



**T.C.
YALOVA ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

**SOSYAL HİZMET ANABİLİM DALI
SOSYAL HİZMET BİLİM DALI**

**AĞIR PSİKİYATRİK BOZUKLUĞU OLAN BİREYLERDE İÇSELLEŞTİRİLMİŞ
DAMGALANMA VE SOSYAL ENTEGRASYON İLİŞKİSİ: FARKLI
DEĞİŞKENLER AÇISINDAN BİR İNCELEME**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

YAKUP DEMİRLİ

DANIŞMAN: PROF. DR. HARUN CEYLAN

**YALOVA
EKİM 2025**



T.C.
YALOVA ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

SOSYAL HİZMET ANABİLİM DALI
SOSYAL HİZMET BİLİM DALI

AĞIR PSİKİYATRİK BOZUKLUĞU OLAN BİREYLERDE İÇSELLEŞTİRİLMİŞ
DAMGALANMA VE SOSYAL ENTEGRASYON İLİŞKİSİ: FARKLI DEĞİŞKENLER
AÇISINDAN BİR İNCELEME

YÜKSEK LİSANS TEZİ

YAKUP DEMİRLİ
228118010

DANIŞMAN: PROF. DR. HARUN CEYLAN

YALOVA
EKİM 2025

ETİK BEYAN

Yalova Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Tez Yazım Kuralları'na uygun olarak hazırladığım ‘‘Ağır Psikiyatrik Bozukluğu Olan Bireylerde İçselleştirilmiş Damgalanma ve Sosyal Entegrasyon İlişkisi: Farklı Değişkenler Açısından Bir İnceleme’’ başlıklı bu tez çalışmasında; tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, tez çalışmasında yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi, kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı, bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu bildirir, aksinin tespiti halinde doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi taahhüt ve beyan ederim.

Yakup DEMİRLİ





ÖNSÖZ

Yüksek lisans eğitim dönemim boyunca desteğini, ilgisini ve zamanını esirgemeyen, her konuda yol göstermekten çekinmeyen, sayın danışman hocam Prof. Dr. Harun Ceylan'a teşekkür ederim.

Eğitim ve çalışma hayatımı bir arada sürdürmeme olan katkılarından dolayı sayın şefim Uzm. Dr. Nesrin Buket Tomruk hocama, çalışma esnasında desteklerini esirgemeyen Bağcılar Meydan Toplum Ruh Sağlığı Merkezi çalışanlarına, bu araştırmanın bir parçası olmayı kabul eden ve hastalık sürecindeki deneyimlerini benimle açık yüreklilikle paylaşan değerli katılımcılara teşekkür ederim. Bu tez çalışmasının gerçekleştirilmesine olanak sağlayan Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi EPK birimine teşekkür ederim.

Hayatımın her döneminde bana destek olan, güven ve sevgilerini her zaman hissettiğim çok değerli aileme ve arkadaşlarıma teşekkür ederim. Yüksek lisans eğitimim boyunca bilgi ve desteğini esirgemeyen sevgili abim Dr. Abdullah Demirli'ye teşekkür ederim. Tez sürecim boyunca her zaman yanımda olan, her aşamada varlığını hissettiren sevgili Merve Olgun'a teşekkür ederim.

Ekim– 2025

Yakup DEMİRLİ



İÇİNDEKİLER

ETİK BEYAN	i
İÇİNDEKİLER	v
KISALTMALAR LİSTESİ	ix
TABLolar LİSTESİ	xi
ÖZET	xv
ABSTRACT	xvii
1. GİRİŞ	1
1.1. Araştırmanın Konusu	3
1.2. Araştırmanın Amacı	4
1.3. Araştırmanın Önemi	5
1.4. Araştırmanın Yöntemi	7
1.5. Araştırmanın Hipotezleri	9
2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE	11
2.1. Psikiyatrik Bozukluk	11
2.2. Ağır Psikiyatrik Bozukluk	12
2.2.1. Şizofreni	13
2.2.1.1. Tarihsel çerçevesi	15
2.2.1.2. Şizofreni türleri	17
2.2.1.3. DSM-V'e göre şizofreni tanı ölçütleri	19
2.2.2. Bipolar bozukluk	20
2.2.2.1. Tarihsel çerçevesi	21
2.2.2.2. Bipolar bozukluk tanı ölçütleri	22
2.3. Psikiyatrik Bozukluğun Tedavisinde Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri	25
2.4. Tedavi Süreci	27
2.5. Psikiyatrik Sosyal Hizmet	28
2.5.1. Psikiyatride sosyal hizmet uzmanının rolü	31
2.6. Damgalanma	33
2.6.1. İçselleştirilmiş damgalanma	35
2.6.2. Sosyal damgalanma	36
2.6.3. Kurumsal damgalanma	36
2.6.4. Damgalanma ile mücadele	37
2.7. Toplumsal Entegrasyon	38
2.7.1. Sosyal entegrasyon	38
3. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ	41

3.1. Araştırma Modeli	41
3.2. Araştırmanın Alanı.....	41
3.3. Araştırmanın Etik Yönü	41
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	41
3.5. Araştırmanın Kapsam ve Sınırlılıkları	42
3.6. Veri Toplama Araçları.....	43
3.6.1. Kişisel bilgi formu	43
3.6.2. Ruhsal hastalıklarda içselleştirilmiş damgalanma ölçeği	43
3.7. Verilerin Toplanması.....	45
3.8. Verilerin İstatiksel Analizi.....	45
4.BULGULAR	47
4.1. Ağır Psikiyatrik Bozukluğu Olan Bireylerde Sosyo-demografik Özelliklerin İçselleştirilmiş Damgalanma ve sosyal entegrasyon ile ilişkisine Dair Bulgular.....	49
4.2. Ağır Psikiyatrik Bozukluğu Olan Bireylerde İçselleştirilmiş Damgalanma ve Sosyal Entegrasyon Düzeylerinin Tanı ile İlişkisine Dair Bulgular	51
4.3. Ağır Psikiyatrik Bozukluğu Olan Bireylerde İçselleştirilmiş Damgalanma ve Sosyal Entegrasyon Düzeylerinin Cinsiyet ile İlişkisine Dair Bulgular	53
4.4. Ağır Psikiyatrik Bozukluğu Olan Bireylerde İçselleştirilmiş Damgalanma ve Sosyal Entegrasyon Düzeylerinin Medeni Durum ile İlişkisine Dair Bulgular	54
4.5. Ağır Psikiyatrik Bozukluğu Olan Bireylerde İçselleştirilmiş Damgalanma ve Sosyal Entegrasyon Düzeylerinin Çalışma Durumu ile İlişkisine Dair Bulgular	56
4.6. Ağır Psikiyatrik Bozukluğu Olan Bireylerde İçselleştirilmiş Damgalanma ve Sosyal Entegrasyon Düzeylerinin Gelir Durumu ile İlişkisine Dair Bulgular	58
4.7. Ağır Psikiyatrik Bozukluğu Olan Bireylerde İçselleştirilmiş Damgalanma ve Sosyal Entegrasyon Düzeylerinin Yaş ile İlişkisine Dair Bulgular	60
4.8. Ağır Psikiyatrik Bozukluğu Olan Bireylerde İçselleştirilmiş Damgalanma ve Sosyal Entegrasyon Düzeylerinin Eğitim Durumu ile İlişkisine Dair Bulgular	61
5. TARTIŞMA	65
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	77
6.1. Öneriler.....	80
KAYNAKLAR	83
EKLER	91
Ek-1 Etik Kurul İzin Kararı.....	91
Ek-2 Kurum izin Belgesi.....	92
Ek-3 Kişisel Bilgi Formu	93
Ek-4 Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma ölçeği (İRHDÖ).....	94
Ek-5 Psikiyatrik Bozukluğu Olan Yetişkinler için Toplum Entegrasyonu Ölçeği.....	96
Ek-6 Ölçek İzinleri.....	98

ÖZGEÇMİŞ	99
----------------	----





KISALTMALAR LİSTESİ

WHO:	World Health Organization - Dünya Sağlık Örgütü
TKDF:	Türkiye Kadın Dernekleri Federasyonu
UNFPA:	United Nations Population Fund - Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu
TRSM:	Toplum Ruh Sağlığı Merkezi
NASW:	National Association of Social Workers - Ulusal Sosyal Hizmetler Derneği





TABLolar LİSTESİ

Tablo 2.1. DSM-V'e göre şizofreni tanı ölçütleri	19
Tablo 2.2. DSM-V bipolar bozukluk hipomanik dönem tanı ölçütleri	22
Tablo 2.3. DSM-V bipolar bozukluk manik dönem tanı ölçütleri	23
Tablo 2.4. DSM-V bipolar bozukluk yeğin (major) depresyon tanı ölçütleri	24
Tablo 4.1. Katılımcılara ait demografik bulgular	47
Tablo 4.2. Verilerin normal dağılıma ilişkin bulguları.....	48
Tablo 4.3 Toplum entegrasyon değişkeni ile içselleştirilmiş damgalanma değişkeni arasındaki pearson korelasyon katsayıları	50
Tablo 4.4. Ağır Psikiyatrik Bozukluğu Olan Bireylerde İçselleştirilmiş Damgalanma Puanlarının Sosyal Entegrasyon Ölçeği Puanlarını Yordamasına İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları	50
Tablo 4.5. Ağır Psikiyatrik Bozukluğu Olan Bireylerde İçselleştirilmiş Damgalanma ve Sosyal Entegrasyon Ölçeği Alt Boyutlarına İlişkin Puanların Tanı Değişkenine Göre Bağımsız Örneklem T Testi Sonuçları	51
Tablo 4.6. Ağır Psikiyatrik Bozukluğu Olan Bireylerde İçselleştirilmiş Damgalanma ve Sosyal Entegrasyon Ölçeği Puanlarının Cinsiyet Değişkenine Göre Bağımsız Örneklem T Testi Sonuçları	60
Tablo 4.7. Ağır Psikiyatrik Bozukluğu Olan Bireylerde İçselleştirilmiş Damgalanma ve Sosyal Entegrasyon Ölçeği Puanlarının Medeni Durum Değişkenine Göre Bağımsız Örneklem T Testi Sonuçları	54
Tablo 4.8. Ağır Psikiyatrik Bozukluğu Olan Bireylerde İçselleştirilmiş Damgalanma ve Sosyal Entegrasyon Ölçeği Puanlarının Çalışma Durumu Değişkenine Göre Bağımsız Örneklem T Testi Sonuçları	56
Tablo 4.9. Ağır Psikiyatrik Bozukluğu Olan Bireylerde İçselleştirilmiş Damgalanma ve Sosyal Entegrasyon Ölçeği Puanlarının Gelir Durumu Değişkenine Göre Bağımsız Örneklem T Testi Sonuçları	58

Tablo 4.10. Ağır Psikiyatrik Bozukluğu Olan Bireylerde İçselleştirilmiş Damgalanma ve Sosyal Entegrasyon Ölçeği Puanlarının Yaş Değişkenine Göre İlişkisiz Örneklemeler İçin Tek Faktörlü ANOVA Analizi Sonuçları.....	60
--	----

Tablo 4.11. Ağır Psikiyatrik Bozukluğu Olan Bireylerde İçselleştirilmiş Damgalanma ve Sosyal Entegrasyon Ölçeği Puanlarının Eğitim Durumu Değişkenine Göre İlişkisiz Örneklemeler İçin Tek Faktörlü ANOVA Analizi Sonuçları.....	61
--	----



AĞIR PSİKİYATRİK BOZUKLUĞU OLAN BİREYLERDE İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMA VE SOSYAL ENTEGRASYON İLİŞKİSİ: FARKLI DEĞİŞKENLER AÇISINDAN BİR İNCELEME

ÖZET

Ağır psikiyatrik bozukluğu olan bireylerde içselleştirilmiş damgalanmanın sosyal entegrasyon üzerindeki etkisini ortaya koymayı amaçlayan bu çalışma şizofreni ve bipolar bozukluk teşhisi almış bireylerle gerçekleştirilmiştir. Nicel yöntemle gerçekleştirilen bu araştırmanın evrenini, Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'ne bağlı olarak faaliyet gösteren Bağcılar Meydan Toplum Ruh Sağlığı Merkezine kayıtlı 850 hasta oluşturmakta; bu evrenden seçilen 146 hasta ise araştırmanın örneklemini meydana getirmektedir. Ölçme aracı olarak tanımlayıcı form, ‘‘Psikiyatrik Bozukluğu Olan Yetişkinler için Toplum Entegrasyonu Ölçeği’’ ve ‘‘Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği’’ kullanılmıştır. Araştırma bulguları, içselleştirilmiş damgalanma düzeyinin bireylerin sosyal entegrasyonunu olumsuz yönde etkilediğini göstermektedir. Demografik değişkenler incelendiğinde; tanı türü, cinsiyet ve çalışma durumunun; içselleştirilmiş damgalanma ve sosyal entegrasyon düzeyleri ile arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Buna karşılık, gelir ve eğitim düzeyleriyle bu iki değişken arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar saptanmıştır. Özellikle eğitim ve gelir düzeyi arttıkça, bireylerin içselleştirilmiş damgalanma düzeylerinde azalma, sosyal entegrasyon düzeylerinde ise artış görülmektedir. Elde edilen veriler, ağır psikiyatrik bozukluğu olan bireylerde içselleştirilmiş damgalama ile sosyal entegrasyon arasında çift yönlü bir ilişki bulunduğunu ortaya koymaktadır.

Anahtar Kelimeler: İçselleştirilmiş damgalanma, Sosyal entegrasyon, Psikiyatrik bozukluk, Şizofreni, Bipolar bozukluk



THE RELATIONSHIP BETWEEN INTERNALIZED STIGMA AND SOCIAL INTEGRATION AMONG INDIVIDUALS WITH SEVERE PSYCHIATRIC DISORDERS: AN EXAMINATION IN TERMS OF DIFFERENT VARIABLES

ABSTRACT

This study aims to examine the impact of internalized stigma on social integration among individuals with severe psychiatric disorders, specifically those diagnosed with schizophrenia and bipolar disorder. Conducted using a quantitative research design, the study population consisted of 850 patients registered at the Bağcılar Meydan Community Mental Health Center, affiliated with Prof. Dr. Mazhar Osman Psychiatric Hospital. From this population, a sample of 146 patients was selected. The data collection instruments included a descriptive form, the Community Integration Scale for Adults with Psychiatric Disorders, and the Internalized Stigma of Mental Illness Scale. The findings indicate that higher levels of internalized stigma negatively affect individuals' social integration. When demographic variables were analyzed, no significant differences were found with respect to diagnosis, gender, or employment status in relation to internalized stigma and social integration. In contrast, statistically significant differences were identified regarding income and educational level. Specifically, higher levels of education and income were associated with lower internalized stigma and higher social integration. Overall, the results demonstrate a bidirectional relationship between internalized stigma and social integration among individuals with severe psychiatric disorders.

Keywords: Internalized stigma, Social integration, Psychiatric disorder, Schizophrenia, Bipolar disorder



1. GİRİŞ

Psikiyatrik bozukluklar uzun yıllardır toplumda var olan, bireyin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen, çevresiyle olan iletişimini ve uyumunu azaltan, gittikçe toplumsal bir sorun haline gelen bir hastalık olarak karşımıza çıkmaktadır. Psikiyatrik hastalıklar toplumda zaman zaman ‘‘akıl hastalığı’’ olarak bilinse de zaman zaman ‘‘ruh hastalığı’’ kavramıyla karşımıza çıkmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü’ne göre Ruh sağlığı ‘‘Kişinin kendi potansiyelini gerçekleştirebildiği, stresle başa çıkabildiği, toplumda üretken ve verimli olduğu, iç dengesini sağladığı’’ halidir (WHO, 2012, ss. 3). Psikiyatrik bozukluğu olan bireyin duygu ve düşünce sisteminde bozulmalar ortaya çıkmakta ve kişinin davranışlarında değişimler gözlemlenmektedir. Psikiyatrik bozukluğun ortaya çıkmasında biyolojik, bilişsel, davranışsal, genetik ve çevresel faktörler etkili olabilmektedir. Psikiyatrik bozukluklar kişilerin sosyal hayatını olumsuz yönde etkilemekte, bireylerin sorumluluklarını yerine getirmesine engel olmaktadır. Ayrıca, psikiyatrik bozukluğu olan kişilere yönelik, toplumdaki bireylerin bu kişilerin yaşamlarını olumsuz etkileyen davranışlar sergilediği görülmektedir (Aktay ve Sayar, 2021, ss. 48-55).

Bipolar bozukluk ve şizofreni gibi ağır psikiyatrik hastalıklar, bireylerin yaşam aktivitelerini olumsuz etkileyebilmekte ve toplumsal yaşamla kurdukları bağları zayıflatmaktadır (Çetinkaya, 2020, ss. 1-2). Günümüzde ruhsal hastalığa sahip bireyler toplum tarafından bir damgalanmaya maruz kalmaktadır. Toplum tarafından damgalanan bireyler sosyal ilişkilere katılmakta güçlük yaşamakta ve bu durum o kişilerin yalnızlaşmasına, dışlanmasına ve toplumdan izole bir hayat sürmelerine yol açmaktadır (Demir, 2023, ss. 2-3). Damgalanmayı psikiyatrik bozukluğu olan bireylerin toplum tarafından belli kalıplara sığdırılması, ayrımcılığa uğraması, toplumdan dışlanması ve diğer bireylerden aşağıda görülmesi olarak tanımlayabiliriz. Toplumun, bu bireylerden zarar görebileceği ve onlardan verim alamayacağı düşüncesiyle iletişimi azalttığı; bunun ise sosyal mesafe kavramını ortaya çıkardığı görülmektedir (Baysal, 2013, ss. 239-251).

Damgalanma, psikiyatrik bozukluğu olan bireylerin ‘‘normal dışı’’ olarak algılanmasına, saygınlıklarını azaltıcı davranışlara maruz kalmalarına, çeşitli haklardan yararlanamamalarına ve toplum tarafından ikinci plana atılmalarına neden olabilmektedir (Soygur ve Özalp, 2005, ss. 74-80). Damgalanmaya maruz kalan bireylerde özgüven düşüklüğü, kendini yetersiz hissetme, iletişim kurmaktan kaçınma, toplumdan uzak durma, izole bir yaşam sürdürme, kendilerini değersiz görme ve ümitsiz tutumlar sergileme gibi olumsuz sonuçlar

görülebilmektedir. Bu durum bireyin gitgide benlik saygısını yitirmesine, kendini önemsiz hissetmeye başlamasına sebep olmaktadır (Tel ve Pınar, 2012, ss. 2). Aynı zamanda bazı psikiyatrik bozukluğu olan bireyler benzer deneyimleri yaşayan kişilerle bir araya geldiği zamanlarda motive olup, dayanışma duygusu yarattığını düşünürken; bazı bireyler bu kişilerin kendi damgalarını hatırlattığı gerekçesiyle onlardan uzak durmayı tercih etmektedir (Demir, 2023, ss. 115).

Damgalanmanın, psikiyatrik bozukluğu olan bireylerin hastalıklarını tetiklediği düşünülmektedir. Şizofreni ve bipolar bozukluk gibi ağır psikiyatrik bozukluğu bulunan bireylerin işlevsellik durumu, bireylerin sosyal hayata katılımı açısından büyük bir öneme sahiptir ve bu işlevselliği etkileyen çeşitli faktörler bulunmaktadır. Bu faktörler arasında içselleştirilmiş damgalanma da önemli bir yer tutmaktadır (Aydın, 2021, ss. 19-20). Ağır psikiyatrik bozukluğu olan bireylerde işlevsellik düzeyleri ve başa çıkma tutumları yaşam standartlarını doğrudan etkilemektedir. İçselleştirilmiş damgalanma ise bireylerin bu süreçlerde sergiledikleri başa çıkma stratejileri ile sosyal hayata katılımlarını önemli ölçüde etkileyebilen bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır (Kaki, 2023, ss. 1-2).

Psikiyatrik bozukluğu olan bireyler maruz kaldıkları damgalanmayı içselleştirdiği zaman bu olumsuz yargılar kendileri için “gerçekler” durumuna ve bireyin utanç duymasına yol açar. Bu utanç duygusu, bireyin tüm yaşamını olumsuz yönde etkilemekte, tedaviye uyumunu güçleştirmekte ve remisyon süresinin kısa kalmasına neden olmaktadır (Ersoy ve Varan, 2007, ss. 163-171). İçselleştirilmiş damgalanmaya sahip bireyler hayatlarını yalnız sürdürmeye başlamakta, iletişim becerileri azalmakta ve işlevsellikleri düşmektedir. Bu kişiler, çalışmak istediklerinde hastalıkları nedeniyle işe alınmadıklarında ya da iş yerinde alay konusu olduklarında olumsuz etkilenmekte ve sosyal işlevsellikleri azalmaktadır. Psikiyatrik bozukluğu olan bireylerin karşılaştığı temel sorunlardan biri olan damgalanma, içselleştirildiğinde, bireyin günlük hayattaki rutinlerini ve sosyal hayata katılımını olumsuz etkileyebilmektedir (Turunç, 2021, ss. 9-11).

Çetinkaya (2020, ss. 1-2) yılında çalışmasında öz-şefkat düzeyinin fazla olan kişilerde bireylerin kendini damgalanmış hissetmesinin daha düşük düzeyde olduğunu ortaya koymuş ve psikolojik dayanıklılık ile damgalanma arasında ters yönde bir ilişki bulgulamıştır. Psikiyatrik bozukluğu olan bireylerin damgalanmasının aile bireylerini de olumsuz etkilediği, damgalama ile ailenin de mücadele ettiği görülmüştür. (Özdoğan, 2024, ss. 1-2)

Sosyal hizmet, toplumda dezavantajlı konumda bulunan bireylerle çalışarak, onların insan onuruna yakışır bir yaşam sürmelerine katkı sağlamayı amaçlayan bir disiplindir. Bu bireylerin toplumun sunduğu kaynaklardan yararlanabilmeleri ve toplumla birleşimi için destek sağlama görevini ise sosyal hizmet uzmanları üstlenir. Şizofreni ve bipolar bozukluk gibi yaygın ve ağır psikiyatrik hastalıklar nedeniyle günlük yaşam aktivitelerini ve rutinlerini yerine getirmekte zorlanan, iletişim kurma ve işlevsellik açısından yetersizlik yaşayan bireylerin, aile ve toplumla uyum süreçlerine destek olmak da sosyal hizmetin önemli sorumluluk alanlarından biridir. Bu bağlamda sosyal hizmet uzmanı, söz konusu bireylerin yaşadıkları çevreye uyumlarını kolaylaştırmak amacıyla mesleki bilgi ve müdahale yöntemlerini kullanır. Sosyal hizmet uzmanları, psikiyatrik tedavi sürecinin tüm aşamalarında etkin bir şekilde görev almaktadır. Tanı koyma sürecinden itibaren, hastalıkla ilgili olumsuz etkenlerin belirlenmesi, gerekli bilgilerin toplanması, hasta ve yakın çevresine psikososyal destek sunulması gibi alanlarda aktif rol üstlenirler. Ayrıca, bireyin tedavi sonrası rehabilitasyon sürecine uyum sağlaması ve taburculuk sonrasında karşılaşılabileceği sorunlarla başa çıkabilmesi için de önemli sorumluluklar taşırlar (Nişancı, 2019, ss. 231-259). Sosyal hizmet müdahale ve yöntemlerini kullanarak psikiyatrik rahatsızlığı olan bireylere yönelik işlevselliği artırıcı ve damgalanmayı azaltıcı faaliyetler yapan sosyal hizmet uzmanlarının bu konuda önemi yadsınamayacak düzeydedir (Vural, 2020, ss. 125-126).

1.1. Araştırmanın Konusu

Bu araştırmanın konusu, şizofreni ve bipolar bozukluk gibi ağır psikiyatrik bozukluk tanısı almış bireylerde içselleştirilmiş damgalanma düzeyi ile sosyal entegrasyon düzeyi arasındaki ilişkinin incelenmesidir. Günümüzde psikiyatrik hastalıklar yalnızca bireysel bir sağlık sorunu olmanın dışında aynı zamanda bireyin toplumsal yaşamdaki ilişkilerini, yaşam kalitesini ve işlevselliğini doğrudan etkileyen çok yönlü bir olgu olarak karşımıza çıkabilmektedir. Bu sebeple içselleştirilmiş damgalanma, bireyin toplumdan aldığı olumsuz tutumları kendi benliğine yönlendirmesi ve bu doğrultuda kendisini dışlanmış, değersiz ve yetersiz hissetmesi durumudur. Bu araştırmada içselleştirilmiş damgalanmanın bireylerin sosyal hayata katılımı üzerindeki etkisi hem bireysel hem toplumsal düzeyde analiz edilmiştir. Çalışma ağır psikiyatrik bozukluğu olan bireylerin sadece klinik belirtilerini değil; aynı zamanda toplumsal hayata entegrasyon süreçlerini de ele almaktadır. Bu bağlamda, ağır psikiyatrik bozukluk tanısına sahip bireylerin sosyal entegrasyon süreçlerini etkileyen değişkenlerden biri olarak içselleştirilmiş damgalanmanın etkisini anlamak, hem ruh sağlığı hizmetlerinin niteliğini

artırmak hem de sosyal hizmet politikalarının şekillenmesine katkı sunmak açısından önemli bir yer tutmaktadır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Araştırmanın amacı psikiyatrik bozukluğu olan bireylerin damgalanması ve sosyal hayata katılımı arasında inceleme yapmak ve ilişki kurmaktır. Bireylerin topluma katılımı ve işlevsellik düzeyinin artırılması, psikiyatrik bozukluğu olan bireylerin remisyona halinin uzun sürmesinde etkili olduğu düşünülmektedir. Bu noktada, bireylerin kendilerini damgalanmış hissetmelerinin çevreleriyle olan iletişimlerini ve uyumlarını ne ölçüde etkilediğinin anlaşılması amaçlanmaktadır. Bu araştırmada kullanılan iki ölçekten ilki olan “Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeğinde” bireylerin kendisini ne ölçüde damgalanmış hissettiğini öğrenmek amaçlanmaktadır. İkinci ölçek olan “Psikiyatrik Bozukluğu Olan Yetişkinler İçin Toplum Entegrasyon Ölçeğinde” ise bireylerin ne ölçüde topluma entegre olduklarını öğrenmek amaçlanmaktadır. Ölçekler sonucunda bireylerin içselleştirilmiş damgalanma düzeyi ve topluma, sosyal hayata entegre olma düzeyi arasındaki ilişkiyi ortaya çıkarmak araştırmanın ana amacını oluşturmaktadır.

Ana problem

Ağır psikiyatrik bozukluğu olan bireylerde içselleştirilmiş damgalanma düzeyi ile sosyal entegrasyon düzeyi arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

Alt problemler

1. Ağır psikiyatrik bozukluğu olan bireylerde içselleştirilmiş damgalanma ve sosyal entegrasyon düzeyleri tanıya göre farklılık göstermekte midir?
2. Ağır psikiyatrik bozukluğu olan bireylerde içselleştirilmiş damgalanma ve sosyal entegrasyon düzeyleri cinsiyete göre farklılık göstermekte midir?
3. Ağır psikiyatrik bozukluğu olan bireylerde içselleştirilmiş damgalanma ve sosyal entegrasyon düzeyleri yaşa göre farklılık göstermekte midir?
4. Ağır psikiyatrik bozukluğu olan bireylerde içselleştirilmiş damgalanma ve sosyal entegrasyon düzeyleri medeni duruma göre farklılık göstermekte midir?
5. Ağır psikiyatrik bozukluğu olan bireylerde içselleştirilmiş damgalanma ve sosyal entegrasyon düzeyleri eğitim durumuna göre farklılık göstermekte midir?

6. Ağır psikiyatrik bozukluğu olan bireylerde içselleştirilmiş damgalanma ve sosyal entegrasyon düzeyleri çalışma durumuna göre farklılık göstermekte midir?
7. Ağır psikiyatrik bozukluğu olan bireylerde içselleştirilmiş damgalanma ve sosyal entegrasyon düzeyleri gelir durumuna göre farklılık göstermekte midir?

1.3. Araştırmanın Önemi

Psikiyatrik bozukluk tüm dünyada yaygın olan önemli bir hastalık olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu hastalığın tüm toplumu doğrudan etkileyen bir konu olduğu, bu kişilerin toplumdan önemli ölçüde etkilendiği bilinmektedir. Bu çalışmada psikiyatrik rahatsızlığı olan bireylerin kendilerini ne ölçüde damgalanmış hissettiği ve bu durumun ne ölçüde kişilerin sosyal hayata katılımını ve uyumunu etkilediği araştırılmaktadır. Bireyin kendini damgalanmış hissetmesi ve kendisini ‘normal’ olandan farklı görmesi; arkadaş edinmede güçlük yaşamasına, evden çıkmaktan kaçınmasına, günlük işlerini tek başına sürdürememesine, özgüveninde azalma yaşamasına, topluma katılım göstermemesine ve çevresindeki bireylerle iletişim kurmaktan uzaklaşmasına neden olmaktadır. Bireylerin kendini damgalanmış hissetmesi ve sosyal yaşam deneyimleri, hem tedavi sürecini hem de genel yaşam kalitesini doğrudan etkilemektedir. Bu çalışmada şizofreni ve bipolar bozukluk gibi ağır psikiyatrik bozukluğu olan bireylere odaklanılmıştır.

Literatür incelendiğinde, genel psikiyatrik hastalıklara yönelik çok sayıda çalışma bulunduğu, ancak ağır psikiyatrik tanıya sahip bireylerin sosyal işlevselliği ve damgalanma deneyimlerine ilişkin araştırmaların sınırlı olduğu görülmektedir. Bu kapsamda tez, risk altında bulunan bir grubu merkeze alarak, alana derinlik kazandırmaktadır.

Bu çalışma, ağır psikiyatrik bozukluğu olan bireylerde içselleştirilmiş damgalanma ve sosyal entegrasyon arasındaki ilişkiyi inceleyerek, psikiyatri ve sosyal hizmet alanındaki literatüre anlamlı bir katkı sağlamaktadır. Son zamanlarda damgalanma ve sosyal entegrasyon konuları psikiyatri ve sosyal hizmet alanında giderek artan bir ilgiyle ele alınmakta, ancak bu iki kavramı etkileşimsel olarak değerlendirmeye alan çalışmalar sınırlı kalmaktadır (Çetinkaya, 2020, ss. 3-4).

Bu konuda Turunç (2021, ss. 9-11) yılında yaptığı çalışmada şizofreni tanısı almış bireylerde içselleştirilmiş damgalanmanın işlevselliği düşürdüğünü bulgulamış; ancak sosyal entegrasyon düzeyleriyle ilişkisini doğrudan ele almamıştır. Yine Çetinkaya (2020, ss. 50-52) yılında yaptığı çalışmasında öz-şefkat düzeyi ile damgalanma arasında negatif bir ilişki bulgulamış fakat bu çalışmada sosyal uyum ve entegrasyon boyutu yer almamıştır.

