın) seyri

Tehlike olarak belirtilen ilk boyut, damgalamanın görülmesinde önemli bir faktördür. Ruh sağlığı bozukluklarının tehlikeli olmasına yönelik damgalayıcı ve basmakalıp düşünceler ve tutumlar, ruh sağlığı bozukluklarının tahmin edilemez, garip ve ürkütücü olması sebebiyle tehlike arz etmesi üzerinedir (Lundberg ve ark., 2007). Tehlike boyutuna ilişkin ruh sağlığı sorunlarına yönelik sosyal ipuçları damgalayıcı tutum ve düşünceleri beraberinde getirmektedir. Örneğin, ciddi bir ruh sağlığı sorunu olan bireyde (örn. şizofreni ya da bipolar bozukluk gibi), dış görünüş ve normal olmayan sosyal beceriler bu kişilere yönelik etiketleme ve damgalamayı beraberinde getirmektedir (Sztancsik, 2018). Ayrıca, Jones ve meslektaşları (1984) tarafından belirtildiği gibi, ruh sağlığı sorunları olan kişilerin normlara uygun olmayan davranışları ve görünümleri diğer insanların onları etiketlemesine ve onlardan kaçınmasına yol açmaktadır.

Diğer bir boyut olan kalıtsallık ise ruh sağlığı bozukluklarının genetik ve biyolojik faktörler neticesinde ortaya çıktığı görüşüne dayanarak aynı zamanda hastalığın kontrol edilebilir ya da kontrol edilemez olma durumunu açıklayan önemli bir faktördür. Genetik faktörlerden dolayı ortaya çıkan ruh sağlığı sorunlarına yönelik toplumun düşünce ve tutumlarının daha kontrol edilebilir ve normlardan sapkın olarak nitelendirilen ruh sağlığı sorunlarına kıyasla daha az damgalandığı öne sürülmektedir (Feldman ve Crandall, 2007). Yapılan bir araştırmada, pedofili ya da kokain kullanım bozukluğu olan kişilere yönelik damgalamanın travma sonrası stres bozukluğu gibi ruh sağlığı bozukluklarına kıyasla daha fazla damgalandığı sonucunu

elde etmiştir (Feldman ve Crandall, 2007). Ruh sağlığı sorunlarındaki farklılıkların aynı zamanda damgalanmadaki farklılıkları beraberinde getirmesi, rahatsızlığın kökeni ve kontrol edilebilirliğine göre farklılık göstermektedir. Bu durum, diğer bir boyut olan ruh sağlığı bozukluğu olan kişilere acıma boyutu ile bağlantılıdır. Bu görüş doğrultusunda, kontrol edilebilir ve kişinin kendi iradesiyle ilişkili olduğu sanılan ruh sağlığı sorunlarına yönelik toplumun acıma duygusunun daha az olduğu; biyolojik kökenli ya da travmatik stres gibi kontrol edilemez durumlardan kaynaklı ruh sağlığı sorunlarına yönelik acıma duygusunun daha fazla olduğu öne sürülmektedir (Jones ve ark., 1984).

Hastalığın görünürlüğü damgalanma için oldukça önemlidir. Hastalığın görünürlüğü, semptomların diğer insanlar tarafından fark edilebilirliğine vurgu yapmaktadır (Crocker, 1996). Örneğin şizofreni tanısı alan bireylerin düşünce bozukluğu ve davranışsal farklılıklarının diğer insanlar tarafından fark edilebilecek düzeyde olduğu ve bu belirtilerin normlara uymaması sebebiyle daha fazla damgalanmaya sebep olduğu belirtilmiştir (Lee ve ark., 2005).

Damgalanmaya ilişkin diğer boyutlar olan seyir, stabilite ve rahatsız edicilik boyutları birbirleriyle benzer niteliklere sahip olmakla birlikte, seyir ve stabilite boyutları ruh sağlığı bozuklukları olan bireylerin tedaviye nasıl yanıt verdikleri ve iyileşme düzeyine yönelik nitelikleri barındırmaktadır (Corrigan ve ark., 2001). Öte yandan, rahatsız edicilik boyutunda ise, kişilerin ruh sağlığı sorununun kişilerarası ilişkilerinde nasıl sorunlara yol açtığı veya sosyal ortamlardaki tezahürünün nasıl olduğu ile ilgilidir. Ruh sağlığı sorunu diğerleri için ne kadar az rahatsız edici ve stabil algılanırsa o denli daha az damgalanma söz konusu olmaktadır (Corrigan ve ark., 2001).

Damgalanmanın boyutlarına ek olarak damgalama/damgalanma türlerine ya da düzeylerine ilişkin olarak yapılan çalışmalarda farklı türlerin olduğu belirtilmiştir. Damgalama/damgalanma türleri olarak toplumsal damgalanma, içselleştirilmiş damgalanma ve sağlık çalışanlarının damgalama davranışları tanımlanmıştır.

### **2.1.2. Toplumsal Damgalama**

Sosyal damgalanma en sık değerlendirilen damgalanma türüdür. Sosyal damgalanma toplumda yapısaldır ve ruhsal veya davranışsal bozukluğu olan kişiler

için engel teşkil etmektedir. Yapısal açıdan ele alındığında sosyal damgalamanın, toplumun büyük bir kesiminin damgalanan kişilerin daha az eşit olduğu veya aşağı bir grubun parçası olduğu düşüncesi olduğu öne sürülmektedir. Bu bağlamda sosyal damgalanma, kişilerde eşitsiz ve indirgenmişlik hissini beraberine getiren sosyal koşullardır. Toplumun düşünceleri ve tutumu, damgalanan kişilerin tedavi hizmetlerine eşit olmayan bir şekilde erişimine yol açabilmektedir (Yang ve ark., 2007). Sosyal damgalanma, temel hizmetlere erişim gibi ihtiyaçlara erişimde de farklılıklara neden olabilmektedir.

Yapılan araştırmalar, sosyal damgalamanın toplumda nasıl geliştiği ve değiştiğinin anlaşılmasına katkıda bulunmuştur. Sosyal damgalama araştırmasının önde gelen disiplinlerinden biri psikoloji olmuştur. Çoğu psikoloji araştırmasındaki damgalanma gelişimi, bilişsel, davranışsal ve duyuşsal süreçler ve sosyal kimliğe odaklanmaktadır (Yang ve ark., 2007).

Psikoloji alanında yapılan araştırmalar, genellikle üç özel sosyal damgalama modelinin olduğunu ileri sürmektedir. Bunlar sosyo-kültürel, motivasyonel ve sosyal bilişsel modelleri içermektedir. Sosyo-kültürel model damgalamanın sosyal adaletsizlikleri haklı çıkaran bir durum olduğunu öne sürmektedir. Örneğin toplumun ruhsal ve davranışsal bozuklukları olan bireyleri eşitsiz olarak tanımlaması ve etiketlemesi sosyo-kültürel bağlamda değerlendirilebilecek bir durumdur. Motivasyonel model ve sosyal damgalanma bireylerin temel psikolojik ihtiyaçlarına vurgu yapan damgalayıcı düşünce ve tutumları kapsamaktadır (Crocker ve Lutsky, 1986). Bu modelin bir örneği, ruhsal ve davranışsal bozuklukları olan kişiler çoğunlukla daha düşük sosyo-ekonomik gruplarda yer aldıkları için damgalanmaya maruz kalmaları daha fazla olduğu görülmektedir. Son olarak, sosyal bilişsel model, ruh sağlığı bozukluğu olan bir kişinin bir kategoride etiketlendiği ve hasta olmayan kişilerden farklı olacağı şekilde, bilişsel bir çerçeve kullanarak tanımlandığını öne sürmektedir (Corrigan, 1998).

Corrigan ve meslektaşları (2001) damgalama kavramını açıklamak ve anlamak için sosyal bilişsel modeli temel almış ve daha önce damgalanmanın boyutları olarak ele alınan stabilite, kontrol edilebilirlik ve acıma boyutlarının bu model çerçevesinde değerlendirilebileceğini savunmaktadır (Corrigan ve ark., 2001). Bu çerçeveyi kullanarak, araştırmacılar tarafından yapılan yeni bir araştırma, halkın

genellikle ruhsal ve davranışsal bozuklukları fiziksel bozukluklardan daha fazla damgaladığını bulmuştur. Ayrıca, toplumun, ruh sağlığı sorunlarının “niteliklerine” dayalı damgalayıcı tutumlarının farklılık gösterdiği sonucu elde edilmiştir. Örneğin, kokain bağımlılığı en kontrol edilebilir olarak algılanırken, 'zihinsel yetersizlik' en az kontrol edilebilir olarak görülmüştür ve bu nedenle her ikisine karşılık gelen damgalama düzeylerinde anlamlı farklılık bulunmuştur (Corrigan ve ark., 2001).

Damgalanma teorileri genellikle sosyal etkileşim ve sosyal saygı merceğiyle değerlendirilmiştir. Kuramsal açıdan ele alındığında, sosyal damgalanma, ilk olarak Goffman (1963) tarafından, bireylerin damgalanma koşullarına bağlı olarak az ya da çok “damgalanmış” kategoriler arasında gidip geldiğini şeklinde belirtilmiştir. Sosyal olarak oluşturulmuş bu kategoriler Lemert’in (2000) sosyal tepki kuramı ile tutarlılık göstermektedir. Bu teoride, ruhsal ve davranışsal bozukluğu olan insanların toplum normlarından farklı olduğu ve toplumun bu kişiyi veya grubu damgaladıktan sonra gelişen ikincil sapma, dahil olmak üzere birincil sapma dahil iki sosyal sapma kategorisi oluşturduğu öne sürülmektedir. Benzer şekilde, daha yüksek seviyelerde damgalanmanın daha “ciddi” ruh sağlığı sorunları olan kişilerin seyrini olumsuz etkilediği belirtilmiştir. Bu yönüyle, sosyal damgalanma, ruhsal bozuklukların prognozu açısından önemli bir olumsuz etkiye yol açabilmektedir.

Sztancsik (2018), damgalamanın etiketleme, önyargı, ayırıştırma ve statü kaybı gibi çeşitli bileşenleri ortaya çıkarttığını öne sürmüştür. İlk olarak, etiketleme, toplumda hangi farklılıkların önemli olduğunu belirlemek için bir sosyal seçim sürecinin sonucu olarak gelişmektedir. Irk gibi farklılıklar kolayca tanımlanabilir ve toplumun insanları gruplara ayırmasına izin verir. Aynı durum, ruhsal hastalığı tedavi edilmemiş kişilere yönelik dışarıdan fark edilebilen belirtilerine toplum tarafından tepki gösterildiğinde ortaya çıkmaktadır. Örneğin şizofreni vakalarında bu durumun görülmesi mümkündür. Etiketler, bir kişiyi veya bir grup insanı basmakalıp düşünceler ve yargılar sebebiyle olumsuz özelliklerle tanımlanmasına yol açmaktadır.

### **2.1.3. İçselleştirilmiş Damgalama**

Damgalama, sadece toplumdaki diğer kategorilerdeki kişiler tarafından değil, aynı zamanda bu durumdaki kişi tarafından da içselleştirilebilir. Dolayısıyla, sosyal damgalamanın sürekli etkisi, kişinin kendi durumu hakkında suçlu ve yetersiz

hissetmesine yol açabilmektedir (Corrigan, 2004). Ayrıca, toplumda paylaşılan değerler, inançlar ve ideolojiler dahil olmak üzere kolektif temsil, bu durumlarda doğrudan sosyal damgalanma yerine içselleştirilmiş damgalanma olarak kendisini gösterebilmektedir. Sosyal damgalanmanın yol açtığı kolektif temsiller tarihsel, politik ve ekonomik faktörleri içermektedir. Bu nedenle, içselleştirilmiş damgalanmada, kişiler doğrudan damgalanmasalar bile bir bireyler üzerinde bir etkiye yol açtığı düşünülmektedir. Bu etkinin, bireyin benlik saygısı ve öz-yeterliliği üzerinde olumsuz bir etkisi olmaktadır. Aynı zamanda, içselleştirilmiş damgalanma kişilerin davranışsal tepkilerinin ve hastalığın seyrinin değişmesine neden olabilmektedir (Corrigan, 2007). Bununla birlikte, bireylerin verilen durumlarına göre damgalanmayı farklı şekilde içselleştirebildikleri öne sürülmektedir. Bu, bireysel başa çıkma mekanizmalarına bağlı olarak kişisel benlik saygısının, damgalamadan etkilenebileceğini veya etkilenmeyebileceğini göstermektedir (Crocker ve Major, 1989).

İçselleştirilmiş damgalanmada, kişinin toplum tarafından damgalanmış olma düşüncesi, aslında damgalanmaya ek olarak, psikososyal iyi oluşu etkileyen önemli bir faktördür (Link ve ark., 1989). Bu bağlamda, öncelikle bireyin damgalanmış hissetmesine neden olan etiketlenme korkusudur. Weiner (1995) damgalanmaya ilişkin düşüncelerin, duygusal bir tepkiye yol açtığını ileri sürmektedir. Bu, etkilenen bireyin bakış açısı tarafından yorumlanmaktadır. Kişiler, kendini damgalanmış hissederek utanç, izolasyon ve öfke gibi duygusal tepkiler verebilmektedirler.

## **2.2. Ciddi Ruh Sağlığı Bozuklukları**

Bipolar bozukluk ve şizofreni gibi ciddi ruh sağlığı bozuklukları genellikle yaşam seyrinde kötüleşen kronik hastalıklar olarak tanımlanmaktadır. Ayrıca, bu rahatsızlıklar çoğu hastada kötü prognoz göstermektedir (Mueser ve McGurk, 2004). Bununla birlikte, günümüzde, geçmişe nazaran ciddi ruh sağlığına yönelik daha umut verici müdahalelerin sağlandığı bilinmektedir. Öte yandan, geçmişte, ciddi ruh sağlığı bozukluğu olan kişiler, istihdam, eğitim, çocuk yetiştirme, yakın ilişkiler ve bağımsız yaşam gibi normatif faaliyetlerde bulunmakta zorlanmaktaydı (Anthony, 1993). Hastalar sıklıkla uzun süreli hastane yatışına, ağır ilaç kullanımına ve tecrit edilmeye maruz kalmaktaydı. Günümüzde ise hastaların nerede yaşadıkları, hastalığın şiddeti ve özellikleri, hastalığın süresi gibi özelliklerin göz önünde

bulundurulmasıyla yaşam standartlarının daha iyi hale getirilmesi üzerine kapsamlı müdahalelerin geliştirildiği düşünülmektedir. Bununla birlikte, şizofreni ve bipolar bozukluk gibi ruh sağlığı sorunları günümüzde de ciddi ruh sağlığı sorunları olarak nitelendirilmektedir (Davidson, 2003).

### 2.2.1. Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar

Şizofreni, genellikle genç yaşlarda başlayan, tedavinin gidişatı ve sonlanışı bakımından hastadan hastaya farklılıklar gösteren, henüz etiyojisi tam olarak netliğe erişmeyen, ruhsal durumun hemen tüm alanlarında belirti ve bulgular gösteren ve önemli ölçüde yeti yitimine yol açan bir toplum sağlığı sorunudur (Sadock, Sadock ve Ruiz, 2016).

Şizofreni, bireylerin gerçeği ayırt etme başta olmak üzere algısal, bilişsel, duygusal, düşünsel ve davranışsal alanlarda sorunlar yaşamasına neden olan, sosyal işlevselliğini olumsuz yönde etkileyen ruhsal hastalıklardan biridir (Bademli ve Çetinkaya Duman, 2013).

Kalıtsal, ruhsal ve çevresel etkenlerin hastalığın gelişmesinde önemli rolü olmakla birlikte, değişik kesim ve toplumlarda her 100 kişiden 1’inde hayatın bir döneminde şizofreni görüldüğü ve çoğunlukla ergenlik yıllarının sonlarında ve genç erişkinlik yıllarında belirtilerin bulunduğu, başlama yaşı kadınlarda daha ileri olan bir hastalıktır (Koroğlu, 2010). Dünya Sağlık Örgütü (WHO) verilerine göre yeti yitimine ve kayba yol açan hastalıklar sıralamasında 10 hastalıktan biri olarak yer almaktadır (Atmaca ve Durat, 2016).