Özdoğan (2024, ss. 78-80) yılında yaptığı çalışmada damgalanmanın sadece bireyi değil, aynı zamanda aile bireylerini de olumsuz etkilediğine dikkat çekmiştir. Bu bağlamda, mevcut çalışma sosyal entegrasyon kavramını merkeze alarak içselleştirilmiş damgalamanın bireyin toplumla olan bağlarını nasıl etkilediğini kapsamlı biçimde değerlendirmiştir. Bu yönüyle sadece bireysel işlevsellik değil, bireyin sosyal çevreyle olan ilişkileri, toplumsal katılımı ve sosyal bütünleşme düzeyi de analiz edilmiştir. Ayrıca çalışmada hem şizofreni hem de bipolar bozukluk tanımlı bireylerin karşılaştırmalı biçimde incelenmiş olması, literatürde çoğunlukla tek tanı grubuna odaklanan çalışmalardan farklılaşarak daha geniş bir bakış açısı sunmaktadır. Bu durum, araştırmanın hem teorik hem uygulamalı düzeyde literatürdeki önemli bir boşluğu doldurduğunu göstermektedir.

Psikiyatrik bozukluğu olan bireylerin yalnızca klinik tedavi boyutuyla değil, aynı zamanda toplumsal yaşamda karşılaştıkları sosyal dışlanma biçimleriyle birlikte ele alınması gerekliliği son yıllarda sosyal hizmet literatüründe giderek daha fazla vurgulanmaktadır. Ancak bu alanda yapılan çalışmaların büyük bir kısmı ya damgalanma ya da entegrasyon olgularını ayrı ayrı incelemekte; iki kavramın etkileşimsel düzeyde ele alındığı araştırmalar ise oldukça sınırlı kalmaktadır. Ersoy ve Varan (2007, ss. 163-171) yılında yaptığı çalışmada ruhsal hastalığı bulunan bireylerde içselleştirilmiş damgalanmanın işlevsellik kaybına neden olduğunu, toplumdan izole bir hayat sürmek istediklerini belirtmiş fakat bu durumun sosyal entegrasyon düzeyine olan etkisini doğrudan ele almamıştır.

Demir (2023, ss. 125-126) yılında yaptığı çalışmada psikiyatrik bozukluğu olan bireylerde içselleştirilmiş damgalamanın sosyal ilişkilerini olumsuz etkilediğini belirtmiş, ancak bu etkinin sosyal entegrasyonla ilişkisini nicel veriyle desteklememiştir. Bu bağlamda söz konusu çalışma, iki önemli değişkeni aynı anda değerlendirmesi ve aralarındaki ilişkileri analiz etmesi açısından özgün bir nitelik taşımakta ve literatüre önemli bir katkı sağlamaktadır.

Ceylan ve Demirli'nin (2025, ss. 38-57) gerçekleştirdiği içerik analizine göre, 2020–2025 yılları arasında yapılan tezlerin büyük kısmı klinik psikoloji (%56,7) anabilim dalında hazırlanmış, sosyal hizmet disiplininde yürütülen çalışmalar ise oldukça sınırlı kalmış ve yalnızca %13,5'lik bir oranda temsil edilmiştir. Bu durum, ruh sağlığı alanında sosyal hizmet temelli bilimsel üretimin görece geri planda kaldığını ortaya koymaktadır. Bu bağlamda, bu araştırma psikiyatrik sosyal hizmet alanında hazırlanan az sayıdaki çalışmadan biri olması bakımından literatürdeki çeşitliliğin artmasına katkı sağlamaktadır. Aynı analizde, incelenen tezlerin önemli bir kısmının yalnızca içselleştirilmiş damgalanma gibi bireysel algılara

odaklandığı ve bu değişkeni genellikle özsaygı ya da baş etme becerileri gibi psikolojik çıktılarla ilişkilendirdiği görülmüştür. Oysa bu çalışma, hem içselleştirilmiş damgalanmayı hem de sosyal entegrasyonu birlikte ele alarak bireyin yalnızca iç dünyasını değil, aynı zamanda toplumla kurduğu ilişkileri ve sosyal işlevselliğini değerlendirmektedir. Kullanılan geçerli ve güvenilir ölçüm araçları sayesinde içsel algılar ile dışsal sosyal etkileşimlerin bütüncül bir biçimde analiz edilmesi sağlanmış; böylece alan yazına yalnızca bireysel değil, toplumsal düzeyde de katkı sunan çok boyutlu bir yaklaşım geliştirilmiştir.

Bu çalışmanın Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde yapılması ve Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinin önemini ortaya koymakta, ağır psikiyatrik bozukluğu olan bireylerin tedavi sonrasında düzenli gidebileceği ve topluma uyumunu artıracak merkezlerin artırılmasına yönelik katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Ayrıca, sosyal hizmet uzmanlarının ruh sağlığı alanındaki rol ve işlevlerine dair veriler sunularak, mesleki uygulamaların değerlendirilmesine olanak tanınmıştır. Genel olarak bakıldığında zaman zaman çalışma, içselleştirilmiş damgalanmanın bireyin sosyal uyumu, benlik saygısı ve yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini bütüncül bir çerçevede değerlendirmekte; ruh sağlığı, psikiyatri ve sosyal hizmet politikaları gibi çok disiplinli alanlara özgün bir katkı sunmaktadır.

1.4. Araştırmanın Yöntemi

Bu araştırma, ağır psikiyatrik bozukluğu olan bireylerde içselleştirilmiş damgalanmanın sosyal entegrasyon üzerindeki etkisini incelemek amacıyla gerçekleştirilmiş olup, nicel araştırma yöntemi çerçevesinde yapılandırılmış ve ilişkisel tarama modeli esas alınarak yürütülmüştür. İlişkisel tarama modeli, değişkenler arasındaki ilişki düzeyini ve ne yönde olduğunu belirlemeyi hedefleyen bir araştırma deseni olarak karşımıza çıkmakta olup ve bu çalışma özelinde “içselleştirilmiş damgalanma” ile “sosyal entegrasyon” arasındaki ilişkiyi anlamaya yönelik olarak uygulanmıştır. Bu kapsamda, genel hipotez olarak ağır psikiyatrik bozukluğu bulunan bireylerde içselleştirilmiş damgalanma düzeyi arttıkça sosyal entegrasyon düzeyinin azaldığı varsayılmıştır. Ayrıca sosyo-demografik değişkenlerin (cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, gelir düzeyi ve çalışma durumu) bu iki temel değişken üzerindeki etkileri alt hipotezler kapsamında ele alınmıştır. Araştırma İstanbul ili sınırlarında yer alan ve ağır psikiyatrik tanıya sahip bireylerin hizmet aldığı Bağcılar Meydan Toplum Ruh Sağlığı Merkezi (TRSM) olarak belirlenmiştir. Bu merkez, Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'ne bağlı hizmet vermekte olup, ayaktan psikiyatrik hizmetlerin yanı sıra bireysel danışmanlık, yönlendirme, psikososyal destek, psikoeğitim, iş-uğraş terapisi

ve topluma kazandırma hizmetleri sunmaktadır. Araştırmanın evrenini bu merkeze kayıtlı olan ve şizofreni ya da bipolar bozukluk tanısı almış 850 birey oluştururken, örneklem grubu, çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden ve ölçütlere uyan bireyler arasından basit tesadüfi örnekleme yöntemi ile seçilmiş 146 bireyden oluşmaktadır. Katılımcılarda ilgili tanıyı almış olma, iletişim kurabilecek ve anketleri anlayabilecek bilişsel yeterlilikte bulunma ve TRSM hizmetlerinden en az 6 aydır yararlanma gibi kriterler aranmıştır. Çalışmaya ilgili psikiyatrik tanıyı olarak almamış bireyler, ciddi bilişsel yetersizlik nedeniyle iletişim kurmakta veya anketleri anlamakta güçlük çekenler ile Toplum Ruh Sağlığı Merkezi hizmetlerinden 6 aydan daha kısa süredir yararlanan bireyler dahil edilmemiştir. Ayrıca, remisyonda olmayan hastalarla görüşme sağlanmamış; bu durum ilgili psikiyatri hekimi ile yapılan değerlendirmeler doğrultusunda değerlendirilmiştir.

Araştırma sürecinde veri toplamak amacıyla üç temel araç kullanılmıştır: İlki, katılımcıların demografik özelliklerinin belirlenmesini sağlayan araştırmacı tarafından geliştirilen Kişisel Bilgi Formudur. İkinci araç, bireylerin ruhsal bozuklukları nedeniyle yaşadıkları içselleştirilmiş damgalanma düzeylerini ölçmeye yönelik olarak kullanılan ve güvenilirliği kanıtlanmış “Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeğidir (İRHDO). Bu ölçek, bireyin kendini toplum içinde ne derece etiketlenmiş, değersiz ve yetersiz hissettiğini değerlendirmeye yöneliktir. Üçüncü ölçüm aracı ise bireylerin toplumsal yaşama entegrasyon düzeylerini ölçmeyi amaçlayan “Psikiyatrik Bozukluğu Olan Yetişkinler İçin Toplum Entegrasyon Ölçeğidir. Bu ölçek sayesinde bireylerin sosyal katılım düzeyleri, ilişkilerdeki etkinlikleri ve toplumla kurdukları bağlar değerlendirilmiştir. Veriler, araştırmacı tarafından birebir yapılan yüz yüze görüşmeler yoluyla toplanmış; her katılımcıya ölçeklerin uygulanmasından önce araştırmanın amacı açıklanarak sürece dair açık rıza alınmıştır. Görüşmeler, merkezin uygun alanlarında gizlilik esaslarına dikkat edilerek gerçekleştirilmiş, her bir görüşme ortalama 15-20 dakika sürmüştür.

Toplanan veriler, SPSS 25.0 istatistiksel analiz programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Öncelikle tanımlayıcı istatistiklerle verilerin dağılımı analiz edilmiş, ardından değişkenler arasındaki ilişkilerin tespitinde Pearson korelasyon analizi, içselleştirilmiş damgalamanın sosyal entegrasyonu etkileme gücünü belirlemek üzere basit doğrusal regresyon analizi uygulanmıştır. Ek olarak, demografik değişkenler ile ana değişkenler arasındaki anlamlı farklılıkların incelenmesinde bağımsız örneklem t-testi ve tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanılmıştır. Tüm analizlerde anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir. Araştırmanın etik yönü kapsamında, Yalova Üniversitesi Sosyal ve Beşerî Bilimler Etik

Kurulu'ndan gerekli etik kurul onayı alınmış, ayrıca ilgili kurum olan Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesinden resmi araştırma izni temin edilmiştir. Katılımcıların gönüllü rızaları doğrultusunda veriler toplanmış olup tüm kişisel bilgiler gizlilik ilkesi içinde değerlendirilmiştir. Bu kapsamlı yöntemsel çerçeve, araştırmanın bilimsel geçerliliğini ve güvenilirliğini artırmayı, elde edilen bulguların ise ruh sağlığı alanında uygulamaya ve sosyal hizmet politikalarına katkı sunmasını hedeflemektedir.

1.5.Araştırmanın Hipotezleri

Genel hipotez

Ağır psikiyatrik bozukluğu olan bireylerde içselleştirilmiş damgalanma düzeyi ile sosyal entegrasyon düzeyi arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki vardır; bireylerin içselleştirilmiş damgalanma düzeyi arttıkça sosyal entegrasyon düzeyi azalmaktadır.

Alt hipotezler

Hipotez 1: Ağır psikiyatrik bozukluğu olan bireylerde içselleştirilmiş damgalanma ve sosyal entegrasyon düzeyleri tanıya göre farklılık göstermektedir.

Hipotez 2: Ağır psikiyatrik bozukluğu olan bireylerde içselleştirilmiş damgalanma ve sosyal entegrasyon düzeyleri cinsiyete göre farklılık göstermektedir.

Hipotez 3: Ağır psikiyatrik bozukluğu olan bireylerde içselleştirilmiş damgalanma ve sosyal entegrasyon düzeyleri medeni duruma göre farklılık göstermektedir.

Hipotez 4: Ağır psikiyatrik bozukluğu olan bireylerde içselleştirilmiş damgalanma ve sosyal entegrasyon düzeyleri çalışma durumuna göre farklılık göstermektedir.

Hipotez 5: Ağır psikiyatrik bozukluğu olan bireylerde içselleştirilmiş damgalanma ve sosyal entegrasyon düzeyleri gelir durumuna göre farklılık göstermektedir.

Hipotez 6: Ağır psikiyatrik bozukluğu olan bireylerde içselleştirilmiş damgalanma ve sosyal entegrasyon düzeyleri yaşa göre farklılık göstermektedir.

Hipotez 7: Ağır psikiyatrik bozukluğu olan bireylerde içselleştirilmiş damgalanma ve sosyal entegrasyon düzeyleri eğitim durumuna göre farklılık göstermektedir.



2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE

2.1. Psikiyatrik Bozukluk

Psikiyatri insan psikoloji ile ilgilenen bir bilim dalıdır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO), sağlığı yalnızca hastalık ya da engellilik durumunun olmamasıyla değil, bireyin fiziksel, zihinsel ve sosyal açıdan bütünüyle iyi durumda olmasıyla tanımlamaktadır. Bu tanım, sağlığın geliştirilmesinde ruh sağlığının önemli bir rol oynadığını ortaya koyan üç temel düşünceyi gündeme getirmektedir. İlk olarak, ruh sağlığı genel sağlığın ayrılmaz bir parçasıdır; bir kişinin fiziksel durumu iyi olsa bile, eğer ruhsal durumu bozulmuşsa, o kişi tam anlamıyla sağlıklı kabul edilemez. İkinci olarak, ruh sağlığı; fiziksel ve sosyal sağlıkla sıkı bir etkileşim içerisinde. Bu nedenle fiziksel sağlıkta yaşanacak bir problem, bireyin ruhsal ve sosyal iyilik halini de olumsuz etkileyebilir. Son olarak, ruh sağlığı yalnızca ruhsal hastalıkların bulunmaması anlamına gelmemekte; aynı zamanda bireyin fiziksel ve sosyal sağlıkla uyumlu, daha geniş kapsamlı bir iyilik halini de içermektedir. Bu temel yaklaşımlardan da anlaşılacağı gibi, ruhsal iyilik haline ulaşamaması; bireyin fiziksel, psikolojik, sosyal, ekonomik ve mesleki yaşam alanlarında olumsuz yansımalar yaratabilir. Bu nedenle, ruh sağlığı; genel iyilik halinin sağlanmasında ve yaşam kalitesinin yükseltilmesinde kritik bir unsur olarak değerlendirilmektedir. (WHO, 2005, ss. 1-3).

Kişinin ruh sağlığında olan bir rahatsızlık kişiyi ve kişinin çevresini olumsuz yönde etkilemekte, kişinin yaşam kalitesini önemli ölçüde düşürmektedir. Psikiyatri, bilgi kuramı ve varlık felsefesi bağlamındaki sorunlar nedeniyle, tıbbın diğer dallarından farklı bir konumda yer almaktadır. Genel tıp kuramlarında hastalık kişide belirgin bir değişikliğe yol açarken psikiyatride bu durum biraz daha farklı ve karışık bir süreçtir. Bireyin içinde bulunduğu toplumun belirlediği belli normlar bulunmakta ve bu normlar ‘‘normal’’ ve ‘‘anormal’’ durumları belirlemektedir, Bu nedenle, ruhsal hastalık kavramı doğası gereği kültürel bir bağlam içinde şekillenmek zorundadır. Bu bağlamda, psikiyatrik bozukluklar da kaçınılmaz olarak kültürel yapı tarafından şekillenen toplumsal davranışlarla ilişkilidir. Bu nedenle psikiyatri kavramı içinde birçok belirsizlik taşıyan bir bilim dalı olarak karşımıza çıkmaktadır (Candansayar ve Çoşar, 2001, ss. 21-22).

Ruh sağlığını önemli ölçüde etkileyen durumlar üç kategori altında değerlendirilmiştir. Bunların ilki bireysel özelliklerdir ve burada kişide duygusal ve bilişsel yetersizlik durumu söz konusudur, öz saygı düşüktür. Bu durumda diğer faktör olan Ekonomik ve sosyal koşullarda kişinin hastalık sürecini önemli ölçüde etkilemektedir. Kişinin yoksul olması,

yalnızlıkla baş başa kalmış olması, mesleki kaygılar ve iş durumu, okuldaki başarısızlık durumu, aile içindeki problemler, ihmal ve istismar durumları kişinin hastalığını önemli ölçüde etkileyebilmektedir. Son kategoride bulunan çevresel etmenlere bağlı olarak hastalıktan etkilenmesinde ise kişinin toplumdan dışlanması ve damgalanma son derece önemlidir (WHO, 2012, ss. 7-9).

Psikiyatrik bozukluk kişinin duygu düşünce ve davranışlarında uyumsuzluk, uygunsuzluk, aşırılık veya tutarsızlık olmasıdır. Bu durumlar ortama göre şekil almakla birlikte yer ve zamana göre kişilerin normal algısı değişmektedir. Bu sebeple kişinin genel olarak normalin dışında davranışlar sergilemesi psikiyatrik bozukluk emaresi olabilmektedir (Alıcıkuşu, 2009, ss. 15-17). Psikiyatrik bozukluğu olan bireylerde, rahatsızlıklar tekrarlayıcı özellik taşıyabilir ve sık tekrar ettiği için kronik bir hal alabilir. Bu nedenle tam bir iyileşme her zaman mümkün olmayabilir. Bu durum, kişisel bakım, sosyal ilişkiler, iş yaşamı ve boş zaman etkinlikleri gibi birçok alanda bireyin işlevselliğinde bozulmalara neden olabilir (Aydın, 2021, ss. 18-20).

Psikiyatrik bozukluklar hafif, orta veya ağır düzeyde olabilmekte, ağır psikiyatrik bozukluğu olan bireylerde günlük yaşam kalitesi önemli ölçüde düşmekte ve işlevsellik azalmaktadır (Aktay ve Sayar, 2021, ss. 48-55). Psikiyatrik bozukluklar, depresyon, obsesif kompulsif bozukluk ve anksiyete gibi daha yönetilebilir hastalıkları içeren geniş bir yelpazeye sahiptir; buna karşın şizofreni ve bipolar bozukluk gibi hastalıklar ağır psikiyatrik bozukluklar kapsamında değerlendirilmektedir (Aşkın, 2019, ss. 12-29). Ağır psikiyatrik hastalıklarda bireyin düşünce süreçleri, duygusal durumları ve davranışları olumsuz yönde etkilenmekte, acil müdahale ve hastaneye yatış gerekebilmektedir (Bademli ve Duman, 2013, ss. 461-478).

2.2. Ağır Psikiyatrik Bozukluk

Şizofreni ve benzeri psikotik bozukluklar ile duygu durum bozuklukları gibi ağır psikiyatrik hastalıklar; bilişsel, yönetici işlevler ve genel işlevsellik üzerinde yıkıcı etkiler yaratarak, bireylerde yeti kaybına ve yaşam kalitesinin belirgin şekilde düşmesine neden olan, genellikle yaşam boyu süren kronik rahatsızlıklar arasında yer alır. (Sağlık Bakanlığı, 2011, ss. 11-16). Ağır psikiyatrik bozukluğu olan bireylerde tıbbi tedavi kişilerde kısmen bir düzelme sağlasa da kişinin yaşam faaliyetlerini eksiksiz yapmasında ve kişilerin yaşam kontrolünü ele alması için yetersiz kalmaktadır. Bireyin tedavi sırasında işlevselliğinin artması, yaşam kalitesinin yükselmesi için tıbbi tedavinin yanında psikososyal müdahalelerin önemi büyüktür (Bekiroğlu ve Özden, 2021, ss. 52-76). Ağır psikiyatrik bozukluğu olan bireylerin yaşamında mesleki durumları, kişilerarası iletişim ve ilişkiler, temel işlevsellik alanında, bipolar

bozuklukta ise genel işlevsellik durumu, tanı açısından büyük öneme sahiptir (Bekiroğlu ve Demiröz, 2020, ss. 1053-1079).

Ağır psikiyatrik bozukluklar, genellikle erken yaşlarda başlayan; dönemsel olarak iyilik hâli ve ataklarla seyreden, çoğu vakada ise yeti yitimine yol açan rahatsızlıklar olarak tanımlanmaktadır. Yeti yitimi kişilerin irade koyma, karar verme, sorun çözme ve tutarlı davranışlar sergilemesinde aksamaların ve kayıpların olması halidir. Ağır Psikiyatrik bozukluğu olan bireylerde hastalığın tedavisine geç başlanması, uygun tanının koyulamaması veya uygun tedavinin uygulanamaması, bireyin atak dönemlerinin sıklaşması yeti yetiminin kuvvetini artırmaktadır. Bu sebeple hastalığa yakalanan bireyler kendinden beklenen görev ve sorumlulukları gerçekleştirmekte güçlük yaşamakta ve zaman zaman normal olmayan davranışlar sergileyebilmektedir (Yıldız, 2009, ss. 52-56).

2.2.1. Şizofreni

Şizofreni, algı, duygu, biliş, düşünce ve davranış alanlarında çeşitli ruhsal belirtilerle kendini gösteren ve ciddi psikopatolojik etkileri bulunan klinik bir sendromdur. Bu hastalığa sahip bireylerde şizofreni genellikle kronik bir seyir izler ve zaman içinde değişkenlik gösterebilir. Psikolojik ve sosyal anlamda bireyin ve çevresinin kayıplara uğramasına sebep olur (İngeç, 2018, ss. 1). Şizofreni, psikiyatrik hastalıklar arasında en çok öne çıkan hastalıktır. Bireyin kendi düşünce duygu ve davranışlarını, ailesini ve çevresini birçok yönden etkileyebilmektedir. Yapılan araştırmalar sonucunda şizofreni hastalığı bulunan bir bireyin ve ailesinin bu hastalıkla ömür boyu uğraşması gerekmektedir (Alicıkuşu, 2009, ss. 15-17).

Şizofreni, genellikle gençlik yıllarında başlayan; bireyin çevresindeki olayları algılama biçiminde bozulmaların görüldüğü, gerçek ile gerçekdışı arasındaki ayrımın zorlaştığı, sanrı ve hezeyanların yaşandığı; içe kapanma, toplumsal ilişkilerden uzaklaşma ve konuşma miktarında dönemsel artış ya da azalmaların ortaya çıktığı bir ruhsal bozukluk olarak tanımlanmaktadır. Şizofreni hastalığında kişinin sosyal ve mesleki işlevselliği azalmakta ve çevresindeki bireyler ile çatışmalar yaşadığı bilinmektedir. Şizofreni hastalığının sebebi bazı araştırmalarda genetik faktörlere dayandırılrsa da bazı araştırmalar kişinin stresle başa çıkamaması ve geçmişteki travmaları sonucu ortaya çıktığını öne sürmüştür. Aslında bakılacak olursa şizofreni hastalığının temelinde genetik, çevresel veya biyolojik faktörler olabilmektedir (Summakoğlu ve Ertuğrul, 2018, ss. 43-61).

Köroğlu (2010, ss. 112-115), şizofreni hastalığını çok yönlü bir psikiyatrik bozukluk olarak ele alarak belirtilerini beş temel başlık altında incelemiştir. Bu çerçevede öncelikle psikotik

belirtiler; sanrılar, varsanılar ve düşünce bozuklukları gibi gerçeklik algısında yaşanan sapmaları kapsamaktadır. Negatif belirtiler ise duygusal tepki azalması, sosyal çekilme ve motivasyon eksikliği gibi işlevsellikteki gerilemeleri ifade eder. Bilişsel belirtiler, dikkat, hafıza ve yürütücü işlevlerdeki bozulmalarla ortaya çıkarken; duygudurum bozuklukları hastalarda depresyon, anksiyete ve duygusal dalgalanmalar şeklinde kendini göstermektedir. Son olarak davranışsal bozukluklar, bireyin çevresine yönelik uygunsuz, tekrarlayıcı ya da ajite davranışlarıyla karakterize edilmektedir. Bu belirtiler bir arada değerlendirildiğinde, şizofreninin bireyin yaşamını çok boyutlu olarak etkileyen karmaşık bir hastalık olduğu görülmektedir.

Şizofreni hastalığına sahip bireylerin hastalık öncesinde işlevsellik düzeylerinin hastalık sonrasına göre daha iyi olduğu bilinmektedir. Birey günlük hayatında, mesleki yaşamında ve sosyal ilişkilerinde problem yaşar. Şizofreni hastalığına özgü bir görünüm tanımı olmasa da çoğunlukla bu insanların normal olmayan görünüş ve davranışları, öz bakımlarındaki düşüş dikkati çeker. Mekan, zaman ve kişiye yönelim tamdır. Kişi dikkatini bir yere vermekte zorlanır ve odak problemi yaşar. Hastalığı bulunan bireylerde hafızayla alakalı problemler ortaya çıkabilmektedir (Summakoğlu ve Ertuğrul, 2018, ss. 43-61).

Şizofreni hastalığına sahip bireyin ailesi hastalıktan doğrudan olumsuz etkilenmektedir. Birey hastalık belirtileri gösterdiği zaman bu durum ilk önce aile bireyleri tarafından fark edilmektedir. Aile bireyleri kişideki kuşku, şüphecilik, kendi kendine konuşma, takip edildiğini düşünme gibi tuhaf davranışları gözlemler. Aile bireyleri ilk etapta hastalığı bilmedikleri için şaşkınlık ve bir yargılama sürecine girerler. Hastalığa yakalan bireyin çevresiyle ilişkileri bozulur, kaldığı yerde komşularıyla sorun yaşamaya başlar ve bu durum aileyi bir utanç, suçluluk psikolojisine sürükler. Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin aileleriyle yapılan araştırmalarda, aile üyelerinin stres, anksiyete, depresyon, utanç, suçluluk, korku, çaresizlik, zorlanma, endişe ve umutsuzluk gibi yoğun duygular yaşadıkları; geleceğe ilişkin planlarının aksadığı ve hasta bireye yönelik hayal kırıklığı yaşadıkları ortaya konmuştur. Aile bireyleri, damgalanmaya maruz kalmamak amacıyla ilk etapta sağlık kuruluşlarına başvurmayıp sorunu kendi içinde çözmeye çalışmakta; ancak bu durum, hastalığı bulunan bireyin ataklarının artmasına ve hastalığın daha da alevlenmesine yol açabilmektedir. Şizofreni hastalarına karşı toplum tarafından bir damgalanma söz konusudur ve bu damgalanma hastayı ve ailesini olumsuz yönde etkilemektedir. Şizofreni hastaları ve aile bireyleri yalnızca hastalıkla değil, toplumla da mücadele etmeye başlamakta ve bu durum bireyleri yıpratmaktadır. Şizofreni hastalarının yaşam standartlarının düşmesine, iş

bulamadıkları için maddi kaygılar yaşamaya başlamalarına ve toplumdan kendilerini izole etmeye başlamalarına neden olmaktadır. Aynı zamanda bireylerin toplumdan dışlanması hastalığa yakalanan bireylerin tedaviye ve topluma uyumlarını güçleştirmektedir (Bademli ve Duman, 2013, ss. 461-478).

Şizofreni hastalarında bulunan saldırgan tavırlar, tahrik edici dürtüsellik, şiddet ve düşüncesizce hareket etme davranışları, hastayı, hastanın yakın çevresini ve tedavi ekibini olumsuz etkilemektedir. Ayrıca bu davranışlar sonucunda hastanın yakınındaki bireyleri maddi ve manevi zarara uğrattığı gerekçesiyle hasta, yalnız bir yaşama sürüklenmektedir (Kısa ve diğ., 2005, ss. 46-54).

2.2.1.1. Tarihsel çerçevesi

Şizofreni benzeri ruhsal belirtilere ilişkin en eski yazılı belgeler, M.Ö. 1550 yılına tarihlenen Eski Mısır'daki Eber Papirüsü'nde görülmektedir. "Kalplerin Kitabı" adı verilen bu metinde ruhsal hastalıkların biyolojik kökenlere ya da şeytani güçlere dayandığı ileri sürülmüştür. M.Ö. 400'lerde Hipokrat, ruhsal hastalıkları tıbbi bir problem olarak ele almış ve bu bozuklukların vücut sıvılarındaki dengesizliklerden kaynaklandığını öne sürmüştür (Mete, 2018, 45-52). Antik Yunan ve Roma dönemlerinde de benzer gözlemler yapılmış, örneğin MS 2. yüzyılda Celsus, ruhsal bozuklukları ateşle seyreden akut durumlar, depresif tablolar ve kronik psikotik durumlar olarak sınıflandırmıştır (Uzunsoy, 2023, ss. 145-155). Hint Veda metinlerinde (M.Ö. 1400) çıplak dolaşan, kendine bakım gösteremeyen ve halüsinasyon gören bireylerden söz edilmesi, şizofreni benzeri davranışların tarihsel sürekliliğini göstermektedir (Polat, 2010, ss. 215-223).

Orta Çağ boyunca ise şizofreni benzeri belirtiler gösteren bireyler doğaüstü güçlerin etkisi altında kabul edilmiş, toplumdan dışlanmış ve ağır cezalandırılmıştır. Özellikle 1497 yılında rahipler Sprenger ve Institoris tarafından yazılan *Malleus Maleficarum* (Şeytanın Çekici), ruhsal bozukluğu olan kişilere karşı bir tür ceza yasası işlevi görmüştür (Özdemir, 2019, ss. 30-39). 1911'de Eugen Bleuler, "dementia praecox" kavramının yerine "şizofreni" terimini önermiştir. Yunanca "schizo" (bölünme) ve "phrenos" (akıl, ruh) kelimelerinden türetilen bu kavram, hastalığın temel özelliğini "ruh bölünmesi" olarak vurgulamaktadır. Bleuler, şizofreninin temel belirtilerini çağrışım bozukluğu, otizm, ambivalans ve duygulanım küntleşmesi olarak tanımlamış, bunları "birincil belirtiler" kabul etmiştir (Bourgeois, 2016, ss. 5-7).

İslam toplumlarında psikolojik rahatsızlığı olan kişilere şefkatle yaklaşılmış ve hastalığın tedavisi için usule uygun yöntemler uygulanmıştır. Bu yaklaşım, Selçuklu ve Osmanlı dönemlerinde de sürdürülmüştür. 17. ve 18. yüzyıl kaynaklarına bakıldığında, çeşitli ruhsal hastalıkların varlığı tespit edilmiştir. Osmanlı toplumunda bu tür rahatsızlıklar “kafa hastalığı” olarak adlandırılmıştır. Bu hastalıklar, dönemin yaşam koşullarından kaynaklanabildiği gibi, vücuttaki dört temel sıvının dengesinin bozulması sonucu da ortaya çıkabilmiştir. Osmanlı Devleti, tedaviye ihtiyaç duyan hastaların uygun koşullarda bakılabilmesi amacıyla tıp kurumları kurmuştur. Psikolojik rahatsızlık gösteren bireyler çeşitli kategorilere ayrılmış ve her birinin hangi yöntemle tedavi edileceği belirlenerek uygun tedaviler uygulanmıştır. Bu süreçte yalnızca halk değil, bazı padişahların da psikolojik sorunlar yaşadığı belgelerde görülmektedir. 19. yüzyılda psikolojinin bir bilim dalı olarak kabul edilmesiyle birlikte, ruhsal rahatsızlıklara yönelik yaklaşımlar da daha sistematik ve bilimsel bir temele oturtulmuştur (Çelebi, 2022, ss. 45-49).

Bleuler, *dementia praecox* kavramını yeniden değerlendirerek, bozuklukta esas olarak kişinin ruhsal yaşamında bir yarıma olduğunu vurgulamış; erken başlangıç göstermesi veya mutlaka bunama ile sonuçlanması gerekmediğini belirtmiştir. Daha çok zihinsel bağlantılarda bozulma ve kişiliğin temel işlevlerinde parçalanma ile karakterize edildiğini savunmuştur (Gençtan, 2003, ss. 168-170). Psikiyatri tarihinin bir diğer önde gelen ismi Freud ise şizofreniyi, insan ilişkilerindeki çatışmalar ve engellenmeler karşısında ortaya çıkan bir tepki olarak görmüş; bu durumun, kişinin birincil özseverlik (narsisizm) dönemine geri dönmesi (regresyon) ile şekillenen klinik bir tabloya yol açtığını ileri sürmüştür (Gençtan, 1999, ss. 142-144).

Kişilerarası psikanalitik yaklaşımın kurucusu Harry Stack Sullivan, toplumsal yalnızlığın (izolasyon) şizofreninin hem nedeni hem de belirtisi olabileceğini ifade etmiştir. Bunun yanında Gabriel Langfeldt, majör psikotik semptomlar gösteren hastaları gerçek şizofrenler ve şizofreniform psikozlar olarak iki gruba ayırmıştır. Langfeldt, depersonalizasyon, otizm, duygusal küntlük, sinsi başlangıç ve derealizasyon gibi özelliklerin gerçek şizofreniyi tanımlamada kritik öneme sahip olduğunu vurgulamıştır. Onun çalışmalarını izleyen literatürde, gerçek şizofreni “çekirdek şizofreni”, “şizofrenik süreç” veya “remisyonuz şizofreni” olarak da adlandırılmaya başlanmıştır (Kaplan ve Sadock, 2004, ss. 1432-1435).

Kurt Schneider, 1930’larda şizofreniye özgü olduğu ileri sürülen birinci sıra belirtileri tanımlamıştır. Kraepelin ve Bleuler disosiyatif ve avolüsyonel süreçlere dikkat çekerken, Schneider özellikle bizar sanrı ve varsanıların önemine odaklanmıştır. Bu belirtiler arasında

düşünce çekilmesi, düşünce sokulması, düşünce yayımlanması, kişinin kendi üzerine konuşan veya davranışlarını yorumlayan sesler ve düşünce, hareket ile eylemlerin dışarıdan kontrol edilmesi gibi deneyimler yer almaktadır (Danacı ve diğ., 2018, ss. 66-68).

Şizofreninin DSM süreci, 1950’lerde yayımlanan DSM-I ile başlamıştır. DSM-I’de şizofreni, bağımsız bir bozukluk olarak değil, bir tepki davranışı biçimi olarak ele alınmıştır. 1968’de yayımlanan DSM-II ile birlikte, DSM-I’de kullanılan “reaksiyon” kavramı, uluslararası bir birlik sağlama amacıyla ICD-8’e dayandırılarak terk edilmiştir. 1980’de yayımlanan DSM-III, şizofreni tanı ve kriterlerinde kapsamlı değişiklikler getirmiş; tanı ölçütleri altı ana kriter üzerinden belirlenmiştir. DSM-III-R’de tanı kriterleri detaylandırılmış, hezeyanlar bizar ve nonbizar olarak ayrılmış ve işitsel olmayan halüsinasyonlar da kriterler arasına eklenmiştir. DSM-IV’te ise belirlenen şizofreni tanı kriterlerinin geçerli ve güvenilir olduğu çeşitli çalışmalarla doğrulanmış, ayrıca eksi belirtiler de kriterler arasına dahil edilmiştir. Bu sürümde bozukluğun farklı biçimlerini açıklamak üzere alttürler belirlenmiş; paranoid, dağınık, katatonik ve ayrışmamış türler tanımlanmıştır. 2013’te yayımlanan DSM-V-TR’de şizofreni tanımı büyük ölçüde korunmuş ancak DSM-IV’te tanı için gerekli olan A kriterlerinden en az iki ve Schneider’in birinci sıra belirtilerinden en az birinin bulunması koşulu kaldırılmıştır. Artık hezeyan, halüsinasyon veya dağınık konuşmadan yalnızca birinin varlığı tanı için yeterli kabul edilmektedir. Ayrıca DSM-V-TR’de, geçerlilik ve güvenilirliklerinin düşük olması nedeniyle alttürlerle yer verilmemiştir (Zorlu, 2020). Bu tarihsel süreç, şizofreninin hem klinik tanımının hem de tedavi ve değerlendirme yaklaşımlarının zaman içinde nasıl evrildiğini ve farklı kültürel, bilimsel ve toplumsal etkilerle şekillendiğini göstermektedir.

2.2.1.2. Şizofreni türleri

Şizofrenide alt tipler hastalık belirtilerine göre değişmekte ve zamanla değişkenlik gösterebilmektedirler. Alt tiplerin belirlenmesinde semptomların şiddeti, sürekliliği ve bireyin günlük yaşam işlevselliği üzerindeki etkisi önemli bir ölçüttür. Bununla birlikte, hastalığın seyrine bağlı olarak belirtilerde zaman içinde değişim görülebilmekte ve bu durum bireylerin farklı dönemlerde farklı alt tip özellikleri göstermesine neden olabilmektedir. (Koçak, 2018, ss. 22-24).

2.2.1.2.1. Paranoid şizofren

Paranoid şizofreni tanısı almış bireylerin zihnine hakim olan sistemli hezeyanlar mevcut olmakla birlikte işitsel Halüsinasyon üst seviyededir. Bu durumların da yanında bireylerde

anksiyete, kaygı, kişiler arası çatışma yoğunlukla görülmektedir (Işık, 2006, ss. 351-353). Aynı zamanda bu tip hastalarda takip edilme düşünceleri, kendisine zarar verileceği düşüncesi, kendisini çevresinde olan diğer bireylerden üstün görme durumları, alınganlık, kendisi hakkında konuşulduğu düşünceleri paranoid şizofrenide görülen hastalık belirtileri olarak karşımıza çıkmaktadır. Aynı zamanda bu tür hastalığa sahip bireyler çevresindeki bireylerin yaptıkları davranış ve tavırları kendi üzerine almakta, çevresindeki herkese şüpheyile yaklaşmaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2008, ss. 259-261).

2.2.1.2.2. Dezorganize tip

Bu tip hastalıklarda hastalık genç yaşta başlamakta ve sinsi bir yol izlemektedir. Dezorganize tipte bireylerin düşünce yapıları oldukça karışık olmakla birlikte çağrışımları dağınıktır. Paranoid tipte düşünceler ve hezeyanlar sistemli olurken dezorganize tipte düşünceler dağınık ve tutarsızdır. Şizofrenin en ağır türü olarak kabul edilmektedir. Bireyde toplumdan uzaklaşma, içe kapanma görülmektedir. Birey kendi dünyasında yaşamakta ve dış dünyayla ilişkisi kopmaktadır (Işık, 2006, ss. 351-353).

2.2.1.2.3. Katatonik tip

Motor becerilerinin yavaşladığı, kişinin karşısındaki bireyi yok saydığı, çevresinde olan durumları algıladığı, anladığı fakat konuşmak istemediği, kendisini kapattığı, direnç gösterdiği tip olarak karşımıza çıkmaktadır (Işık, 2006, ss. 351-353). Bu tür hastalıklarda bireyin kendisine ve çevresine zarar verme ihtimali oldukça yüksek olduğundan dolayı hastanın yakından gözlemlenmesi gerekmektedir. Bu tip hastalığa yakalanan bireyler hiçbir şey yiyip içmezler, uzun zaman hareketsiz kalıp sonrasında ani tepkiler verebilmektedirler. (Öztürk & Uluşahin, 2008, ss. 259-261).

2.2.1.2.4. Ayrışmamış tip

Bu tür hastalığa yakalanan bireylerde hezeyanlar ve düşünce bozuklukları, psikotik düşünceler bulunmakla birlikte davranışsal bozukluklar görülmektedir. Bu tipte bireye şizofreni tanısı koyulabilmekte fakat paranoid, dezorganize veya katatonik gibi alt tiplerinden hiçbirini karşılamadığı için alt tip verilememektedir (Işık, 2006, ss. 351-353).

2.2.1.2.5. Rezidüel tip

Rezidüel Tipte baskın olarak psikotik belirtiler görülmemekle birlikte daha çok duygusal olarak donukluk, toplumsal geri çekilme, iletişimsizlik, evden çıkmama ve öz bakımda düşüklük gibi belirtiler görülmektedir. Bu tür hastalar sosyal hayata katılım göstermezler ve bu zamanla bir yaşam biçimi haline gelmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2008, ss. 259-261).

2.2.1.3. DSM-V'e göre şizofreni tanı ölçütleri

Tablo 2.1. DSM-V'e Göre Şizofreni Tanı Ölçütleri

NO	KRİTER.
A.	Aşağıdaki belirtilerden en az ikisi (veya daha fazlası), bir aylık süre boyunca (veya bazı durumlarda tedavi alındıysa daha kısa bir süre içinde) önemli ölçüde gözlemlenir. Bunlardan birinin en az “1”, “2” ya da “3” olması gerekir. 1. Sanrılar, 2. Varsanılar, 3. Dezorganize konuşma (örn. sık sık konudan sapma gösterme ya da anlaşılmaz konuşma), 4. Katatonik davranış ya da ileri derecede dağınık davranış 5. Silik (negatif) belirtiler.
B.	Bozukluğun başlangıcından itibaren geçen sürenin büyük bir bölümünde, iş, sosyal ilişkiler veya kişisel bakım gibi işlevsellik alanlarında, hastalığın ortaya çıkmasından önceki seviyeye kıyasla belirgin bir düşüş yaşanır. Ayrıca, eğer bozukluk çocukluk ya da ergenlik döneminde başlamışsa, kişiler arası ilişkiler, okul veya iş yaşamındaki işlevsellik beklenen düzeye ulaşamamaktadır.
C.	Bu bozukluğun devam eden belirtileri en az 6 ay boyunca sürer. Bu sürede, A tanı ölçütlerine uygun olarak en az bir aylık (veya tedavi süreci başarılı ise daha kısa bir süreli) belirtiler görülür ve bu süreç prodromal (ön) veya rezidüel (artakalan) evreleri de içerebilir. Ön veya artakalan dönemlerde, hastalık yalnızca hafif belirtilerle veya A tanı ölçütündeki iki veya daha fazla belirtinin eşik altı formlarıyla (örneğin, alışılmışın dışında inançlar ya da sıra dışı algısal deneyimler) ortaya çıkabilir.
D.	Şizoaffektif bozukluk ile psikotik özellik taşıyan depresyon ve bipolar bozukluk (iki uçlu bozukluk) tanıları dışlanır.
E.	Bu bozukluk, herhangi bir madde kullanımı veya başka bir sağlık durumunun

	doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı olarak gelişmemiştir.
F.	Otizm spektrumunda bir bozukluk veya çocukluk döneminde başlayan bir iletişim bozukluğu öyküsü mevcutsa, şizofreni tanısı için gerekli diğer belirtilerin yanı sıra belirgin sanrı ve varsanıların en az bir ay süreyle devam etmesi durumunda, şizofreni tanısı da konabilir.

Kaynak: Köroğlu (2014, ss. 99-101).

2.2.2. Bipolar bozukluk

Bipolar bozukluk, depresif ve manik ya da hipomanik dönemlerin olduğu, her alanda işlev kaybına yol açtığı bilinen ciddi bir ruhsal bozukluktur. Geçmişte yaşam boyu sıklığı %1 olarak varsayılan ancak, son yıllarda bir spektrum olarak düşünüldüğünde %5 oranlarında görüldüğü tahmin edilen, oldukça önemli bir sağlık sorunu olup, ciddi sosyal ve ekonomik sonuçlar doğurmaktadır (Yeloğlu ve Hocaoglu, 2017, ss. 41-54).

Bipolar bozukluk, bireyin zaman zaman aşırı iyi hissetmesine karşılık, belirli dönemlerde içe kapanıklık yaşamasına yol açar. Bu bozukluğun en önemli özelliği, ruh halinin uç noktalarda dalgalanmasıdır. Enerjinin en yüksek olduğu anlarda kişi hiperaktif bir ruh hali içine girerek yoğun mutluluk hisseder. Ancak depresyon dönemlerinde, birey dış dünyayla bağını koparır ve içe kapanma eğilimi gösterir. Bipolar bozuklukta bireyin işlevselliği belirgin biçimde azalmakta; çalışan kişiler zaman zaman işe devam edememekte, iletişimden kaçınmakta ve uyku ile iştah düzeninde bozulmalar yaşayabilmektedir. Bireyin hastalığını kendi başına fark etmesi ve tedavi merkezine başvurması kolay olmamakla birlikte bireyin çevresindeki insanların, bireyin tedaviye başlaması, katılımı ve uyumundaki önemi büyüktür. Bipolar rahatsızlığı olan bireylerde enerji artışıyla birlikte cinsel istek artışı da görülmektedir. Bipolar bozukluk hastalığına sahip bireyler mevsimsel olarak da hastalıktan etkilenirler, genellikle ilkbahar yaz aylarında coşkulu ve neşeli tavırlar sergilerken bu durum sonbahar ve kış aylarında yerini depresif davranışlara dönüştürmektedir. Bipolar bozukluğun manik dönemlerinde bireyler aşırı para harcama, uyku ihtiyacında azalma ve öfke patlamaları gibi belirtiler sergilerken; depresif dönemlerde ise yataktan kalkmak istememe, iletişimden kaçınma ve zamanın büyük bölümünü uykuya ayırma gibi davranışlar gözlenmektedir (Aydın, 2021, ss. 13-16). Bipolar bozukluk düzensiz bir şekilde tekrarlayan “manik” ve

“depresif” ya da her ikisini de içinde barındıran “karma” dönemler ile kendini gösteren bir hastalığı tanımlamaktadır (Yıldırım, 2013, ss. 10-12).

Bipolar bozukluk tanılı hastalar hastalık sürecinin önemli bir kısmını depresif, daha az kısmını ise hipomanik veya manik dönem geçirmektedir. Bu iki dönemin ortak özelliği kişinin normal hayatının dışında duygularındaki ani değişimlerdir. Depresif dönemde hasta içe kapanma, umutsuzluk, elem ve keder yaşarken, manik dönemde kişinin neşesi artmaktadır. Bireyin mani belirtilerinin süre ve şiddet olarak hafif olması ise hipomani dönemini ifade etmektedir.

2.2.2.1. Tarihsel çerçevesi

Mani ve depresyon, oldukça eski dönemlerden beri bilinen ruhsal bozukluklardır. Antik Yunan ve Latin yazınında bu durumlara sahip kişilerden söz edilmektedir. M.S. 150 civarında Kapadokyalı Arateus, depresyon ile maniyi aynı hastalığın farklı görünümüleri olarak değerlendirirken, Galen melankoliyi kronik ve yineleyici bir tablo şeklinde açıklamıştır (Karamustafalıoğlu, 2018, ss. 2-4). M.Ö. 5. yüzyılda Hipokrat, depresyonu “melankoli” olarak adlandırmış ve bu durumu “kara safra” ile ilişkilendirmiştir. Kraepelin ise “manik depresif bozukluğu”, “erken bunama”dan ayırarak, hastalığın seyri sırasında ortaya çıkan ataklar ve bu atakların ardından görülen düzelmelerle tanımlamıştır. Ona göre mani ve depresyon, aynı hastalığın karşıt iki yönünü oluşturmaktadır (Goldney, 2012, ss. 306-312). 19. yüzyılın ortalarında Fransa’da Falret ve Baillarger, mani ile depresyonun aynı bozukluğun değişik biçimleri olabileceğini, birbirinden bağımsız çalışmalarda ileri sürmüşlerdir. 1854’te Falret bu tabloyu “döngüsel hastalık” olarak adlandırırken, Baillarger ise “çift biçimli hastalık” kavramını kullanmıştır (Goodwin ve Jamison, 2007, ss. 25-27). 1957’de Karl Leonard, unipolar ve bipolar depresyon ayrımını yaparak, hastalığın döngüsel yapısından çok belirtilerin hangi kutupta görüldüğünün önemini vurgulamıştır. Günümüzde ise DSM-5 sınıflandırmasında duygudurum bozuklukları, “Bipolar Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar” ile “Depresif Bozukluklar” olmak üzere iki ayrı başlık altında ele alınmaktadır. “Bipolar bozukluk” terimi ise ilk kez 1966 yılında Perris tarafından literatüre kazandırılmıştır (Ghaemi, 2013, ss. 218-224).

DSM-I (1952), ruhsal hastalıkların sınıflandırılması ve standartlaştırılmasına yönelik ilk sistemlerden biri olmuş; bu çerçevede manik-depresif bozukluğu psikotik bir hastalık kategorisine yerleştirmiştir. “Manik-depresif reaksiyon” terimi, “kişilik bütünlüğünde farklı düzeylerde bozulma” ve “gerçekliği doğru biçimde değerlendirme kapasitesinde yetersizlik”

ile açıklanmıştır (Mason ve diğ., 2016, ss. 14). DSM-III ile birlikte, “affektif bozukluklar” başlığı altında majör depresyon ile bipolar bozukluk ayrı tanılar olarak ele alınmıştır. Bunu izleyen DSM-III-R sınıflamasında ise “affektif bozukluklar” terimi yerine “duygudurum bozuklukları” ifadesi kullanılmıştır. DSM-IV, bipolar bozukluğu yine duygudurum bozuklukları içinde konumlandırmış; tanı konulabilmesi için mesleki, sosyal ve kişiler arası işlevsellikte belirgin bozulmaya yol açacak düzeyde şiddetli olması gerektiğini vurgulamıştır. Bu sistemde bipolar bozukluk dört alt gruba ayrılmıştır: bipolar I, bipolar II, siklotimi ve başka türlü adlandırılmayan bipolar bozukluklar. DSM-IV-TR’de ise mevcut sınıflamaya, genel tıbbi duruma bağlı ve madde kullanımına bağlı duygudurum bozukluklarıyla ilgili yeni alt tanılar eklenmiştir. Son olarak DSM-5, bipolar bozukluğu “Bipolar ve İlişkili Bozukluklar” başlığı altında düzenlemiştir (Black ve Grant, 2014, ss. 115-118).

2.2.2.2. Bipolar bozukluk tanı ölçütleri

Hasta bireyler karma dönem yaşadıkları zamanlarda hem depresif hem de manik dönem belirtileri göstermektedir. Bu durum hipomani olarak adlandırılmaktadır. Mani durumu erkeklerde, depresyon ve karma dönem ise kadınlarda daha sık rastlanılmaktadır (Demir, 2015, ss. 32-34).

Tablo 2.2. DSM-V Bipolar Bozukluk Hipomanik Dönem Tanı Ölçütleri

NO	KRITER
A.	En az bir hafta boyunca, neredeyse her gün ve günün büyük bir bölümünde, olağandışı derecede sürekli taşkın, çabuk sinirlenen veya yükselmiş bir ruh hali ile birlikte, hedefe yönelik faaliyetlerde ve içsel enerji seviyesinde artış yaşanması.
B.	Duygudurum bozukluğunun sürdüğü bu dönemde, aşağıdaki belirtilerden en az üçü (eğer duygudurum kolayca sinirleniyorsa en az dört tanesi) olağan davranışlardan belirgin şekilde farklı olarak görülür: Kendine aşırı güven ya da büyüklük düşüncelerinde artış Uyku ihtiyacında belirgin azalma Normalden daha fazla konuşma isteği Düşüncelerin hızlanması veya ardışık düşünce akışı hissi Dikkatin kolayca dağılması

	Amaçlı faaliyetlerde artış ya da psikomotor huzursuzluk Riskli ve olumsuz sonuçlar doğurabilecek davranışlarda aşırı yer alma
C.	Bu süreçte ve kişinin semptomsuz olduğu dönemlere kıyasla, işlevsellikte belirgin ve anlamlı bir değişiklik gözlemlenir.
D.	Duygudurumdaki bozulma ve işlevsellikteki değişim, çevredekiler tarafından fark edilebilir.
E.	İş yaşamı veya sosyal işlevsellikte belirgin bir azalmaya neden olacak düzeyde, ya da kişinin kendisine ya da çevresine zarar verme riski nedeniyle hastaneye yatırılmasını gerektirecek kadar şiddetli olmayan ve (varsa mani dönemi) psikoz özellikleri taşımayan durumdur.
F.	Bu dönemin, herhangi bir maddenin fizyolojik etkilerine bağlı olmaması gerekir. Ancak, antidepresan kullanımı sırasında ortaya çıkan ve tedavinin fizyolojik etkilerinin ötesinde, sendrom düzeyinde süren tam bir hipomani dönemi, hipomani tanısı koymak için yeterli kanıt sayılır.

Manik dönemde bireylerin aşırı heyecanlı ve mutlu hissettikleri, ani duygu değişimleri yaşadıkları; neşeli bir ruh halinden öfkeli bir duruma hızla geçebildikleri bilinmektedir. Bu dönemde enerji düzeyinde artış, az uyku ile daha fazla faaliyet gösterme, konuşma hızında ve miktarında artış, cinsel istekte yükselme gibi belirtiler gözlenmektedir. Ayrıca gerçekçi olmayan hayaller kurma, özgüvende aşırı artış ve iştahın artması da manik dönemin karakteristik özellikleri arasında yer almaktadır.

Tablo 2.3. DSM-V Bipolar Bozukluk Manik Dönem Tanı Ölçütleri

NO	KRITER
A.	En az bir hafta boyunca, neredeyse her gün ve günün büyük bir kısmında, olağandışı derecede sürekli taşkın, kolay sinirlenen veya kabarmış bir ruh hali ile birlikte, amaçlı etkinliklerde ve içsel enerjide artış gözlenir.
B.	Duygudurum bozukluğunun sürdüğü süreçte, aşağıdaki belirtilerden en az üçü (eğer duygudurum kolayca sinirleniyorsa en az dört tanesi) olağan davranışların dışında ve

	belirgin şekilde ortaya çıkar: Kendine aşırı güven veya büyüklük düşüncelerinde artış Uyku ihtiyacında belirgin azalma Normalden daha fazla konuşma Düşüncelerin hızlanması ya da ardışık düşüncelerin yaşanması Dikkatin kolayca dağılması Amaçlı faaliyetlerde artış ya da psikomotor huzursuzluk Riskli ve olumsuz sonuçlar doğurabilecek davranışlara aşırı katılım
C.	Duygudurum bozukluğu, iş veya sosyal işlevsellikte belirgin bir azalmaya sebep olacak ya da kişinin kendine ya da çevresine zarar verme riski nedeniyle hastaneye yatırılmasını gerektirecek düzeyde psikoz belirtileri göstermesidir.
D.	Bu dönemin, herhangi bir madde (örneğin bir ilaç) ya da sağlık durumunun fizyolojik etkilerine bağlı olmaması gerekir. Ancak, antidepresan tedavisi sırasında ortaya çıkan ve tedavinin fizyolojik etkilerinin ötesinde, sendrom düzeyinde süren tam bir mani dönemi, mani tanısı koymak için yeterli delil sayılır.

Depresyon döneminde ise kişinin enerjisinin azaldığı, uyku isteğinin arttığı, umutsuzluk hissinin olduğu, odaklanmada zorluk çektiği, cinsel isteğinin azaldığı, konuşmak istemediği, keyifsizlik ve kararsızlığının olduğu, intihar düşünce veya girişimlerinin olduğu, dışarı çıkma ve topluma katılma isteğinin azaldığı görülmektedir.

Tablo 2.4. DSM-V Bipolar Bozukluk Yeğin (Major) Depresyon Tanı Ölçütleri

NO	KRITER
A.	İki haftalık bir süre içinde, önceki işlevsellik düzeyinden farklılık gözlenmeli ve aşağıdaki belirtilerden en az beşi mevcut olmalıdır. Bu belirtilerden en az biri, ilgi kaybı, zevk almama ya da çökkün ruh hali olmalıdır: Çökkün bir duygudurumun neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunması; kişinin kendisi tarafından fark edilmesi veya başkalarınca gözlemlenmesi

	Neredeyse her gün, çoğu etkinliğe karşı ilgide belirgin azalma veya zevk alamama Her gün aşırı uyuma ya da uykusuzluk yaşama Sürekli enerji kaybı veya bitkinlik hissi Odaklanma ya da düşünme güçlüğü Diyet yapmamasına rağmen belirgin kilo kaybı veya kilo alımı ve iştah değişiklikleri Sürekli huzursuzluk (ajitasyon) veya hareketlerde yavaşlama Aşırı ya da uygunsuz suçluluk ve değersizlik duyguları (bazı durumlarda sanrısallık) Tekrarlayan intihar düşünceleri, intihar girişimi ya da buna yönelik planların varlığı
B.	Yukarıdaki belirtiler, kişinin sosyal ve mesleki işlevselliğinde belirgin bir azalmaya ya da klinik açıdan önemli bir rahatsızlığa yol açar.
C.	Ayrıca, bu dönemin herhangi bir maddenin fizyolojik etkilerine veya mevcut bir sağlık durumuna bağlı olmaması gerekir.

Kaynak: Yazıhan ve diğ. (2015, ss. 62-68)

2.3. Psikiyatrik Bozukluğun Tedavisinde Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri

Ruh sağlığı alanında ruh ve sinir hastalıkları hastanelerinde ve psikiyatri kliniklerinde tedavi gören bireylerin tedavi sonrasında takibinin yapılmasında Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri büyük öneme sahiptir. Ağır psikiyatrik rahatsızlığı olan hastaları ve aileleri bilgilendirerek, hastanın ayaktan tedavisinin yapıldığı ve takip edildiği; rehabilitasyon, psikoeğitim, iş uğraş terapisi, grup veya bireysel terapi gibi yöntemleri kullanarak hastanın toplum içinde yaşama becerilerinin artırılmasını ve psikiyatri klinikleri ile ilişki içinde çalışıp gerektiğinde mobilize ekiplerle hastanın yaşadığı yerde takibini yapan merkez olarak tanımlanmaktadır. 06/03/2014 tarihli ve 9453 sayılı Bakan Onayı ile yürürlüğe giren Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge'ye göre, bu merkezlerin kuruluş amacı; ağır ruhsal bozuklukları olan hastalara, toplum temelli ruh sağlığı modeli doğrultusunda bireysel işlevselliği artırmayı hedefleyen etkili tedaviler ve psikososyal destek hizmetleri sunmak, takip ve tedavilerini hastaların yaşadıkları çevrede birinci basamak sağlık hizmetleriyle entegre bir şekilde gerçekleştirmektir. Bu kapsamda, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu'na bağlı yataklı sağlık kuruluşları bünyesinde faaliyet gösterecek toplum ruh sağlığı merkezlerinin kurulması,

işleyişi ve asgari standartlara ilişkin usul ve esasların belirlenerek, hizmetlerin etkin ve erişilebilir biçimde sunulması amaçlanmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2011, ss. 22-25).

Merkezde, ilgili mevzuata uygun şekilde hastane yöneticisi tarafından en az bir ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı, bir sosyal çalışmacı, bir psikolog, iki hemşire, bir sağlık memuru, bir tıbbi sekreter, bir idari ve teknik personel ile ihtiyaç duyulan sayıda temizlik görevlisi, güvenlik personeli ve iş uğraş terapisti gibi diğer unvanlarda personel görevlendirilir.

Merkezde danışman olarak görev yapan Sosyal çalışmacı, psikolog ve hemşirenin ortak görev ve sorumlulukları bulunmaktadır. Bunlar;

- Merkeze başvuran psikiyatri hastalarına kurumun amacı ve çalışmaları ile ilgili bilgilendirme yapmak.
- Merkeze kayıtlı olan hastalara danışmanlık hizmeti vermek.
- Merkeze kayıtlı hasta ve hastanın çevresinde olan aile üyelerine psikososyal destek programları hazırlamak.
- Merkeze kayıtlı olan hastalardan merkeze gelemeyecek düzeyde olanlara ev ziyareti gerçekleştirerek hastaya gerekli müdahaleyi yerinde yapmak.
- Akut döneme girmiş, atak halinde olan hastaların yatarak tedavi görmesini sağlamak ve yatış esnasında hastayı takip etmek.
- Veri toplayarak hastaları ölçeklendirmek ve izlemek. (Sağlık Bakanlığı, 2011, ss. 22-25)

Oral ve Tuncay (2012, ss. 93-114), ruh sağlığı alanında görev yapan ve toplum ruh sağlığı merkezlerinde çalışan sosyal hizmet uzmanlarının görev ve sorumluluklarını detaylı biçimde açıklamaktadır. Buna göre sosyal hizmet uzmanları, kurumun hizmet verdiği bölgedeki hastaları tespit ederek kayıt sürecinde danışmanlık yapmakta; birey ve ailesiyle iletişim kurarak onları kuruma davet etmekte ve sunulan hizmetler hakkında bilgilendirmektedir. Ayrıca kuruma kayıtlı hastaların gerekli durumlarda farklı kurumlarla iletişimini sağlamakta, aradaki irtibatı kurmakta ve gerektiğinde hastayı ilgili kuruma yönlendirmektedirler. Bunun yanı sıra sosyal hizmet uzmanlarının damgalama karşıtı çalışmalar yürütmeleri, hastaları hukuki ve sosyal hakları konusunda bilgilendirmeleri ve güçlendirici yaklaşım çerçevesinde bireye destek olmaları önemli sorumlulukları arasında yer almaktadır.

2.4. Tedavi Süreci

Psikiyatrik hastalıkların tedavi aşamasında birçok belirti ve sorunla karşılaşılabilir. Bireyler özellikle iç görü becerilerinin zayıflaması nedeniyle bozukluğu kabul etmemekte ve tedaviye karşı çıkmaktadır. Tanı alan bireylerin her birinde farklı belirtilerle sürecin başlaması ve ilerlemesi, beraberinde farklı tedavi biçimlerini doğurmuş, bu da psikiyatrik hastalıklar için kesin bir tedavi yönteminin bulunamadığını göstermektedir. Bundan dolayı psikiyatrik hastalıkların tedavilerindeki esas amaç hastalığı tümüyle ortadan kaldırma üzerine değildir. Günümüzde olan Tüm tedavilerde benimsenmiş iki amaçtan bir tanesi bozukluk belirtilerini ortadan kaldırmakken diğeri bireydeki işlevsellik düzeyini arttırabilmektir (Akbaş, 2022, ss. 40-43). Tedavi sürecinde benimsenen bazı temel ilkeler mevcuttur. Bu ilkelerden bazılarının aşağıda bahsedilmiştir (Aşkın, 2019, ss. 12-29).