Şizofreni, bir kişinin düşüncesi, duyguları ve davranışı üzerinde büyük etkisi olan ciddi bir psikiyatrik durumdur. Şizofreni hastaları genellikle gerçeklikle uyuşmayan inançlar veya davranışlar geliştirir. Şizofreni genellikle geç ergenlik ve erken erişkinlikte başlamaktadır. Yaygın görüşlerin ve kişilere yansıtılan temsillerinden farklı olarak, şizofreni hastaları çok nadiren tehlikeli veya saldırgan davranışlar sergilemektedir.

Şizofreni belirtileri şunları içermektedir:

*Sanrılar:* Bir kişinin büyük bir inançla sahip olduğu mantıksız inançlar (örneğin, uzaylıların kişinin kafasına düşünce yüklediğine inanmak)

*Halüsinasyonlar:* Gerçek bir uyarın olmadığı halde duyusal deneyimlere (görme, işitme, koklama, hissetme veya tatma) sahip olmak

*Dezorganize Konuşma:* Anlaşılması zor veya imkânsız ve / veya mantıklı olmayan tutarsız bir şekilde konuşmak

*Dezorganize veya Katatonik Davranış:* Düzensiz veya uygunsuz olabilecek alışılmadık davranışlar (örneğin, kendisiyle konuşmak veya bunu yapmak için bir amaç olmadan son derece alışılmadık bir şekilde giyinmek)

*Negatif Belirtiler:* “Düz etki” (bir kişinin çok az duyguya sahip olduğu, yüz ifadesinde veya ses tonunda nadiren değişikliğin görülmesi), konuşmayı azaltma, zevk duygularını azaltma ve aktiviteleri başlatma veya sürdürme güçlüğünü içermektedir.

Şizofreni seyri kişilerde çok farklı görülebilmektedir. Şizofreni hastaları, bu semptomların bir kısmına en az 6 ay boyunca sahip olmaları tanı için gereklidir. Yukarıdaki belirtiler ortaya çıkarmasına karşın 6 aydan daha kısa bir süre boyunca semptomların devam ettiği gözlemlenirse aşağıdakiler düşünülebilir:

*Şizofreniform bozukluk,* şizofreni ile aynı semptomlara sahip olan bir psikiyatrik durumdur, ancak semptomlar 6 aydan fazla sürmez.

*Kısa psikotik bozukluk,* aynı şizofreni semptomlarının bulunduğu psikiyatrik bir durumdur, ancak semptomlar en az bir tam gün ve bir aydan uzun sürmez ve kişi önceki işlev seviyesine geri döner (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014).

### **2.2.2. Bipolar Bozukluk**

Daha önce manik depresyon olarak bilinen bipolar bozukluk, depresyon dönemleri ve normal olmayan derecede yükselmiş ruh hali (mani) ile karakterize bir ruh sağlığı bozukluğudur (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014). Yüksek ruh hali şiddetli ise veya psikoz ile ilişkiliyse, buna mani adı verilmekte ve daha az şiddetli ise hipomani denilmektedir (Anderson, Haddad ve Scott, 2012). Mani sırasında, bir kişi anormal derecede enerjik, mutlu veya sinirli davranmakta veya hissetmektedir. Bu kişiler, genellikle sonuçları düşünmeden dürtüsel kararlar alabilmektedir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014). Genellikle manik evrelerde uykuya olan

gereksinim azalmaktadır. Depresyon dönemlerindeki kişilerde çökkün, hayata olumsuz bir bakış açısına sahip bir duygu durumu görülmektedir. (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014). Bipolar bozuklukta intihar riski yüksektir. Ayrıca, anksiyete bozuklukları ve madde kullanım bozuklukları gibi diğer ruh sağlığı sorunları yaygın olarak bipolar bozukluk ile ilişkili bulunduğu görülmüştür (Anderson, Haddad ve Scott, 2012).

Bipolar bozukluğun nedenleri açıkça bilinmese de, hem çevresel hem de genetik faktörlerin rol oynadığı düşünülmektedir. Her biri küçük etkileri olan birçok gen, bozukluğun gelişmesine yol açabilmektedir (Goodwin, 2012). Genetik faktörler, bipolar bozukluk gelişme riskinin yaklaşık %70-90'ını oluşturmaktadır (Bobo, 2017). Çevresel risk faktörleri arasında çocuklukta kötü muameleye maruz kalma öyküsü ve uzun süreli stres yer almaktadır.

Bipolar bozukluğun sınıflandırılmasına yönelik, en az bir manik atak varsa, depresif ataklı veya ataksız bir durumda bipolar I bozukluğu ve en az bir hipomanik atak ve bir büyük depresif atak varsa bipolar II bozukluk olarak sınıflandırılmaktadır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014). Semptomlar ilaç veya tıbbi sorunlardan kaynaklanıyorsa, bipolar bozukluk tanısı konulmamaktadır. Bipolar bozukluk ile örtüşen semptomları olan diğer durumlar arasında dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, kişilik bozuklukları, şizofreni ve madde kullanım bozukluğu yer almaktadır (Anderson, Haddad ve Scott, 2012).

Bipolar bozukluk tedavisinde lityum ve valproat ve karbamazepin gibi bazı antikonvülzanlar- uzun süreli nüks önlenmesinde tercih edilen psikotropik ajanlardır (Grande ve ark., 2012). Antipsikotikler akut manik ataklar sırasında olduğu gibi duygudurum dengeleyicilerinin etkisiz olduğu veya uyumun zayıf olduğu durumlarda verilebilmektedir. Öte yandan, psikoterapinin bu bozukluğun seyrini geliştirdiğine dair bazı kanıtlar vardır. Depresif ataklarda antidepresan kullanımı etkili olabilmekte ancak manik atakları tetiklemede rol oynayabilmektedir. Bununla birlikte, depresif atakların tedavisi genellikle zordur. Elektrokonvülsif tedavi (EKT) akut manik ve depresyon ataklarında, özellikle psikoz veya katatonide etkili olmaktadır. (Grande ve ark., 2012).

Semptomların başladığı en yaygın yaş 25'tir. Bipolar bozukluğu olan kişilerin yaklaşık üçte birinde hastalık nedeniyle mali, sosyal veya iş açısından sorunlar yaşanmaktadır (Anderson, Haddad ve Scott, 2012). Bipolar bozukluk, dünya çapında en büyük 20 engellilik nedeninden biridir ve toplum için önemli maliyetlere yol açmaktadır (Ferrari ve ark., 2016). Yaşam tarzı seçimleri ve ilaçların yan etkileri nedeniyle, bipolar olan kişilerde, koroner kalp hastalığı gibi doğal nedenlerden dolayı görülen ölüm riski, genel popülasyonun iki katı olduğu saptanmıştır (Anderson, Haddad ve Scott, 2012).

### **2.3. İçselleştirilmiş Damgalama ve Ruh Sağlığı Bozukluklarıyla İlgili Sonuçlar**

#### **2.3.1. Ciddi Ruh Sağlığı Bozukluklarında İçselleştirilmiş Damgalama**

Ciddi ruh sağlığı bozuklukları 18 yaş ve üstü kişiler tarafından yaşanan, epizodik, tekrarlayan veya kalıcı özellikler ile karakterize edilen ve sosyal hayata katılma yeteneğini önemli ölçüde etkileyen veya sınırlayan, teşhis edilebilir zihinsel, davranışsal veya duygusal bozukluk olarak tanımlanmaktadır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014).

Ciddi ruh sağlığı sorunları, hastalık ve ölüm riskini artıran bir durum olmakla birlikte kişilerin işlevselliğinin ve toplumsal katılımının önündeki engeller olarak ele alınan önemli bir kavramdır. Aynı zamanda, ciddi ruh sağlığı sorunlarında, izolasyon, evsizlik, hastalığı yönetememe ve damgalanma gibi önemli stres faktörleri ortaya çıkabilmektedir (Narrow, Regier, Norquist ve ark., 2000). Öte yandan, ciddi ruh sağlığı bozukluğu olan kişilerin yaşam beklentisi, genel popülasyondan 25-30 yıl daha az olabilmektedir. Bu stres etkenlerinin yalnızca psikofarmakolojik ve / veya davranışsal müdahalelerle hafifletilemediğini gösteren çalışmalar, sosyal destek müdahaleleri gibi psikososyal yaklaşımların ciddi ruhsal bozukluklara uyarlanması gerektiğini öne sürmektedir.

#### **2.3.2. İçselleştirilmiş Damgalama ve Algılanan Sosyal Destek**

Sosyal destek, psikolojik sağlığın temel bir kaynağı olmakla birlikte iyileşmeye özel bir yardım olarak tanımlanmıştır (Breier ve Strauss, 1984). Corrigan ve meslektaşları (1999) arkadaş sayısı ile ölçülen sosyal ağların büyüklüğünün iyileşme ile ilişkili olduğunu, ancak sosyal destekten duyulan memnuniyetin olmadığı yönünde bulgulara rastlamışlardır. Bununla birlikte, daha büyük bir örnekleme yapılan başka bir çalışmada, iyileşmenin hem sosyal ağ boyutu hem de

sosyal yaşam memnuniyeti algısı ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Diğer çalışmalar sosyal desteği ve iyileşmeyi daha sınırlı semptomlar perspektifinden incelemiştir. Pevalin ve Goldberg (2003), ruh sağlığına ilişkin olaylarını izleyen 4.878 kişilik örnekleminde, düşük sosyal desteğin hastalığın başlangıç döneminde rastlanıldığını ve iyileşme şansını azalttığını bulmuşlardır. Kendler ve ark. (1997), sosyal desteğin majör depresyonu olan kadınlarda semptomlardan iyileşmeyi öngördüğünü bildirmiştir. Benzer şekilde Lara ve arkadaşları, sosyal desteğin hem depresyon şiddetini hem de altı aylık sürede semptomların düzelmesini yordadığını bulmuşlardır. Johnson ve ark. (1999), bipolar bozukluğu olan hastalarda mâni ile ilişkili olmamakla birlikte, depresyon döneminde iyileşme hızı ile sosyal destek arasında anlamlı ilişki olduğunu bulmuşlardır.

Sosyal desteğe yönelik az bilinen önemli bir konu, ruh sağlığı bozukluklarında iyileşmenin desteklenmesinde anlamlı işlevi olduğudur. Sosyal desteğin kişinin toparlanmasındaki rolü, sadece daha fazla sosyal bağ kurması değil, toplumsal faaliyetlere katılımına yardımcı olabilecek faaliyetlerin de önemli ölçüde rolü olduğu öne sürülmektedir. Bu nedenle, sosyal destek ve faaliyetler iyileşmeyi desteklemek için etkileşime girmektedir. Özellikle sosyal destek ve iyileşme üzerine araştırma yapılmamasına rağmen, özellikle ileri yaş erişkinlerde, düşük sosyal desteğin depresyonun bir korelasyonu olduğu belirtilmiştir (Morrow-Howell ve ark., 2003).

Sosyal desteğin, stresin genel nüfus arasındaki olumsuz etkisinden koruduğu öne sürülmüştür (Cohen, 2001). Özellikle, sosyal destek, arkadaşlık, sevgi ve umut sağlayan ilişkiler ve sosyal ağlar, iyileşme modelinin önemli bir boyutu olarak tanımlanır ve iyileşme modelini yönlendiren ilkeler arasında sosyal destek yer almaktadır. Örneğin, iyileşmenin ilişkiler ve sosyal ağlar aracılığıyla ve bireyler, aile, toplumun güçlü ve zayıf yönlerini içeren akran desteğini içerdiği öne sürülmektedir. Ayrıca, sağlık hizmetleri için klinik uygulama kılavuzları artık psikiyatrik değerlendirmenin önemli bir parçası olarak sosyal destek değerlendirmesini içermektedir (Lehman ve Steinwachs, 2010).

Şimdiye kadar, sosyal desteğin ciddi ruhsal bozukluğu olan kişilerde stresin olumsuz etkisini nasıl azalttığına yönelik çok az bilgiye rastlanmaktadır. Mevcut sınırlı araştırmalar, sosyal desteğin yaşam kalitesi ile olumlu bir şekilde bağlantılı olduğunu göstermektedir (Sharir, Tanasescu, Turbow ve Mamam, 2007), ancak

bulgular küçük ila orta etki boyutlarını ortaya koymaktadır ve bazı çalışmalar hiçbir etki göstermemektedir. Bu çalışmalar, “tipik” yaşam stresörlerine maruz kalan (örneğin boşanma, ölüm, iş kaybı) genel nüfus için tasarlanmış sosyal destek önlemlerine dayanırken, ciddi ruhsal bozukluğu olan kişilerde ek bir dizi kronik stresöre maruz kalması araştırma bulgularını etkileyebileceği düşünülmektedir. Özellikle, ciddi ruhsal bozukluğu olan kişilerin, damgalanma, izolasyon, maddi sorunlar gibi stres faktörleriyle karşı karşıya kalabileceği öne sürülmektedir (Narrow ve ark., 2000). Ayrıca, farklı klinik popülasyonlarla sosyal desteği araştıran araştırmacılar, genel nüfusla yapılan araştırmaların kendi başlarına yeterli olmadığını belirtmektedir.

Sınırlı sayıda çalışma ciddi ruhsal bozukluklarına özgü sosyal destek türlerini araştırmıştır. Breier ve Strauss (1984), semptom izleme, rol model alma ve gerçeklik testi gibi destek türlerini tanımlayan nitel bir çalışma yürütmüştür. Buna ek olarak Walsh ve Connelly (1996) duygusal desteğin bu popülasyonda maddi ve enstrümantal desteğe göre daha yaygın olduğunu gözlemlemiştir. Bugüne kadar, diğer klinik popülasyonlarla yapılan bilimsel ilerlemeye paralel araştırmalar ciddi ruhsal bozukluğu olan kişilerde görülmemiştir. Bu yüzden, ciddi ve kronik seyreden ruhsal bozukluklarda sosyal desteğin önemini inceleyen çalışmaların farklı bir perspektiften ve daha sistematik yürütülmesi gerektiği düşünülmektedir.

#### **2.4. İlgili Araştırmalar**

İlgili literatür incelendiğinde, ruh sağlığı bozukluklarında hem damgalanma hem de içsel damgalanmaya ilişkin güncel çalışmaların yer aldığı görülmektedir. Yapılan çalışmalarda, hem sağlık çalışanlarının, Tıp Fakültesi öğrencilerinin ve hemşirelerin ruh sağlığı sorunlarına ilişkin damgalayıcı tutumları incelenmiş ve ruh sağlığı bozukluğu tanısı alan kişilerin içselleştirilmiş damgalanma durumu değerlendirilmiştir.

Yapılan bir çalışmada, Krendl ve Freeman (2019), ruh sağlığı sorunlarının damgalanmasına ilişkin yapmış oldukları çalışmada, ruh sağlığı bozukluklarının şiddeti ve türüne bağlı olarak damgalanmanın farklılık gösterip göstermediğini incelemişlerdir. Bulgular doğrultusunda, depresyon ve şizofreni gibi ruh sağlığı bozukluklarında damgalanmaya ilişkin düşüncelerin damgalanmayı farklı ve anlamlı düzeyde yordadığı bulunmuştur. Bulgular doğrultusunda, depresyon tanısı almış

kişilerin depresyon şiddetinden bağımsız olmak üzere, depresyonu kontrol edilebilir olarak düşünmesinin depresyona ilişkin damgalanma düzeyini anlamlı yordadığı bulunmuştur. Ayrıca, ruh sağlığı bozukluklarının damgalanmasının gerekçesi olarak kontrol edilebilirlik düzeyi ve sosyal ortamlarda kabul görme düzeyi açısından farklılıkları olduğu görülmüştür.