- Tedavi sürecinde öncelik sadece mevcut belirtilerin kontrol altına alınması olmamalıdır; aynı zamanda bireyde ortaya çıkabilecek zararlı etkilerin en aza indirilmesi ve işlevselliğinin artırılması da hedeflenmelidir.
- Bozukluğun tek bir tedavi şekli bulunmamaktadır. Bu nedenle bireye uygun tedavi biçiminin belirlenebilmesi hedeflenmelidir.
- Güven ortamı bireyin tedaviye uyum sürecini destekleyen faktörlerden biri olduğundan, bireyle doktor arasında güven ilişkisinin kurulabilmesi hedeflenmelidir.
- Birey ve ailesine bozukluğun zorluğu ve yaşanılacak süreç ve uyumun önemi konusunda psikoeğitim verilmelidir.
- Psikozdaki ilk nöbetini geçiren bireyin hastane ortamında tedavi görmesinin daha uygun olduğu unutulmamalıdır. Ancak her bireyin farklı olduğu ve ayaktan tedavi ile de bu sürecin tedavi edilebileceği de atlanmamalıdır.
- Akut sürecin bitmesinin hemen ardından ilaç tedavisi sonlandırılmamalıdır.
- Bireyin sosyoekonomik özellikleri dikkate alınarak tedaviye uyumu sağlayacak yöntemler bulunmalıdır.

Psikiyatrik hastalık sürecinde bireyin remisyon döneminin uzaması ve iyilik hâlinin korunması, çeşitli koruyucu ve destekleyici faktörlerin varlığıyla doğrudan ilişkilidir. Bu sürecin olumlu seyretmesinde, bireyin hastalığı kabullenmesi ve kendisini hastalığından ayrı bir kimlikle yeniden tanımlayabilmesi önemli bir rol oynamaktadır. Aynı zamanda

semptomları yönetebilme becerisi, yaşam üzerinde kontrol sahibi olma ve sorumluluklarını sürdürebilme gücü de iyilik hâlinin devamını destekleyen unsurlar arasında yer almaktadır.

Bireyin yaşam önceliklerini yeniden düzenlemesi, değişim ve kişisel güce odaklanması, yaşadığı deneyimleri paylaşması, umut duygusunu koruması ve gerçekçi bir iyimserlik geliştirmesi, psikolojik iyileşme sürecine katkı sağlayan önemli faktörlerdir. Bununla birlikte özsaygı ve özgüvenin varlığı, kararlılık gösterebilme ve yaşam kalitesinin artırılması gibi bireysel özellikler de süreci olumlu yönde etkiler. Sosyal çevre ve toplum üyelerinden alınan destek, ilaç tedavisine düzenli olarak devam edilmesi, bireyin inanç sistemiyle ilişkilendirdiği manevi güç, birey merkezli bir bakım anlayışının benimsenmesi ve sağlık okuryazarlığını geliştirecek eğitim faaliyetleri de remisyonun sürdürülmesinde kritik öneme sahiptir.

Bununla birlikte bazı etkenler bu süreci olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Negatif benlik algısı, kişinin kendisini suçlaması ya da kendine karşı nefret duyması gibi içsel faktörler; ailesel çatışmalar, stres düzeyinin yüksekliği, toplumsal damgalama, önyargı ve ayrımcılık gibi dışsal etmenler bireyin iyilik hâlini tehdit eden risk faktörleri arasında sayılmaktadır. (Çam ve Yalçın, 2018, ss. 55-60).

2.5. Psikiyatrik Sosyal Hizmet

Psikiyatrik Sosyal Hizmet kavramına geçmeden önce sosyal hizmetin tanımına bakıldığında; Ulusal Sosyal Çalışmacılar Derneği (NASW) sosyal hizmeti, bireylerin, grupların veya toplumların sosyal işlevselliklerini geliştirmelerine veya iyileştirmelerine ve hedeflerine uygun toplumsal koşulların oluşturulmasına destek veren profesyonel bir faaliyet olarak tanımlamaktadır (NASW, 2011, ss. 42-43).

Psikiyatrik sosyal hizmet, sosyal hizmetin önemli ve geniş bir uygulama alanını oluşturur. Bu alandaki uygulamalar, ruh sağlığı odaklıdır ve hedef kitlesi ruh sağlığı kapsamında yer alan bireyler, gruplar, aileler ve toplumları kapsar. Ayrıca, uygulama alanı olarak ruh sağlığıyla ilgili kurum ve kuruluşları da içine alır. Böylece, psikiyatrik sosyal hizmet hem geniş hem de çok boyutlu bir yapı sergiler (Payne, 1991, ss. 215-218).

Sosyal hizmet uygulaması, sosyal hizmet teknik ve kuramlarının kullanılarak bazı amaçlar doğrultusunda profesyonel bir şekilde uygulanmasından oluşur. Bu amaçlar, kişilerin sosyal iyilik hallerini artırmalarına yardımcı olmak, kendini savunamayacak düzeyde olan bireylerin savunuculuğunu yapmak, bireylerin sosyal desteğe ulaşmasında onlara danışmanlık ve yönlendirme yapmak, aile ve gruplara danışmanlık yapmak, bireyi çevresi içinde değerlendirerek en doğru müdahaleyi yapmak, bireylerin başa çıkma kapasitelerini

artırmaktır. Bu uygulamaları gerçekleştirenler ise sosyal çalışmacılardır. Sosyal çalışmacılar, bireylerin, grupların ve toplumun ihtiyaç duydukları kaynakları elde etmeleri için onlara danışmanlık yapar. Sosyal hizmet, mesleki çerçevede çeşitli uygulama alanlarında bu tür faaliyetleri yürütür ve psikiyatri de bu alanlardan biridir. Psikiyatri sahasında yapılan sosyal hizmet uygulamalarına psikiyatrik sosyal hizmet adı verilir ve literatürde klinik sosyal hizmet olarak da bilinmektedir (Cölgeçen, 2018, ss. 46). Psikiyatrik sosyal hizmet çalışmaları, bireylerin ruh sağlığıyla ilgili yaşadıkları sorunlara yönelik müdahale ve destek süreçlerini kapsamaktadır. Ruhsal rahatsızlıklar; şizofreni ve bipolar bozukluk gibi çeşitli bozuklukları içine alan, bireyin düşünce yapısında, duygudurumunda ve davranışlarında kalıcı ve olağandışı değişimlerle kendini gösteren durumlardır (Reeves ve diğ., 2011, ss. 1-32)

Psikiyatrik sosyal hizmet uygulamaları, ruh sağlığı sorunları yaşayan bireyler ile onların ailelerine yönelik olarak bilgilendirme, eğitim, savunuculuk, koruma, destekleme ve arabuluculuk gibi çeşitli rolleri üstlenir. Bu uygulamalar, sürecin hem birey hem de aile açısından en yararlı biçimde ilerlemesini hedefleyen profesyonel müdahaleleri içerir. Ruhsal rahatsızlık yaşayan bireylerin yaşamlarında sosyal hizmet desteğine ihtiyaç duyulabilecek pek çok alan bulunmaktadır. Aile içi ilişkiler, ev düzeni, iş hayatı, ekonomik durum ve sosyal bağlar bu süreçten etkilenebilir; bireylerin ihtiyaçları zamanla çeşitlenip artabilir. Bu nedenle, bireylerin ve ailelerinin mevcut gereksinimlerinin doğru şekilde tespit edilmesi, risklerin önceden belirlenerek gerekli önleyici ve iyileştirici adımların atılması büyük önem taşımaktadır (Çamur ve Küçükbükcü, 2021, ss. 463-476).

Psikiyatrik sosyal hizmet, ruh sağlığı sorunları yaşayan bireyler ve aileleri ile mikro düzeyde gerçekleştirilen bireysel çalışmaların yanı sıra, politika geliştirme, dışlanmayla mücadele gibi makro düzeydeki faaliyetleri de kapsamaktadır. Bu kapsamda, ruh sağlığı alanındaki sosyal hizmet uygulamalarının temel amacı; acıyı azaltmak, stresi hafifletmek, erişilebilir ve uygun hizmetler sunmak, kaynakları bulmak, sosyal işlevselliği onarmak, gelişim ve değişimi desteklemek, güçsüz ve savunmasız bireylerin haklarını korumak ve onların yaşamları üzerinde kontrolü ele almalarına yardımcı olmaktır. Ayrıca, müracaatçıların zararına olan sosyal tutum, koşul ve politikaları değiştirme sorumluluğu da psikiyatrik sosyal hizmetin önemli bir parçasını oluşturmaktadır (Tlbury, 2002, ss. 56-59).

Ulusal Sosyal Çalışmacılar Derneği (NASW), 2005 yılında yayımladığı “Sosyal Hizmet Uygulamasında Klinik Sosyal Hizmet için NASW Standartları” adlı dokümanda, psikiyatrik sosyal hizmetin bireylerin, çiftlerin, ailelerin ve grupların ruhsal, zihinsel, duygusal ve davranışsal iyilik haline odaklandığını vurgulamıştır. Ayrıca, psikiyatrik sosyal çalışmacılar,

zihinsel, duygusal ve davranışsal sorunları olan kişilerin teşhis ve tedavisinde görev alan önemli sağlık profesyonelleri olarak tanımlanmış; bu alanda çalışabilmek için dört yıllık lisans eğitiminin ardından psikiyatri alanında yüksek lisans eğitimi ile ek süpervizyon ve eğitimlerin alınması gerektiği belirtilmiştir (NASW, 2005, ss. 3-6).

Psikiyatrik sosyal hizmet, bireylerin tedavi sürecinden en yüksek düzeyde yarar sağlamalarını, yaşadıkları durumu anlamlandırmalarını ve sahip oldukları haklar ile mevcut seçenekler konusunda bilgi edinmelerini hedefler. Aynı zamanda birey ve ailesine yönelik koruyucu, önleyici ve rehabilite edici müdahaleler de bu hizmet kapsamında yer alır. Süreçte karşılaşılabilecek sorunların en aza indirilmesi, mevcut kaynakların etkin biçimde kullanıma açılması ve bireyin sürece aktif katılımının desteklenmesi temel amaçlar arasındadır. Psikiyatrik tedavinin başarısı açısından, yalnızca bireyin değil, ailesi ve sosyal çevresinin de sürece dahil edilmesi ve bu çevrenin uygun şekilde yapılandırılması büyük önem taşır (Bahar ve Savaş, 2013, ss. 83-90).

Psikiyatrik bozuklukların yol açtığı sorunlar, bireyden başlayıp çevresini ve dolayısıyla toplumu etkileyen mikro, mezzo ve makro düzeylerde ortaya çıktığından, bu kapsamda psikiyatrik sosyal hizmet alanı gelişmiştir. Psikiyatrik sosyal hizmet, ruh sağlığı alanında hizmet veren, psikiyatrik rahatsızlığı olan bireylerin tedavi sırasında ve sonrasında bireyin remisyon halinin uzun sürmesinde etkili bir alan olarak karşımıza çıkmaktadır. Psikiyatrik sosyal hizmet hastalık sonucu bireyde ve bireyin ailesinde ortaya çıkan her türlü sorunların çözümüne yardımcı olan, çeşitli alanlarda bireylerin savunuculuğunu yapan, çeşitli kurumlar ile iletişime geçerek bireylerin her türlü iyilik haline kavuşması için çaba sarf eden hizmetler bütünüdür. Psikiyatrik Sosyal Hizmet, hastanede ya da ayakta tedavi gören ve rehabilitasyon sürecindeki ruhsal rahatsızlığı bulunan bireylerin bakımını destekleyen, tedavi ekibinin içinde yer alan ve koordinasyonu sağlayan; bireyi çevresiyle birlikte bütüncül şekilde değerlendiren ve hastaların yaşam kalitesini yükseltmeyi amaçlayan özel bir tıbbi sosyal hizmet türüdür (Abay ve Çölgeçen, 2018, ss. 3-4).

Birey, psikolojik, ruhsal, sosyal ya da fiziksel bir rahatsızlığı fark etmeye başladığında ve ilk kez sağlık kurumuna başvurduğunda, tanının konulmasıyla birlikte yeni ve karmaşık bir sürecin içine girmektedir. Bu süreçte hem bireyin hem de ailesinin; hastalığa ve tedaviye uyum sağlama, tedavi seçeneklerini öğrenme, sürece dair kaygılarını yönetme, yaşam düzenlerini yeniden yapılandırma ve tedavi sonrası planlama gibi çeşitli konularda desteğe ihtiyaçları oluşabilmektedir. İşte bu noktada psikiyatrik sosyal hizmet uygulamaları devreye girmekte; tanı öncesinden başlayarak tedavi süreci boyunca ve tedavi sonrasında birey ve

ailesine rehberlik ederek, karşılaştıkları zorluklarla baş etmelerine katkı sunmaktadır (Çamur ve Küçükbükcü, 2021, ss. 463-476). Psikiyatri sorunları yaşayan bireyler, günlük yaşamın farklı alanlarında işlevselliklerini sürdürebilme konusunda çeşitli zorluklarla karşı karşıya kalmaktadır. Günlük yaşamın neden olduğu stres faktörleri zamanla birikerek kronik stres düzeyine ulaşabilmekte ve bireyin genel iyilik halini olumsuz etkileyebilmektedir. Sosyal hizmet uzmanları, mesleğin temel misyonu doğrultusunda, hizmet sundukları bireylerin yaşamın çeşitli alanlarındaki işlevselliklerini artırmaya yönelik destek sunarlar. Ruh sağlığı, bireyin yalnızca biyolojik değil; aynı zamanda sosyal ve kişisel koşullardan da etkilenmektedir. Bu nedenle sosyal hizmet uzmanlarının, bireyin yaşamını şekillendiren sosyal etkenleri ve bu etkenlerin ruh sağlığı üzerindeki etkilerini kavraması büyük önem taşır. Sosyal hizmet uygulama kuramları, birey ile çevresi arasındaki karmaşık ilişki dinamiklerini anlamayı esas alır ve bu yaklaşım, sosyal hizmet mesleğini diğer meslek disiplinlerinden ayıran temel bir özelliktir (Gitterman ve Germain, 1980, ss. 5-9).

2.5.1. Psikiyatrik sosyal hizmet uzmanının rolü

Psikiyatrik bozukluğu olan bireylerin kendisine ve çevresine büyük ölçüde zarar verdiği, aile bireylerini maddi ve manevi olarak bir çıkmaza sürüklediği düşünüldüğünde sosyal hizmet uzmanının rolü yadsınamaz derecede önemlidir. Psikiyatrik sosyal hizmet uygulamaları, yalnızca bireyin ruhsal ya da fiziksel durumunu değil, aynı zamanda onun ait olduğu toplumu, içinde bulunduğu sosyal çevreyi, ailesini, kültürel yapıyı ve toplumsal dinamikleri de göz önünde bulundurarak çok yönlü bir değerlendirme sunar. Bu bütüncül yaklaşım, bireyin yaşadığı sorunlara yalnızca bireysel düzeyde değil, çevresel ve toplumsal bağlamda da müdahale edilmesini mümkün kılar. Bu nedenle, ruh sağlığı hizmetlerinin yürütülmesinde psikiyatrik sosyal hizmet uzmanlarının rolü ve katkısı önemli bir yer tutmakta; multidisipliner ekip içinde sahip oldukları perspektif ile sürece değer katmaktadır (Golightley, 2008, ss.21-25).

Ruh sağlığı alanında sosyal hizmet uzmanının çeşitli görevleri vardır. Sosyal hizmet uzmanı hasta bireyin tedavi öncesi, tedavi sırasında ve tedavi sonrasında rol alır. Zaman zaman bireyin kendisine odaklanırken zaman zaman hastanın çevresine ve ailesine odaklanarak gerekli müdahaleleri yapar. Bireyin tedavi sonrasında toplumuna uyumunu ve işlevselliğini artırıcı çalışmalar yürütür.

Psikiyatrik Sosyal Hizmet Uzmanının Görevleri:

- Psikiyatrik bozukluğu olan bireyleri ve bireylerin çevresindeki durumları değerlendirmek.
- Bireylere ve çevresine hastalığın etkilerini, iş ve sosyal yaşamı ne denli etkilediğini ve kişiyi tüm yönleriyle etkilediğini anlatmak ve eğitim vermek.
- Bireylerin yatarak tedavi gördükten sonra taburculuğunda destek olmak ve diğer sosyal imkanlar için hastaya ve ailesine danışmanlık yapmak, bireyin barınma ve diğer gereksinimleri konusunda bireye yardımcı olmak.
- Birey ve ailesiyle ilaçların düzenli kullanılması, aile ilişkilerinin iyi yönde olması ve bireyin sosyal çevreyle bütünleşmesi amacıyla sosyal hizmet çalışmaları yapmak.
- Bireyin tedavi sonrasında toplumla bütünleşmesini sağlamak ve sosyal hayata katılımını artırmak amacıyla grup çalışmaları yapmak.
- Bireyin yatış sonrasında çeşitli kurumlar ile irtibatını sağlamak ve bireyin kurumlar hakkında bilgilendirmek.
- Bireyin her türlü savunuculuğunu yapmak.
- Madde bağımlısı olan bireylerin tedavi sonrasında maddeyi bırakması için danışmanlık yapmak ve gerek sivil toplum kuruluşları gerek diğer kurumlar ile iletişim kurmak.
- Ruhsal hastalıklar ve sosyal sorunlar arasında sosyal hizmet çalışmaları yürütmek.
- Ruh sağlığı alanındaki sorunları çözümü için projeler yürütmek.
- Bireylerin damgalanma ve her türlü ayrımcılıkla mücadele etmesine destek sağlamak (Tuncay ve Şeker, 2022, ss. 185-189).

Uluslararası Sosyal Çalışmacılar Birliği'nin belirttiği üzere, sosyal hizmet uzmanlarının ruh sağlığı kliniklerinde ve ayakta tedavi merkezlerinde yürüttükleri önemli görevler bulunmaktadır. Psikiyatrik rahatsızlığı olan bireylere yönelik uygun hizmetlerin belirlenip uygulanması ve bu bireylerin biyopsikososyal açıdan kapsamlı bir şekilde değerlendirilmesi temel sorumluluklar arasındadır. Özellikle madde bağımlılığı gibi yüksek risk taşıyan durumlar göz önünde bulundurularak, bireyin kendi kaderini tayin hakkına saygı gösterilmekte ve buna uygun tedavi ile rehabilitasyon süreçleri yürütülmektedir. Kriz yönetimi sağlanırken müracaatçının hakları korunmakta, bireyin genel iyilik hali gözetilerek

toplumsal kaynaklar etkin biçimde kullanılmakta ve diğer kurumlarla iş birliği yapılmaktadır. Ayrıca, ruh sağlığı hizmetlerinin topluma tanıtılması ve alanda ortaya çıkan etik sorunların ele alınması da büyük önem taşımaktadır. Son olarak, ruh sağlığı tedavisinde görev yapan personelin eğitim ve denetimi sağlanarak hizmet kalitesinin yükseltilmesi hedeflenmektedir. (NASW, 2011, ss. 7-10).

Psikiyatrik rahatsızlığı olan bireylere uygun hizmetlerin belirlenip uygulanması, bu bireylerin biyopsikososyal yönlerden kapsamlı bir şekilde değerlendirilmesi temel görevlerdendir. Özellikle madde bağımlılığı gibi riskli durumlar da göz önünde bulundurularak, bireyin kendi kaderini tayin hakkına saygı gösterilerek uygun tedavi ve rehabilitasyon süreçleri yürütülür. Kriz yönetimi sağlanırken müracaatçının hakları savunulur ve bireyin genel iyilik hali gözetilerek, mevcut toplumsal kaynaklar etkin şekilde kullanılır; ayrıca diğer kurumlarla iş birliği yapılır. Ruh sağlığı hizmetlerinin topluma tanıtılması ve alandaki etik sorunların ele alınması da önemsenir. Son olarak, ruh sağlığı tedavisinde görev yapan personelin eğitimi verilmekte ve denetimi sağlanmaktadır. (Oral ve Tuncay, 2012, ss. 93-114)

2.6. Damgalanma

“Damga” kavramı, kelime anlamı itibarıyla bir yara izi, leke ya da bireyi utanç verici bir şekilde işaretleyen bir simgeyi ifade eder. Bu kavram, bir kişi ya da grubun toplum tarafından utandırılması gereken bir özelliğe sahip olduğunun düşünülmesi, normların dışında görülmesi ya da farklılığı nedeniyle suçlayıcı ve dışlayıcı tutumlara maruz kalması durumunu kapsamaktadır (Avcil ve diğ., 2016, ss. 175-202). Damgalama kuramının öncüsü Goffman (1964, ss. 174-175) damgalamayı; “tam toplumsal kabulden diskalifiye edilen bireyin durumu damgalanan bireye daha az değer verme davranışı, bu etiketi taşıyan insanların daha az istenebilir ve neredeyse insan gibi algılanmaması” olarak tanımlamaktadır. Damgalamanın, bireyler üzerinde olumsuz bir ayrımcılık biçimi olduğunu vurgulayan yaklaşımlar, bu duruma maruz kalan kişilerin sağlık hizmetlerine erişimde ciddi dezavantajlar yaşadığını belirtmektedir. Damgalama; yetersiz sağlık hizmeti alma, benlik saygısında azalma ve çeşitli olumsuz yaşam olaylarına maruz kalma gibi pek çok hayati sorunu beraberinde getirebilmektedir (Sartorius, 2006, ss. 383-388).

Damgalama bireylerin bazı farklı özelliklerinden dolayı o kişiye verilen reaksiyon olarak tanımlanabilmektedir. Bireyler farklı olan bir durum gördükten sonra bu durumun kendisine zarar verme endişesi içine girerler, farklı olan bireyi kendilerinden uzak tutmaya ve o kişiyi belli kalıp yargılar içerisine sokmaya çalışırlar. Toplumda azınlık olarak bulunan her grubun

dışlandığı ve damgalanmaya maruz kaldığı gibi psikiyatrik rahatsızlığı olan bireylerde yüksek düzeyde damgalanmaya maruz kalmaktadırlar (Yılmaz ve Cüceler, 2019, ss. 167-174).

Psikiyatrik rahatsızlığı bulunan bireyleri damgalama ve dışlama her toplumda görülebilmektedir. Bu bireylerin damgalanmasının şiddeti toplumdan topluma, kişiden kişiye değişmekle birlikte bu kişiler sosyal reddedilme yaşamakta ve ayrımcılığa maruz kalmaktadır. Bu reddedilme durumu bireyi ve çevresini tehlikeye sokmakta, bireyi tedaviden uzaklaştırmaktadır. Bu bireylerin kendilerini yetersiz hissettikleri, sosyal ilişki kurmaktan kaçındıkları, kendini hiçbir yönden beğenmedikleri, öz saygılarında düşüş olduğu bilinmektedir (Taşkın, 2007, ss. 31-40).

Damgalama bazı yayınlarda üç seviyede sınıflanmıştır. Bunlar; yapısal damgalama sosyal damgalama ve bireyin kendini damgalanmış hissettiği içselleştirilmiş damgalamadır. Yapısal damgalanma, resmi kurum ve idareler tarafından; sosyal damgalanma, toplumsal kurumlar ve yapılar aracılığıyla; içselleştirilmiş damgalanma ise bireyin kendisi tarafından gerçekleştirilen damgalanma biçimidir. Damgalamanın kişi üzerinde en çok olumsuz etki yaratan türü içselleştirilmiş damgalamadır. İçselleştirilmiş damgalamada kişi kendini ötekileştirir, değersizleştirir ve kendini toplumdan izole etmeye başlar (Güleç, 2023, ss. 28-30).

Toplumun psikiyatri hastalarına bakış açısı yıllardır araştırma konusu olabilmektedir. Ülkemizde yapılan araştırmalarda ruhsal hastalıklara karşın bilgi düzeyinin düşük seviyede olduğu, psikiyatrik bozukluğu olan bireylere karşın olumsuz ve ayırıcı tavırlar sergilenmektedir. Bu durum hastanın iyilik halini ve tedavi uyumunu son derece etkilemektedir (Özmen ve diğ., 2003, ss. 5-12). Psikiyatrik bozukluğun türü ne olursa olsun, olumsuz inançlar, tutumlar ve damgalama, hem bireye hem de yakınlarına zarar vererek tedaviden uzaklaşmaya yol açabilmektedir. Psikiyatrik bozukluğu olan bireylerin iyilik haline ulaşması ve topluma katılım süreçlerinin hızlanması için, yerel yönetimlerin de dahil olduğu çeşitli güçlerin desteğine ihtiyaç duyulmaktadır. Bu bağlamda, farklı meslek disiplinlerinin iş birliği içinde çalışması büyük önem taşımaktadır (Çam ve Bilge, 2013, ss. 91-101).

Psikiyatrik rahatsızlığı olan bireylere yönelik damgalamanın temel nedenleri dört ana kavram çerçevesinde açıklanabilir: stereotipiler, önyargılar, ayrımcılık ve tutumlar. Stereotipiler, toplumun belli bir grup hakkında ortaklaşa benimsediği kalıplaşmış düşüncelerdir ve bu çerçevede ruhsal rahatsızlığı olan bireyler sıklıkla “tehlikeli” ya da “öngörülemmez” olarak etiketlenmektedir. Bu kalıplar önyargılarla birleştiğinde, bireylerde korku ve öfke gibi olumsuz duygusal tepkiler oluşabilir. Zamanla bu duygular davranışa dönüşerek ayrımcılık

olarak kendini gösterir. Son olarak, bireyin çevresinden, değerlerinden ve düşünce yapısından beslenen tutumları, ruhsal rahatsızlığı olan bireylere karşı çoğunlukla olumsuz bir şekilde şekillenir ve bu da damgalama sürecini besleyen önemli bir etken haline gelir. Dünya üzerinde psikiyatrik rahatsızlığı olan bireylere karşı olan düşünceler genellikle benzerlik gösterir ve bu düşünceler negatif düşüncelerdir. Bu sebeple birçok rahatsızlığı bulunan birey hastalığını çevresindekilerden saklamak istemektedir. Toplumda psikiyatrik rahatsızlığı olan bireylere yönelik yaygın yanlış inanışlar, damgalama sürecini derinleştiren önemli etkenler arasında yer almaktadır. Bu bireylerin hastalıklarının gerçek olmadığı, toplumdan izole edilerek kurumlarda yaşamaları gerektiği ve asla iyileşemeyecekleri gibi önyargılar oldukça yaygındır. Ayrıca, bu kişilerin tehlikeli olduklarına, acı çekmediklerine ya da rahatsızlık duymadıklarına dair yanlış kanaatler de söz konusudur. Toplumsal algı, iyileşme gösteren bireylerin bile yalnızca düşük sorumluluk gerektiren işlerde çalışmaları gerektiğini düşünürken, hastalığın bireyin kendi hatası sonucu ortaya çıktığını varsaymakta ve bu durum bireyi suçlayıcı bir yaklaşımla ele almaktadır. Tüm bu kalıp yargılar, hem bireyin yaşam kalitesini düşürmekte hem de sosyal uyumunu ve tedaviye erişimini olumsuz yönde etkilemektedir (Avcil ve diğ., 2016, ss. 175-202).

2.6.1. İçselleştirilmiş damgalanma

İçselleştirilmiş damgalanma, bireyin toplumdaki olumsuz düşünceleri kendisi için kabullenmesi ve kendisini suçlu hissetmesi, utanç duyması, kendisini diğer insanlardan olumsuz anlamda ayırmasıdır. Bir bakıma damgalanma kişinin toplum tarafından farklı ve kötü görülmesiye, içselleştirilmiş damgalanmada birey bunu kabul etmiş ve toplumdan kendisini izole etmiştir. Kendisini damgalanmış ve diğer bireylerden farklı hisseden kişiler, toplumsal yaşama katılmada güçlük yaşamakta; işe girerken bu durumu sürekli zihninde taşımakta ve iletişim kurmada zorlanmaktadır. Bu durum bireyi çok yönlü olarak olumsuz etkilemekte, remisyon süresinin kısalmasına ve atakların daha sık ortaya çıkmasına yol açmaktadır (Baysal, 2013, ss. 239-251). Ruhsal rahatsızlığı olan bireylerin en sık karşılaştığı damgalama biçimlerinden biri olan "algılanan damgalama", bireyin toplum içindeki konumuna dair algısıyla, kendisini etiketlenmiş bir toplumsal grubun üyesi olarak görmesi inancıyla ilişkilidir. (Bekiroğlu, 2020, ss. 52-76).

Damgalanma konusunda önemli bir unsur da bireyin yakın çevresindeki bireylerin ve ailesinin bireyi damgalaması, kişiden utanç duyması, kişiye öfkeli olması ve bireyi dışlamasıdır. Bazı çalışmalarda hasta yakınlarının, ailelerinde ruhsal hastalığı olan bireyin

bulunmasından utanç duydukları ve bunu gizlemeye çalıştıklarını görülmüştür. Bu sebeple kendisinin damgalanmış ve farklı hissetmeyen birey bile, ailesinin bu davranışlarından sonra kendisini ötekileştirmektedir. Damgalanma duygusunun toplumda yayılması ve damgalanan kişinin hayat kalitesini, kişinin kendisini damgalanmış hissetmesi büyük ölçüde etkilemektedir (Taşkın, 2007, ss. 31-40). Psikiyatrik hastalık tanısı alan bireylerin damgalanma süreçlerinin bu durumla başladığı düşünülmektedir (Erdoğan, 2021, ss. 33-34).

2.6.2. Sosyal damgalanma

Bir bireyin ya da grubun toplumda olumsuz, genellikle aşağılayıcı bir durumla etiketlenmesi olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu etiketlemede bireyin veya grubun davranışları, durumları veya kimlikleri nedeniyle olumsuz bir tutumla karşı karşıya bırakılması olarak adlandırılabilir. Sosyal damgalama, bir bireyin toplumda var olan diğer bireylerden düşük görülmesine, ayrımcılığa maruz kalmasına sebep olmaktadır. Damgalanma, psikiyatrik bozukluğu olan bireylerin iyileşme sürecinde karşımıza çıkan bir engel olarak var olmaktadır. Tarih boyunca toplum, bazı hasta bireylere (kronik hastalıklar, bulaşıcı hastalıklar, ruhsal hastalıklar) karşı olumsuz tutumlar sergilemiş, bu hastalığa sahip olanları etiketlemiş ve ayrımcılığa maruz kalmasına sebep olmuştur. 1300’lü yıllarda kara ölüm olarak bilinen veba hastalığının tanrının insanlara günahkâr davranışları yüzünden gönderilen bir ceza olarak görülmüş olup, 18.yy’da verem, aşağı sınıfın hastalığı; frengiye sahip olanlar ise “lanetli” olarak etiketlenmiştir (Oran ve Şenuzun, 2008, ss. 1-16). Toplum kendisine zarar verdiğini düşünen, kişinin kendi elinde olsun olmasın, normal olanının dışında olan durumları damgalamaktadır.