Picco ve meslektaşları (2019) tarafından yapılan diğer bir araştırmada, Singapur'da ruh sağlığı çalışanlarında damgalama tutumları incelenmiştir. Araştırmaya 462 ruh sağlığı çalışanı katılmıştır. Doktorlar, hemşireler ve sağlık çalışanlarından oluşan örnekleme verilen çevrimiçi anketlerde sosyodemografik ve mesleki değişkenlerle birlikte damgalamaya ilişkin tutumların değerlendirildiği sorulara yer verilmiştir. Araştırmada elde edilen bulgulara göre, ruh sağlığı çalışanlarının çalışma süresi ve görev tanımı bakımından orta seviyede damgalama tutumlarının anlamlı farklılık gösterdiği bulunmuştur. Ayrıca, iş tatminiyle damgalama arasında anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Düşük iş tatmini ve yüksek düzeyde damgalama tutumu istatistiksel olarak anlamlıdır.

Lyndon ve meslektaşları (2019) tarafından yapılan araştırmada, üniversite öğrencilerinin ruh sağlığı bozukluğu olan kişilere yönelik damgalama tutumları incelenmiştir. Psikoloji öğrencileriyle yapılan çalışmada sosyal mesafe, damgalama ve aşinalık ile ilgili anket çalışması yapılmıştır. Araştırmada elde edilen bulgulara göre, kişilik yapısının değişmez olduğunu düşünen öğrencilerin ruh sağlığı bozukluğu olan kişileri daha fazla damgaladığı ve bu kişilere karşı sosyal mesafe kurdukları sonucu elde edilmiştir.

Chang ve meslektaşları (2016) tarafından yapılan bir araştırmada, şizofreni, majör depresif bozukluk ve bipolar bozukluk tanısı almış kişilerde içselleştirilmiş damgalanma incelenmiştir. Tayvan'da yapılan araştırmaya 161 şizofreni hastası, 98 depresif bozukluk tanısı almış hasta ve 43 bipolar bozukluk tanısı almış hasta katılmıştır. Araştırmanın bulgularına göre, şizofreni tanısı alan hastaların en yüksek düzeyde içselleştirilmiş damgalanma bildirdiği sonucu elde edilmiştir.

Kamaradova ve meslektaşları (2016) tarafından yapılan bir araştırmada, içselleştirilmiş damgalamanın tedaviye uyum ve ilaçlara devam etme durumuyla ilişkisi incelenmiştir. Çek Cumhuriyeti'nde yürütülen araştırmaya altı farklı ruh

sağlığı bozukluğundan tanı almış 332 hasta katılmıştır. Madde kullanım bozukluğu, şizofreni, bipolar bozukluk, majör depresif bozukluk, anksiyete bozukluğu veya kişilik bozukluğu tanısı almış kişilerden oluşan örnekleme elde edilen veriler doğrultusunda, tüm tanı gruplarında hastalığın şiddetiyle içselleştirilmiş damgalanma pozitif ve tedaviye uyum negatif yönlü, anlamlı ilişkili bulunmuştur. Ayrıca, içselleştirilmiş damgalanma antidepresan dozu ile pozitif yönlü ilişkili bulunmuştur. İçselleştirilmiş damgalanma ayrıca eğitim ile negatif; hastaneye yatış ve psikiyatrik görüşme sıklığı ile pozitif ilişkili bulunmuştur. Tanı gruplarının tedaviye uyum açısından değerlendirilmesinde, şizofreni hastalarının tedaviye uyumunun en düşük olduğu sonucu elde edilmiştir.

Yıldız ve meslektaşları (2019) tarafından yapılan araştırmada, şizofreni hastalarında içselleştirilmiş damgalanma üzerinde bir ölçek geliştirme üzerine çalışma yürütmüşlerdir. Ölçek çalışmasında pilot çalışmada 15 şizofreni tanısı alan kişi ve sonraki çalışma için 162 şizofreni hastası katılmıştır. Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması için depresyon, umutsuzluk, pozitif-negatif duygular, global işlevsellik düzeyi ve içselleştirilmiş damgalanma ile ilgili ölçekler katılımcılara uygulanmıştır. Bulgulara göre, geliştirilen ölçeğin şizofreni ve şizoaffektif bozukluk tanısı alan kişilerin içselleştirilmiş damgalanma düzeylerini ölçebilecek geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu sonucu elde edilmiştir.

Goepfert ve meslektaşları (2019) tarafından yapılan araştırmada, medyanın damgalayıcı etkilerinin depresyon hastalarında duygulanım ve benlik saygısı düzeylerine etkisi incelenmiştir. Deneysel desende yapılan araştırmada, 180 katılımcı üç gruba ayrılmıştır. İlk gruba depresyonun olumsuz etkileriyle ilgili bir kısa film izletilmiş, ikinci gruba depresyonla ilgili olmayan; fakat olumsuz olayla ilgili bir kısa film izletilmiş ve kontrol grubuna herhangi bir müdahale yapılmamıştır. Bulgulara göre, damgalayıcı gösterimlerin depresyonla ilgili olan grupta negatif duygu durum ve düşük benlik saygısı diğer araştırma gruplarına kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur.

Yin, Li ve Zhou (2020) tarafından yapılan bir araştırmada, ciddi ruh sağlığı sorunu olan kişilerin ailelerinde damgalanma deneyimini inceleyen çalışmalar gözden geçirilmiştir. Gözden geçirme çalışması için 20 araştırma değerlendirilmiştir. Bulgulara göre, ailelerin yanıtları doğrultusunda beş farklı kategori oluşturulmuştur.

Bu kategoriler, damgalanmayla başa çıkma, damgalanma sebebiyle strese maruz kalma, günlük yaşamda damgalanma, ruh sağlığı bozukluklarına yönelik ayrımcılık, ruh sağlığı bozukluklarının olumsuz imajı olarak bulunmuştur.

Chan, Ho ve Bressington (2019) tarafından yapılan araştırmada, Çin’de ciddi ruh sağlığı bozukluğu olan annelerde içselleştirilmiş damgalanma deneyimleri incelenmiştir. 18 yaş altı çocuk sahibi 15 anneyle yapılan görüşmelerde elde edilen bulgulara göre, içselleştirilmiş damgalanmaya yönelik üç tema oluşturulmuştur. Bu temalar, mesafe koyma ve mesafe koyulması, kendinden şüphe etme, kontrol etme mücadelesi olarak belirlenmiştir. Ayrıca, annelerde içselleştirilmiş damgalanmanın benlik saygısı ve özyetkinlik algısına olumsuz etki ettiği ve bu durumun aynı zamanda ebeveyn özyetkinliği ile negatif ilişkili olduğu görülmüştür.

Kalisova ve meslektaşları (2018) tarafından yapılan araştırmada, ruh sağlığı bozuklukları olan kişilerde içselleştirilmiş damgalanmayı etkileyen faktörler incelenmiştir. Araştırmaya 197 ruh sağlığı tanısı konulmuş kişiler dahil edilmiştir. Örneklem 99 kişi psikoz tanılı ve 91 kişi anksiyete ve duygu durum bozukluğu tanısı olmak üzere iki gruba ayrılmıştır. Araştırmada elde edilen bulgulara göre, gruplar arasında içselleştirilmiş damgalanma açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. Ayrıca, içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri psikozun süresiyle anlamlı ilişkili bulunmuştur. Psikoz tanı süresi arttıkça içselleştirilmiş damgalanma düzeyinin daha fazla olduğu bulunmuştur. Ayrıca, çalışma durumunun içselleştirilmiş damgalanmayla anlamlı ilişkisi olduğu ve çalışmayan hastaların daha yüksek içselleştirilmiş damgalanma bildirdikleri görülmüştür.

Martensen ve meslektaşları (2018) tarafından yapılan araştırmada, Vietnam’da kişilerin, şizofreni hastalarına yönelik algılanan hastalık seyri ve sosyal mesafeyi koruma isteği değerlendirilmiştir. Nüfus temelli yapılan araştırmaya 455 kişi katılmıştır. Araştırmada sosyal mesafe ve şizofreninin seyrine yönelik algıları değerlendirmek üzerine faktör analizi yapılmıştır. Bulgulara göre, hastalığın seyrine ilişkin faktörlerin sosyal işlevselliğin kaybı, hayat boyu başkalarına bağımlı olmak ve tedavi sonuçlarına yönelik olumlu beklentilerin olduğu bulunmuştur. Belirtilen iki olumsuz faktörün sosyal mesafeyi koruma isteği ile pozitif ve anlamlı ilişkili olduğu bulunmuştur.

Pal, Sharan ve Chadda (2017) tarafından yapılan araştırmada, ayakta tedavi gören bipolar hastalarında içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri incelenmiştir. Hindistan’da yrtlen araştırmada 60 bipolar bozukluk tanısı almış, 33 şizofreni tanısı almış ve 30 anksiyete bozukluğu tanısı almış kişi karşılaştırılmıştır. Araştırmada elde edilen bulgulara göre, bipolar bozukluk tanısı almış kişilerin eğitim düzeyi, aylık gelir ve mesleki işlevsellik düzeyleri bakımından içselleştirilmiş damgalanma düzeylerinin anlamlı farklılık gösterdiği bulunmuştur. Öte yandan,  tanı grubunda da içselleştirilmiş damgalanma açısından anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır. Bulgulara göre, şizofreni tanısı alanların en yüksek düzeyde içselleştirilmiş dalgalanma bildirdikleri, bipolar bozukluk tanısı alanların ise orta düzeyde içselleştirilmiş damgalanma bildirdikleri sonucu elde edilmiştir.

Ran ve meslektaşları (2018) tarafından yapılan çalışmada, in’de kırsal kesimde yaşayan ve ciddi ruh sağlığı sorunu olan kişilerde içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri incelenmiştir. 453 kişiyle yapılan araştırmada, majör depresif bozukluk, bipolar bozukluk ve şizofreni tanısı almış kişiler değerlendirilmiştir. Bulgulara göre, şizofreni tanısı almış hastaların en yüksek düzeyde içselleştirilmiş damgalanma, ayrımcılık ve yabancılaşma bildirdikleri sonucu elde edilmiştir.

Masuch ve meslektaşları (2019) tarafından yapılan diğer bir araştırmada ise erişkin DEHB olgularında içselleştirilmiş damgalanma incelenmiştir. Araştırmada, içselleştirilmiş damgalanma ile DEHB şiddeti, yüksek stres, işlevsellikte düşüş ve düşük benlik saygısı anlamlı ilişkili bulunmuştur. şizofreni ve bipolar bozukluktan farklı olarak DEHB olgularının da içselleştirilmiş damgalanma ve ayrımcılığa maruz kalma beklentisinin yüksek olduğu görülmüştür.

Quenneville ve meslektaşları (2020) tarafından yapılan araştırmada sınır kişilik bozukluğu, DEHB ve bipolar bozukluk tanısı alan kişiler içselleştirilmiş damgalanma açısından karşılaştırılmıştır. Toplam 244 kişinin katıldığı araştırmada 39 sınır kişilik bozukluğu, 136 DEHB tanılı ve 69 bipolar bozukluk tanılı hasta katılmıştır. Yapılan anket çalışmasında elde edilen bulgulara göre, sınır kişilik bozukluğu olguları bipolar bozukluk tanısı almış gruba kıyasla daha yüksek içselleştirilmiş damgalanma bildirmişlerdir. Ayrıca, bipolar bozukluk olgularında içselleştirilmiş damgalanma DEHB olgularına kıyasla daha yüksek bulunmuştur.

Koç ve Hançer-Tok (2019) tarafından yapılan bir araştırmada alkol ve madde kullanım bozukluğu olgularında içselleştirilmiş damgalanma ve algılanan sosyal destek düzeylerinde farklılıklar incelenmiştir. Bulgulara göre, madde kullanım bozukluğu olan kişilerin aileden sosyal destek ve toplam sosyal destek puanları alkol kullanım bozukluğu olan kişilere kıyasla daha yüksek bulunmuştur. İçselleştirilmiş damgalanma açasından ele alındığında ise, alkol kullanım bozukluğu olan kişilerin içselleştirilmiş damgalanma ve ayrımcılığa maruz kalma algısının daha yüksek bulunmuştur.

Boge ve meslektaşları (2018) tarafından yapılan araştırmada, Hindistan'daki beş metropolde ruh sağlığı bozukluklarında algılanan damgalanma ve ayrımcılık düzeyleri değerlendirilmiştir. Araştırmada elde edilen bulgular doğrultusunda, kadınların algılanan damgalanma düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Eğitim ve dini yatkınlığın ise algılanan damgalanma ve ayrımcılıkla anlamlı ilişkisi olmadığı bulunmuştur.

Rodak ve meslektaşları (2018) tarafından yapılan araştırmada, antipsikotik kullanımı ve şizofreni hastalarındaki psikopatolojik profilin içselleştirilmiş damgalanmayla ilişkisi incelenmiştir. 64 şizofreni hastasıyla yürütölen araştırmada elde edilen bulgulara göre, enjekte edilen antipsikotik tedavisi alan şizofreni hastalarının daha yüksek düzeyde yabancılaşma bildirdiği sonucu elde edilmiştir. Ayrıca, risperidon ile tedavi alan şizofreni hastalarının içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri daha yüksek bulunmuştur.

Valery ve Prouteau (2020) tarafından yapılan araştırmada, şizofreni hastalarına yönelik sağlık çalışanları tarafından damgalanma, sistematik olarak gözden geçirilmiştir. 20 yıl boyunca yapılan araştırmaların derlemesinden oluşan araştırma toplam 38 makaleyi incelemiştir. Bulgular doğrultusunda, sağlık çalışanlarının damgalamasına en fazla maruz kalan ruh sağlığı bozukluğunun şizofreni olduğu bulunmuştur. Ayrıca, sağlık çalışanlarının genel popölyasyona kıyasla daha az olumsuz düşünce ve ilaç tedavisine yönelik daha fazla olumlu düşünceye ve tutuma sahip olduğu bulunmuştur. Farklı meslek grupları ve yardım çalışanlarıyla yapılan diğer bir araştırmada, Tillman ve meslektaşları (2018), 305 yardım çalışanı ve 95 psikolojik danışman, psikolog veya sosyal çalışmacıyla anket çalışması yürötmüştür. Bulgulara göre yardım çalışanlarının diğer meslek gruplarına

kıyasla damgalayıcı tutumların daha fazla olduğu bulunmuştur. Fresán ve meslektaşları (2018) ise, Tıp fakültesi ve psikoloji bölümlerinde öğrenim gören kadınlarla yaptıkları araştırmada, şizofreni olgularına yönelik damgalama ve algılanan saldırganlık düzeyleri incelenmiştir. 609 öğrenciyle yapılan araştırmada, tıp fakültesinde öğrenim gören kadınların şizofreni hastalarından algılanan saldırganlık düzeyi, damgalama, kısıtlama ve ayırıştırma düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Au ve meslektaşları (2019) tarafından yapılan araştırmada, bipolar bozukluk tanısı alan kişilerde içselleştirilmiş damgalanma, damgalanmayla başa çıkma ve işlev düzeyleri incelenmiştir. 115 bipolar bozukluk tanısı almış kişiyle yapılan çalışmada, hastalığın gizlenmesi ve damgalanma arasında pozitif ilişki saptanmıştır. Öte yandan, sosyal işlevsellikle damgalanmayla başa çıkma arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişki bulunmuştur. İşlev düzeyleri incelendiğinde ise benlik saygısı ve ataklarının şiddeti arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Benzer şekilde Grover ve meslektaşları (2016), bipolar bozukluk tanısı alan kişilerde içselleştirilmiş damgalanma ile benlik saygısı, sosyal geri çekilme ve yabancılaşma ile anlamlı ilişkisi olduğu bulunmuştur.