2.6.3. Kurumsal damgalanma

Damgalama türlerinden sonuncusu yapısal damgalama, damgalanmış bir statüyü, toplumun belli kurum ve yapılaşmalarının meşrulaştırması ve sürdürmesini ifade etmektedir. Kurumsal Damgalamada bazı özel ya da devlet kurumlarının bireyi dezavantajlı duruma sokacak politikalarını uygulamasıdır. Bu bağlamda damgalama, sosyal, ekonomik ve politik iktidar mekanizmalarının etkisiyle şekillenmekte ve toplumsal normlar ile kurallar aracılığıyla sistematik olarak devam ettirilmektedir (Kaya, 2024, ss. 41-43). Sartorius (2002, ss. 1470-1471) “iyatrojenik damgalama” kavramını getirerek, özellikle sağlık sektöründe çalışan personellerin hastaya yönelik damgalamasıyla ilgili durumlardan bahsetmiştir. Sartorius, yakın zamana kadar, Avrupa’da bazı ülkelerdeki psikiyatristlerin “tehlikeli olan akıl hastaları ile birlikte çalışmak zorunda kaldıkları için daha fazla maaş ve daha uzun tatil” talep

ettiklerini belirterek damgalayıcı yaklaşımda bulunduğunu ileri sürmüştür. Bunun yanı sıra, hükümetlerin, tedavideki bazı ilaçların yan etkilerinin fazla ve acı verici olduğunu bilse de piyasadaki ucuz ilaçların kullanılmasını istemektedir (Sartorius, 2002, ss. 1470-1471).

2.6.4. Damgalanma ile mücadele

Psikiyatrik rahatsızlığı olan bireyler toplum tarafından normal dışı olarak görünmekte, nerede ve ne zaman ne yapacağı belli olmayan, güvenilmeyen, çevresindekilere zarar veren bireyler olarak görülmektedir. Bu durum karşımıza damgalama kavramını çıkarmaktadır. Psikiyatrik rahatsızlığı olan bireylerin yaşam kalitesini artırmak, topluma ve tedaviye katılımını sağlamak amacıyla damgalama ile mücadele etmek gerekmektedir. Damgalamanın azaltılması herkesin sorumluluğunda olup, bu durumun değişimi için öğretmen, sağlık çalışanları, yerel yönetim mensupları, güvenlik mensupları, dini görevliler gibi birçok meslek grubunun önemi yadsınamayacak derecede büyüktür. Bu sebeple toplumda farkındalığın artırılması, damgalama karşıtı ve bilinçlendirici eğitimler verilmesi damgalamanın boyutunu önemli ölçüde azaltmaktadır (Açıkgöz ve Akkuş, 2018, ss. 142-146).

Toplumun bilinçlendirilmesi ve farkındalığın artırılması, damgalama ile mücadelenin temel adımlarından biridir. Toplumun farklı kesimlerine yönelik olarak düzenlenen eğitim programları, kamu spotları ve farkındalık kampanyaları, ruhsal hastalıkların “tehlikeli” ya da “çaresiz” olarak algılanmasının önüne geçmeyi hedeflemektedir (Çam ve Bilge, 2013, ss. 91-101). Medyanın bu süreçteki rolü oldukça kritiktir; çünkü medya aracılığıyla aktarılan olumsuz ve önyargılı temsiller, damgalamanın pekişmesine yol açabilmektedir. Oysa doğru dilin kullanıldığı haber içerikleri ve toplumsal farkındalık projeleri, damgalamayı azaltıcı bir etki yaratmaktadır (Stuart, 2006, ss. 99-106).

Damgalamayı azaltmada bir diğer önemli boyut, sağlık çalışanlarının rolüdür. Özellikle hemşireler, hekimler ve sosyal hizmet uzmanları, ruhsal hastalığa sahip bireylerle en sık temas eden meslek gruplarındandır. Bu nedenle, sağlık çalışanlarının önyargılarından arındırılması ve damgalama karşıtı yaklaşımlar geliştirmesi kritik bir gerekliliktir (Çam ve Çuhadar, 2011, ss. 224-232). Sosyal hizmet uzmanlarının bireylerin toplumla yeniden bütünleşme sürecinde üstlendikleri rol, damgalamanın azaltılması açısından ayrıca önem taşımaktadır. Sosyal hizmet müdahaleleri, yalnızca bireye yönelik psikososyal destek sunmakla kalmayıp, aynı zamanda aileye, çevreye ve toplumsal kurumlara da yayılarak geniş kapsamlı bir değişim yaratabilmektedir (Vural, 2020, ss. 118-120).

Bireysel düzeyde ise, damgalamanın olumsuz etkilerini azaltmak amacıyla psikoeğitim, destek grupları, öz-şefkat temelli yaklaşımlar ve bilişsel davranışçı terapiler kullanılmaktadır. Bu tür uygulamalar, bireylerin damgalamayı içselleştirmesini engellemekte, benlik saygısını güçlendirmekte ve psikolojik dayanıklılığı artırmaktadır (Çetinkaya, 2020, ss. 55-58). Yanos ve arkadaşlarının (2015, ss. 173-176) çalışmaları, grup temelli müdahalelerin damgalamayı azaltmada ve toplumsal entegrasyonu artırmada etkili olduğunu göstermektedir.

Damgalama ile mücadele yalnızca bireysel ya da mesleki düzeyde değil, aynı zamanda yasal ve politik düzeyde de ele alınmalıdır. Dünya Sağlık Örgütü damgalanmayı azaltmak için toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin yaygınlaştırılması, eşitlikçi istihdam politikalarının geliştirilmesi ve ayrımcılıkla mücadele eden yasal düzenlemelerin hayata geçirilmesi gerektiğini vurgulamaktadır. Özellikle Türkiye’de son yıllarda yaygınlaştırılan Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM), damgalamayı azaltıcı işlevler üstlenerek bireylerin topluma yeniden kazandırılmasında önemli rol oynamaktadır.

2.7. Toplumsal Entegrasyon

Toplumsal entegrasyon kişinin grup veya toplum ile bütünleşmesi, uyum içerisinde yaşaması olarak adlandırılmaktadır. Toplum entegrasyonu, insanların içinde bulunduğu toplumda ne ölçüde var oldukları ve çevredeki bireyler ile bütünleşmesini incelemektedir. Toplum entegrasyonu; remisyon sürecini uzatmakta, bireyi geri kazanmanın yolunu kolaylaştırmaktadır (Anthony ve diğ., 2009, ss. 67-70). Toplumsal Entegrasyon; Sosyal Entegrasyon, Fiziksel Entegrasyon ve Psikolojik Entegrasyon olarak üç başlık altında incelenmektedir. Fiziksel entegrasyon bir bireyin topluma katılımı, günlük yaşam aktivitelerine katılımı ve toplumdaki hizmetlerden yararlanabilmesi olarak karşımıza çıkmaktadır. Bireyin topluma entegre olması için, toplumla kolay bir şekilde bütünleşmesi için fiziksel şartların uygun olması gerekmektedir. Psikolojik Entegrasyon kişinin toplumla bütünleşmesi için var olması gereken psikolojik iyi oluşunu ifade etmektedir (WHO, 2013, ss. 9-11).

2.7.1. Sosyal entegrasyon

Toplum, çeşitli bireylerin bir araya gelerek belirli bir bölge, alanda veya sosyal yapı içinde etkileşimde bulunduğu bir yapıdır. Psikolojik topluluk duygusu, bireyin daha geniş bir bütünün anlamlı ve ayrılmaz bir üyesi olduğunu hissetmesini ifade eder; bu duygu, topluluk üyeleri arasındaki bağıllık düzeyini yansıtır ve hem bireysel hem de toplumsal iyilik hali açısından temel bir öneme sahiptir (Townley ve Kloos, 2009, ss. 362-380).

Toplumsal yapının içinde var olan birey toplum içinde olan etkileşimler ile kendi kimliğini oluşturmakta ve toplumsal ilişkiler içinde kendi kimliğini, rollerini belirlemektedir. Bireyler, toplumla kendilerini bir bütün olarak hissetmedikleri durumlarda yalnızlık duygusu yaşamakta ve topluma entegre olamadıklarını düşünmektedir. Toplum entegrasyonu kavramı, tarih boyunca farklı tanımlar içinde yer almış ve evrensel bir tanıma ulaşamamıştır. Genel olarak bakıldığında zaman toplumsal entegrasyon kişilerin toplum içerisinde yaşamsal faaliyetlerini devam ettirmesi, topluma çekimser davranmadan aktif katılım sağlaması, toplumun bir parçası haline gelerek sosyal, kültürel, politik ve ekonomik açıdan bireylerin toplum ile uyumlu bir şekilde yaşamlarını devam ettirmesidir. Bu süreçte bireylerin toplumda bulunan diğer bireyler ile sosyal ilişkiler kurması, toplumsal normlara uygun davranması, bazı değerleri benimsemesi önem arz etmektedir. Bireyin toplum ile uyumlu bir şekilde yaşamını sürdürmesi, bireyin psikolojik sağlığına katkıda bulunmaktadır. Sosyal entegrasyon, bireylerin içinde bulundukları toplumsal yapı ile kurdukları ilişkileri ve bu ilişkiler aracılığıyla sosyal çevreyle etkileşim düzeylerini ifade eder. Aynı zamanda bireylerin çevreleriyle kurduğu bağların niteliği, sosyal destek sistemlerine erişimi ve psikolojik dayanışma kaynaklarını kapsar. Toplumsal ilişkilerin kalitesi arttıkça bireyin sosyal entegrasyon düzeyi de yükselir. Sosyal entegrasyon, bireyin toplum içinde kabul görmesini, anlamlı ve destekleyici ilişkiler geliştirmesini ve sosyal ağlara etkin biçimde katılım sağlamasını mümkün kılar. Sosyal entegrasyon, bireylerin sosyal yalnızlıktan koptıklarını ve toplumun bir parçası olarak aktif bir şekilde bulunmalarını sağlayarak yaşam kalitesini artmasını sağlamaktadır. Ayrıca, sosyal entegrasyonun, bireylerin kendine olan güvenlerini ve saygılarını güçlendirdiği ve psikolojik sağlıklarını olumlu yönde etkiledikleri bilinmektedir. Sosyal entegrasyona sahip olan bireylerin genel olarak hayattan keyif alabildikleri, psikiyatrik bozukluk düzeylerinin azaldığı gözlenmiştir. Bu durum, bireylerin destekleyici ilişkiler geliştirmelerine ve sosyal destek ağlarına erişmelerine yardımcı olabilir. Sosyal entegrasyonun, bireylerin sosyal becerilerini geliştirdiği, iş ve eğitim fırsatlarına daha kolay ulaşmasını yardımcı olduğu gözlemlenmiştir. Geçmiş araştırmalarda psikiyatrik rahatsızlığı olan bireylerin komşularıyla veya toplumda bulunan diğer bireyler ile ilişki kurmadıklarını, selamlaşmadan ötesini yapmaktan çekindikleri öğrenilmiştir (Bozkurt, 2024, ss. 57-60).



3. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

3.1. Araştırma Modeli

Bu araştırma, ağır psikiyatrik bozukluğu olan bireylerde içselleştirilmiş damgalanma düzeyi ile sosyal entegrasyon düzeyi arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla nicel araştırma yöntemi kapsamında, tanımlayıcı ve ilişkisel tarama modeli temelinde yapılandırılmıştır. Tanımlayıcı yaklaşım ile araştırma grubunun demografik özellikleri belirlenirken, ilişkisel model aracılığıyla değişkenler arasındaki ilişkiler analiz edilmiştir.

3.2. Araştırmanın Alanı

Araştırma, Ağustos 2024 ile Kasım 2024 tarihleri arasında, Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'ne bağlı Bağcılar Meydan Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde kayıtlı hastalarla gerçekleştirilmiştir. Katılımcılara çalışmanın amacı hakkında bilgi verildikten sonra katılmayı kabul eden hastalardan sözlü ve yazılı onam alınmış ve veri toplama araçları yüz yüze uygulanmıştır. Veri toplama araçlarının bazıları hastalar tarafından doldurulmuşken bazıları ise (yaklaşık yüzde 10) araştırmacının yardımı ile doldurulmuştur. Her bir hastanın veri toplama araçlarını doldurması yaklaşık 15-20 dakika sürmüştür.

3.3. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmada kullanılan “Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği” için ölçek sahibi Mehmet Akif Ersoy’dan, “Psikiyatrik bozukluğu olan yetişkinler için Toplum Entegrasyon Ölçeği” için ise Eda Atay’dan izin alınarak araştırma yapılmıştır. Yalova Üniversitesi Sosyal ve Beşerî Bilimler Etik Kurulu’ndan gerekli etik kurul onayı alınmış, ayrıca ilgili kurum olan Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesinden resmi araştırma izni temin edilmiştir. Aynı zamanda ölçekler uygulanmadan önce araştırmanın amacı hastalara aktararak gönüllülük esası ile katılımları sağlanmıştır.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Bu araştırmanın evrenini İstanbul ili Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesine bağlı Bağcılar Meydan Toplum ve Ruh sağlığı Merkezinde kayıtlı 850 hasta oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemi ise bu evren içerisinde gönüllülük esasına dayanarak tesadüfi olarak seçilmiş 146 ağır psikiyatrik bozukluğu olan birey oluşturmaktadır. Araştırma kapsamında görüşme yapılan katılımcıların tanımlayıcı bilgilerin elde edilmesi

amacıyla yaşı, medeni durumu, çalışma durumu, gelir durumu gibi sosyo-demografik özelliklere dair sorular sorulmuştur.

3.5. Araştırmanın Kapsam ve Sınırlılıkları

Bu araştırma, ağır psikiyatrik bozukluğu olan bireylerde içselleştirilmiş damgalanma ve sosyal entegrasyon arasındaki ilişkiyi incelemeyi amaçlamaktadır. Araştırma, şizofreni ve bipolar bozukluk gibi ağır psikiyatrik bozukluğu olan bireyler ile yapılmıştır. Katılımcılar, İstanbul il sınırlarında bir toplum ruh sağlığı merkezinde tedavi gören 18-65 yaş arasındaki bireylerden seçilerek yapılmıştır. Araştırma, 2024 yılı Ağustos-Kasım ayları arasında gerçekleştirilmiş olup, katılımcıların içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri ve sosyal entegrasyon düzeyleri çeşitli demografik faktörlere (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, gelir durumu) ve klinik faktörlere (psikiyatrik tanı) göre analiz edilmiştir. Araştırma, yalnızca gönüllü katılım esasına dayalı olarak, merkeze gelen ve ağır psikiyatrik bozukluk tanısı almış bireylerle yapılmıştır. Araştırma Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesine bağlı Bağcılar Meydan Toplum Ruh sağlığı merkezinde yapılmış olup, haftada bir gün Toplum ruh sağlığı merkezine giderek burada çalışma yapmak çalışmanın veri toplama sürecinde sınırlılıkları ortaya çıkarmıştır. Aynı zamanda çalışılan bireylerin psikiyatri hastası olması, bireysel görüşme formuyla birlikte toplam 73 soruluk üç ölçeğin bulunması, hastaların ölçeklerden sıkılmasını ve birçok çalışmanın yarım kalması sınırlılığını doğurmuştur. Bu çalışmalar veri doğruluğu ve verilerin güvenilirliği açısından sakıncalı görülüp analiz sürecine dahil edilmemişlerdir. Bu durum araştırmanın en belirgin sınırlılığı olarak karşımıza çıkmıştır. Çalışma yapılan hastaların remisyon sürecinde olması, atak döneminde olmamasına dikkat edilmesi, birçok defa hastaların danışmanları ile iletişim kurmak çalışmanın bir diğer sınırlılığı olarak karşımıza çıkmıştır. Araştırma tarihinin yaz aylarını da kapsamaması, hastaların yaz aylarını memleketlerinde geçirmesi, bu sebeple görüşmecisi sayısının azalması bir diğer sınırlılık olarak karşımıza çıkmaktadır. Araştırmada elde edilen sosyodemografik bilgiler araştırmacı tarafından hazırlanan Kişisel Bilgi Formu ile sınırlıdır. Ağır psikiyatrik bozukluğu olan bireylerin içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma ölçeğinin ölçtüğü düzeyle sınırlıdır. Ağır psikiyatrik bozukluğu olan bireylerin toplumsal entegrasyonları. Psikiyatrik Bozukluğu olan Yetişkinler için Toplumsal Entegrasyon ölçeğinin ölçtüğü düzey ile sınırlıdır.

3.6. Veri Toplama Araçları

Bu yapılan araştırmada, verilerin güvenilir ve sistemli bir şekilde elde edilebilmesi amacıyla üç farklı veri toplama aracı kullanılmıştır. Öncelikle, araştırmaya katılan bireylerin demografik yapılarını ve sosyoekonomik durumlarını belirlemeye yönelik olarak hazırlanmış Kişisel Bilgi Formu uygulanmıştır. Bu form aracılığıyla psikiyatrik bozukluğu olan bireylerin yaşları, cinsiyetleri, medeni durumları, eğitim seviyeleri, gelir durumları, çalışma durumu ve hastalık tanıları gibi temel bilgiler elde edilmiştir. Çalışmanın temel değişkenlerinden biri olan içselleştirilmiş damgalanma düzeyini ölçmek amacıyla ise psikiyatrik bozukluğu olan bireylerde toplumsal önyargıların kişisel düzeyde nasıl algılandığını değerlendiren “Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (İRHDÖ)” kullanılmıştır. Bu ölçek, bireylerin kendilerine yönelik olumsuz inançları ne düzeyde içselleştirdiklerini ölçmekte; utanç, değersizlik, yabancılaşıma gibi duygularla başa çıkma düzeylerini belirlemeye olanak tanımaktadır. Diğer ana değişken olan sosyal entegrasyonun değerlendirilmesi amacıyla ise bireylerin toplumsal yaşama katılım düzeylerini ölçen “Psikiyatrik Bozukluğu Olan Yetişkinler İçin Toplum Entegrasyon Ölçeği” tercih edilmiştir. Bu ölçek, bireylerin sosyal ilişkilerdeki etkileşimini, topluma aidiyet hissi ve gündelik rutinlerindeki işlevsellikleri gibi bileşenler üzerinden değerlendirilmelerini sağlamaktadır. Tüm veri toplama araçları, araştırmacı eşliğinde yüz yüze görüşme yöntemiyle uygulanmış, katılımcıların soruları doğru anlamaları için açıklamalar yapılmış ve gerektiğinde yönlendirme olmadan destek sağlanmıştır. Bu şekilde, veri toplama sürecinin güvenilirliği artırılmış, ölçümlerin doğruluğu sağlanmıştır.

3.6.1. Kişisel bilgi formu

Araştırmacının kendisi tarafından hazırlanan Kişisel Bilgi Formu, katılımcıların tanısı, yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, medeni hali, çalışma durumu, hanede kişi başına düşen gelir gibi bilgilere ulaşmak amacıyla hazırlanmış ve sekiz sorudan oluşmaktadır.

3.6.2. Ruhsal hastalıklarda içselleştirilmiş damgalanma ölçeği

Ritsher ve diğ. (2003) tarafından geliştirilen, Türk kültürüne uyarlaması Dikeç ve diğ. (2020) tarafından yapılan ölçek, bireyin kendini toplum içinde ne derece etiketlenmiş, değersiz ve yetersiz hissettiğini değerlendirmeye yöneliktir. Ölçek, “Kesinlikle katılmıyorum” (1 puan), “Katılmıyorum” (2 puan), “Katılıyorum” (3 puan) ve “Kesinlikle katılıyorum” (4 puan) şeklinde dördümlü Likert tipi derecelendirmeye sahiptir. Ölçek, yabancılaşıma (maddeler: 1, 5, 8, 16, 17, 21), kalıp yargıların onaylanması (maddeler: 6, 10, 18, 19, 23, 29), algılanan

ayrımcılık (maddeler: 3, 15, 22, 25, 28), sosyal geri çekilme (maddeler: 4, 9, 11, 12, 13, 20), damgalanmaya karşı direnç (maddeler: 7, 14, 24, 26, 27) olmak üzere beş alt boyuttan oluşmaktadır. “Damgalanmaya karşı direnç” alt ölçeğinde yer alan maddeler (7, 14, 24, 26, 27) ters puanlanmaktadır. Yüksek puanlar, bireyin içselleştirilmiş damgalanmayı daha şiddetli yaşadığını göstermektedir. Dikeç ve diğ. (2020) tarafından yapılan Türk kültürüne uyarlama çalışmasında Cronbach alfa iç tutarlık katsayısı, toplam ölçek için 0,84; alt boyutlar için ise yabancılaşma 0,78, kalıp yargıların onaylanması 0,67, algılanan ayrımcılık 0,71, sosyal geri çekilme 0,76 ve damgalanmaya karşı direnç 0,35 olarak bulunmuştur. Çalışmamızda, Cronbach alfa iç tutarlık katsayısı toplam ölçek için .95; alt boyutlardan yabancılaşma için .76, kalıp yargıların onaylanması için .85, algılanan ayrımcılık için .82, sosyal geri çekilme için .88 ve damgalanmaya karşı direnç için .78 olarak hesaplanmıştır.

3.6.3. Psikiyatrik bozukluğu olan yetişkinler için toplum entegrasyon ölçeği

Toplum entegrasyonunu ölçmek amacıyla geliştirilen ölçek, ilk olarak Cabral ve arkadaşları tarafından 2014 yılında hazırlanmış, 2018’de ise tekrar uygulanarak geçerlik ve güvenirlik çalışmaları yapılmıştır. Ölçeğin Türk kültürüne uyarlaması Atay tarafından 2020 yılında, şizofreni veya bipolar bozukluk tanısı olan 170 birey üzerinde gerçekleştirilmiştir. Ölçek, psikiyatrik bozuklukları olan yetişkinlerin toplumla bütünleşme düzeylerini değerlendirmeyi amaçlamaktadır. Bu kapsamda bireylerin sosyal ilişkilerini, toplumdaki rollerini, bağımsızlık düzeylerini ve boş zaman etkinliklerine katılımlarını ölçmektedir. Toplam 34 maddeden oluşan ölçek, “Herhangi bir fikrim yok (0 puan)”, “Kesinlikle katılmıyorum (1 puan)”, “Katılmıyorum (2 puan)”, “Katılıyorum (3 puan)”, “Kesinlikle katılıyorum (4 puan)” şeklinde puanlanan beşli Likert tipinde hazırlanmıştır. Ölçekten elde edilebilecek toplam puan 0 ile 136 arasında değişmekte olup, yüksek puanlar toplum entegrasyonunun daha güçlü olduğunu göstermektedir. Ölçek beş alt boyuta sahiptir: Psikososyal Toplum Entegrasyonu – Sosyal Ağ Boyutu ve Özellikleri (2., 3., 4., 7., 8., 12., 13., 17., 21., 34. maddeler), Fiziksel Toplum Entegrasyonu – Bağımsızlık ve Kaynak Kullanımı (10., 11., 15., 23., 24., 28., 29., 32. maddeler), Psikososyal Toplum Entegrasyonu – Toplum Desteği (5., 9., 14., 18., 31. maddeler), Psikososyal Toplum Entegrasyonu – Duygusal Bağlantı (25., 26., 27., 30. maddeler), Fiziksel Toplum Entegrasyonu – Katılım ve Boş Zaman Etkinlikleri (1., 6., 16., 20., 33. maddeler). Çalışmamızda, Cronbach alfa iç tutarlık katsayısı toplam ölçek için 95, alt boyutlardan Psikososyal Toplum Entegrasyonu – Sosyal Ağ Boyutu ve Özellikleri için .90, Fiziksel Toplum Entegrasyonu – Bağımsızlık ve Kaynak Kullanımı için .76, Psikososyal Toplum Entegrasyonu – Toplum Desteği için .86, Psikososyal Toplum Entegrasyonu –

Duygusal Bağlantı için .85, Fiziksel Toplum Entegrasyonu – Katılım ve Boş Zaman Etkinlikleri için .80 olarak hesaplanmıştır.

3.7. Verilerin Toplanması

Araştırmanın Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesine bağlı Bağcılar Meydan Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde yapılması planlanmış olup Hastanenin Eğitim planlama Kurulu ile iletişime geçilmiştir. Eğitim Planlama Kuruluna araştırma hakkında bir sunum hazırlanarak kurula araştırma hakkında sunum yapılmıştır. Hastaneden izin alındıktan sonra haftada bir gün Bağcılar Meydan Toplum Ruh Sağlığı Merkezine giderek çalışma yapılmıştır. Çalışma yapılmadan önce hastanın danışmanı ve sorumlu hekim ile görüşülerek atak döneminde olmadığı teyit edilmiş, görüşmecilere çalışmanın amacı hakkında bilgi verildikten sonra aydınlatılmış onam formu imzalatılmış ve çalışma yapılmıştır. Görüşmecilere Kişisel Bilgi Formu, Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma ölçeği ve Psikiyatrik Bozukluğu Olan Yetişkinler İçin Toplum Entegrasyonu Ölçeği uygulanarak elde edilen verilerin SPSS programı ile analiz edilmiştir.

3.8. Verilerin İstatistiksel Analizi

Araştırmada elde edilen veriler, istatistiksel analiz amacıyla SPSS 25.0 programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Öncelikle katılımcıların demografik özellikleri ve ölçeklerden elde edilen puanlara ilişkin genel durumların belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı istatistikler (frekans, yüzde, ortalama ve standart sapma) hesaplanmıştır. Araştırmanın temel amacı doğrultusunda, “Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği” ve “Toplum Entegrasyon Ölçeği” puanları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla Pearson korelasyon analizi uygulanmıştır. Bu analiz sayesinde, iki değişken arasında doğrusal bir ilişkinin varlığı ortaya konulmaya çalışılmıştır. Ayrıca, içselleştirilmiş damgalanmanın sosyal entegrasyon düzeyini etkileme gücünü ortaya koymak için basit doğrusal regresyon analizi gerçekleştirilmiş olup; bu analiz ile bağımsız değişkenin (damgalanma) bağımlı değişken (sosyal entegrasyon) üzerindeki yordayıcılığı test edilmiştir. Bununla birlikte, katılımcıların demografik değişkenlerine göre (örneğin cinsiyet, medeni durum, tanı türü, gelir durumu gibi ikili gruplarda) ölçek puanlarının farklılık gösterip göstermediğini incelemek amacıyla bağımsız örneklem t-testi kullanılmıştır. Üç ve daha fazla gruba sahip değişkenler (örneğin yaş grubu, eğitim düzeyi gibi) açısından anlamlı fark olup olmadığını test etmek üzere ise tek yönlü varyans analizi (ANOVA) uygulanmıştır. Tüm analizlerde istatistiksel anlamlılık düzeyi $p < .05$ olarak kabul edilmiştir.



4.BULGULAR

Bu bölümde, araştırma sorularının her biri için yapılan analizler sonucu elde edilen bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 4.1. Katılımcılara Ait Demografik Bulgular

Değişkenler	Kategoriler	n	%
Tanı	Şizofreni	76	52.1
	Bipolar	70	47.9
Cinsiyet	Kadın	73	50
	Erkek	73	50
Yaş	18-30	48	32.9
	31-43	72	49.3
	44-55	26	17.8
Medeni durum	Evli	62	58.1
	Bekar	84	41.9
Eğitim durumu	İlkokul	41	28.1
	Ortaokul	40	27.4
	Lise	31	21.2
	Lisans	34	23.3
Çalışma durumu	Çalışıyor	51	34.9
	Çalışmıyor	95	65.1
Gelir Durumu	0-10.000	89	61.0
	10.001-20.000	57	39.0

Tablo 4.1. incelendiğinde, araştırmaya katılan bireylerin %52,1'inin şizofreni, %47,9'unun ise bipolar bozukluk tanısına sahip olduğu görülmektedir. Katılımcıların cinsiyet dağılımı eşit olup, %50'si kadın, %50'si erkektir. Yaş grupları incelendiğinde en yoğun grubun %49,3 ile 31–43 yaş aralığında yer aldığı, bunu %32,9 ile 18–30 yaş ve %17,8 ile 44–55 yaş grubunun takip ettiği belirlenmiştir. Medeni durum açısından katılımcıların %58,1'inin evli, %41,9'unun ise bekar olduğu saptanmıştır. Eğitim durumu dağılımında en yüksek oran %28,1 ile ilkokul mezunlarında görülürken, ortaokul %27,4, lise %21,2 ve lisans %23,3 oranındadır. Katılımcıların %34,9'unun çalıştığı, %65,1'inin ise çalışmadığı belirlenmiştir. Gelir durumuna bakıldığında çoğunluğun (%61,0) 0–10.000 TL aralığında gelire sahip olduğu, %39,0'ının ise 10.001–20.000 TL aralığında geliri bulunduğu anlaşılmaktadır.

Katılımcıların demografik dağılımları, çalışmanın genellenebilirliği ve sosyodemografik değişkenlerin damgalanma ile sosyal entegrasyon üzerindeki etkilerini anlamak açısından önemlidir. Araştırmaya katılan 146 bireyin tanı, cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim, gelir ve çalışma durumuna göre dağılımı incelendiğinde; cinsiyetin eşit, tanı gruplarının benzer oranlarda olduğu, katılımcıların çoğunluğunun ise orta yaş grubunda, düşük gelirli ve işsiz bireylerden oluştuğu görülmektedir. Bu demografik yapı, damgalanma ve entegrasyon deneyimlerinin sosyoekonomik koşullarla ilişkili olabileceğini düşündürmektedir. Çeşitli demografik özelliklerin yer alması ise analizlerin güvenilirliğini ve bulguların genellenebilirliğini artırmaktadır.

Analiz öncesinde parametrik testlerin uygulanabilirliğini belirlemek için verilerin normal dağılıma uygunluğu incelenmiş olup, bulgular Tablo 4.2. de verilmiştir.

Tablo 4.2. Verilerin normal dağılıma ilişkin bulguları

Değişken	Ort.	Ss	Çarpıklık	Basıklık
İçselleştirilmiş damgalanma	2.50	.69	-.18	-1.44
Toplum entegrasyon	3.16	.76	.22	-1.15
Yabancılaşma	2.53	.83	-.032	-1.186
Kalıp yargılar	2.46	.78	-.036	-1.355

Algılanan ayrımcılık	2.46	.72	-.255	-.985
Sosyal geri çekilme	2.41	.80	-.108	-1.374
Direnç	2.68	.70	-.404	-.615
Sosyal ağ	3.06	.80	.326	-1.115
Bağımsızlık	3.27	.87	.682	1.204
Toplum desteği	3.14	.88	.161	-1.026
Duygusal bağ	3.22	.91	.289	-.905
Toplum katılım	3.09	.79	.385	-.777

Tablo 4.2. incelendiğinde, araştırmada kullanılan ölçeklere ilişkin normal dağılım değerleri görülmektedir. İçselleştirilmiş damgalanma ölçeği ortalaması (2.50), çarpıklık değeri (-.18), basıklık değeri (-1.44) bulunmuştur. Toplum entegrasyonu ölçeği ortalaması (3.16), çarpıklık (.22), basıklık (-1.15) olarak hesaplanmıştır. İçselleştirilmiş damgalanma ölçeğinin alt boyutlarının ortalamasına bakıldığı zaman yabancılaşma (2.53), kalıp yargılar (2.46), algılanan ayrımcılık (2.46), sosyal geri çekilme (2.41) ve direnç (2.68) değerleri elde edilmiştir. Toplum entegrasyonu ölçeğinin alt boyutlarının ortalamasına bakıldığı zaman sosyal ağ (3.06), bağımsızlık (3.27), toplum desteği (3.14), duygusal bağ (3.22) ve toplum katılımı (3.09) değerleri elde edilmiştir.