## BÖLÜM III

### YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmada, 50 şizofreni ve 50 bipolar bozukluk tanısı almış birey olmak üzere toplam 100 kişi değerlendirilmiştir. Katılımcılar Özel Terapi Bakım Merkezi'nde kalan kişilerden oluşmaktadır. Araştırma için alınan Etik Kurul Onayı ve Kurum izinleriyle birlikte katılımcılarla anket çalışması yürütülmüştür. Örneklem dışlama ve dahil olma kriterleri ise aşağıdaki gibidir:

*Dahil olma kriterleri:* Şizofreni ya da bipolar bozukluk tanısı almış olma, ek bir tanı almamış olma, tanı aldıktan sonra en az altı ay süre geçmiş olması, okur-yazar olma, 18 yaş üzeri olma ve araştırmaya katılmayı onaylama.

*Dışlama kriterleri:* Yeni tanı almış olma, bilişsel yıkımın olması, işitme ve anlama konusunda sınırlı olması, okur-yazar olmama ve araştırmaya katılmayı reddetme.

#### 3.2. Araştırmanın Modeli

Araştırma tarama modeli kullanılan kesitsel bir araştırmadır. Karasar (2012) tarafından belirtildiği üzere, tarama modelleri, geçmişte veya halen var olan bir durumu, var olduğu şekli ile betimlemeyi amaçlayan araştırma yaklaşımıdır.

#### 3.3. Veri Toplama Araçları

Araştırmada, şizofreni ve bipolar bozukluk tanısı alan kişilerle anket çalışması yapılmış olup, katılımcılara Demografik Bilgi Formu, Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ) ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği uygulanmıştır.

##### 3.3.1. Demografik Bilgi Formu

Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri ve hastalıkla ilgili tanımlayıcı bilgiler elde edilmesi amacıyla araştırmacı tarafından geliştirilen öz bildirim formudur.

##### 3.3.2. Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ)

Ritsher ve ark. (2003) tarafından geliştirilmiş olan RHİDÖ 29 maddeden oluşan ve içsel damgalanmayı değerlendiren bir öz-bildirim ölçeğidir. Ölçeğin: 1. Yabancılaşma (6 madde), 2. Kalıp Yargıların Onaylanması (7 madde), 3. Algılanan

Ayrımcılık (5 madde), 4. Sosyal Geri Çekilme (6 madde) ve 5. Damgalanmaya Karşı Direnç (5 madde) olmak üzere beş alt ölçeği bulunmaktadır. RHİDÖ’nde yer alan maddeler “kesinlikle aynı fikirde değilim” (1 puan), “aynı fikirde değilim” (2 puan), “aynı fikirdeyim” (3 puan), “kesinlikle aynı fikirdeyim” (4 puan) şeklinde dördü bir Likert tipi ölçek üzerinde yanıtlanmaktadır. “Damgalanmaya karşı direnç” alt ölçeğinin maddeleri ters olarak puanlanmaktadır. Beş alt ölçeğe ait puanların toplanmasıyla elde edilen toplam RHİDÖ puanı 4 ile 91 puan arasında değişmektedir. RHİDÖ’nde yüksek puanlar, kişinin içselleştirilmiş damgalanmasının olumsuz yönde daha şiddetli olduğu anlamına gelmektedir. Ölçeğin özgün İngilizce formunun iç tutarlık katsayısı .90 (N=127), test-tekrar-test güvenilirlik katsayısı  $r = .92$  olarak bulunmuştur. Ölçeğin Türkçe uyarlama çalışması Ersoy ve Varan (2007) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin alt boyutlara göre iç tutarlılık katsayısı 0,63 ile 0,87 arasında bulunmuştur.

### 3.3.3. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Ölçek, Zimmet ve arkadaşları (1988) tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkiye’de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Eker ve Arkar tarafından yapılarak yapı geçerliliği değerlendirilmiştir (1995). 2001 yılında aynı araştırmacılar tarafından ölçek incelenmiş ve alt ölçek puanlarının iç tutarlılığı kabul edilebilir düzeyde (Cronbach alfa katsayıları = 0.80-0.95) olduğu bulunmuştur (Eker ve ark. 2001). Ölçek, üç farklı kaynaktan alınan sosyal desteğin yeterliliğini öznel olarak değerlendirmekte ve toplam 12 maddeden oluşmaktadır. Her biri dört maddeden oluşan desteğin kaynağına ilişkin üç grup vardır: Aile (3, 4, 8, 11. maddeler), arkadaşlar (6, 7, 9, 12. maddeler) ve özel bir insandır (1, 2, 5, 10. maddeler). Ölçek, yedili likert tipinde olup, ‘tamamen katılıyorum’ (7 puan), ‘çoğunlukla katılıyorum’ (6 puan), ‘katılıyorum’ (5 puan), ‘kararsızım’ (4 puan), ‘katılmıyorum’ (3 puan), ‘çoğunlukla katılmıyorum’ (2 puan) ve ‘hiç katılmıyorum’ (1 puan) seçeneklerinden oluşmaktadır. Her alt ölçekteki dört maddenin puanlarının toplanması ile alt ölçek puanı ve bütün alt ölçek puanlarının toplanması ile de ölçeğin toplam puanı elde edilmektedir. Alt ölçeklerden alınabilecek en düşük puan 4, en yüksek puan 28’dir. Ölçeğin tamamından alınabilecek en düşük puan 12, en yüksek puan 84’tür. Elde edilen puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu göstermektedir (Eker ve Arkar 1995a, 1995b).

### 3.4. Veri Analizi

Veriler SPSS (Statistical Package for the Social Sciences)'de girişi yapılarak grupların karşılaştırılmasında t-test, değişkenlerin karşılaştırılmasında Pearson Korelasyonu ve çoklu regresyon analizi kullanılarak istatistiksel analizler yapılmış ve değişkenler arasındaki ilişkinin anlamlı olup olmadığı incelenmiştir. Sosyodemografik ve hastalıkla ilgili değişkenlerin içselleştirilmiş damgalanma ve algılanan sosyal destek düzeyleriyle karşılaştırılmasında, örneklem sayısının az oluşu ve dağılımdaki homojenliğin sağlanamaması sebebiyle parametrik olmayan ölçümler tercih edilmiştir. İkili grup karşılaştırmasında Mann Whitney U Testi ve ikiden fazla grup içeren sosyodemografik ve hastalıkla ilgili değişken için Kruskal Wallis Testi uygulanmıştır. Araştırmada istatistiksel analizlerin anlamlılık değeri 0,05 düzeyinde alınmıştır.

## BÖLÜM IV

### BULGULAR

#### 4.1. Betimleyici İstatistikler

Araştırmada, katılımcıların sosyo-demografik özellikleri ve tıbbi değişkenlerine ilişkin frekans dağılımları tanı gruplarına göre Tablo 1 ve Tablo 2’de verilmiştir:

**Tablo 1. Bipolar Bozukluk Tanısı Alan Grupların Sosyo-demografik ve Tıbbi Değişkenlerinin Frekans Dağılımı**

Demografik Değişkenler	Gruplar	N	%
Cinsiyet	Kadın	21	42,0
	Erkek	29	58,0
Medeni Durum	Bekar	36	72,0
	Evli	10	20,0
	Boşanmış	3	6,0
	Dul	1	2,0
Eğitim Düzeyi	İlköğretim	3	6,0
	Lise	18	36,0
	Lisans	27	54,0
	Lisansüstü	2	4,0
Çalışma Durumu	Ev Hanımı	2	4,0
	Çalışıyor	23	46,0
	Emekli	1	2,0
	Öğrenci	13	26,0
	Çalışmıyor	11	22,0
Yaşanılan Yer	İl	36	72,0
	İlçe	12	24,0
	Köy	2	4,0
Sosyoekonomik Durum	Alt	8	16,0
	Orta	37	74,0
	Yüksek	5	10,0
Hastalık Süresi	0-5 yıl	27	54,0
	6-10 yıl	12	24,0
	11-15 yıl	6	12,0
	16-20 yıl	2	4,0
	20 yıl üstü	2	4,0
Ailede Psikiyatrik Hastalık	Evet	30	60,0
	Hayır	20	40,0
İntihar Girişimi	Evet	56,0	28
	Hayır	44,0	22
Psikiyatrik Yatış	Evet	21	42,0
	Hayır	29	58,0
Düzenli Doktor Kontrolü	Evet	40	80,0
	Hayır	10	20,0
Toplam		%100 (50)	

Tablo 1’de bipolar bozukluk tanısı alan hasta grubunun demografik ve klinik değişkenlerinin dağılımı incelendiğinde, kadınların oranı %42 ve erkeklerin oranı %58’dir. Medeni durum değişkenine göre bekarlar %72; evliler %20, boşanmış olanlar %6 ve dul olanlar %2 oranındadır. Eğitim düzeyi değişkenine göre ilköğretim mezunu %6; lise mezunu %36; lisans mezunu %54 ve lisansüstü mezunu %4 oranındadır. Çalışma durumu bakımından ev hanımı olanlar %4; çalışanlar %72; emekli olanlar %2; Öğrenci olanlar %26 ve çalışmayanlar %22 oranındadır. İlde yaşayanlar %72; ilçede yaşayalar %24 ve köyde yaşayanlar %4 oranındadır. Sosyoekonomik durum değişkenine göre alt gelir %16; orta gelir %74 ve yüksek gelir %10 oranındadır. Hastalık süresi 5 yıl ve altında yıl olanlar %54; 6-10 yıl olanlar %24; 11-15 yıl olanlar %12; 16-20 yıl olanlar %4 ve 20 yıl+ %4 oranındadır. Ailede psikiyatrik rahatsızlık olduğunu belirtenlerin oranı %60’dır. İntihar girişiminde bulunan bipolar bozukluk tanısı alan kişilerin oranı %56’dır. Psikiyatri servisinde yattığını belirten katılımcıların oranı %42’dir. Katılımcıların %80’i düzenli doktor kontrolüne gitmektedir.

**Tablo 2. Şizofreni Tanısı Alan Grupların Sosyo-demografik ve Tıbbi Değişkenlerinin Frekans Dağılımı**

Demografik Değişkenler	Gruplar	N	%
Cinsiyet	Kadın	17	34,0
	Erkek	33	66,0
Medeni Durum	Bekar	32	64,0
	Evli	10	20,0
	Boşanmış	4	8,0
	Dul	2	4,0
	Eşiyle Ayrı	2	4,0
Eğitim Düzeyi	Okuryazar	4	8,0
	İlköğretim	27	54,0
	Lise	18	36,0
	Lisans	1	2,0
	Lisansüstü	4	8,0
Çalışma Durumu	Ev Hanımı	10	20,0
	Çalışıyor	3	6,0
	Emekli	6	12,0
	Öğrenci	1	2,0
	Çalışmıyor	30	60,0
Yaşanılan Yer	İl	15	30,0
	İlçe	34	68,0
	Köy	1	2,0
Sosyoekonomik Durum	Alt	10	20,0
	Orta	33	66,0

	Yüksek	7	14,0
Hastalık Süresi	0-5 yıl	10	20,0
	6-10 yıl	11	22,0
	11-15 yıl	9	18,0
	16-20 yıl	6	12,0
	20 yıl üstü	14	28,0
Ailede Psikiyatrik Hastalık	Evet	16	32,0
	Hayır	34	68,0
İntihar Girişimi	Evet	22	44,0
	Hayır	28	56,0
Psikiyatrik Yatış	Evet	43	86,0
	Hayır	7	14,0
Düzenli Doktor Kontrolü	Evet	48	96,0
	Hayır	2	4,0
Toplam		%100 (50)	

Tablo 2’de şizofreni tanısı alan hasta grubunun demografik ve klinik değişkenlerinin dağılımı incelendiğinde, kadınların oranı %34 ve erkeklerin oranı %66’dır. Medeni durum değişkenine göre bekarlar %64; evliler %20, boşanmış olanlar %8 ve dul olanlar %4 ve eşiyile ayrı olanlar %4 oranındadır. Eğitim düzeyi değişkenine göre okur yazar %8; ilköğretim mezunu %54; lise mezunu %36; lisans mezunu %2 ve lisansüstü mezunu %8 oranındadır. Çalışma durumu bakımından, ev hanım olanlar %20; çalışanlar %6; emekli olanlar %12; öğrenci olanlar %2 ve çalışmayanlar %60 oranındadır. İlde yaşayanlar %30; ilçede yaşayalar %68 ve köyde yaşayanlar %2 oranındadır. Sosyoekonomik durum değişkenine göre alt gelir %20; orta gelir %66 ve yüksek gelir %14 oranındadır. Hastalık süresi 0-5 yıl olanlar %20; 6-10 yıl olanlar %22; 11-15 yıl olanlar %18; 16-20 yıl olanlar %12 ve 20 yıl+ %28 oranındadır. Ailede psikiyatrik rahatsızlık olduğunu belirtenlerin oranı %32’dır. İntihar girişiminde bulunan şizofreni tanısı alan kişilerin oranı %44’tür. Psikiyatri servisinde yattığını belirten katılımcıların oranı %86’dır. Katılımcıların %96’sı düzenli doktor kontrolüne gitmektedir.

**Tablo 3. Katılımcıların Yaş, Psikiyatrik Yatış Sayısı, Algılanan Sosyal Destek ve İçselleştirilmiş Damgalanma Boyutlarının Puan Ortalamaları, Standart Sapma, Çarpıklık ve Basıklık Değerleri**

Değişkenler	$\bar{X}$	N	Ss	Çarpıklık	Basıklık
Yaş	36,79	100	13,187	,664	-,582
Psikiyatri yatış sayısı	4,0309	97	6,99323	3,238	11,945
ASDÖ Aile	17,87	100	7,915	-,358	-1,001
ASDÖ Özel bir insan	13,95	100	8,383	,319	-1,245
ASDÖ Arkadaş	15,36	100	8,060	,179	-1,260
ASDÖ Toplam	47,18	100	20,274	,131	-,902
RHİDÖ Yabancılaşma	15,19	100	4,587	-,120	-,512
RHİDÖ Kalıpyargıları anlama	15,70	100	4,414	-,367	-,750
RHİDÖ Algılanan ayrımcılık	12,24	100	3,843	-,281	-,451
RHİDÖ Sosyal geri çekilme	14,34	100	4,899	-,189	-,816
RHİDÖ Damgalanmaya karşı direnç	11,47	100	4,001	,697	1,070

*ASDÖ: Algılanan Sosyal Destek Ölçeği; RHİDÖ: Ruh Hastalıklarında İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği*

Tablo 3'te katılımcıların yaşı, psikiyatri servisinde yatış süresi, algılanan sosyal destek ve içselleştirilmiş damgalanma alt boyutlarının ortalama, standart sapma, çarpıklık ve basıklık değerleri verilmiştir. Bulgulara göre, katılımcıların yaş ortalamaları  $X_{ort}=36,8$  ( $ss=13,18$ ) ve psikiyatri servisinde yatış süresi  $X_{ort}=4,03$  ( $ss=6,99$ ) keredir. Algılanan sosyal destek ve içselleştirilmiş damgalanma boyutlarının çarpıklık ve basıklık değerleri incelendiğinde, değerlerin, -1,5 ile +1,5 aralığında olması sebebiyle parametrik ölçümlerin yapılabildiği sonucu elde edilmiştir.

#### 4.2. Demografik ve Tıbbi Değişkenler Bakımından İçselleştirilmiş Damgalanma ve Algılanan Sosyal Destek Düzeylerinin Karşılaştırılması

Katılımcıların demografik ve tıbbi değişkenleri bakımından algılanan sosyal destek ve içselleştirilmiş damgalanma boyutlarında ikili grup içeren ve araştırma için uygun dağılımlarda seyreden değişkenlerin karşılaştırılmasında Bağımsız Örneklem t Testi uygulanmıştır. Analizlerde anlamlılık değeri 0,05 düzeyinde alınmıştır.

**Tablo 4. Tanı Türü Bakımından Katılımcıların Algılanan Sosyal Destek ve İçselleştirilmiş Damgalanma Alt Boyutlarının Bağımsız Örneklem t Testi**

Değişkenler	Hastalık türü	N	$\bar{X}$	Ss	t	p
ASDÖ Aile	Bipolar	50	15,32	6,504	-3,388	,001**
	Şizofreni	50	20,42	8,425		
ASDÖ Özel bir insan (Önemli diğeri)	Bipolar	50	12,88	7,831	-1,281	,203
	Şizofreni	50	15,02	8,849		
ASDÖ Arkadaş	Bipolar	50	13,38	6,895	-2,522	,013*
	Şizofreni	50	17,34	8,700		
ASDÖ Toplam	Bipolar	50	41,58	17,731	-2,861	,005**
	Şizofreni	50	52,78	21,262		
RHİDÖ Yabancılaşma	Bipolar	50	15,08	5,209	-,239	,812
	Şizofreni	50	15,30	3,919		
RHİDÖ Kalıpyargıları anlama	Bipolar	50	13,50	4,156	-5,729	,000**
	Şizofreni	50	17,90	3,495		
RHİDÖ Algılanan ayrımcılık	Bipolar	50	11,34	4,129	-2,397	,018*
	Şizofreni	50	13,14	3,338		
RHİDÖ Sosyal geri çekilme	Bipolar	50	13,16	5,400	-2,470	,015*
	Şizofreni	50	15,52	4,062		
RHİDÖ	Bipolar	50	10,72	3,609	-1,899	,061

---

Damgalanmaya karşı direnç	Şizofreni	50	12,22	4,263
---------------------------	-----------	----	-------	-------

---

*ASDÖ: Algılanan Sosyal Destek Ölçeği; RHİDÖ: Ruh Hastalıklarında İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği; \*\*p<.01 \*p<.05*

Tablo 4'te katılımcıların tanı türü bakımından algılanan sosyal destek ve içselleştirilmiş damgalanma alt boyutlarının karşılaştırılması için yapılan Bağımsız Örneklem t Testi bulgularına göre , ASDÖ aile ( $t=-3,88$ ;  $p<.01$ ), ASDÖ arkadaş ( $t=-2,52$ ;  $p<.05$ ), ASDÖ toplam ( $t=-2,86$ ;  $p<.01$ ), RHİDÖ kalıpyargıları anlama ( $t=-5,72$ ;  $p<.001$ ), RHİDÖ algılanan ayrımcılık ( $t=-2,40$ ;  $p<.05$ ) ve RHİDÖ sosyal geri çekilme ( $t=2,47$ ;  $p<.05$ ) alt boyutları anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır. Bulgulara göre, şizofreni tanısı almış katılımcılarda algılanan sosyal destek, aile ve arkadaş alt boyutlarıyla toplam puanı; içselleştirilmiş damgalanma kalıpyargıları anlama, algılanan ayrımcılık ve sosyal geri çekilme alt boyut puanları bipolar bozukluk tanısı alan katılımcılara göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.

**Tablo 5. Cinsiyet Bakımından Katılımcıların Algılanan Sosyal Destek ve İçselleştirilmiş Damgalanma Alt Boyutlarının Bağımsız Örneklem t Testi**

Değişkenler	Cinsiyet	N	$\bar{X}$	Ss	t	p
ASDÖ Aile	Kadın	38	18,16	8,195	,283	,777
	Erkek	62	17,69	7,800		
ASDÖ Özel bir insan (Önemli diğeri)	Kadın	38	12,37	7,635	-1,486	,140
	Erkek	62	14,92	8,728		
ASDÖ Arkadaş	Kadın	38	13,08	7,716	-2,261	,026*
	Erkek	62	16,76	8,006		
ASDÖ Toplam	Kadın	38	43,61	17,014	-1,387	,169
	Erkek	62	49,37	21,878		
RHİDÖ Yabancılaşma	Kadın	38	15,13	4,326	-,099	,921
	Erkek	62	15,23	4,775		
RHİDÖ Kalıpyargıları anlama	Kadın	38	15,63	4,629	-,121	,904
	Erkek	62	15,74	4,315		
RHİDÖ Algılanan ayrımcılık	Kadın	38	12,68	4,068	,904	,368
	Erkek	62	11,97	3,706		
RHİDÖ Sosyal geri çekilme	Kadın	38	14,42	4,774	,129	,898
	Erkek	62	14,29	5,013		
RHİDÖ Damgalanmaya karşı direnç	Kadın	38	11,11	3,711	-,712	,478
	Erkek	62	11,69	4,183		

ASDÖ: Algılanan Sosyal Destek Ölçeği; RHİDÖ: Ruh Hastalıklarında İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği; \*\* $p < .01$  \* $p < .05$

Tablo 5'te katılımcıların cinsiyeti bakımından algılanan sosyal destek ve içselleştirilmiş damgalanma alt boyutlarının karşılaştırılması için yapılan Bağımsız Örneklem t Testi bulgularına göre , ASDÖ arkadaş ( $t = -2,26$ ;  $p < .05$ ), alt boyutu anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır. Bulgulara göre, bipolar ya da şizofreni tanısı

almış erkeklerin arkadaştan algılanan sosyal destek puanları kadınlara kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksektir.

**Tablo 6. Psikiyatri Servisinde Yatış Değişkeni Bakımından Katılımcıların Algılanan Sosyal Destek ve İçselleştirilmiş Damgalanma Alt Boyutlarının Bağımsız Örneklem t Testi**

Değişkenler	Psikiyatrik yatış	N	$\bar{X}$	Ss	t	p
ASDÖ Aile	Evet	64	18,33	8,397	,770	,443
	Hayır	36	17,06	7,014		
ASDÖ Özel bir insan (Önemli diğeri)	Evet	64	14,53	8,987	,924	,358
	Hayır	36	12,92	7,189		
ASDÖ Arkadaş	Evet	64	15,52	8,332	,256	,798
	Hayır	36	15,08	7,658		
ASDÖ Toplam	Evet	64	48,38	22,135	,784	,435
	Hayır	36	45,06	16,537		
RHİDÖ Yabancılaşma	Evet	64	15,55	4,479	1,038	,302
	Hayır	36	14,56	4,772		
RHİDÖ Kalıpyargıları anlama	Evet	64	16,63	4,499	2,896	,005
	Hayır	36	14,06	3,787		
RHİDÖ Algılanan ayrımcılık	Evet	64	12,64	3,735	1,397	,166
	Hayır	36	11,53	3,982		
RHİDÖ Sosyal geri çekilme	Evet	64	15,08	4,900	2,041	,044
	Hayır	36	13,03	4,681		
RHİDÖ Damgalanmaya karşı direnc	Evet	64	11,83	4,119	1,196	,235
	Hayır	36	10,83	3,753		

ASDÖ: Algılanan Sosyal Destek Ölçeği; RHİDÖ: Ruh Hastalıklarında İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği; \*\* $p < .01$  \* $p < .05$

Tablo 6’da katılımcıların psikiyatri serviste kaç kez yattığı değişkeni bakımından algılanan sosyal destek ve içselleştirilmiş damgalanma alt boyutlarının karşılaştırılması için yapılan Bağımsız Örneklem t Testi bulgularına göre, algılanan sosyal destek ve içselleştirilmiş damgalanma alt boyutlarının anlamlı düzeyde farklılaşmamaktadır ( $p>.05$ ).

**Tablo 7. Ailede Psikiyatrik Öykü Değişkeni Bakımından Katılımcıların Algılanan Sosyal Destek ve İçselleştirilmiş Damgalanma Alt Boyutlarının Bağımsız Örneklem t Testi**

Değişkenler	Ailede psikiyatrik hastalık	N	$\bar{X}$	Ss	t	p
ASDÖ Aile	Evet	46	17,59	7,176	-,329	,743
	Hayır	54	18,11	8,553		
ASDÖ Özel bir insan (Önemli diğeri)	Evet	46	13,50	7,997	-,494	,623
	Hayır	54	14,33	8,755		
ASDÖ Arkadaş	Evet	46	13,83	7,221	-1,776	,079
	Hayır	54	16,67	8,561		
ASDÖ Toplam	Evet	46	44,91	17,186	-1,032	,304
	Hayır	54	49,11	22,555		
RHİDÖ Yabancılaşma	Evet	46	15,41	4,712	,447	,656
	Hayır	54	15,00	4,514		
RHİDÖ Kalıpyargıları anlama	Evet	46	15,24	4,634	-,963	,338
	Hayır	54	16,09	4,222		
RHİDÖ Algılanan ayrımcılık	Evet	46	12,09	3,875	-,366	,715
	Hayır	54	12,37	3,848		
RHİDÖ Sosyal geri çekilme	Evet	46	14,52	5,365	,341	,734
	Hayır	54	14,19	4,510		
RHİDÖ Damgalanmaya karşı direnç	Evet	46	10,52	3,024	-2,231	,028*
	Hayır	54	12,28	4,549		

ASDÖ: Algılanan Sosyal Destek Ölçeği; RHİDÖ: Ruh Hastalıklarında İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği; \*\* $p<.01$  \* $p<.05$

Tablo 7’de katılımcıların ailesinde psikiyatrik öykü olup olmadığı değişkeni bakımından algılanan sosyal destek ve içselleştirilmiş damgalanma alt boyutlarının karşılaştırılması için yapılan Bağımsız Örneklem t Testi bulgularına göre, RHİDÖ damgalanmaya karşı direnç ( $t=-2,23$ ;  $p<.05$ ) alt boyutu ailede psikiyatrik öykü değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır. Bulgulara göre, ailesinde psikiyatrik öykü bulunan kişilerin dirence karşı dayanıklılığı anlamlı düzeyde daha yüksektir.

### 4.3. Şizofreni ve Bipolar Bozukluk Tanısı Almış Kişilerin İçselleştirilmiş Damgalanma ve Algılanan Sosyal Destek Boyutları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Katılımcıların yaş, psikiyatriye yatış süresi, algılanan sosyal destek ve içselleştirilmiş damgalanma alt boyutlarının arasındaki ilişkiyi incelemek için Pearson Korelasyonu uygulanmıştır. Analizlerde anlamlılık değeri 0,05 düzeyinde alınmıştır.

**Tablo 8. Katılımcıların Yaş, Psikiyatri Servisinde Yatış Süresi, Algılanan Sosyal Destek ve İçselleştirilmiş Damgalanma Boyutlarının Pearson Korelasyonu**

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. Yaş	1										
2. Psikiyatride yatış sayısı	,501**	1									
3. ASDÖ Aile	,187	,033	1								
4. ASDÖ Özel bir insan	,050	,024	,385**	1							
5. ASDÖ Arkadaş	,087	,034	,494**	,733**	1						
6. ASDÖ Toplam	,128	,036	,746**	,855**	,893**	1					
7. RHİDÖ Yabancılaşma	,009	,129	-,170	-,098	-,244*	-,204*	1				
8. RHİDÖ Kalıpyargıları anlama	,332**	,344**	,123	-,067	-,067	-,006	,649**	1			
9. RHİDÖ Algılanan ayrımcılık	,063	,191	-,015	-,008	-,093	-,046	,640**	,634**	1		
10. RHİDÖ Sosyal geri çekilme	,163	,224*	,018	-,057	-,133	-,070	,753**	,735**	,655**	1	
11. RHİDÖ Damgalanmaya karşı direnç	,193	,157	-,166	-,243*	-,129	-,216*	,069	,182	,029	,082	1

*ASDÖ: Algılanan Sosyal Destek Ölçeği; RHİDÖ: Ruh Hastalıklarında İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği; \*\* $p<.01$  \* $p<.05$*

Tablo 8’de Katılımcıların yaş, psikiyatriye yatış süresi, algılanan sosyal destek ve içselleştirilmiş damgalanma alt boyutlarının arasındaki korelasyon bulgularına göre, yaş ile RHİDÖ kalıp yargıları anlama alt boyutu ( $r=.33$ ;  $p<.01$ ) pozitif yönlü ve

anlamli ilişkili bulunmuştur. Psikiyatri servisinde kaç kez yatmış olduğu ile RHİDÖ kalıp yargıları anlama alt boyutu ( $r=.34$ ;  $p<.01$ ) pozitif yönlü ve anlamli ilişkilidir. ASDÖ özel bir insan alt boyutu ile RHİDÖ damgalanmaya karşı direnç ( $r=-.243$ ;  $p<.01$ ) negatif yönlü ve anlamli ilişkilidir. Ayrıca, ASDÖ toplam puan ile RHİDÖ damgalanmaya karşı aşırı direnç ( $r=-.216$ ;  $p<.01$ ) negatif yönlü ve anlamli ilişkili bulunmuştur.

**Tablo 9. Bipolar Bozukluk ve şizofreni Tanısı Almış Katılımcıların İçselleştirilmiş Damgalanma Düzeylerinin Yordayıcılarının Hiyerarşik Regresyon Analizi**

	Model	F	R <sup>2</sup>	$\beta$	t	p
1	(Sabit)				7,18	,000
	Yaş	2,93	,06	,21	1,84	,069
	Psikiyatri yatış sayısı			,05	,43	,664
2	(Sabit)				4,50	,000
	Yaş			,22	1,92	,057
	Psikiyatri yatış sayısı	3,52*	,13	,01	,103	,918
	Ailede psikiyatrik hastalık			,21	2,11	,037*
	İntihar girişimi			-,18	-1,79	,076
3	(Sabit)				5,21	,000
	Yaş			,24	2,11	,038*
	Psikiyatri yatış sayısı			,01	,104	,917
	Ailede psikiyatrik hastalık	3,22**	,20	,19	1,94	,055
	İntihar girişimi			-,17	-1,68	,095
	ASDÖ Aile			-,11	-,953	,343
	ASDÖ Özel bir insan			-,29	-1,96	,053
	ASDÖ Arkadaş			,12	,722	,472

ASDÖ: Algılanan Sosyal Destek Ölçeği; \*\* $p<.01$  \* $p<.05$

Bağımlı Değişken: RHİDÖ Damgalanmaya Karşı Direnç

Tablo 9’da demografik ve tıbbi değişkenlerle birlikte algılanan sosyal destek boyutlarının dahil edildiği ve içselleştirilmiş damgalanma alt boyut olan damgalanmaya karşı direnç alt boyutunun yordayıcılarını incelemek için yapılan Hiyerarşik Regresyon Analizi bulgularına göre, ilk modelde yer alan yaş ve psikiyatri yatış sayısının anlamlı yordayıcılar olmadığı görülmektedir [ $F(2, 97)=2,93$ ;  $p>.05$ ]. İkinci modelde ise iki değişken eklenmiş ve ailede psikiyatrik hastalık değişkenine göre ( $\beta=.21$ ;  $p<.05$ ) damgalanmaya karşı direnç alt boyutu anlamlı düzeyde yordamaktadır. İkinci modelin açıklayıcılık oranı %13,3 olarak bulunmuştur ( $R^2=.133$ ). Üçüncü modelde ASDÖ alt boyutları eklenmiş ve yaş ( $\beta=.24$ ;  $p<.05$ ) değişkeninin damgalanmaya karşı direnç düzeyini yordadığı sonucu elde edilmiştir. Modelin açıklayıcılık oranı %20’ye çıkmıştır ( $R^2=.204$ ).

## **BÖLÜM V**

### **TARTIŞMA**

#### **5.1. İçselleştirmiş Damgalanma ve Algılanan Sosyal Desteğin Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Değerlendirilmesi**

Araştırmada, 50 bipolar bozukluk ve 50 şizofreni tanısı alan bireyin içselleştirilmiş damgalanma ve algılanan sosyal destek düzeyleri incelenmiştir. Her iki tanı grubunun karşılaştırılmasına ek olarak, katılımcıların klinik ve sosyodemografik değişkenleri bakımından içselleştirilmiş damgalanma ve algılanan sosyal destek boyutlarındaki farklılıklar ele alınmıştır.