Tablo 4.2. incelendiğinde değişkenlere ilişkin çarpıklık ve basıklık katsayılarının -2 ile +2 aralığında yer alması, dağılımın normal olduğunu göstermektedir. (George ve Mallery, 2010, ss. 99-100)

4.1. Ağır Psikiyatrik Bozukluğu Olan Bireylerde Sosyo-demografik Özelliklerin İçselleştirilmiş Damgalanma ve sosyal entegrasyon ile ilişkisine Dair Bulgular

Araştırmada problemine yanıt aramak için yapılan korelasyon ve regresyon analiz sonuçları Tablo 4.3. ve Tablo 4.4.'te verilmiştir.

Tablo 4.3. Toplum entegrasyon değişkeni ile içselleştirilmiş damgalanma değişkeni arasındaki pearson korelasyon katsayıları

Değişkenler	Ort.	Ss	1	2
Toplum Entegrasyon (1)	3.16	.764	-	-.69*
İçselleştirilmiş Damgalanma(2)	2.50	.690	-.69*	-

*p<.01

Tablo 4.3. incelendiğinde toplum entegrasyonu değişkeni ortalamasının (3.16) ve içselleştirilmiş damgalanma değişkeni ortalamasının (2.50) olduğu görülmektedir. İki değişken arasındaki korelasyon katsayısı ($r=-.69$) bulunmuş ve bu ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır($p<.01$). Toplum entegrasyonu ile içselleştirilmiş damgalanma arasında yüksek düzeyde, negatif ve anlamlı bir korelasyon saptanmıştır ($r = -.69$, $p < .01$). Bu bulgu, toplum entegrasyon düzeyi arttıkça bireylerin içselleştirilmiş damgalanma düzeylerinin azaldığını göstermektedir.

Tablo 4.4. Ağır Psikiyatrik Bozukluğu Olan Bireylerde İçselleştirilmiş Damgalanma Puanlarının Sosyal Entegrasyon Ölçeği Puanlarını Yordamasına İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları

Değişken	B	Standart hata B	β	t	p
Sabit	5.07	.173		29.38	<.001
Damgalanma	-.77	.067	-.69	-11.51	<.001
R= .69	$R^2=.48$				
F (1,144) =132.43	$p<.05$				

*Entegrasyon = $5.07 + -0.77 \cdot \text{Damgalanma}$

Tablo 4.4. incelendiğinde içselleştirilmiş damgalanmanın ağır psikiyatrik bozukluğu olan bireylerde toplum entegrasyonun anlamlı bir yordayıcısı olduğu görülmektedir, $R= .69$, $R^2=.48$, $F(1,144)=132.43$, $p<.05$. Modelin etki büyüklüğü Cohen'in f^2 katsayısına göre büyük düzeydedir ($f^2= 0.92$). Bu, toplum entegrasyona ilişkin varyansın %48'inin içselleştirilmiş damgalanma tarafından açıklandığını göstermektedir.

Bu sonuç, çalışmanın temel varsayımını destekler nitelikte olup, psikiyatrik bozukluklara sahip bireylerde sosyal dışlanmanın en önemli belirleyicilerinden birinin bireyin kendi içselleştirdiği önyargılar olduğunu göstermektedir. Araştırmanın hipotezlerinden olan “İçselleştirilmiş damgalama, sosyal entegrasyonu negatif yönde etkiler” ifadesi bu analizle doğrulanmıştır.

Regresyon modeli, sosyal entegrasyon puanlarının anlamlı bir oranının içselleştirilmiş damgalama düzeyiyle açıklanabildiğini göstermektedir. Bu durum, sadece semptomlara yönelik tıbbi müdahalelerin değil; bireylerin kendilik algılarına, sosyal değerlilik duygularına ve özyeterlilik inançlarına da odaklanılması gerektiğini vurgulamaktadır. Damgalanmanın bireyin sosyal yaşamına etkisi, yalnızca toplumun tutumlarıyla değil, bireyin bu tutumları nasıl içselleştirdiğiyle de yakından ilişkilidir.

Bu bağlamda elde edilen sonuçlar, sosyal hizmet uzmanlarının bireyin sosyal entegrasyonunu güçlendirecek psiko-eğitim, öz-farkındalık ve özgüven destekli müdahale programlarına ağırlık vermesi gerektiğini ortaya koymaktadır. Ayrıca, damgalamaya karşı toplumsal farkındalık çalışmaları yapılması ve ruh sağlığı politikalarının bu yönde yapılandırılması, bireylerin sosyal hayata katılımını doğrudan olumlu etkileyecek bir unsurdur.

4.2. Ağır Psikiyatrik Bozukluğu Olan Bireylerde İçselleştirilmiş Damgalanma ve Sosyal Entegrasyon Düzeylerinin Tanı ile İlişkisine Dair Bulgular

Araştırmada birinci alt probleme yanıt aramak için yapılan Bağımsız Örneklem T Testi sonucunda elde edilen sonuçlar Tablo 4.5.' te verilmiştir.

Tablo 4.5. Ağır Psikiyatrik Bozukluğu Olan Bireylerde İçselleştirilmiş Damgalanma ve Sosyal Entegrasyon Ölçeği Alt Boyutlarına İlişkin Puanların Tanı Değişkenine Göre Bağımsız Örneklem T Testi Sonuçları

Alt Boyutlar	Tanı	n	$\bar{X}$	S	Sd	t	p
İçselleştirilmiş Damgalanma	Şizofreni	76	2.56	.68	144	1.02	.31
	Bipolar	70	2.44	.71			
Toplum Entegrasyon	Şizofreni	76	3.12	.74	144	-.63	.53
	Bipolar	70	3.20	.79			
Yabancılaşma	Şizofreni	76	2.54	.80	144	.201	.84
	Bipolar	70	2.51	.87			
Kalıp yargılar	Şizofreni	76	2.50	.78	144	.681	.50
	Bipolar	70	2.41	.78			
Algılanan ayrımcılık	Şizofreni	76	2.54	.68	144	1.470	.144
	Bipolar	70	2.37	.75			

Sosyal geri çekilme	Şizofreni	76	2.46	.78	144	.906	.366
	Bipolar	70	2.35	.82			
Direnç	Şizofreni	76	2.78	.63	144	1.912	.058
	Bipolar	70	2.57	.75			
Sosyal ağ	Şizofreni	76	3.04	.79	144	-.387	.699
	Bipolar	70	3.09	.82			
Bağımsızlık	Şizofreni	76	3.20	.77	144	-1.022	.308
	Bipolar	70	3.35	.95			
Toplum desteği	Şizofreni	76	3.11	.85	144	-.476	.635
	Bipolar	70	3.18	.92			
Duygusal bağ	Şizofreni	76	3.24	.89	144	.286	.776
	Bipolar	70	3.20	.94			
Toplum katılımı	Şizofreni	76	3.02	.77	144	-1.217	.225
	Bipolar	70	3.17	.81			

Tablo 4.5. incelendiğinde, ağır psikiyatrik bozukluğu olan bireylerde içselleştirilmiş damgalanma ve sosyal entegrasyon ölçeği alt boyutlarının tanı değişkenine göre karşılaştırıldığı görülmektedir. Şizofreni tanısı alan bireylerin içselleştirilmiş damgalanma puan ortalaması (2.56), bipolar tanısı alan bireylerin ise (2.44) bulunmuştur. Sosyal entegrasyon puan ortalaması şizofreni grubunda (3.12), bipolar grubunda ise (3.20) bulunmuştur.

Alt boyutlara bakıldığında; yabancılaşma şizofreni grubunda (2.54), bipolar grubunda (2.51); kalıp yargılar şizofreni grubunda (2.50), bipolar grubunda (2.41); algılanan ayrımcılık şizofreni grubunda (2.54), bipolar grubunda (2.37); sosyal geri çekilme şizofreni grubunda (2.46), bipolar grubunda (2.35); direnç şizofreni grubunda (2.78), bipolar grubunda (2.57) bulunmuştur.

Sosyal entegrasyonun alt boyutları incelendiğinde; sosyal ağ şizofreni grubunda (3.04), bipolar grubunda (3.09); bağımsızlık şizofreni grubunda (3.20), bipolar grubunda (3.35); toplum desteği şizofreni grubunda (3.11), bipolar grubunda (3.18); duygusal bağ şizofreni grubunda (3.24), bipolar grubunda (3.20); toplum katılımı ise şizofreni grubunda (3.02), bipolar grubunda (3.17) bulunmuştur.

Ağır psikiyatrik bozukluğu olan bireylerde içselleştirilmiş damgalanma, toplum entegrasyon ölçekleri ile bu ölçeklerin alt boyut ortalamaları tanıya göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p>.05$). Bu durum, damgalanmanın tanıdan bağımsız olarak bireylerin sosyal yaşantısını etkileyen ortak bir sorun olduğunu göstermesi bakımından literatüre önemli bir katkı sunmaktadır.

4.3. Ağır Psikiyatrik Bozukluğu Olan Bireylerde İçselleştirilmiş Damgalanma ve Sosyal Entegrasyon Düzeylerinin Cinsiyet ile İlişkisine Dair Bulgular

Araştırmada ikinci alt probleme yanıt aramak için yapılan Bağımsız Örneklem T Testi sonucunda elde edilen sonuçlar Tablo 4.6.' da verilmiştir.

Tablo 4.6. Ağır Psikiyatrik Bozukluğu Olan Bireylerde İçselleştirilmiş Damgalanma ve Sosyal Entegrasyon Ölçeği Puanlarının Cinsiyet Değişkenine Göre Bağımsız Örneklem T Testi Sonuçları

Alt Boyutlar	Cinsiyet	n	$\bar{X}$	S	Sd	t	p
İçselleştirilmiş Damgalanma	Kadın	73	2.49	.69	144	-.247	.805
	Erkek	73	2.52	.69		-.247	.805
Toplum Entegrasyon	Kadın	73	3.06	.79	144	-1.488	.139
	Erkek	73	3.25	.73		-1.488	.139
Yabancılaşma	Kadın	73	2.54	.82	144	.183	.855
	Erkek	73	2.51	.84		.183	.855
Kalıp yargılar	Kadın	73	2.50	.81	144	.655	.514
	Erkek	73	2.42	.75		.655	.514
Algılanan ayrımcılık	Kadın	73	2.44	.73	144	-.345	.730
	Erkek	73	2.48	.70		-.345	.730
Sosyal geri çekilme	Kadın	73	2.39	.80	144	-.259	.796
	Erkek	73	2.42	.80		-.259	.796
Direnç	Kadın	73	2.58	.71	144	-1.821	.071
	Erkek	73	2.78	.67		-1.821	.071
Sosyal ağ	Kadın	73	2.96	.83	144	-1.496	.137
	Erkek	73	3.16	.76		-1.496	.137
Bağımsızlık	Kadın	73	3.14	.83	144	-1.840	.068
	Erkek	73	3.40	.88		-1.840	.068
Toplum desteği	Kadın	73	3.07	.91	144	-.961	.338
	Erkek	73	3.21	.85		-.961	.338
Duygusal bağ	Kadın	73	3.14	.94	144	-1.132	.259
	Erkek	73	3.31	.89		-1.132	.259
Toplum katılımı	Kadın	73	3.04	.81	144	-.777	.438
	Erkek	73	3.14	.76		-.777	.438

Tablo 4.6.'da ağır psikiyatrik bozukluğu olan bireylerde İçselleştirilmiş Damgalanma ve Sosyal Entegrasyon Ölçeği alt boyutlarının cinsiyet değişkenine göre karşılaştırıldığı görülmektedir. Analiz sonuçlarına göre, kadınların içselleştirilmiş damgalanma puan ortalaması (2.49), erkeklerin ise (2.52) olarak bulunmuştur. Toplum entegrasyonu puanları kadınlarda (3.06), erkeklerde ise (3.25) olarak bulunmuştur.

Alt boyutlar değerlendirildiğinde, yabancılaşma (kadın 2.54; erkek 2.51), kalıp yargılar (kadın 2.50; erkek 2.42), algılanan ayrımcılık (kadın 2.44; erkek 2.48) ve sosyal geri çekilme (kadın

2.39; erkek 2.42) puanlarının her iki cinsiyet grubunda birbirine oldukça yakın olduğu görülmektedir. Direnç alt boyutunda erkeklerin ortalaması (2.78), kadınların ortalamasının ise (2.58) olduğu görülmektedir.

Sosyal ağ puanı kadınlarda (2.96), erkeklerde (3.16); bağımsızlık puanı kadınlarda (3.14), erkeklerde (3.40); toplum desteği kadınlarda (3.07), erkeklerde (3.21); duygusal bağ kadınlarda (3.14), erkeklerde (3.31) ve toplum katılımı kadınlarda (3.04), erkeklerde (3.14) olarak bulunmuştur.

Ağır psikiyatrik bozukluğu olan bireylerde içselleştirilmiş damgalanma ve toplum entegrasyon ölçekleri ile bu ölçeklerin alt boyut ortalamaları cinsiyete göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p>.05$).

Kadın ve erkek bireylerin damgalanma algısı ile sosyal entegrasyon düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmaması, toplumsal cinsiyetin bu bağlamda belirleyici bir etken olmadığını ortaya koymaktadır. Bu sonuç, müdahale programlarının cinsiyet temelli ayırım yapmaksızın geliştirilmesinin yeterli olabileceğini, ancak daha derinlemesine araştırmalarla cinsiyetin dolaylı etkilerinin de değerlendirilmesi gerektiğini düşündürmektedir.

4.4. Ağır Psikiyatrik Bozukluğu Olan Bireylerde İçselleştirilmiş Damgalanma ve Sosyal Entegrasyon Düzeylerinin Medeni Durum ile İlişkisine Dair Bulgular

Araştırmada üçüncü alt probleme yanıt aramak için yapılan Bağımsız Örneklem T Testi sonucunda elde edilen sonuçlar Tablo 4.7.' de verilmiştir.

Tablo 4.7. Ağır Psikiyatrik Bozukluğu Olan Bireylerde İçselleştirilmiş Damgalanma ve Sosyal Entegrasyon Ölçeği Puanlarının Medeni Durum Değişkenine Göre Bağımsız Örneklem T Testi Sonuçları

Alt Boyutlar	Medeni Durum	n	$\bar{X}$	S	Sd	t	p
İçselleştirilmiş Damgalanma	Evli	62	2.61	.69	144	1.572	.118
	Bekar	84	2.40	.68			
Toplum Entegrasyon	Evli	62	2.95	.77	144	-2.823	.005
	Bekar	84	3.31	.73			
Yabancılaşma	Evli	62	2.67	.86	144	1.776	.078
	Bekar	84	2.42	.79			
Kalıp yargılar	Evli	62	2.63	.80	144	2.326	.021
	Bekar	84	2.33	.74			
Algılanan	Evli	62	2.55	.68	144	1.387	.168

ayrımcılık	Bekar	84	2.39	.74			
Sosyal geri çekilme	Evli	62	2.48	.76	144	.924	.357
	Bekar	84	2.36	.82			
Direnç	Evli	62	2.71	.74	144	.449	.654
	Bekar	84	2.66	.66			
Sosyal ağ	Evli	62	2.92	.83	144	-1.908	.058
	Bekar	84	3.17	.77			
Bağımsızlık	Evli	62	3.02	.80	144	-3.18	.002
	Bekar	84	3.46	.86			
Toplum desteği	Evli	62	2.89	.84	144	-3.13	.002
	Bekar	84	3.33	.86			
Duygusal bağ	Evli	62	2.96	.84	144	-3.12	.002
	Bekar	84	3.42	.92			
Toplum katılımı	Evli	62	2.95	.78	144	-1.864	.064
	Bekar	84	3.20	.78			

Tablo 4.7.'de ağır psikiyatrik bozukluğu olan bireylerde İçselleştirilmiş Damgalanma ve Sosyal Entegrasyon Ölçeği alt boyutlarının medeni durum değişkenine göre karşılaştırıldığı görülmektedir. Bulgulara göre, evli bireylerin içselleştirilmiş damgalanma puan ortalaması (2.61), bekar bireylerin ise (2.40) olarak bulunmuştur. Toplum entegrasyonu açısından ise evli grubun puanı (2.95), bekar grubun puanı ise (3.31) olarak saptanmıştır.

Alt boyutlar incelendiğinde; yabancılaşma evli bireylerde (2.67), bekar bireylerde (2.42); kalıp yargılar evli bireylerde (2.63), bekar bireylerde (2.33); algılanan ayrımcılık evli bireylerde (2.55), bekar bireylerde (2.39) ve sosyal geri çekilme evli bireylerde (2.48), bekar bireylerde (2.36) olarak bulunmuştur. Direnç puanları evli bireylerde (2.71), bekar bireylerde ise (2.66) düzeyindedir.

Sosyal entegrasyonun alt boyutları değerlendirildiğinde; sosyal ağ evli bireylerde (2.92), bekar bireylerde (3.17); bağımsızlık evli bireylerde (3.02), bekar bireylerde (3.46); toplum desteği evli bireylerde (2.89), bekar bireylerde (3.33); duygusal bağ evli bireylerde (2.96), bekar bireylerde (3.42) ve toplum katılımı evli bireylerde (2.95), bekar bireylerde (3.20) olarak bulunmuştur.

Ağır psikiyatrik bozukluğu olan bireylerde içselleştirilmiş damgalanma ortalamaları, yabancılaşma, algılanan ayrımcılık, sosyal geri çekilme, direnç, sosyal ağ ve toplum katılımı alt boyutlarına ait ortalamalar medeni duruma göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p>.05$). Bireylerin toplum entegrasyon puan ortalamaları, medeni duruma göre anlamlı bir farklılık göstermektedir, $t(144)=-2.82$, $p<.05$. Bekar bireylerin entegrasyon puanları ($\bar{X}$ =

3.31) evli bireylere ($\bar{X} = 2.95$) göre daha yüksektir. Kalıp yargılar puan ortalamaları, medeni duruma göre anlamlı bir farklılık göstermektedir, $t(144)=2.33$, $p<.05$. Evli bireylerin kalıp yargılar puanları ($\bar{X} = 2.63$) bekar bireylere ($\bar{X} = 2.33$) göre daha yüksektir. Bağımsızlık puan ortalamaları, medeni duruma göre anlamlı bir farklılık göstermektedir, $t(144)=-3.18$, $p<.05$. Bekar bireylerin bağımsızlık puanları ($\bar{X} = 3.46$) evli bireylere ($\bar{X} = 3.02$) göre daha yüksektir. Toplum desteği puan ortalamaları, medeni duruma göre anlamlı bir farklılık göstermektedir, $t(144)=-3.13$, $p<.05$. Bekar bireylerin toplum desteği puanları ($\bar{X} = 3.33$) evli bireylere ($\bar{X} = 2.89$) göre daha yüksektir. Duygusal bağ puan ortalamaları medeni duruma göre anlamlı bir farklılık göstermektedir, $t(144)=-3.12$, $p<.05$. Bekar bireylerin duygusal bağ puanları ($\bar{X} = 3.42$) evli bireylere ($\bar{X} = 2.96$) göre daha yüksektir.

Medeni durum ile sosyal entegrasyon arasında gözlemlenen anlamlı fark, bekar bireylerin evli bireylere kıyasla daha yüksek entegrasyon puanına sahip olduğunu göstermektedir. Bu bulgu, evlilik kurumunun sosyal destek sağlamasına rağmen bazı bireyler için toplumsal uyumu zorlaştırabileceğine işaret etmektedir ve gelecekteki çalışmalarda aile içi dinamiklerin etkisinin incelenmesini gerekli kılmaktadır.

4.5. Ağır Psikiyatrik Bozukluğu Olan Bireylerde İçselleştirilmiş Damgalanma ve Sosyal Entegrasyon Düzeylerinin Çalışma Durumu ile İlişkisine Dair Bulgular

Araştırmada dördüncü alt probleme yanıt aramak için yapılan Bağımsız Örneklem T Testi sonucunda elde edilen sonuçlar Tablo 4.8.'de verilmiştir.

Tablo 4.8. Ağır Psikiyatrik Bozukluğu Olan Bireylerde İçselleştirilmiş Damgalanma ve Sosyal Entegrasyon Ölçeği Puanlarının Çalışma Durumu Değişkenine Göre Bağımsız Örneklem T Testi Sonuçları

Alt Boyutlar	Çalışma Durumu	n	$\bar{X}$	S	Sd	t	p
İçselleştirilmiş Damgalanma	Çalışıyor	51	2.54	.68	144	.545	.586
	Çalışmıyor	95	2.48	.70		.548	.585
Toplum Entegrasyon	Çalışıyor	51	3.04	.80	144	-1.337	.183
	Çalışmıyor	95	3.22	.74		-1.307	.194
Yabancılaşma	Çalışıyor	51	2.62	.84	144	1.049	.296
	Çalışmıyor	95	2.47	.82		1.040	.301
Kalıp yargılar	Çalışıyor	51	2.48	.80	144	.194	.847
	Çalışmıyor	95	2.45	.77		.192	.848
Algılanan ayrımcılık	Çalışıyor	51	2.49	.73	144	.371	.711
	Çalışmıyor	95	2.44	.71		.367	.714
Sosyal geri	Çalışıyor	51	2.40	.77	144	-.098	.922

çekilme	Çalışmıyor	95	2.41	.82		-.100	.921
Direnç	Çalışıyor	51	2.77	.66	144	1.135	.258
	Çalışmıyor	95	2.63	.71		1.163	.247
Sosyal ağ	Çalışıyor	51	2.97	.81	144	-.973	.332
	Çalışmıyor	95	3.11	.80		-.968	.335
Bağımsızlık	Çalışıyor	51	3.11	.81	144	-1.675	.096
	Çalışmıyor	95	3.36	.88		-1.717	.089
Toplum desteği	Çalışıyor	51	3.04	.98	144	-1.095	.275
	Çalışmıyor	95	3.20	.82		-1.039	.302
Duygusal bağ	Çalışıyor	51	3.12	.95	144	-.968	.334
	Çalışmıyor	95	3.28	.89		-.949	.345
Toplum katılımı	Çalışıyor	51	2.99	.78	144	-1.166	.246
	Çalışmıyor	95	3.15	.79		-1.173	.243

Tablo 4.8.'de ağır psikiyatrik bozukluğu olan bireylerde İçselleştirilmiş Damgalanma ve Sosyal Entegrasyon Ölçeği alt boyutlarının çalışma durumu değişkenine göre karşılaştırıldığı görülmektedir. Çalışan bireylerin içselleştirilmiş damgalanma puan ortalaması (2.54), çalışmayan bireylerin ise (2.48) olarak bulunmuştur. Toplum entegrasyonu puanları çalışanlarda (3.04), çalışmayanlarda ise (3.22) olarak saptanmıştır.

Alt boyutlar değerlendirildiğinde; yabancılaşma çalışan bireylerde (2.62), çalışmayan bireylerde (2.47); kalıp yargılar çalışanlarda (2.48), çalışmayanlarda (2.45); algılanan ayrımcılık çalışanlarda (2.49), çalışmayanlarda (2.44) ve sosyal geri çekilme çalışanlarda (2.40), çalışmayanlarda (2.41) olarak bulunmuştur. Direnç alt boyutu çalışan bireylerde (2.77), çalışmayan bireylerde (2.63) düzeyindedir.

Sosyal entegrasyonun alt boyutlarına bakıldığında; sosyal ağ çalışanlarda (2.97), çalışmayanlarda (3.11); bağımsızlık çalışanlarda (3.11), çalışmayanlarda (3.36); toplum desteği çalışanlarda (3.04), çalışmayanlarda (3.20); duygusal bağ çalışanlarda (3.12), çalışmayanlarda (3.28) ve toplum katılımı çalışanlarda (2.99), çalışmayanlarda (3.15) olarak bulunmuştur.

Ağır psikiyatrik bozukluğu olan bireylerde içselleştirilmiş damgalanma ve sosyal entegrasyon ortalamaları çalışma durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p>.05$). Çalışma durumu ile içselleştirilmiş damgalanma ve sosyal entegrasyon düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunmaması, istihdamın bireylerin damgalanma deneyimleri üzerindeki etkisinin düşündüğümüzden daha sınırlı olabileceğini ortaya koymaktadır. İşsizlik oranının yüksek olması, ruhsal hastalığa sahip bireylerin istihdamda yer alma konusunda ciddi zorluklar yaşadığını düşündürmektedir. Dolayısıyla, bu bulgu ruh sağlığı alanında yalnızca terapi değil,

aynı zamanda istihdam destekli sosyal hizmet modellerinin geliştirilmesinin gerekliliğini ortaya koymaktadır.

4.6. Ağır Psikiyatrik Bozukluğu Olan Bireylerde İçselleştirilmiş Damgalanma ve Sosyal Entegrasyon Düzeylerinin Gelir Durumu ile İlişkisine Dair Bulgular

Araştırmada beşinci alt probleme yanıt aramak için yapılan Bağımsız Örneklem T Testi sonucunda elde edilen sonuçlar Tablo 4.9.'da verilmiştir.

Tablo 4.9. Ağır Psikiyatrik Bozukluğu Olan Bireylerde İçselleştirilmiş Damgalanma ve Sosyal Entegrasyon Ölçeği Puanlarının Gelir Durumu Değişkenine Göre Bağımsız Örneklem T Testi Sonuçları

Alt Boyutlar	Gelir	n	$\bar{X}$	S	Sd	t	p
İçselleştirilmiş damgalanma	0-10.000 TL	89	2.62	.67	144	2.57	.011
	10.001-20.000 TL	57	2.32	.69			
Toplum entegrasyon	0-10.000 TL	89	3.04	.73	144	-2.34	.021
	10.001-20.000 TL	57	3.34	.79			
Yabancılaşma	0-10.000	89	2.68	.80	144	2.80	.006
	10.001-20.000	57	2.29	.82			
Kalıp yargılar	0-10.000	89	2.57	.77	144	2.07	.040
	10.001-20.000	57	2.30	.77			
Algılanan ayrımcılık	0-10.000	89	2.56	.72	144	2.21	.029
	10.001-20.000	57	2.29	.69			
Sosyal geri çekilme	0-10.000	89	2.52	.81	144	2.17	.032
	10.001-20.000	57	2.23	.75			
Direnç	0-10.000	89	2.81	.69	144	2.88	.005
	10.001-20.000	57	2.48	.67			
Sosyal ağ	0-10.000	89	2.91	.75	144	-2.86	.005
	10.001-20.000	57	3.29	.82			
Bağımsızlık	0-10.000	89	3.18	.89	144	-1.63	.105
	10.001-20.000	57	3.42	.81			
Toplum desteği	0-10.000	89	3.01	.85	144	-2.31	.022
	10.001-20.000	57	3.35	.89			
Duygusal bağ	0-10.000	89	3.11	.90	144	-1.84	.069

	10.001-20.000	57	3.39	.92			
Toplum katılımı	0-10.000	89	3.00	.72	144	-1.77	.078
	10.001-20.000	57	3.23	.87			

Tablo 4.9.'da ağır psikiyatrik bozukluğu olan bireylerde İçselleştirilmiş Damgalanma ve Sosyal Entegrasyon Ölçeği alt boyutlarının gelir durumu değişkenine göre karşılaştırıldığı görülmektedir. Bulgulara göre, aylık geliri 0-10.000 TL arasında olan bireylerin içselleştirilmiş damgalanma puan ortalaması (2.62), 10.001-20.000 TL arasında gelire sahip bireylerin ise (2.32) olarak bulunmuştur. Toplum entegrasyonu puanı düşük gelir grubunda (3.04), yüksek gelir grubunda ise (3.34) olarak saptanmıştır.

Alt boyutlar incelendiğinde; yabancılaşma düşük gelir grubunda (2.68), yüksek gelir grubunda (2.29); kalıp yargılar düşük gelir grubunda (2.57), yüksek gelir grubunda (2.30); algılanan ayrımcılık düşük gelir grubunda (2.56), yüksek gelir grubunda (2.29) ve sosyal geri çekilme düşük gelir grubunda (2.52), yüksek gelir grubunda (2.23) olarak bulunmuştur. Direnç puanları düşük gelir grubunda (2.81), yüksek gelir grubunda ise (2.48) düzeyindedir.

Sosyal entegrasyonun alt boyutları değerlendirildiğinde; sosyal ağ düşük gelir grubunda (2.91), yüksek gelir grubunda (3.29); bağımsızlık düşük gelir grubunda (3.18), yüksek gelir grubunda (3.42); toplum desteği düşük gelir grubunda (3.01), yüksek gelir grubunda (3.35); duygusal bağ düşük gelir grubunda (3.11), yüksek gelir grubunda (3.39) ve toplum katılımı düşük gelir grubunda (3.00), yüksek gelir grubunda (3.23) olarak bulunmuştur.

Ağır psikiyatrik bozukluğu olan bireylerde içselleştirilmiş damgalanma ortalamaları gelir durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermektedir $t(144)=2.57$, $p<.05$. Maaşı düşük olan bireylerin damgalanma puanları ($\bar{X} = 2.62$) maaşı yüksek olan bireylere ($\bar{X} = 2.32$) göre daha yüksektir. Bireylerin entegrasyon puanları gelir durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermektedir, $t(144)=-2.34$, $p<.05$. Maaşı yüksek olan bireylerin entegrasyon puanları ($\bar{X} = 3.34$) maaşı düşük olan bireylere ($\bar{X} = 3.04$) göre daha yüksektir. Benzer şekilde, maaşı düşük olan bireylerin yabancılaşma, kalıp yargılar, algılanan ayrımcılık, sosyal geri çekilme, direnç puanları maaşı yüksek olan bireylere göre daha yüksektir ($p<.05$). Maaşı yüksek olan bireylerin sosyal ağ, bağımsızlık, toplum desteği duygusal bağ ve toplum katılımı puanlarının daha yüksek olduğu görülmektedir ($p<.05$).

Gelir düzeyine göre anlamlı farkların saptanması, ekonomik kaynakların bireyin toplumsal yaşama katılımı ve damgalama algısı üzerindeki etkisini açıkça ortaya koymaktadır. Daha yüksek gelir düzeyine sahip bireylerin daha düşük damgalanma ve daha yüksek entegrasyon

düzeyine sahip olması, sosyoekonomik desteğin ruhsal iyilik haline katkısını göstermesi bakımından dikkat çekicidir.

4.7. Ağır Psikiyatrik Bozukluğu Olan Bireylerde İçselleştirilmiş Damgalanma ve Sosyal Entegrasyon Düzeylerinin Yaş ile İlişkisine Dair Bulgular

Araştırmada altıncı alt probleme yanıt aramak için yapılan İlişkisiz Örneklemeler İçin Tek Faktörlü ANOVA sonucunda elde edilen sonuçlar Tablo 4.10.' da verilmiştir.