İlk olarak, katılımcıların tanısına göre içselleştirilmiş damgalanma ve algılanan sosyal destek düzeyleri incelendiğinde, şizofreni tanısı almış katılımcıların içselleştirilmiş damgalanma alt boyutlarında anlamlı düzeyde daha yüksek puanlar aldığı görülmüştür. Sonuçlara göre, içselleştirilmiş damgalanma kalıp yargıları anlama, algılanan ayrımcılık ve sosyal geri çekilme puanlarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur. Aynı zamanda, algılanan sosyal destek açısından incelendiğinde ise, şizofreni tanısı almış kişilerin algılanan sosyal destek aile, arkadaş ve toplam puanlarının bipolar bozukluk tanısı alan katılımcılara kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür. Elde edilen sonuç doğrultusunda, algılanan sosyal desteğin, şizofreni tanısı alan bireylerin içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri bakımından farklılığa yol açabilecek düzeyde olmadığı ve ayrı göstergeler olarak ele alınabilecek bir durum olabileceği düşünülmektedir. Öte yandan, kültüre özgü farklılıkların, algılanan sosyal destek düzeyinin içselleştirilmiş damgalanmaya yönelik bir etki oluşturmamasını açıklayan bir durum olabileceği düşünülmektedir. Örneğin, Orta Doğu, Uzak Doğu ve ülkemizde de bireylerin gruplar halinde var olma ihtiyacı sebebiyle sosyal desteğe yönelik değerlendirmelerin olağan koşullar dahilinde yapılmasının anlamlı farklılık oluşturmayabileceği ve kolektivistik toplumlar açısından bir arada olma anlayışının varsayılan bir durum olması sebebiyle sosyal destek olarak değerlendirilmesinin muhtemel bir durum olabileceği düşünülebilir. Öte yandan, ilgili literatür incelendiğinde ise, içselleştirilmiş damgalanmanın ciddi ruhsal bozukluklar açısından değerlendirildiğinde Grover ve meslektaşları (2016), psikiyatri servisinde tedavi gören bipolar bozukluk tanısı almış

hastaların orta ve yüksek düzeyde içselleştirilmiş damgalanma tutumları olduğunu belirtmişlerdir. Ayrıca, yapılan bu çalışmada, gelir düzeyinin düşük olması ve daha genç yaşta olmanın damgalanmayla anlamlı ilişkili olduğu saptanmıştır. Bir diğer araştırmada, Fresan ve meslektaşları (2018) tarafından yapılan bir araştırmada, şizofreninin içselleştirilmiş damgalanma düzeylerinin fazla oluşuna yönelik bir doğrulama olduğu düşünülen ve diğer insanların şizofreni hastalarının bakış açısı incelenmiştir. Tıp fakültesi ve psikoloji öğrencileriyle yapılan araştırmada, katılımcıların %60'ından fazlası, şizofreni hastalarının saldırgan olduğunu belirtmişlerdir. Araştırmada elde edilen sonuç doğrultusunda, şizofreni tanısı alan kişilere yönelik basmakalıp yargıların damgalamaya yönelik göstergeler sunabileceği öngörülmektedir. Şizofreni ve bipolar bozukluk tanıları bakımından damgalanma ve içselleştirilmiş damgalanma durumları incelendiğinde, şizofreninin, semptomları itibariyle diğerleri tarafından daha fazla fark edilir olması ve bu durumun basmakalıp düşünce ve tutumların gelişmesinde önemli bir faktör olduğu düşünülmektedir. Bipolar bozukluğun, epizodlar dışında şizofreniye kıyasla daha uyumlu bir seyri olabileceğinden, şizofreniden daha düşük düzeyde içselleştirilmiş damgalanma durumunun olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca, sosyal destek açısından değerlendirildiğinde, şizofreni belirtilerinin bipolara kıyasla kişiler açısından ciddi kısıtlılıkları beraberinde getirmesi ve şizofreni tanısı alan bireylerin bir başkasının bakımına ihtiyaç duyması sebebiyle sosyal desteğinin daha yüksek olabileceği tahmin edilmektedir. Aynı zamanda bu konunun kültürel faktörlere bağlı olabileceği anlaşılmaktadır.

Rodak ve meslektaşları (2018) tarafından yapılan araştırmada, şizofreni hastalarında içselleştirilmiş damgalanmanın psikopatolojik profil ve antipsikotik kullanımıyla ilişkisi incelenmiştir. 64 hastayla yürütülen araştırmada, antipsikotik kullanımının türü bakımından içselleştirilmiş damgalanmada farklılıklar olup olmadığı incelenmiş ve elde edilen bulgular doğrultusunda enjeksiyonla ilaçlarını alan şizofreni tanılı hastaların içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Oral yolla risperidon alan şizofreni hastalarında ise içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri daha düşük bulunmuştur.

Lersner ve meslektaşları (2019) tarafından yapılan diğer bir çalışmada, yukarıda belirtilen kültürel farklılıklara yönelik bir inceleme yapıldığı görülmektedir.

Araştırmada, Almanya'daki Türkler ve Almanlarla yapılan araştırmada, ruh sağlığı bozukluklarına yönelik damgalama tutumları değerlendirilmiştir. 302 Alman ve 173 Türk göçmenin katıldığı araştırmada elde edilen bulgulara göre, damgalamaya götüren ve ruh sağlığı sorunlarına ilişkin sebep-sonuç ilişkisi hakkında olan düşüncelerin hem Türklerde hem de Almanlarda sosyal mesafe ihtiyacını yordayan bir değişken olduğu sonucu elde edilmiştir. Aynı zamanda, Almanların ruh sağlığı sorunlarına yönelik damgalayıcı tutumları, kişilik özelliği ve istenmeyen durumlar olarak değerlendirme eğiliminin daha fazla olduğu bulunmuştur.

Arap dünyasında ruh sağlığında damgalamaya ilişkin sosyo-kültürel engellerin değerlendirildiği gözden geçirme çalışmasında, ülkenin sağlık sisteminde gizliliğe önem verilmemesinin ve özellikle ruh sağlığı alanında bu sebeple ortaya çıkan hassasiyetin bireylerde damgalanmaya yönelik endişeye yol açtığı ve yardım istemek konusunda kaçınan oldukları öne sürülmüştür (Merhej, 2019).

Tanı türlerine yönelik içselleştirilmiş damgalanma kavramını ele alan bir diğer araştırmada, Sztancsik (2019), şizofreninin damgalanma, ayrımcılık ve önyargılara sebebiyet veren ciddi bir ruh sağlığı bozukluğu olduğunu öne sürmüş ve bu durumun şizofreni tanısı alan bireyler açısından zararlı etkisi olduğunu ifade etmiştir. Özellikle şizofreninin damgalanmayla bağlantısının, belirtilerin gözlemlenebilir ve toplumsal normlara uygun olmamasından kaynaklı bir durum olabileceği düşünülmektedir.

Literatür bilgilerine ek olarak, bu araştırmada, katılımcıların sosyo-demografik özellikleri ve klinik değişkenlerine yönelik incelemeler yapılmış ve içselleştirilmiş damgalanma ve algılanan sosyal destek boyutları bu değişkenlerle karşılaştırılmıştır. Elde edilen bulgular doğrultusunda, cinsiyet açısından yalnızca algılanan sosyal destek arkadaş alt boyutunun erkeklerde anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur. Koç ve Hançer Tok (2019), alkol ve opiyat kullanım bozukluğu tanısı almış kişilerle çalışma yapılmış ve erkek katılımcıların baskın olduğu bir örnekleme sosyal destek ve içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri incelenmiştir. Bulgular doğrultusunda, opiyat kullanım bozukluğu tanısı alanların bildirdiği aileden algılanan sosyal destek ve sosyal destek toplam puanları alkol kullanım bozukluğu tanısı alanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Boge ve meslektaşları (2018) tarafından Hindistan'da yapılan başka bir çalışmada

ise, içselleştirilmiş damgalanmaya ilişkin cinsiyete göre anlamlı farklılıklar olduğu görülmüştür. Bulgular doğrultusunda, ruhsal bozukluğu olan kadınların erkeklere kıyasla daha fazla damgalanmaya maruz kaldığı ve içselleştirilmiş damgalanma düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür.

## **5.2. İçselleştirilmiş Damgalanma ve Algılanan Sosyal Destek Boyutları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi**

Şizofreni ve bipolar bozukluk tanısı almış kişilerin içselleştirilmiş damgalanma ve algılanan sosyal destek düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesinde ayrıca iki sürekli değişken olan yaş ve psikiyatri servisinde yatış süresi dahil edilmiştir. Elde edilen bulgulara göre, yaş arttıkça, kişilerin damgalanmaya karşı direnç düzeylerinin düştüğü sonucu elde edilmiştir. Ayrıca, sosyal destek boyutları ile içselleştirilmiş damgalanma boyutları arasındaki ilişki incelendiğinde ise, yalnızca damgalanmaya karşı direnç alt boyutunun algılanan sosyal destek toplam puanı ve algılanan sosyal destek özel bir insan alt boyut ile negatif yönlü ve anlamlı ilişkisi olduğu bulunmuştur. Ölçekte yer alan, damgalanmaya karşı direnç alt boyutu ters hesaplanmakta olup, alınan düşük puanlar kişinin damgalanmaya karşı direncinin fazla olduğunu göstermektedir. Bu durumda, sosyal desteğin artışı ile damgalanmaya karşı direncin artmasının tutarlı olduğu görülmektedir. Elde edilen sonucun literatürle tutarlı olduğu görülmektedir. Öte yandan, ilişkili bulunan değişkenlerin yordayıcılığı incelendiğinde ise, algılanan sosyal destek boyutlarının damgalanmaya karşı direnç alt boyutunu anlamlı düzeyde yordamadığı görülmüştür. Bu durumda, algılanan sosyal desteğin içselleştirilmiş damgalama açısından koruyucu bir faktör olmadığı ve ayrı değerlendirilebileceği düşünülmektedir. Bununla birlikte, ilgili literatürde algılanan sosyal desteğin, ciddi ruh sağlığı bozukluğu olan bireylerde içselleştirilmiş damgalanma ile ilişkili olduğu görülmüştür (Chan ve Mak, 2017; Hartini ve ark., 2018; Koç ve Hançer-Tok, 2019; Burke ve ark., 2019).

Tanrıverdi ve meslektaşları (2020) tarafından yapılan diğer bir araştırmada, içselleştirilmiş damgalanmanın farklı ruh sağlığı bozukluklarındaki düzeyi incelenmiştir. Araştırmaya, şizofreni, şizoaffektif bozukluk, alkol ve madde kullanım bozukluğu, anksiyete bozukluğu, majör depresif bozukluk ve bipolar bozukluk tanısı alan kişiler katılmıştır. Farklı psikopatolojik profildeki katılımcıların içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri incelendiğinde, madde kullanım bozukluğu tanısı alanların

içselleştirilmiş damgalanma düzeylerinin en yüksek olduğu bulunmuş ve bu durumun diğer psikopatolojik profillere sahip olan kişilere göre daha az sosyal desteğe sahip olmasıyla ilişkilendirilebileceği düşünülmüştür.

Sosyal destekle ilişkilendirilen diğer kavramlar olarak özyetkinlik ve benlik saygısının içselleştirilmiş damgalanma ile ilişkisini inceleyen diğer bir araştırmada Jah ve meslektaşları (2020), 514 kişiyle çalışma yapmıştır. Araştırmada elde edilen bulgulara göre, damgalanmanın bireylerin iyileşmeye ilişkin sonuçlarını etkilemekle birlikte damgalanmanın içselleştirilmiş damgalanmaya etki ettiği ve bu durumun özyetkinlik üzerinde anlamlı etkisi olduğu bulunmuştur. Elde edilen sonuç, damgalanmanın sosyo-bilişsel yönüne vurgu yapmaktadır.

Harkness, Kroska ve Rescosolido (2016) tarafından yapılan diğer bir araştırmada, psikiyatrik hastalarda damgalanmanın hayat boyu olası etkileri incelenmiştir. Özellikle kendini damgalamaya ilişkin tutumlar, aile ve okul hayatı gibi alanlardaki role özgü kimlik ve benlik saygısı gibi alanlara etki edebilecek önemli göstergeler olduğu öne sürülmüştür.

Yapılan bir diğer araştırmada ise Pascual-Sanchez, Jenaro ve Montes (2020) ötimik bipolar bozukluk tanısı alan kişilerde sosyal geri çekilme davranışının arka planında damgalanmanın olası etkisi incelenmiştir. Yapılan kesitsel çalışmaya 49 ötimik bipolar bozukluk hastası dahil edilmiştir. Yapılan anket çalışması sonucunda, katılımcıların kalıpyargılara yönelik ve hastalığa ilişkin içselleştirilmiş damgalanma düzeylerinin sosyal geri çekilmeyi anlamlı düzeyde yordadığı sonucu elde edilmiştir. Bu doğrultuda, algılanan sosyal desteğin söz konusu içselleştirilmiş damgalanma boyutlarının yükselişinde önleyici bir faktör olabileceği düşünülse de yapılan bu çalışmada anlamlı ilişkilerin saptanmamış olmasının ayrı değerlendirilebilecek kavramlar olduğunu düşündürmektedir.

## BÖLÜM VI

### SONUÇ VE ÖNERİLER

#### 6.1. Sonuçlar

Araştırmada edilen bulgulara göre,

- Araştırmaya 50 bipolar bozukluk ve 50 şizofreni tanılı birey katılmıştır.
- Kadın katılımcı sayısının erkeklere göre daha az olduğu görülmüştür.
- Eğitim düzeyine göre, bipolar bozukluk tanılı olanlarda lisans mezunları en fazla ve şizofreni tanılı hastalarda ise lise mezunu olanların sayısı en fazladır.
- Hem bipolar bozukluk hem de şizofreni tanısı almış katılımcılarda bekar olanların sayısı daha fazladır.
- Bipolar bozukluk tanısı alanlar arasında çalışanların sayısı en fazlayken; şizofreni tanısı almış katılımcılarda çalışmayanların oranı daha fazladır.
- Katılımcıların çoğunluğunun il ve ilçelerde yaşadığı görülmektedir. Bipolar bozukluk tanısı alan kişiler arasında ilde yaşayanların oranı ilde yaşayan şizofreni tanılı kişilere göre daha fazladır.
- Sosyoekonomik durum her iki grupta da çoğunluk olarak orta düzeydedir.
- Hastalık süresi bakımından her iki grupta da 0-5 yıl arasında hastalığı olduğunu belirtenlerin sayısının fazla olduğu görülmektedir. Bununla birlikte, şizofreni tanısı alanlarda 6-10 yıl arası hastalığının devam ettiğini belirtenlerin sayısı fazladır.
- Bipolar bozukluk tanısı alan gruptaki tüm katılımcılar ilaç kullandığını belirtmişlerdir. Şizofreni tanısı almış grupta ise %16 oranında katılımcının psikiyatrik ilaç kullanmadığı görülmüştür.
- Bipolar bozukluk tanısı alan grupta ailede psikiyatrik öyküsü bulunanların sayısı daha fazladır.
- Şizofreni tanısı almış katılımcılar arasında psikiyatrik yatışı olanların oranı bipolar bozukluk tanısı almış ve daha önce psikiyatrik tanısı olmuş katılımcılardan daha fazladır.
- Her iki gruptaki katılımcıların düzenli doktor kontrolüne gittiği ve şizofreni tanısı alan gruptaki katılımcılar arasında düzenli doktora

gidenlerin sayısının bipolar bozukluk tanısı alıp düzenli kontrole gittiğini belirten katılımcılara kıyasla daha fazla olduğu görülmüştür.

- Bipolar bozukluk ve şizofreni tanısı almış kişilerin algılanan sosyal destek alt boyut puanları karşılaştırıldığında, şizofreni tanısı alan katılımcıların algılanan sosyal destek aile, arkadaş ve toplam puanlarının bipolar bozukluk tanısı alanlara kıyasla daha yüksek olduğu bulunmuştur.
- İçselleştirilmiş damgalanmanın bipolar bozukluk ve şizofreni tanısı almış kişilerde karşılaştırması incelendiğinde, içselleştirilmiş damgalanma kalıpyargıları anlama, algılanan ayrımcılık ve sosyal geri çekilme puanlarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur.
- Ailesinde psikiyatrik öyküsü bulunan katılımcıların içsel damgalanmaya karşı dirençleri anlamlı düzeyde daha yüksektir.
- Psikiyatri servisinde yattığını belirten bipolar bozukluk ve şizofreni tanısı almış katılımcıların içselleştirilmiş damgalanma kalıpyargıları anlama ve sosyal geri çekilme alt boyut puanları anlamlı düzeyde daha yüksektir.
- Bipolar bozukluk ve şizofreni tanısı almış kadın ve erkekler arasında, erkek katılımcıların algılanan sosyal destek arkadaş alt boyutu anlamlı düzeyde daha yüksektir.
- Yaş ve psikiyatrik yatış değişkenleri bipolar bozukluk ve şizofreni tanısı almış katılımcılarda içselleştirilmiş damgalanma ve algılanan sosyal destek boyutlarıyla anlamlı ilişkili olduğu saptanmamıştır.
- Algılanan sosyal destek özel bir insan alt boyutu ve toplam puanı, içselleştirilmiş damgalanma damgalanmaya karşı direnç alt boyutuyla negatif yönlü ve anlamlı ilişkili bulunmuştur.
- İçselleştirilmiş damgalanma damgalanmaya karşı direnç alt boyutu katılımcıların yaşı tarafından yordanmaktadır. Yaş arttıkça katılımcıların damgalanmaya karşı dirençleri, anlamlı düzeyde düşüş göstermektedir.

## 6.2. Öneriler

Araştırmada elde edilen bulgular doğrultusunda, şizofreni tanısı almış bireylerin içselleştirilmiş damgalanma düzeylerinin bipolar bozukluk tanısı alan kişilere kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur. Öte yandan, kültüre özgü bir farklılık olduğu düşünülen bir durum olmakla birlikte, şizofreni

tanısı almış kişilerin algılanan sosyal destek puanlarının bipolar bozukluk tanısı alanlara kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu durum aynı zamanda içselleştirilmiş damgalanma üzerinde algılanan sosyal desteğin koruyucu bir faktör olması konusunda yeterli olmadığı ve farklı göstergelerin değerlendirilmesinin uygun olabileceği düşünülmektedir. İlerleyen araştırmalarda göz önünde bulundurulması gereken bir husus olarak, katılımcıların daha geniş örneklem gruplarıyla değerlendirilmesi, klinik ve sosyodemografik değişkenler bakımından eşitlenmesi şeklinde yapılabilecek değişikliklerle önemli sonuçların elde edilebileceği düşünülmektedir. Uygulayıcılar açısından ele alındığında, şizofreni ve bipolar bozukluk tanısı almış kişilerdeki içselleştirilmiş damgalanma düzeylerinin değerlendirilmesiyle farklı uygulamaların (örn. Psikoeğitim, aileyle çalışma gibi) yapılandırılabilmesi düşünülmektedir.

## KAYNAKÇA

- American Psychiatry Association (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.). Arlington: American Psychiatric Publishing
- Anderson I.M, Haddad P.M, Scott J. (2012). "Bipolar disorder". BMJ (Clinical Research Ed.). **345**: e8508
- Anthony WA. (1993). Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. Psychosoc Rehabil J. 16(4):11–23
- Atalay, H., (2009), "Psikiyatride Stigma", Psikeart, 2: 10-19.
- Atmaca, G. D. ve Durat, G. (2016). Şizofreni hastalarında intihar ve depresyon. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 6(1), 51-55.
- Au, C.-H., Wong, C. S.-M., Law, C.-W., Wng, M.-C., & Chung, K.-F. (2019). Self-stigma, stigma coping and functioning in remitted bipolar disorder. *General Hospital Psychiatry*, 57, 7-12. Scopus. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2018.12.007>
- Bademli, K. ve Z. Çetinkaya Duman. (2013). Şizofreni Hastalarının Bakım Verenleri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 5(4), 461-478.
- Bobo WV (2017). "The Diagnosis and Management of Bipolar I and II Disorders: Clinical Practice Update". Mayo Clinic Proceedings (Review). **92** (10): 1532–1551
- Boge, K., Zieger, A., Mungee, A., Tandon, A., Fuchs, L., Schomerus, G., Tam Ta, T., Dettling, M., Bajbouj, M., Angermeyer, M., & Hahn, E. (2018). Perceived stigmatization and discrimination of people with mental illness: A survey-based study of the general population in five metropolitan cities in India. *Indian Journal of Psychiatry*, 60(1), 24-31. Scopus. [https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry\\_406\\_17](https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_406_17)
- Breier A, Strauss J.S. (1984). The role of social relationships in the recovery from psychotic disorders. *American Journal of Psychiatry*. 141:949–955
- Burke, T. A., Piccirillo, M. L., Moore-Berg, S. L., Alloy, L. B., & Heimberg, R. G. (2019). The stigmatization of nonsuicidal self-injury. *Journal of Clinical Psychology*, 75(3), 481-498. Scopus. <https://doi.org/10.1002/jclp.22713>
- Chan, K. K. S., & Mak, W. W. S. (2017). The content and process of self-stigma in people with mental illness. *American Journal of Orthopsychiatry*, 87(1), 34-43. Scopus. <https://doi.org/10.1037/ort0000127>

- Chan, S. Y. Y., Ho, G. W. K., & Bressington, D. (2019). Experiences of self-stigmatization and parenting in Chinese mothers with severe mental illness. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28(2), 527-537. Scopus. <https://doi.org/10.1111/inm.12558>
- Chang, C.-C., Wu, T.-H., Chen, C.-Y., & Lin, C.-Y. (2016). Comparing Self-stigma between People with Different Mental Disorders in Taiwan. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 204(7), 547-553. Scopus. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000537>
- Corrigan P.W., Giffort D., Rashid F. (1999). Recovery as a psychological construct. *Community Mental Health Journal*. 35:231–239
- Corrigan PW. How clinical diagnosis might exacerbate the stigma of mental illness. *Social Work*. 2007;52(1):31–39
- Crocker J, Major B. Social stigma and self-esteem: The self-protective properties of stigma. *Psychological Review*. 1989;96:608–630
- Crocker J. Stigma. In: Antony SR, Hewstone M, editors. *The Blackwell Encyclopedia of Social Psychology*. Blackwell Publishing; 1996.
- Çam, O., Çuhadar, D. (2009) Ruhsal bozukluğu olan bireylerde içselleştirilmiş damgalanma. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 10 (Ek 2): 84-85
- Davidson L. *Living outside mental illness: qualitative studies of recovery in schizophrenia*. New York (NY): New York University Press; 2003
- Dudley JR. Confronting stigma within the services system. *Social Work*. 2000;45:449–455.
- Economou, M., Bechraki, A., & Charitsi, M. (2020). The stigma of mental illness: A historical overview and conceptual approaches. *Psychiatrike = Psychiatriki*, 31(1), 36-46. Scopus. <https://doi.org/10.22365/jpsych.2020.311.36>
- Eker D, Arkar H (1995a) Perceived social support: psychometric properties of the MSPSS in normal and pathological groups in a developing country. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 30:121-26.
- Eker D, Arkar H (1995b) Çok boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikoloji Dergisi*, 34:45-55.
- Eker D, Arkar H, Yaldız H (2001) Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikol Derg*; 12: 17–25

- Eksteen, H.-C., Becker, P. J., & Lippi, G. (2017). Stigmatization towards the mentally ill: Perceptions of psychiatrists, pre-clinical and post-clinical rotation medical students. *International Journal of Social Psychiatry*, 63(8), 782-791. Scopus. <https://doi.org/10.1177/0020764017735865>
- Feldman DB, Crandall CS. Dimensions of mental illness stigma: What about mental illness causes social rejection. *Journal of Social and Clinical Psychology*. 2007;26(2):137–15
- Ferrari, AJ; Stockings, E; Khoo, JP; Erskine, HE; Degenhardt, L; Vos, T; Whiteford, HA (August 2016). "The prevalence and burden of bipolar disorder: findings from the Global Burden of Disease Study 2013". *Bipolar Disorders (Review)*. 18 (5): 440–50.
- Fresán, A., Robles-García, R., Martínez-López, N., Tovilla-Zárate, C. A., & Madrigal, E. (2018). Stigma and perceived aggression towards schizophrenia in female students of medicine and psychology. *Salud Mental*, 41(5), 207-212. Scopus. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2018.031>
- Frieh, E. C. (2020). Stigma, trauma and sexuality: The experiences of women hospitalised with serious mental illness. *Sociology of Health and Illness*, 42(3), 526-543. Scopus. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.13034>
- Goepfert, N. C., Conrad Von Heydendorff, S., Dreßing, H., & Bailer, J. (2019). Effects of stigmatizing media coverage on stigma measures, self-esteem, and affectivity in persons with depression—An experimental controlled trial. *BMC Psychiatry*, 19(1). Scopus. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2123-6>
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. PrenticeHall.
- Goodwin GM (2012). "Bipolar disorder". *Medicine*. 40 (11): 596–598
- Grande I, Berk M, Birmaher B, Vieta E (April 2016). "Bipolar disorder". *Lancet*. 387 (10027): 1561–1572.
- Grover, S., Hazari, N., Aneja, J., Chakrabarti, S., & Avasthi, A. (2016). Stigma and its correlates among patients with bipolar disorder: A study from a tertiary care hospital of North India. *Psychiatry Research*, 244, 109-116. Scopus. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.07.012>
- Harkness, S. K., Kroska, A., & Pescosolido, B. A. (2016). *The self-stigma of psychiatric patients: Implications for identities, emotions, and the life course*

- (C. 17). Scopus. <https://doi.org/10.1108/S1057-629020160000017008>
- Hartini, N., Fardana, N. A., Ariana, A. D., & Wardana, N. D. (2018). Stigma toward people with mental health problems in Indonesia. *Psychology Research and Behavior Management*, *11*, 535-541. Scopus. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S175251>
- Jahn, D. R., Leith, J., Muralidharan, A., Brown, C. H., Drapalski, A. L., Hack, S., & Lucksted, A. (2020). The influence of experiences of stigma on recovery: Mediating roles of internalized stigma, self-esteem, and self-efficacy. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, *43*(2), 97-105. Scopus. <https://doi.org/10.1037/prj0000377>
- Johnson SL, Winett CA, Meyer B. (1999). Social support and the course of bipolar disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, *108*, 555–557
- Jones EE, Farina A, Hastorf AH, Markus H, Miller DT, Scott RA. Social stigma: The psychology of marked relationships. New York: Freeman; 1984.
- Kalisova, L., Michalec, J., Hadjipapanicolaou, D., & Raboch, J. (2018). Factors influencing the level of self-stigmatisation in people with mental illness. *International Journal of Social Psychiatry*, *64*(4), 374-380. Scopus. <https://doi.org/10.1177/0020764018766561>
- Kamaradova, D., Latalova, K., Prasko, J., Kubinek, R., Vrbova, K., Mainerova, B., Cinculova, A., Ociskova, M., Holubova, M., Smoldasova, J., & Tichackova, A. (2016). Connection between self-stigma, adherence to treatment, and discontinuation of medication. *Patient Preference and Adherence*, *10*, 1289-1298. Scopus. <https://doi.org/10.2147/PPA.S99136>
- Kendler K.S., Walters E.E., Kessler R.C. (1997). The prediction of length of major depressive episodes: results from an epidemiological sample of female twins. *Psychological Medicine*. *27*, 107–117
- King M, Dinos S, Shaw J, Watson R, et al. The stigma scale: development of a standardised measure of the stigma of mental illness. *British Journal of Psychiatry* 2007;190:248-54
- Koç, A., & Hançer Tok, H. (2019). Is internalized stigmatization and perceived social support different in alcohol and opioid addicts? *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, *21*(Special Issue 1), 51-54. Scopus. <https://doi.org/10.5455/apd.302644857>

- Köroğlu, E. (2010). *Umut Kapısı Psikiyatri*. Ankara: HYB Basım Yayın.
- Krendl, A. C., & Freeman, J. B. (2019). Are mental illnesses stigmatized for the same reasons? Identifying the stigma-related beliefs underlying common mental illnesses. *Journal of Mental Health*, 28(3), 267-275. Scopus. <https://doi.org/10.1080/09638237.2017.1385734>
- Lee, S., Lee, M.T.Y., Chiu, M.Y.L. and Kleinman, A., (2005), “Experience of Social Stigma by People with Schizophrenia in Hong Kong”, *British Journal of Psychiatry*, 186: 153-157.
- Lehman A.F., Kernan E., DeForge B.R., (1995). Effects of homelessness on quality of life of persons with serious mental illness. *Psychiatric Services*.46, 922–926
- Lersner, U. V., Gerb, J., Hizli, S., Waldhuber, D., Wallerand, A. F., Bajbouj, M., Schomerus, G., Angermeyer, M. C., & Hahn, E. (2019). Stigma of mental illness in Germans and Turkish immigrants in Germany: The effect of causal beliefs. *Frontiers in Psychiatry*, 10(FEB). Scopus. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00046>
- Link, B.G., Struening, E.L., Neese-Todd, S., Asmussen, S., Phelan J.C. (2001). Stigma as a barrier to recovery: The consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illnesses. *Psychiatric Services*, 52, 1621-1626.
- Lyndon, A. E., Crowe, A., Wuensch, K. L., McCammon, S. L., & Davis, K. B. (2019). College students’ stigmatization of people with mental illness: Familiarity, implicit person theory, and attribution. *Journal of Mental Health*, 28(3), 255-259. Scopus. <https://doi.org/10.1080/09638237.2016.1244722>
- Martensen, L. K., Hahn, E., Cao, T. D., Schomerus, G., Nguyen, M. H., Böge, K., Nguyen, T. D., Mungee, A., Dettling, M., Angermeyer, M. C., & Ta, T. M. T. (2018). Impact of perceived course of illness on the desire for social distance towards people with symptoms of schizophrenia in Hanoi, Vietnam. *Psychiatry Research*, 268, 206-210. Scopus.
- Masuch, T. V., Bea, M., Alm, B., Deibler, P., & Sobanski, E. (2019). Internalized stigma, anticipated discrimination and perceived public stigma in adults with ADHD. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 11(2), 211-220. Scopus. <https://doi.org/10.1007/s12402-018-0274-9>
- Mead, G.H., Becker, H.S. (2011). *Labeling Theory: Social Constructionism, Social*