Tablo 4.10. Ağır Psikiyatrik Bozukluğu Olan Bireylerde İçselleştirilmiş Damgalanma ve Sosyal Entegrasyon Ölçeği Puanlarının Yaş Değişkenine Göre İlişkisiz Örneklemeler İçin Tek Faktörlü ANOVA Analizi Sonuçları

Alt Boyutlar	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ort.	F	p
İçselleştirilmiş Damgalanma	Gruplar arası	.479	2	.24	.499	.608
	Gruplar içi	68.63	143	.48		
	Toplam	69.104	145			
Toplum Entegrasyon	Gruplar arası	.748	2	.37	.638	.530
	Gruplar içi	83.791	143	.59		
	Toplam	84.539	145			
Yabancılaşma	Gruplar arası	.656	2	.33	.477	.622
	Gruplar içi	98.437	143	.69		
	Toplam	99.094	145			
Kalıp yargılar	Gruplar arası	.240	2	.12	.196	.822
	Gruplar içi	87.444	143	.61		
	Toplam	87.684	145			
Algılanan ayrımcılık	Gruplar arası	1.587	2	.79	1.557	.214
	Gruplar içi	72.873	143	.51		
	Toplam	74.459	145			
Sosyal geri çekilme	Gruplar arası	.750	2	.38	.588	.557
	Gruplar içi	91.307	143	.64		
	Toplam	92.057	145			
Direnç	Gruplar arası	.159	2	.08	.162	.850
	Gruplar içi	70.119	143	.49		
	Toplam	70.278	145			
Sosyal ağ	Gruplar arası	.712	2	.36	.554	.576
	Gruplar içi	91.999	143	.64		
	Toplam	92.711	145			
Bağımsızlık	Gruplar arası	1.619	2	.81	1.091	.339
	Gruplar içi	106.028	143	.74		
	Toplam	107.646	145			
Toplum desteği	Gruplar arası	1.568	2	.78	1.017	.364
	Gruplar içi	110.251	143	.77		

	Toplam	111.819	145			
Duygusal bağlantı	Gruplar arası	1.840	2	.92	1.102	.335
	Gruplar içi	119.426	143	.84		
	Toplam	121.265	145			
Toplum katılımı	Gruplar arası	.337	2	.17	.269	.764
	Gruplar içi	89.513	143	.63		
	Toplam	89.850	145			

Tablo 4.10.'da ağır psikiyatrik bozukluğu olan bireylerde İçselleştirilmiş Damgalanma ve Sosyal Entegrasyon Ölçeği alt boyutlarının yaş değişkenine göre karşılaştırıldığı görülmektedir. Bireylerin içselleştirilmiş damgalanmanın yaşa göre farklılaşıp farklılaşmadığına dair yapılan tek yönlü ANOVA testi sonuçlarında grup ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($F_{(2,143)} = .499, p > .05$). Bireylerin sosyal entegrasyon ortalamalarında yaşa göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($F_{(2,143)} = .638, p > .05$). İçselleştirilmiş damgalanma ve toplum entegrasyon alt boyutları grup ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > .05$).

Yaş değişkenine göre anlamlı bir fark bulunmaması, içselleştirilmiş damgalama ve sosyal entegrasyonun bireyin yaşam döngüsündeki yaş evresinden bağımsız olarak benzer şekilde deneyimlendiğini göstermektedir.

4.8. Ağır Psikiyatrik Bozukluğu Olan Bireylerde İçselleştirilmiş Damgalanma ve Sosyal Entegrasyon Düzeylerinin Eğitim Durumu ile İlişkisine Dair Bulgular

Araştırmada yedinci alt probleme yanıt aramak için yapılan İlişkisiz Örneklemeler İçin Tek Faktörlü ANOVA sonucunda elde edilen sonuçlar Tablo 4.11.' de verilmiştir.

Tablo 4.11. Ağır Psikiyatrik Bozukluğu Olan Bireylerde İçselleştirilmiş Damgalanma ve Sosyal Entegrasyon Ölçeği Puanlarının Eğitim Durumu Değişkenine Göre İlişkisiz Örneklemeler İçin Tek Faktörlü ANOVA Analizi Sonuçları

Alt Boyutlar	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ort.	F	p	Anlamlı Fark
İçselleştirilmiş Damgalanma	Gruplar arası	8.74	3	2.91	6.86	.00	İlköğretim>Lise İlköğretim>Lisans
	Gruplar içi	60.36	142	.43			
	Toplam	69.10	145				
Toplum Entegrasyon	Gruplar arası	12.64	3	4.22	8.32	.00	Lise>İlköğretim Lisans>İlköğretim
	Gruplar içi	71.90	142	.51			

	Toplam	84.54	145				
Yabancılaşma	Gruplar arası	10.52	3	3.51	5.62	.01	İlköğretim>Lise İlköğretim>Lisans
	Gruplar içi	88.57	142	.62			
	Toplam	99.09	145				
Kalıp yargılar	Gruplar arası	11.01	3	3.67	6.80	.00	İlköğretim>Lise İlköğretim>Lisans
	Gruplar içi	76.67	142	.54			
	Toplam	87.68	145				
Algılanan ayrımcılık	Gruplar arası	5.83	3	1.94	4.02	.01	İlköğretim>Lise
	Gruplar içi	68.63	142	.48			
	Toplam	74.46	145				
Sosyal geri çekilme	Gruplar arası	11.43	3	3.81	6.71	.00	İlköğretim>Lise İlköğretim>Lisans
	Gruplar içi	80.63	142	.57			
	Toplam	92.06	145				
Direnc	Gruplar arası	6.14	3	2.05	4.54	.00	İlköğretim>Lisans
	Gruplar içi	64.13	142	.45			
	Toplam	70.28	145				
Sosyal ağ	Gruplar arası	15.25	3	5.08	9.32	.00	İlköğretim>Lise İlköğretim>Lisans
	Gruplar içi	77.46	142	.55			
	Toplam	92.71	145				
Bağımsızlık	Gruplar arası	10.77	3	3.59	5.26	.00	Lise>İlköğretim Lisans>İlköğretim
	Gruplar içi	96.88	142	.68			
	Toplam	107.65	145				
Toplum desteği	Gruplar arası	16.14	3	5.38	7.99	.00	İlköğretim>Lise İlköğretim>Lisans
	Gruplar içi	95.68	142	.67			
	Toplam	111.82	145				
Duygusal bağlantı	Gruplar arası	10.253	3	3.42	4.37	.00	İlköğretim>Lise
	Gruplar içi	111.01	142	.78			
	Toplam	121.27	145				
Toplum katılımı	Gruplar arası	11.49	3	3.83	6.94	.00	İlköğretim>Lise İlköğretim>Lisans
	Gruplar içi	78.36	142	.55			
	Toplam	89.85	145				

Tablo 4.11.'de ağır psikiyatrik bozukluğu olan bireylerde İçselleştirilmiş Damgalanma ve Sosyal Entegrasyon Ölçeği alt boyutlarının eğitim durumu değişkenine göre karşılaştırıldığı

görülmektedir. Bireylerin içselleştirilmiş damgalanmanın eğitim durumuna göre farklılaşıp farklılaşmadığına dair yapılan tek yönlü ANOVA testi sonuçlarında grup ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($F_{(3,142)} = 6.86, p < .05$). Bu bağlamda ortalamalar arasındaki farkın hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek amacıyla yapılan çoklu karşılaştırma testlerinden Scheffe testi sonuçlarına göre ilköğretim, lise ve lisans mezunu bireyler arasında anlamlı farklılaşma olduğu görülmüştür. İlköğretim mezunu bireylerin damgalanma puan ortalamasının ($\bar{X}=2.8326$) lise puan ortalamasından ($\bar{X}=2.2325$) ve lisans puan ortalamasından ($\bar{X}=2.2698$) yüksek olduğu görülmektedir. Bireylerin sosyal entegrasyon ortalamalarında eğitim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($F_{(3,142)} = 8.32, p < .05$). Bu bağlamda ortalamalar arasındaki farkın hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek amacıyla yapılan çoklu karşılaştırma testlerinden Scheffe testi sonuçlarına göre ilköğretim, lise ve lisans mezunu bireyler arasında anlamlı farklılaşma olduğu görülmüştür. Lise mezunu bireylerin entegrasyon puan ortalamasının ($\bar{X}=3.47$) ilköğretim puan ortalamasından ($\bar{X}=2.77$) ve lisans mezunu bireylerin entegrasyon puan ortalamasının ($\bar{X}=3.45$) ve ilköğretim puan ortalamasından ($\bar{X}=2.77$) yüksek olduğu görülmektedir. Benzer şekilde, yabancılaşıma, kalıp yargılar, sosyal geri çekilme, sosyal ağ ve toplum desteği alt boyutlarında ilköğretim mezunu bireylerin puan ortalamasının, lise puan ortalamasından ve lisans puan ortalamasından yüksek olduğu görülmektedir ($p < .05$). Lise ve lisans mezunu bireylerin bağımsızlık puan ortalamasının, ilköğretim puan ortalamasından yüksek olduğu görülmektedir ($p < .05$). İlköğretim mezunu bireylerin algılanan ayrımcılık ve duygusal bağlantı puan ortalamasının, lise puan ortalamasından yüksek olduğu görülmektedir ($p < .05$). İlköğretim mezunu bireylerin direnç puan ortalamasının, lisans puan ortalamasından yüksek olduğu görülmektedir ($p < .05$).

Eğitim düzeyi ile içselleştirilmiş damgalanma ve sosyal entegrasyon arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Eğitim seviyesi arttıkça damgalanma algısının azaldığı ve bireylerin toplumsal yaşama daha güçlü bir biçimde katıldığı görülmektedir. Bu bulgu, eğitimin yalnızca mesleki ve ekonomik kazanımlar sağlamadığını; aynı zamanda bireyin psikososyal dayanıklılığını ve toplumsal görünürliğini artırarak ruhsal sağlık üzerinde koruyucu bir etki oluşturduğunu göstermektedir. Eğitim yoluyla bireylerin sosyal beceriler kazanması, toplumsal önyargılara karşı bilinçlenmesi ve destek ağlarına erişiminin kolaylaşması, damgalanma ile mücadelede eğitimin stratejik bir alan olduğunu ortaya koymaktadır.



5. TARTIŞMA

Araştırma sonuçlarına baktığımız zaman; ağır psikiyatrik bozukluğu olan bir bireyin kendini damgalanmış hissetmesi ve bu durumu kabul etmesi, topluma katılımı ve uyumunu doğrudan etkilemektedir. Aynı zamanda bu durum demografik ve sosyoekonomik faktörlere göre farklılık gösterebilmektedir. Araştırmanın bulguları, içselleştirilmiş damgalanma düzeyi fazla olan kişilerin yatış sonrasında ve tedavi sürecinde topluma uyum ve topluma yeniden entegre olma konusunda önemli zorluklar yaşadığını göstermektedir. Bu durumun psikiyatrik rahatsızlığı olan kişilerin kendisini toplumdan uzaklaştırmasına, çevresindeki bireyler ile iletişim kurmamasına ve bireylerin işlevselliğinin düşmesine sebep olduğu düşünülmektedir.

Çalışmanın odak noktasına bakıldığı zaman çalışmamız ile örtüşen Soygür ve Özalp (2005, ss. 74-80) yılında yaptığı çalışmada damgalanmış olan bireyin özgüveninin düştüğünü, bireyin kendini değersiz hissettiğini ve kendini ötekileştirdiğini, damgalama sonucunda bireylerin ayrımcılığa uğradığını ve sosyal hayata katılımlarının düştüğünü belirtmiştir. Özellikle “yabancılaşma” ve “sosyal geri çekilme” alt boyutlarında yüksek puanlar, bu eğilimi desteklemektedir. Buna karşın “direnc” ve “toplum desteği” boyutlarında daha güçlü skorlar elde eden bireylerin damgalamaya karşı mücadele kapasitesine sahip oldukları, sosyal bağlarını daha kolay korudukları görülmüştür. Bu bulgular, bu araştırmada elde edilen sonuçlarla büyük ölçüde örtüşmektedir. Nitekim bu çalışmada da bireylerin içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri arttıkça, sosyal entegrasyon puanlarının anlamlı biçimde düştüğü görülmüştür. Başka bir ifadeyle, damgalanma algısı yüksek olan bireylerin toplumsal rollere katılımda daha isteksiz olduğu, kendilerini sosyal ilişkilerden uzak tuttuğu anlaşılmaktadır. Bulgular sonucunda damgalanmanın sosyal entegrasyonun güçlü bir negatif etkileyicisi olması, Soygür ve Özalp’ın (2005, ss. 74-80) vurguladığı psikolojik ve sosyal çekilmenin günümüzde de geçerliliğini koruduğunu ve bu etkinin nicel olarak da doğrulanabildiğini göstermektedir. Bu benzerlik, damgalanma olgusunun bireyin yalnızca ruhsal durumunu değil, sosyal kimliğini ve toplumsal aidiyetini de doğrudan etkilediğini bir kez daha ortaya koymaktadır.

Livingston ve Boyd’un (2010, ss. 2150-2161) çalışması, bulgularımızla paralel olarak, içselleştirilmiş damgalamanın sosyal işlevsellik, toplumsal katılım, umut, özsaygı ve yaşam kalitesiyle kuvvetli biçimde negatif ilişkili olduğunu göstermiştir. Benzer şekilde Mashlach-Eizenberg ve diğ. (2013, ss. 15-20) araştırmasında içselleştirilmiş damgalamanın, özsaygı ve umut düzeyindeki düşüş aracılığıyla yaşam kalitesi ve işlevsellikte azalmayla ilişkili olduğu

ve sosyal alanlarda geri çekilme eğilimini güçlendirdiği ortaya konmuştur. Sevinik ve Arslan'ın (2020, ss. 273-180) Türkiye'de yürüttükleri çalışmada da şizofreni hastalarında içselleştirilmiş damgalama ile sosyal işlevsellik arasında anlamlı bir ilişki saptanmış; bu bulgu, yerel bağlamda sosyal entegrasyonun damgalamadan etkilendiğini desteklemiştir. Ayrıca, bazı araştırmalar öz-damgalamanın belirti şiddeti ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkide aracı rol üstlendiğini, dolayısıyla damgalamanın psikososyal süreçler üzerinden sosyal sonuçları doğrudan etkilediğini göstermektedir. Bu bulgular birlikte değerlendirildiğinde, içselleştirilmiş damgalamanın sosyal entegrasyon üzerindeki etkisinin hem doğrudan hem de özsaygı, umut ve psikososyal araçlar üzerinden dolaylı biçimde ortaya çıktığı görülmektedir. Ancak diyalektik açıdan bakıldığında, damgalamanın sosyal işlevsellik ve entegrasyon üzerindeki olumsuz etkisi evrensel bir gerçeklik olarak kabul edilse de, bu ilişkinin düzeyi ve işleyiş biçimi bireylerin kültürel bağlamı, sosyal destek kaynakları ve hastalık deneyimlerinin niteliğine göre farklılık gösterebilir. Dolayısıyla bazı örneklerde damgalamanın entegrasyonu güçlü biçimde etkilediği, bazı örneklerde ise bu ilişkinin daha çok psikososyal araçlar üzerinden işlediği görülmektedir. Bu durum, içselleştirilmiş damgalamanın sosyal yaşantıya etkilerinin tek boyutlu değil, çok katmanlı bir süreç olarak ele alınması gerektiğini düşündürmektedir.

Aynı şekilde Ersoy ve Varan (2007, ss. 163-171) yılında yaptıkları çalışmada ruhsal hastalarda damgalanmanın kişileri sosyal izolasyona soktuğunu, toplumdan uzaklaştırdığını, bireylerin kendisini dışlanmış hissettiğini ifade etmiştir. Bu tez çalışmasında da benzer biçimde, damgalamanın özellikle “algılanan ayrımcılık” boyutuyla birlikte toplumsal ilişkilere katılımı engellediği, sosyal bütünleşmeyi zayıflattığı görülmüştür. Bununla birlikte, “duygusal bağ” ve “sosyal ağ” boyutlarının güçlü olduğu bireylerde bu olumsuz etkinin kısmen hafiflediği, sosyal desteğin damgalamanın zararlı etkilerini dengeleyici bir rol oynayabileceği anlaşılmaktadır. Her iki çalışma da damgalanmanın yalnızca bireyin psikolojik durumunu değil, sosyal uyum ve toplumsal işlevselliğini de olumsuz etkilediğini ortaya koymaktadır. Bununla birlikte, bu tez çalışması damgalanma ile sosyal entegrasyon arasındaki ilişkiyi nicel veriyle desteklemiş olması bakımından literatüre önemli bir katkı sağlamaktadır.

Benzer bir çalışmada Link ve Phelan (2001, ss. 363-385) yılında damgalanmaya maruz kalmış ve kendini toplumdan soyutlamış bireylerin toplumsal rollere dönmekte zorluk çektiğini çalışmalarında belirtmişlerdir. Bu araştırmanın bulguları da bu tespiti doğrulamış, özellikle “toplum katılımı” alt boyutunda düşük puan alan bireylerin damgalanma algısı

yüksek çıkmıştır. Bu bulgular ile çalışmamızdaki bulgular paralellik göstermekte, damgalanmanın, bireylerin topluma katılımının, sosyalleşmenin ve bireylerin topluma entegre olmasının önünde olan büyük bir engel olduğu kanıtlanmaktadır.

Bozan (2019, ss. 60-62) yılında yaptığı çalışmada sosyal işlevsellik ve içselleştirilmiş damgalanma arasında negatif bir ilişki bulunduğunu, içselleştirilmiş damgalanma arttıkça sosyal işlevselliğin düştüğünü ifade etmiştir. Bu çalışmada benzer bir şekilde, damgalamayı yoğun biçimde içselleştiren bireylerin “bağımsızlık” ve “toplum desteği” alt boyutlarında daha düşük puanlar aldığı bulunmuştur. Bu sonuç, damgalamanın bireyin hem bireysel özerkliğini hem de toplumsal bağlarını zayıflatıldığını göstermektedir. Bu da göstermektedir ki, bireylerin kendilerini toplum içinde değersiz, dışlanmış ve yetersiz hissetmeleri, sosyal rolleri yerine getirmelerini ve toplumsal yaşama aktif biçimde katılmalarını önemli ölçüde engellemektedir. Bozan’ın çalışmasında yer alan sosyal işlevsellik kavramı ile bu çalışmada ölçülen sosyal entegrasyon kavramı arasında yapısal benzerlik bulunmakta olup, iki çalışma sonuçları birbiriyle destekleyici niteliktedir.

Bunlara ek olarak Kaki (2023, ss. 72-75) yılında yaptığı çalışmada psikiyatrik bozukluğu olan bireyleri bir araya getirmiş ve bir süre aktivite yaptıktan sonra “damgalanma” kavramını sormuş ve kişilerin grup etkinlikleri ve farkındalıkları arttıkça içselleştirilmiş damgalanma düzeylerinin düştüğünü gözlemlemiştir. Bu bulgular, damgalama ile mücadelede sadece bireysel değil, grup temelli sosyal destek süreçlerinin de etkili olduğunu göstermektedir. Mevcut çalışmada bireylerin sosyal entegrasyon düzeylerinin düşüklüğünün damgalanma ile ilişkili olduğu göz önüne alındığında, Kaki’nin vurguladığı grup temelli farkındalık çalışmaları ve sosyal etkileşim ortamlarının bu etkiyi azaltıcı potansiyel taşıdığı söylenebilir. Dolayısıyla hem bireysel destek hem de sosyal ortam temelli müdahalelerin, içselleştirilmiş damgalamanın azaltılmasında önemli rol oynadığı ifade edilebilir.

Bunlara ek olarak Turunç (2021, ss. 59-62) yılında yaptığı çalışmada içselleştirilmiş damgalanma ve kişilerin rutin aktiviteleri arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmada kişilerin içselleştirilmiş damgalanma düzeyi ile aktivitelere katılım arasında negatif bir ilişki bulmuştur. Bu duruma paralel olarak psikiyatrik rahatsızlığı olan bireyler damgalandıklarının farkına toplumsal ilişkilere katılım sürecinde karşılaştıkları engeller aracılığıyla varmışlardır. Bu durum, bireyin yalnızca sosyal ilişkiler değil, aynı zamanda yaşamın temel işlevsel alanlarında da geri çekilme yaşadığını göstermektedir. Mevcut çalışmada kullanılan “Toplum Entegrasyonu Ölçeği” ile bireylerin sosyal yaşama ne denli entegre oldukları ölçülmüş ve damgalanma düzeyi yüksek bireylerin bu ölçekten daha düşük puan aldığı görülmüştür. Bu

bağlamda Turunç'un bulguları, damgalanmanın bireyin sosyal yaşamdaki temel rollerine, sorumluluklarına ve katılım düzeyine olumsuz etki yaptığını teyit eder nitelikte olduğu görülmüştür.

Ceylan ve Demirli (2025, ss. 38-57) yılında yaptığı çalışmanın bulgularına göre, 2020 ve 2025 yılları arasında gerçekleştirilen tezlerin büyük çoğunluğu klinik psikoloji (%56,7) anabilim dalında hazırlanmış, sosyal hizmet disiplinde yapılan çalışmalar ise yalnızca (%13,5) ile sınırlı kalmıştır. Bu çalışma, psikiyatrik sosyal hizmet alanında hazırlanmış az sayıdaki örnekten biri olarak alandaki akademik çeşitliliğin artırılmasına katkı sunmaktadır. Aynı çalışmanın bulgularına göre birçok tezde içselleştirilmiş damgalanma tek başına ele alınırken; bu çalışmada hem içselleştirilmiş damgalanmanın hem de sosyal entegrasyon değişkenleri geçerli ve güvenilir ölçeklerle değerlendirilmiş, bu sayede bireyin hem içsel algıları hem de dışsal sosyal konumlanışı birlikte analiz edilmiştir. Bu ölçüm yaklaşımı, bildiride analiz edilen tezlerin %85'inin yalnızca özsayı ve baş etme tutumları gibi bireysel düzeyli çıktılarla sınırlı kaldığı göz önünde bulundurulduğunda, alana bütüncül bir katkı sunmaktadır. Bu bağlamda mevcut çalışma, hem sosyal hizmet disiplini içinde konumlanması hem de bireyin içsel algıları ile toplumsal konumunu birlikte değerlendirmesi açısından literatürdeki önemli bir boşluğu doldurmaktadır. İçselleştirilmiş damgalama ile sosyal entegrasyon arasındaki ilişkiyi anlamaya yönelik bütüncül yaklaşımıyla, yalnızca bireysel düzeyde değil, aynı zamanda yapısal ve çevresel düzeyde de değerlendirme yapma imkânı sunmaktadır. Bu yönüyle çalışma, klasik birey merkezli modellerin ötesine geçmekte; sosyal hizmetin çok boyutlu değerlendirme yaklaşımıyla literatüre kuramsal ve uygulamalı katkı sağlamaktadır.

Yapılan çalışmada bireylerin cinsiyet durumunun, içselleştirilmiş damgalanma düzeyini ve toplumsal entegrasyon düzeyini etkilemediği görülmüş olmasına rağmen Baysal (2013, ss. 239-251) yılında psikiyatrik bozukluğu olan kadın bireylerin damgalanma sürecinden daha fazla etkilendiğini belirtmiştir. Buna ek olarak Çalışkan (2020, ss. 48-50) yılında yaptığı araştırmada kadın bireylerin erkek bireylere göre daha fazla damgalanmış hissettiklerini ortaya koymuştur. Kurnaz (2019, ss. 61-64) yılında yaptığı çalışmada kişilerin tanılarını ayrı ayrı değerlendirmiş olup, şizofreni tanısı almış kadın bireylerde içselleştirilmiş damgalanma, bipolar bozukluk tanılı kadın hastalardaki içselleştirilmiş damgalanma düzeyinden fazla olduğunu belirtmiştir. Bunlara ek olarak Çetinkaya (2020, ss. 58-60) yılında yaptığı çalışmada içselleştirilmiş damgalanmanın öz şevkat ve psikolojik dayanıklılık ile arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmada cinsiyete göre anlamlı bir ilişki bulunmadığı ortaya koymuştur. Benzer

şekilde Picco ve diğ. (2016, ss. 500-506) çok değişkenli analizlerinde cinsiyet de dahil olmak üzere hiçbir sosyodemografik değişkenin anlamlı bir etkisinin olmadığını, damgalanmanın en güçlü etkileyicisinin özsaygı olduğunu göstermiştir. Buna karşılık Khan ve diğ. (2015, ss. 1432-1436) ise çalışmamızdan farklı olarak kadınların erkeklere kıyasla daha yüksek düzeyde içselleştirilmiş damgalama yaşadığını ve özellikle ayrımcılık ile sosyal geri çekilme boyutlarında daha olumsuz deneyimler bildirdiklerini ortaya koymuştur. Bu durum, damgalamanın bireyin toplumsal cinsiyetinden ziyade daha çok yapısal koşullar ve psikososyal süreçlerle ilişkili olduğunu düşündürmektedir. Çalışmamızda cinsiyet açısından fark bulunmamasının, katılımcıların Toplum Ruh Sağlığı Merkezi hizmetlerinden düzenli yararlanmalarıyla ilişkili olabileceği; bu desteğin özellikle kadınlarda görülebilecek damgalanma hassasiyetini azaltmış olabileceği düşünülmektedir. Alt boyutlar açısından bakıldığında, çalışmamızda kadın ve erkek bireylerin “yabancılaşma” ve “sosyal geri çekilme” düzeylerinin benzer çıkması, toplumsal entegrasyonun yalnızca cinsiyet rolleriyle açıklanamayacağını, sosyal destek ve ekonomik fırsatlara erişimin daha belirleyici olduğunu göstermektedir. Livingston ve Boyd (2010, ss. 2150-2161) da yaptığı çalışmada cinsiyetin içselleştirilmiş damgalama üzerinde tutarlı bir etkisinin bulunmadığı, buna karşılık sosyal destek ve yapısal koşulların damgalanmanın düzeyini daha güçlü biçimde belirlediği vurgulanmıştır.

Çalışmada eğitim durumunun bireylerin içselleştirilmiş damgalanma düzeylerini ve toplumsal entegrasyon düzeylerini etkilediği, ilkokul mezunlarının lise ve lisans mezunlarına göre kendisini daha fazla damgalanmış hissettiği, aynı zamanda ilkokul mezunlarının lise ve lisans mezunlarına göre toplumsal entegrasyon düzeylerinin düşük olduğu bulunmuştur. Bu durumun bireylerin eğitim hayatı boyunca sosyalleştiği ve bilinç düzeyinin artmasıyla açıklanabileceği düşünülmektedir. Bizim çalışmamızla örtüşen çalışmalara bakıldığında zaman Savaşçı (2023, ss. 66-68) yılında yaptığı çalışmada bu çalışmayla paralel bir sonuca ulaşmış, eğitim düzeyi arttıkça, içselleştirilmiş damgalanmanın azaldığını ortaya koymuştur. Çağlar (2018, ss. 52-54) yılında yaptığı çalışmada lise ve üzerinde eğitim gören kişilerin, lise altında eğitim gören kişilere göre içselleştirilmiş damgalanma düzeyinin düşük olduğunu belirtmiştir. Benzer şekilde Alemu ve diğ. (2005, ss. 120-121) çalışmasında da hiç resmi eğitimi olmayan bireylerin üniversite mezunlarına kıyasla yaklaşık 2.2 kat daha yüksek içselleştirilmiş damgalama olasılığına sahip oldukları ve düşük eğitim düzeyinin damgalamayla anlamlı biçimde ilişkili olduğu rapor edilmiştir. Bozan (2019, ss. 60-62) yılında yaptığı çalışmada eğitim durumunun içselleştirilmiş damgalanma ile anlamlı bir ilişkisinin olmadığını

belirtmiştir. Bu farklılık, örneklemin yapısı, çalışmanın yürütüldüğü kurum ortamı ya da kullanılan ölçüm araçlarındaki farklılıklardan kaynaklandığı düşünülmektedir. Mevcut çalışmadan farklı olarak Ren ve diğ. (2016, ss. 5-6) Çin’de şizofreni hastalarında eğitim düzeyinin damgalama algısı üzerinde etkili olduğunu ve yüksek eğitim grubundaki bireylerin damgalama puanlarının düşük eğitim grubundakilerden daha yüksek bulunduğunu ortaya koymuştur. Bu durum, damgalamanın yalnızca eğitim düzeyiyle değil, aynı zamanda içinde bulunulan kültürel bağlam, toplumsal beklentiler ve ruh sağlığına yönelik toplumsal tutumlarla da şekillendiğini düşündürmektedir. Dolayısıyla eğitimin damgalama üzerindeki etkisi her toplumda aynı yönde seyretmeyebilir; bazı bağlamlarda düşük eğitim korunmasızlık yaratırken, bazı bağlamlarda yüksek eğitim bireylerin toplumsal önyargıları daha fazla fark etmesine ve damgalanmayı daha yoğun algılamasına yol açabilmektedir. Eğitim, bireyin özsaygı, direnç ve baş etme mekanizmaları üzerinde güçlendirici bir etki yaparak dolaylı yoldan damgalamayı azaltıyor olabilir. Buna rağmen, bu araştırma eğitimin bireyin psikososyal dayanıklılığı üzerindeki olumlu etkilerini destekleyen bulgular sunmakta; damgalanmayı azaltmaya yönelik müdahalelerde eğitsel içeriklerin önemine işaret etmektedir. Bu perspektiften bakıldığında, eğitim düzeyi düşük bireylerde “direnç” alt boyutunun daha zayıf olması beklenebilir. Bu nedenle eğitim yalnızca bilişsel farkındalık sağlayan bir unsur değil, aynı zamanda damgalamanın olumsuz etkilerine karşı koruyucu bir sosyal sermaye kaynağı olarak da işlev görmektedir. Bu çalışmada eğitim düzeyinin yalnızca genel damgalanma ve entegrasyon puanlarını değil, aynı zamanda alt boyutları da etkilediği görülmüştür. Özellikle ilkokul mezunlarında “kalıp yargıları onaylama” ve “algılanan ayrımcılık” puanlarının daha yüksek, buna karşılık “sosyal ağ”, “bağımsızlık” ve “toplum katılımı” puanlarının daha düşük olması dikkat çekmektedir. Bu sonuç, Corrigan ve arkadaşlarının (2006, ss. 875-884) geliştirdiği İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği modelinde ortaya konan boyutlarla uyumlu olduğu görülmüştür. Söz konusu model, düşük sosyoekonomik ve eğitim düzeyinin damgalamayı pekiştirerek bireylerin sosyal ağlara katılımını sınırlandırdığını, ayrımcılık algısını güçlendirdiğini ve kalıp yargıların daha kolay içselleştirildiğini vurgulamaktadır.