Stigma, Deinstitutionalisation,

- Merhej, R. (2019). Stigma on mental illness in the Arab world: Beyond the socio-cultural barriers. *International Journal of Human Rights in Healthcare*, 12(4), 285-298. Scopus. <https://doi.org/10.1108/IJHRH-03-2019-0025>
- Miller, CT., (2003). Coping with stigma and prejudice. In: Heatherton TF, Kleck RE, Hull. JG., Eds. *The social psychology of stigma*. New York: the Guilford press: p 243-66
- Morrow-Howell N, Hinterlong J, Rozario P.A. (2003). Effects of volunteering on the well-being of older adults. *Journal of Gerontology: Social Sciences*. 58B, S137–S145
- Mueser KT, McGurk SR. Schizophrenia. *Lancet*. 2004;363(9426):2063–2072.
- Narrow W.E., Regier D.A., Norquist G. (2000). Mental health service use by Americans with severe mental illnesses. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 35, 147–155
- Oliveira, A. M., Machado, D., Fonseca, J. B., Palha, F., Silva Moreira, P., Sousa, N., Cerqueira, J. J., & Morgado, P. (2020). Stigmatizing Attitudes Toward Patients With Psychiatric Disorders Among Medical Students and Professionals. *Frontiers in Psychiatry*, 11. Scopus. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00326>
- Pal, A., Sharan, P., & Chadda, R. K. (2017). Internalized stigma and its impact in Indian outpatients with bipolar disorder. *Psychiatry Research*, 258, 158-165. Scopus. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.09.087>
- Pascual-Sanchez, A., Jenaro, C., & Montes, J. M. (2020). Understanding social withdrawal in euthymic bipolar patients: The role of stigma. *Psychiatry Research*, 284. Scopus. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112753>
- Peitl, M. V., Tibljaš, D., Prološćić, J., & Habibović, F. (2018). Stigmatisation toward the mentally ill in high school students. *Socijalna Psihijatrija*, 46(3), 307-325. Scopus. <https://doi.org/10.24869/spsih.2018.307>
- Pevalin D.J, & Goldberg D.P. (2003). Social precursors to onset and recovery from episodes of common mental illness. *Psychological Medicine*.33, 299–306
- Picco, L., Chang, S., Abidin, E., Chua, B. Y., Yuan, Q., Vaingankar, J. A., Ong, S., Yow, K. L., Chua, H. C., Chong, S. A., & Subramaniam, M. (2019). Associative stigma among mental health professionals in Singapore: A cross-

- sectional study. *BMJ Open*, 9(7). Scopus. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-028179>
- Quenneville, A. F., Badoud, D., Nicastro, R., Jermann, F., Favre, S., Kung, A.-L., Euler, S., Perroud, N., & Richard-Lepouriel, H. (2020). Internalized stigmatization in borderline personality disorder and attention deficit hyperactivity disorder in comparison to bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 262, 317-322. Scopus. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.10.053>
- Ran, M.-S., Zhang, T.-M., Wong, I. Y.-L., Yang, X., Liu, C.-C., Liu, B., Luo, W., Kuang, W.-H., Thornicroft, G., Chan, C. L.-W., & CMHP Study Group. (2018). Internalized stigma in people with severe mental illness in rural China. *International Journal of Social Psychiatry*, 64(1), 9-16. Scopus. <https://doi.org/10.1177/0020764017743999>
- Ritsher JB, Otilingam PG, Grajales M (2003) Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Res*, 121:31-49.
- Ritsher, JB., Phelan, JC., (2004). Internalized stigma predicts erosion of morale among psychiatric outpatients. *Psychiatry Research*, 129, 257-265.
- Rodak, J., Witusik, A., Nowakowska-Domagala, K., Pietras, T., & Mokros, Ł. (2018). Psychopathological profile and antipsychotic treatment may be linked to internalised stigma in schizophrenia – A cross-sectional study. *Postepy Psychiatrii i Neurologii*, 27(2), 77-86. Scopus. <https://doi.org/10.5114/ppn.2018.77034>
- Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P.(2016). *Psikiyatri, Davranış Bilimleri/Klinik Psikiyatri* (11.baskı), Güneş Tıp Kitabevleri, Ankara.
- Sharir D., Tanasescu M., Turbow D., & Mamam Y. (2007). Social support and quality of life among psychiatric patients in residential homes. *The International Journal of Psychosocial Rehabilitation*. 11:85–98
- Škodová, Z., & Polčová, I. (2020). Stigmatization and attitudes toward mental health disorders among adolescents in Slovakia. *Kontakt*, 22(1), 54-59. Scopus. <https://doi.org/10.32725/kont.2019.047>
- Sztancsik, V. (2018). On the stigma of schizophrenia. *Psychiatria Hungarica : A Magyar Pszichiatriai Tarsasag tudomanyos folyoirata*, 33(2), 93-105. Scopus.
- Tanriverdi, D., Kaplan, V., Bilgin, S., & Demir, H. (2020a). The comparison of

- internalized stigmatization levels of patients with different mental disorders. *Journal of Substance Use*, 25(3), 251-257. Scopus. <https://doi.org/10.1080/14659891.2019.1675790>
- Tanriverdi, D., Kaplan, V., Bilgin, S., & Demir, H. (2020b). The comparison of internalized stigmatization levels of patients with different mental disorders. *Journal of Substance Use*, 25(3), 251-257. Scopus. <https://doi.org/10.1080/14659891.2019.1675790>
- Tillman, D. R., Hof, D. D., Pranckeviciene, A., Endriulaitiene, A., Markšaityte, R., & Žardeckaite-Matulaitiene, K. (2018). Social distance from mental illness among counseling, social work, and psychology students and helping professionals. *Journal for Social Action in Counseling and Psychology*, 10(1), 24-37. Scopus.
- Valery, K.-M., & Prouteau, A. (2020). Schizophrenia stigma in mental health professionals and associated factors: A systematic review. *Psychiatry Research*, 290. Scopus. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113068>
- Vaux, A. (1988). *Social Support: Theory, Research and Interventions*. My, NY: Praeger.
- Waner, R., (2003). Reducing stigma associated with schizophrenia WPA series evidence and experience in psychiatry, Maj M., Sartorius, N., Eds. New York John Wiley&Sons Ltd. p. 284-6.
- Yang LH, Kleinman A, Link BG, Phelan JC, Lee S, Good B. Culture and stigma: Adding moral experience to stigma theory. *Social Science & Medicine*. 2007;64:1524–1535
- Yıldız, M., Kiras, F., İncedere, A., & Abut, F. B. (2019). Development of self-stigma inventory for patients with schizophrenia (SSI-P): Reliability and validity study. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*, 29(4), 640-649. Scopus. <https://doi.org/10.1080/24750573.2018.1533189>
- Yin, M., Li, Z., & Zhou, C. (2020). Experience of stigma among family members of people with severe mental illness: A qualitative systematic review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 29(2), 141-160. Scopus. <https://doi.org/10.1111/inm.12668>

## EKLER

### EK-1. Bilgilendirilmiş Onam Formu

Değerli katılımcı,

Bu çalışma Üsküdar Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı öğrencisi Hatice Büşra Çalışkan tarafından Doç. Dr. Onur Noyan danışmanlığında, şizofreni ve bipolar bozukluk tanısı alan bireylerde içselleştirilmiş damgalanma ve algılanan sosyal destek arasındaki ilişkiyi incelemek ve değerlendirmek amacıyla, yüksek lisans tezi kapsamında yürütülmektedir.

Çalışma kapsamında size 3 adet form verilecektir. Verilen formlarda her bölümün başında nasıl yanıtlanacağı konusunda bilgilendirmeler bulunmaktadır. Elde edilecek sonuçların güvenilirliği bakımından kendinize en uygun olduğunu düşündüğünüz yanıtları vermeniz ve hiçbir soruyu boş bırakmamanız önemlidir. Uygulama yaklaşık 20-30 dakika sürmekte olup herhangi bir süre kısıtlaması söz konusu değildir.

Araştırmaya katılım tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Dolduracağınız formlarda, kendinizi rahatsız hissettiğiniz an çalışmayı bırakabilirsiniz. Sorulara vereceğiniz yanıtlar tamamen gizli kalacak ve sadece araştırma ekibi tarafından değerlendirilecektir. Kimliğinizi belirlemeye yönelik hiçbir bilgi bulunmamaktadır. Elde edilen bilgiler bilimsel yazılarda kullanılacaktır.

Çalışmamıza katıldığınız için teşekkür ederiz.

Hatice Büşra Çalışkan

Üsküdar Üniversitesi

Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı

Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam

Bu koşullarda çalışmaya tamamen gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

Kabul ediyorum.

Kabul etmiyorum

İmza

## EK-2. Sosyo-demografik Bilgi Formu

1.Yaşınız:

2.Cinsiyet:

Kadın  Erkek

3.Eğitim Düzeyiniz:

Okur-yazar  İlköğretim  Lise  Lisans  Lisansüstü

4.Medeni Durumunuz:

Bekar  Evli  Boşanmış  Dul  Eşinden ayrı yaşıyor

5.Çalışma Durumu:

Ev Hanımı  Çalışıyor  Emekli  Öğrenci  Çalışmıyor

6.Yaşadığınız yer:

İl  İlçe  Köy

7. Kendinizi sosyoekonomik düzey açısından hangi gruba ait hissediyorsunuz?

Alt  Orta  Üst

8.Herhangi bir psikiyatrik hastalığınız var mı?

Evet  Hayır

(Psikiyatrik bir hastalığınız var ise tanısını belirtiniz. ....)

9.Psikiyatrik bir hastalığınız var ise ne kadar süredir var olduğunu belirtiniz.

0-5 yıl  6-10 yıl  11-15 yıl  16-20 yıl  20 yıl ve üstü

10.Psikiyatrik bir ilaç kullanıyor musunuz?

Evet  Hayır

11.Aileniz arasında psikiyatrik hastalık tanısı olan var mı?

Var  Yok

**12.Daha önce intihar girişiminiz oldu mu?**

Evet  Hayır

**13.Daha önce psikiyatri servisinde yatışınız oldu mu?**

Evet  Hayır

(Psikiyatri servisinde yatışınız oldu ise kaç kez yattığınızı yazınız.....)

**14.Tedaviniz doğrultusunda düzenli doktor kontrolüne gidiyor musunuz?**

Evet  Hayır



## EK-2. RUHSAL HASTALIKLARDA İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMA ÖLÇEĞİ (RHİDÖ)

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

“Kesinlikle aynı fikirde değilim” diyorsanız ( 1 )  
rakamını;

“Aynı fikirde değilim” diyorsanız ( 2 )  
rakamını;

“Aynı fikirdeyim” diyorsanız ( 3 )  
rakamını;

“Kesinlikle aynı fikirdeyim” diyorsanız ( 4 )  
rakamını daire içine alarak

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

	Kesinlikle aynı fikirde değilim	Aynı fikirde değilim	Aynı fikirdeyim	Kesinlikle aynı fikirdeyim
1.Ruhsal bir hastalığım olduğu için kendimi bu dünyada bir yabancı gibi hissediyorum.				
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.				
9.Ruhsal hastalığım benim “garip” görünmeme ya da davranmama neden olabileceğinden dolayı eskisi kadar sosyal değilim.				
10.Ruhsal hastalığı olan kişiler iyi ve doyum verici bir hayat yaşayamazlar.				
11.İnsanları ruhsal hastalığımla sıkmak istemediğimden dolayı, kendi hakkımda fazla konuşmam.				
12.Halk arasındaki ruhsal hastalıklarla ilgili olumsuz düşünceler, benim “normal” yaşamın dışında kalmama neden oluyor.				
13.Ruhsal hastalığı olmayan kişilerle birlikteyken, kendimi sanki o ortama ait değilmiş ve yetersizmişim gibi hissediyorum.				
14.Ruhsal hastalığı açıkça anlaşılan biriyle toplum içinde birlikte görülmek beni rahatsız etmez.				
15.Sırf ruhsal hastalığımdan dolayı insanlar bana sık sık ne yapmam gerektiğini söyleyip, sanki çocukmuşum gibi davranırlar.				
16.Ruhsal hastalığımla ilgili için kendimden memnun değilim.				

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

## **EK-4. ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ**

Aşağıda 12 cümle ve her bir cümle altında da cevaplarınızı işaretlemeniz için 1'den 7'ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümlenin her birine bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz. Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız. Sizce doğruya en yakın olan rakamı işaretleyiniz.

1. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan özel bir insan (flört, nişanlı sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

**Kesinlikle Hayır**    1    2    3    4    5    6    7    **Kesinlikle**  
**Evet**

2. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

**Kesinlikle Hayır**    1    2    3    4    5    6    7    **Kesinlikle**  
**Evet**

3. Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşleri) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.

**Kesinlikle Hayır**    1    2    3    4    5    6    7    **Kesinlikle**  
**Evet**

4.İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden (örneğin, annemden, babamdan, eşimden, çocuklarımdan, kardeşlerimden) alırım.

**Kesinlikle Hayır**    1    2    3    4    5    6    7    **Kesinlikle**

**Evet**

5.Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

**Kesinlikle Hayır**    1    2    3    4    5    6    7    **Kesinlikle**

**Evet**

6.Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.

**Kesinlikle Hayır**    1    2    3    4    5    6    7    **Kesinlikle**

**Evet**

7.İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.

**Kesinlikle Hayır**    1    2    3    4    5    6    7    **Kesinlikle**

**Evet**

8.Sorunlarımı ailemle (örneğin, annemle, babamla, eşimle, çocuklarımla, kardeşlerimle) konuşabilirim.

**Kesinlikle Hayır**    1    2    3    4    5    6    7    **Kesinlikle**

**Evet**

9.Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.

**Kesinlikle Hayır**    1    2    3    4    5    6    7    **Kesinlikle**  
**Evet**

10.Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

**Kesinlikle Hayır**    1    2    3    4    5    6    7    **Kesinlikle**  
**Evet**

11.Kararlarımı vermemde ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.

**Kesinlikle Hayır**    1    2    3    4    5    6    7    **Kesinlikle**  
**Evet**

12.Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.

**Kesinlikle Hayır**    1    2    3    4    5    6    7    **Kesinlikle**  
**Evet**

## EK-5. Araştırma İzni

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE  
İSTANBUL

Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji yüksek lisans öğrencisi Hatice Büşra Çalışkan'ın "Şizofreni ve Bipolar Bozukluk Tanısı Alan Bireylerde İçselleştirilmiş Damgalanma ve Algılanan Sosyal Destek Arasındaki İlişki" konulu tez çalışmasıyla ilgili araştırmasını Özel Terapi Bakım Merkezi'nde yapması uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim.

20/12/2018

Türkoba Mh. Portakal Sk. No:22  
Büyükcçekmece/ İstanbul

ÖZEL TERAPİ BAKIM  
MERKEZİ  
Sorumlu Müdürü  
Uzm. Dr. Ozlem Deniz KURTULUŞ  
Ozlem Deniz KURTULUŞ

## EK-6. Etik Kurul Onayı



www.uskudar.edu.tr

Altunizade Mahallesi Haluk Türksöy Sokak No:14 34662 Üsküdar/İSTANBUL  
T: 0216 400 22 22 F: 0216 474 12 56 bilgi@uskudar.edu.tr

T.C.  
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ  
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR  
ETİK KURULU BAŞKANLIĞI

SAYI: 61351342-/ 2019-16

24/01/2019

Sayın Doç.Dr.Cemal Onur NOYAN  
(Hatice Büşra ÇALIŞKAN)

Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulunun 24/01/2019 tarihinde yapılan 01 No.lu toplantısında “Şizofreni ve Bipolar Bozukluk Tanısı Alan Bireylerde İçselleştirilmiş Damgalanma ve Algılanan Sosyal Destek Arasındaki İlişki” adlı araştırma projenizin etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Doç. Dr. Cumhuriyet TAŞ  
Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik  
Kurulu Başkanı

# ÖZGEÇMİŞ

**Hatice Büşra ÇALIŞKAN**

Namık Kemal Mahallesi. Vezir Sokak.No:12 Daire:6

Ümraniye/İstanbul

[haticebusracaliskan@gmail.com](mailto:haticebusracaliskan@gmail.com)

## KİŞİSEL BİLGİLER

---

- Doğum Yeri: İstanbul
- Doğum Tarihi: 05.12.1992
- Uyuşu: T.C.
- Medeni Durumu: Bekar
- Ehliyet: B

## EĞİTİM BİLGİLERİ

---

- 2017-2020 Üsküdar Üniversitesi  
Klinik Psikoloji (Tezli)
- 2011-2016 İstanbul Bilgi Üniversitesi  
Sosyal ve Beşeri Bilimler Fakültesi, Psikoloji (İngilizce)
- 2006-2010 Derya Öncü Koleji  
Fen Bilimleri

## YABANCI DİL VE DÜZEYİ

---

- İngilizce (İleri düzey)
- İspanyolca (Başlangıç düzeyi)
- İtalyanca (Başlangıç düzeyi )
- Türkçe İşaret Dili (Başlangıç düzeyi)