Bu çalışmada hanede kişi başına düşen gelir azaldıkça içselleştirilmiş damgalanma düzeyinin arttığı, toplumsal entegrasyon düzeyinin ise azaldığı görülmüştür. Aynı zamanda Savaşçı (2023, ss. 66-68) yılında çalışmaya paralel bir şekilde gelir düzeyi ve içselleştirilmiş damgalanma arasında negatif bir ilişki bulmuş, gelir durumunun damgalanmayı etkilediğini belirtmiştir. Buna ek olarak Çalışkan (2020, ss. 48-50) yılında yaptığı çalışmada gelir durumu

ve damgalanma arasında doğrudan bir ilişki bulmuş ve gelir durumu düşük olan bireylerin damgalanmaya daha fazla maruz kaldıkları ve bireylerin damgalanmayı daha fazla hissettiği sonucuna varmıştır. Buna karşılık Sarıkoç ve Öz'ün (2016, ss. 353-360) Türkiye’de yatan ve hizmet alan psikiyatri hastalarıyla gerçekleştirdikleri araştırmada, içselleştirilmiş damgalanma puanlarının gelir düzeyine göre anlamlı biçimde farklılaştığı ve gelir düzeyi düştükçe damgalanmanın arttığı saptanmıştır. Bundan farklı olarak Bozan (2019, ss. 60-62) yılında yaptığı çalışmada gelir durumu ve içselleştirilmiş damgalanma arasında anlamlı bir ilişki olmadığını ileri sürmüştür. Bozan’ın çalışmasında gelir ile damgalama arasında anlamlı bir ilişki bulunmamış olsa da, mevcut bulgular bu ilişkinin dolaylı yollarla işlediğini düşündürmektedir. Akdağ ve diğ. (2018, ss. 394-401) yılındaki çalışmasında, şizofreni hastalarında düşük gelir grubunda damgalama puanlarının daha yüksek eğilim gösterdiği, ancak bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bildirilmiştir. Düşük gelir tek başına damgalamayı belirlemeyebilir; ancak yoksulluk bireylerin sosyal destekten yoksun kalmasına ve toplumsal katılım fırsatlarının azalmasına yol açtığına damgalama daha görünür hale gelmektedir. Bu nedenle ekonomik koşulların iyileştirilmesine ek olarak, düşük gelirli bireylerde sosyal destek ağlarının güçlendirilmesi damgalamayı azaltmada kritik öneme sahiptir. Bu farklılığın, örneklemin yapısı, çalışma ortamı veya ölçme araçlarındaki farklılıklardan kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Alt boyutlar düzeyinde bakıldığında, düşük gelir grubundaki bireylerin “algılanan ayrımcılık” ve “sosyal geri çekilme” puanlarının daha yüksek, buna karşılık “sosyal ağ”, “toplum desteği” ve “duygusal bağ” alt boyutlarında daha düşük puanlar alması dikkat çekicidir. Bu desen, ekonomik yoksunluğun yalnızca bireyin yaşam koşullarını değil, aynı zamanda toplumsal bağlarını ve sosyal destek mekanizmalarına erişimini de sınırladığını düşündürmektedir. Nitekim Thornicroft ve arkadaşları (2009, ss. 408-415), düşük sosyoekonomik düzeydeki bireylerin “çifte damgalanma” yaşadığını, yani hem ruhsal hastalık hem de yoksulluk nedeniyle ayrımcılığa daha fazla maruz kaldıklarını vurgulamaktadır. Bu bağlamda, gelir düzeyi düşüklüğünün damgalamanın bilişsel, duygusal ve davranışsal boyutlarını aynı anda besleyen bir risk faktörü olduğu söylenebilir.

Çalışmada bireylerin yaşlarıyla içselleştirilmiş damgalanma ve toplumsal entegrasyon arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Çalışmamıza paralel olarak Livingston ve Boyd’un (2010, ss. 2150-2161) sistematik derlemesinde, sosyodemografik değişkenlerden yaş faktörünün içselleştirilmiş damgalama ile tutarlı bir ilişki göstermediğini belirtmiştir. Bozan (2019, ss. 60-62) yılında yaptığı çalışmada bu bulguya paralel olarak yaş faktörü ile

içselleştirilmiş damgalanma arasında anlamlı bir ilişki olmadığını ortaya koymuştur. Bu bulguya paralel olarak Uluhan (2024, ss. 63-65) yılında yaptığı çalışmada bireylerin yaş ve içselleştirilmiş damgalanma arasında anlamlı bir ilişki ortaya koymamıştır. Çağlar (2018, ss. 52-54) yılında yaptığı araştırmada yaş ve içselleştirilmiş damgalanma arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığını belirtmiştir. İçselleştirilmiş damgalama, bireyin yaşından çok sosyal çevresi, yaşam deneyimleri, destek sistemleri ve bireysel dayanıklılığıyla ilişkilidir; bu nedenle damgalama ve entegrasyonun biyolojik faktörlerden ziyade sosyal bağlam tarafından şekillendiği söylenebilir.

Çalışmada bireylerin tanısıyla, içselleştirilmiş damgalanma veya toplumsal entegrasyon arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Bizim çalışmamızla örtüşen Ersoy ve Varan (2007, ss. 163-171) yılında yaptığı çalışmada damgalanma algısının bireyin tanısından çok çevresel koşullar, sosyal destek düzeyi ve içselleştirme eğilimiyle ilişkili olduğuna dikkat çekmektedir. Yanos ve arkadaşlarının (2015, ss. 171-178) çalışması, bulgularımızla paralel olarak, şizofreni ve bipolar bozukluk arasında içselleştirilmiş damgalanma düzeylerinde belirgin bir fark olmadığını ve damgalamanın tanıdan bağımsız biçimde işlevsellik ve iyileşme üzerinde olumsuz etkiler yarattığını ortaya koymuştur. Benzer şekilde Brohan ve arkadaşlarının (2010, ss. 75-81) farklı tanı gruplarında (şizofreni ve depresyon) yürüttükleri araştırmada da damgalama algısının benzer düzeyde olduğu, tanı farklılığından ziyade bireysel ve sosyal faktörlerin belirleyici olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Kurnaz (2019, ss. 61-64) yılında ise yaptığı çalışmada şizofreni hastalarının bipolar bozukluk hastalarına göre damgalanmayı daha çok içselleştirdiğini belirtmiştir. Bir başka çalışmada şizofreni tanısı almış bireylerin semptomlarının, bipolar bozukluğa göre daha ağır olacağı düşünülmüş ve şizofreni tanısı almış bireylerin damgalanmayı daha fazla hissedeceği ortaya konulmuştur (Çalışkan, 2020, ss. 48-50). Bu durum, şizofreni hastalarının çevresinde olan bireylere duyduğu şüphe, psikotik düşüncelerin çevresindeki bireylerden uzaklaşmasıyla açıklanabilmektedir. Geçmiş dönemde yapılan çoğu araştırmalarda da şizofreni hastalarının içselleştirilmiş damgalanma düzeyi bipolar hastalarına göre daha yüksek çıkmaktadır (Doğanavşargil, 2009, ss. 54-57). Bizim çalışmamıza bakıldığında zaman tanıya göre bir farklılık görülmezken, Bozan (2019, ss. 60-62) yılında yaptığı çalışmada şizofreni hastalarında içselleştirilmiş damgalanma düzeyinin bipolar hastalarına göre daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur. Bazı araştırmalarda şizofreni hastalarında damgalamanın daha yüksek rapor edilmesi, özellikle algılanan ayrımcılık ve yabancılaşma alt boyutlarının psikotik belirtilerin görünürlüğü, negatif semptomların sürekliliği ve toplumsal önyargıların şiddetiyle artabileceğini göstermektedir.

Ancak bu çalışmada tanılar arasında anlamlı bir farklılık görülmemiştir. Bu durum, katılımcıların Toplum Ruh Sağlığı Merkezi hizmetlerinden düzenli yararlanmalarının olası bir “tampon etki” yarattığını düşündürmektedir. Düzenli izlem ve psiko-sosyal müdahaleler, bireylerin sosyal geri çekilme düzeyini azaltırken, direnç ve toplum desteği algısını güçlendirmiş olabilir. Böylece şizofreni ve bipolar bozukluk hastaları arasındaki farklılıkların dengelenmiş olması mümkündür. Kurumsal destek ortamlarının bireylerin psikososyal dayanıklılığını artırması ve toplumsal önyargılarla baş etme becerilerini geliştirmesi de bu sonucu açıklayıcı bir etken olarak değerlendirilebilir. Gelecek araştırmalarda ise tanıya özgü semptomlarla damgalanma algısı arasındaki etkileşimlerin daha ayrıntılı biçimde, özellikle nitel yöntemlerle incelenmesi önerilmektedir.

Aydın (2021, ss. 72-75) yılında yaptığı çalışmada şizofreni veya bipolar bozukluk gibi ağır psikiyatrik hastalığı olan bireylerin hastalık şiddetlerinin arttıkça işlevsellik düzeylerinin düştüğünü ve bu çalışmaya benzer olarak tanı ve işlevsellik arasında anlamlı bir ilişki olmadığını ortaya koymuştur. Aynı zamanda şizofreni hastalarının geçmişte yaşadığı travma kaynaklı, kişiler arası ilişkilerin bozulduğunu ve sosyal hayata katılım düştüğünü ortaya koymuştur. Her iki çalışmada da tanının bireyin sosyal yaşama katılımını belirleyen tek değişken olmadığı, bunun yerine bireyin geçmiş deneyimleri, algıları ve sosyal destek düzeyi gibi etkenlerin belirleyici olduğu anlaşılmaktadır. Ancak Aydın’ın çalışmasında şizofreni tanıları olan bireylerin geçmiş travmalar nedeniyle daha fazla sosyal izolasyon yaşadığı ortaya konulmuştur.

Ağır Psikiyatrik bozukluğu olan bireylerin medeni durumu ile içselleştirilmiş damgalanma arasında anlamlı bir ilişki bulunamamış olup, bekar olan bireylerin evli olan bireylere göre toplumsal entegrasyon düzeyinin daha yüksek olduğu bulgulanmıştır. Araştırmada elde edilen bulgular, medeni durumun içselleştirilmiş damgalanma üzerinde belirleyici bir etkisi olmadığını göstermiştir. Ancak bekar bireylerin, evli bireylere kıyasla daha yüksek düzeyde sosyal entegrasyon sergilemesi dikkat çekici bir sonuçtur. Bu durum, evlilik kurumunun her birey için destekleyici bir unsur olmayabileceğini, bazı durumlarda sosyal sorumluluklar ve toplumsal roller nedeniyle bireyin sosyal yaşamdan geri çekilebileceğini düşündürmektedir. Kurnaz (2019, ss. 61-64) yılında yaptığı çalışmada tanıya göre medeni durumu değerlendirmiş olup, bipolar bozukluk hastalarında içselleştirilmiş damgalanma düzeyinin evli bireylerin bekar bireylere göre daha fazla olduğu aynı zamanda şizofreni hastalarında ise içselleştirilmiş damgalanma ve medeni durum arasında anlamlı bir ilişki olmadığını bulgulanmıştır. Çağlar (2018, ss. 52-54) yılında yaptığı çalışmada medeni durum ve

içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulamadığını belirtmiştir. Drapalski ve arkadaşlarının (2013, ss. 264-269) araştırmasında, ciddi ruhsal hastalığı olan bireylerde içselleştirilmiş damgalamanın yaş, cinsiyet, istihdam, eğitim ve medeni durum gibi sosyodemografik değişkenlerle genel olarak ilişkili olmadığı; damgalamanın daha çok psikososyal araçlar üzerinden şekillendiği belirtilmiştir. Çalışmamızdan farklı olarak Kayahan ve Vahip'in (2024, ss. 79) çalışmasında bipolar bozukluğu olan evli bireylerde içselleştirilmiş damgalama düzeylerinin, özellikle sosyal geri çekilme boyutunda, bekârlara kıyasla daha düşük olduğu rapor edilmiştir. Bu farklılık, evlilik kurumunun bazı bağlamlarda bireye güçlü bir sosyal destek ve aidiyet hissi kazandırarak damgalamanın etkilerini azaltabilmesiyle açıklanabilirken, bizim örneklemimizde evlilik ilişkisinin getirdiği sorumlulukların ve aile içi dinamiklerin bireyin toplumsal entegrasyonunu sınırlayıcı yönde etki etmiş olabileceğini düşündürmektedir. Bu bulgular bir arada değerlendirildiğinde, medeni durumun damgalamanın “yabancılaşma” veya “kalıp yargıları onaylama” boyutları üzerinde doğrudan bir etkisinin bulunmadığı, ancak bireyin toplumsal rollerini nasıl yaşadığına bağlı olarak sosyal entegrasyon alt boyutlarını şekillendirebileceği söylenebilir.

Çalışma durumunun içselleştirilmiş damgalanma ve sosyal entegrasyon ile anlamlı bir ilişkisi olmadığı yapılan çalışmada görülmüştür. Alt boyutlar düzeyinde de çalışan ve çalışmayan bireyler arasında belirgin bir fark gözlenmemiştir; örneğin “yabancılaşma”, “sosyal geri çekilme” ve “algılanan ayrımcılık” puanları her iki grupta birbirine yakın çıkmıştır. Benzer şekilde, “sosyal ağ”, “bağımsızlık” ve “toplum desteği” gibi entegrasyon alt boyutlarında da anlamlı bir farklılık görülmemiştir. Bu sonuç, damgalama ve entegrasyonun yalnızca istihdam durumu ile açıklanamayacağını, sosyal destek mekanizmalarının daha belirleyici olabileceğini göstermektedir. Bizim çalışmamıza paralel olarak Szcześniak ve arkadaşlarının (2018, ss. 2099-2608) çalışmasında çok değişkenli analiz sonuçları, istihdam durumunun içselleştirilmiş damgalama ile anlamlı bir ilişki göstermediğini ortaya koymuştur. Benzer şekilde Picco ve arkadaşlarının (2016, ss. 500-506) yürüttüğü çalışmada, çalışma durumunun içselleştirilmiş damgalama ile anlamlı ilişkisini kaybettiği, buna karşın özsaygının en güçlü bağıntılı değişken olarak öne çıktığı belirlenmiştir. Buna karşın Çağlar (2018- ss. 52-54) yılında yaptığı çalışmada çalışmayan kişilerin içselleştirilmiş damgalanma düzeylerinin çalışan kişilere göre daha yüksek olduğunu çalışmasında belirtmiştir. Aynı zamanda Gürbüz (2024, ss. 58-60) yaptığı çalışmada çalışan bireylerin topluma katılım, işlevsellik ve öz bakım düzeyinin çalışmayan kişilere göre daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur. Öte yandan Marwaha ve Johnson'un (2004, ss. 337-349) derlemesinde, istihdamın bireylerin toplumsal

entegrasyonunu artıran temel bir faktör olduğu, sosyal işlevsellik ve özsaygıyı güçlendirerek damgalamanın olumsuz etkilerini dolaylı biçimde azaltabileceği vurgulanmıştır. Bu farklılık, araştırmanın yapıldığı örneklem grubunun sosyo-demografik özelliklerinden ya da veri toplama sürecindeki etkenlerden kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Damgalanma algısının ve sosyal entegrasyon düzeyinin bireylerin yaşadığı çevresel faktörlere, destek sistemlerine ve toplumsal normlara göre değişkenlik gösterebildiği düşünülmektedir. Bu bağlamda, çalışmayan bireylerde damgalanma düzeylerinin yüksek olması ve sosyal entegrasyonun daha düşük olması genel olarak literatürle uyumlu gözükse de bu çalışmada anlamlı bir ilişki çıkmaması, damgalanmanın bireysel baş etme mekanizmalarıyla ya da algısal düzeydeki farklılıklarla ilişkili olabileceğini düşündürmektedir. Gelecek çalışmaların, bu tür değişkenlerin etkisini kontrol ederek daha derinlemesine analizler yapması, bu alandaki bilgi birikimine katkı sağlayacağını düşündürmektedir.

Genel olarak elde edilen bulgular, ağır psikiyatrik bozukluğu olan bireylerde içselleştirilmiş damgalamanın sosyal entegrasyon üzerinde güçlü bir etkisi olduğunu ortaya koymaktadır. Tanı, yaş, cinsiyet veya medeni durum gibi bazı demografik değişkenler bu ilişkiyi doğrudan belirlemese de; eğitim, gelir ve sosyal destek düzeyleri gibi faktörlerin damgalamanın etkisini hafiflettiği görülmüştür. Bu durum, damgalanmanın tek boyutlu bir süreç olmadığını; bireysel özellikler, çevresel koşullar ve toplumsal destek sistemleriyle birlikte şekillendiğini göstermektedir. Özellikle sosyal destek ağlarının güçlü olduğu, eğitim ve farkındalık düzeyinin arttığı bireylerde damgalamanın olumsuz etkilerinin daha zayıf olduğu dikkat çekmektedir. Buna karşılık, düşük gelir düzeyi, sınırlı eğitim ve yetersiz sosyal destek durumlarında damgalanmanın daha yoğun hissedildiği, bireylerin toplumsal ilişkilerden daha fazla uzaklaştığı anlaşılmaktadır. Bu noktada sosyal hizmet uzmanları, ruh sağlığı çalışanları ve toplum temelli kurumlar için önemli bir görev ortaya çıkmaktadır. Psikoeğitim, aile ve akran desteğini güçlendirme, grup çalışmaları ve toplum temelli farkındalık programları aracılığıyla damgalamanın etkilerini azaltmak ve bireylerin sosyal yaşama katılımını desteklemek mümkündür.

Çalışmanın kesitsel tasarıma sahip olması ve tek merkezli bir örneklem üzerinden yürütülmesi bulguların genellenebilirliğini sınırlandırmaktadır. Gelecek araştırmalarda daha geniş örneklemlemlerle, boylamsal yöntemlerle ve farklı kültürel bağlamlarda yürütülecek çalışmalar, damgalama ve sosyal entegrasyon arasındaki ilişkinin daha ayrıntılı anlaşılmasına katkı sağlayacaktır. Sonuç olarak bu çalışma, içselleştirilmiş damgalamanın yalnızca bireyin ruhsal durumunu değil, sosyal kimliğini ve toplumsal aidiyetini de etkileyen çok yönlü bir süreç

olduğunu göstermektedir. Damgalamanın olumsuz etkilerini azaltmaya yönelik bütüncül müdahalelerin geliştirilmesi, bireylerin topluma katılımını ve iyileşme sürecini güçlendirmek açısından kritik bir önem taşımaktadır.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırmada ağır psikiyatrik bozukluğu olan bireylerde içselleştirilmiş damgalanma ve sosyal entegrasyon arasındaki ilişkiyi incelemek amaçlanmıştır. Araştırmanın bulgular kısmında demografik durumlar ve diğer değişkenler ile bu iki kavram arasındaki bağlantıyı anlamak amacıyla önemli bilgilere yer verilmiştir. Ağır psikiyatrik bozukluğu olan bireyler ile yapılan çalışmada içselleştirilmiş damgalanma ve sosyal entegrasyon arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Bu bulguda bireylerin kendisini damgalanmış hissetmesinin, bireylerin sosyal entegrasyonunu olumsuz yönde etkilediği sonucuna varılmıştır. Araştırmanın genel hipotezi (İçselleştirilmiş damgalanma arttıkça sosyal entegrasyon azalır) bu doğrultuda desteklenmiştir. Bireyin yaşadığı damgalanma durumu, bireylerin çevresiyle olan ilişkilerini etkileyerek dışlanma ve ayrımcılığa maruz kalmalarına yol açmaktadır. İçselleştirilmiş damgalama düzeyleri ile sosyal entegrasyon düzeyleri arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Bu bağlamda özellikle yabancılaşıma, kalıp yargılar, algılanan ayrımcılık ve sosyal geri çekilme gibi alt boyutlarda yüksek puanların, bireylerin topluma katılım ve sosyal destek gibi entegrasyon alt boyutlarında daha düşük puanlarla ilişkilendiği görülmüştür.

Bu bulgulara baktığımız zaman ağır psikiyatrik bozukluklardan olan başlıca iki hastalıktan şizofreni tanısı ve bipolar bozukluk tanısı ile içselleştirilmiş damgalanma ve sosyal entegrasyon arasında bir ilişkiye rastlanmamıştır. Yapılan çalışma sonucunda içselleştirilmiş damgalanma ve sosyal entegrasyonun tanıya göre bir farklılık göstermediği görülmüştür. Bu nedenle birinci alt hipotez (H1: Tanıya göre damgalanma ve entegrasyon düzeyleri farklılık gösterir) desteklenmemiştir. Bunun sonucunda toplumda var olan psikiyatrik rahatsızlıkları olan bireylerin benzer zorluklarla karşılaştığı, burada içselleştirilmiş damgalanma düzeyinin yüksek olması, kişilerin sosyal entegrasyonunun düşük olması bireylerin tanısıyla değil, çevredeki bireylerin tutum ve davranışlarıyla ilişkili olduğu sonucu çıkarılmıştır.

Bu araştırma sonucunda cinsiyetin içselleştirilmiş damgalanma ve sosyal entegrasyon ile arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Bu bulgu, ağır psikiyatrik bozukluğu olan bireylerin cinsiyetlerinden bağımsız olarak benzer düzeyde damgalanma yaşadıklarını ve toplumsal entegrasyon sorunlarıyla karşılaştıklarını göstermektedir. Dolayısıyla ikinci alt hipotez (H2: Cinsiyete göre damgalanma ve entegrasyon düzeyleri farklılık gösterir) desteklenmemiştir. Ayrıca alt boyutlara bakıldığında, kadın ve erkeklerin yabancılaşıma, algılanan ayrımcılık ve sosyal geri çekilme gibi damgalanma boyutlarında benzer puanlara

sahip oldukları; sosyal ağ, bağımsızlık ve toplum desteği gibi entegrasyon boyutlarında da anlamlı bir farklılık göstermedikleri görülmüştür.

Medeni durum değişkenine yönelik bulgularda bireylerin evli veya bekar olmasıyla kendilerini damgalanmış hissetmeleri arasında anlamlı bir fark bulunmazken, bekar olan bireylerin sosyal entegrasyon düzeyleri evli olan bireylerden daha yüksek görünmektedir. Bu bağlamda, dördüncü alt hipotez (H4: Medeni duruma göre damgalanma ve entegrasyon düzeyleri farklılık gösterir) damgalanma açısından desteklenmemiş, sosyal entegrasyon açısından ise kısmen desteklenmiştir. Sonuca bakılacak olursa, bu durum evli bireylerin sorumluluk ve sosyal beklentilerinin onların topluma katılım ve uyumunu sınırlandırabileceği şeklinde yorumlanabilir. Bekar bireylerde sosyal katılımın daha fazla olduğu, sosyal entegrasyon düzeylerinin daha yüksek olduğu düşünülmektedir. Nitekim toplum desteği, duygusal bağ ve bağımsızlık gibi entegrasyon alt boyutlarında bekar bireylerin puanlarının daha yüksek olduğu dikkat çekmektedir.

Bireylerin çalışma durumuyla, içselleştirilmiş damgalanma ve sosyal entegrasyon düzeyi arasında anlamlı bir fark bulunamamış olup hem çalışan hem de çalışmayan bireylerin aynı düzeyde damgalanmış hissettiği görülmüştür. Bu bulgular doğrultusunda altıncı alt hipotez (H6: Çalışma durumuna göre damgalanma ve entegrasyon düzeyleri farklılık gösterir) desteklenmemiştir. Çalışan ve çalışmayan bireyler arasında yabancılaşma, sosyal geri çekilme ve direnç gibi damgalanma alt boyutlarında farklılık gözlenmemiş, sosyal ağ ve toplum katılımı gibi entegrasyon alt boyutlarında da benzer sonuçlar elde edilmiştir.

Ağır psikiyatrik bozukluğu olan bireylerin gelir durumu düzeyleri hem içselleştirilmiş damgalanma hem de sosyal entegrasyon düzeyleri üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olduğu görülmüştür. Gelir durumu düşük olan bireylerin damgalanmayı daha fazla hissettikleri ve içselleştirdikleri görülmüştür. Özellikle yabancılaşma, kalıp yargılar, algılanan ayrımcılık ve sosyal geri çekilme alt boyutlarında düşük gelirli bireylerin puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yüksek gelirli bireylerin sosyal entegrasyon düzeylerinin daha yüksek görünmesiyle birlikte, toplum desteği, sosyal ağ, bağımsızlık ve duygusal bağ alt boyutlarında da yüksek gelir grubunun avantajlı olduğu görülmüştür. Yedinci alt hipotez (H7: Gelir düzeyine göre damgalanma ve entegrasyon düzeyleri farklılık gösterir) desteklenmiştir. Sonuca bakacak olursak ekonomik durumun sosyal entegrasyonu ve bireylerin topluma katılımını olumlu yönde etkileyebileceği; maddi sorun ve kaygıların ise bireyleri daha fazla dışlanmaya ve sosyal damgalanmalara maruz bırakabileceği anlaşılmaktadır.

Ağır psikiyatrik rahatsızlığı olan bireylerin yaş durumuyla içselleştirilmiş damgalanma ve sosyal entegrasyon arasında anlamlı bir ilişki bulunamamış olup, bu durum bireylerin her yaşta damgalanmaya maruz kaldıklarını düşündürmektedir. Bu nedenle üçüncü alt hipotez (H3: Yaşa göre damgalanma ve entegrasyon düzeyleri farklılık gösterir) desteklenmemiştir. Ayrıca yaş grupları arasında alt boyut düzeylerinde de (örneğin yabancılaşma, direnç, sosyal ağ veya toplum katılımı) anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Bir diğer bulguya bakıldığında zaman bireylerin eğitim durumunun hem içselleştirilmiş damgalanma hem de sosyal entegrasyon ile arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. İlköğretim mezunu olan bireylerin içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri, lise ve lisans mezunu olan bireylere göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Özellikle yabancılaşma, kalıp yargılar, algılanan ayrımcılık ve sosyal geri çekilme alt boyutlarında ilköğretim mezunlarının daha yüksek puanlara sahip olduğu; lise ve lisans mezunlarının ise toplum entegrasyonu, sosyal ağ ve bağımsızlık alt boyutlarında daha yüksek ortalamalara sahip oldukları tespit edilmiştir. Bu bulgular doğrultusunda beşinci alt hipotez (H5: Eğitim düzeyine göre damgalanma ve entegrasyon düzeyleri farklılık gösterir) desteklenmiştir. Eğitim düzeyinin düşük olması hem daha fazla damgalanmaya maruz kalmaya neden olmakta, hem de bu durumun daha fazla içselleştirilmesine yol açmaktadır. Aynı zamanda yapılan çalışmada lise ve lisans eğitim düzeyine sahip bireylerin, ilköğretim mezunu bireylere nazaran daha fazla topluma katılım sağladığı, sosyal entegrasyon düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu sonuç, bireylerin eğitim düzeyinin sosyal ilişkiler ve topluma katılım açısından önemli bir belirleyici olduğunu göstermektedir. Bireylerin eğitim hayatı boyunca sosyalleşmesi, farklı bireylerle iletişim kurması ve çeşitli deneyimler kazanması, bireyin bilinç seviyesini artırmakta ve damgalanmalara karşı daha dirençli hale gelmesini sağlamaktadır.

Sonuç olarak, ağır psikiyatrik bozukluğu olan bireylerin içselleştirilmiş damgalanma ve sosyal entegrasyon düzeylerini etkileyen birçok faktör olduğu ortaya çıkmıştır. En belirgin bulgu ise, içselleştirilmiş damgalanmanın bireylerin sosyal entegrasyonunu olumsuz yönde etkileyen bir faktör olduğudur. Bu durum, bireylerin topluma katılımını ve uyumunu artırmak için damgalamanın azaltılmasının ne denli önemli olduğunu göstermektedir. Toplumda yer alan birey ve grupların farkındalık düzeylerinin artırılması, damgalanmanın ortadan kaldırılmasında ve ağır psikiyatrik bozukluğu olan bireylerin yaşam kalitesini yükseltmede temel bir adım olarak değerlendirilmektedir.

6.1. Öneriler

- Toplumda psikiyatrik hastalıklar hakkında eğitim programları düzenlemek, damgalamanın ve var olan önyargıların azaltılmasında en önemli uygulamalardan biri olarak değerlendirilmektedir.
- Psikiyatrik rahatsızlığı olan bireylerin kurum ve kuruluşlara erişiminin kolaylaştırılması, bireylerin hem tedavi sürecinde hem de tedavi sonrasında topluma katılım süreçlerine katkı sağlayacaktır.
- Bireylerin sosyalleşmesi ve topluma katılımı öncelikle yakın çevrede, özellikle de aile içerisinde başlamaktadır. Bu nedenle ailelere psikososyal destek verilmesi, bireyin topluma uyumunu kolaylaştıracaktır.
- Damgalamayı azaltmak amacıyla medyanın etkin kullanımı, önyargıların kırılmasına yardımcı olmakta ve bireylerin topluma entegrasyonunu hızlandırmaktadır.
- Kendini damgalanmış hisseden bireylere yönelik psikoterapi uygulamaları, damgalamanın etkilerini azaltmada önemli bir müdahale yöntemi olarak görülmektedir.
- Hükümetlerin damgalama ile mücadeleye yönelik politikalar geliştirmesi, bu alanda kalıcı ve etkili bir ilerleme sağlayacaktır.
- Tedavi planlarının, bireyin psikolojik durumu ile çevresel ve sosyal faktörler dikkate alınarak kişiye özgü şekilde hazırlanması gerekmektedir.
- Psikiyatrik bozukluğu olan bireylerin istihdam edilebileceği yeni iş kollarının oluşturulması, topluma entegrasyon süreçlerini destekleyecektir.
- Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinin sayısının artırılması, bu merkezlere erişimin kolaylaştırılması ve etkinliklerinin güçlendirilmesi gerekmektedir.
- Damgalamanın azaltılması ve sosyal entegrasyonun güçlendirilmesi için sosyal hizmet kuruluşlarının sayısı artırılmalı, ayrıca kamuda sosyal çalışmacı ve psikolog istihdamı yaygınlaştırılmalıdır.
- Psikiyatrik rahatsızlığı olan bireylerin sosyal aktivitelere katılımını artırmak amacıyla pozitif ayrımcılık sağlanmalı ve bu faaliyetlere erişimi kolaylaştıracak düzenlemeler yapılmalıdır.
- Grup terapileri aracılığıyla bireylerin sosyal entegrasyonu desteklenmeli, aynı zamanda içselleştirilmiş damgalamanın olumsuz etkileri azaltılmalıdır.

- Toplumda her bireyin farklı özelliklere, güçlü ve zayıf yönleri sahip olduğu göz önünde bulundurulmalı ve bireylerin genellemeler üzerinden değerlendirilmesinden kaçınılmalıdır.
- Damgalamanın önlenmesi için aile, okul, sağlık kurumları ve ilgili uzmanların iş birliği içerisinde çalışması gerekmektedir.





KAYNAKLAR

- Abay, A. R., & Çölgeçen, Y. (2018). Psikiyatrik Sosyal Hizmet- Koruyucu, Tedavi Edici. *Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*, 3-4.
- Açıkgöz, F., & Akkuş, D. (2018). Ruhsal Hastalıklarda Damgalama ile Mücadele: Anahtar Rol Üstlenen meslekler. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 142-146.
- Akbaş, L. B. (2022). *Şizofreni Hastalarının Temel Bakımını Üstlenen Yakınlarının Sosyal Destek Sistemleri ile Tükenmişlik Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi İstanbul İli Örneği*. Yalova: Yalova Üniversitesi.
- Akdağ, F., Ögel, K., Yılmazçetin, C., Aker, T., & Özmen, E. (2018). The relationship between internalized stigma and treatment motivation, perceived social support, depression and anxiety levels in opioid use disorder. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*, 394-401.
- Aktay, M., & Sayar, G. H. (2021). Psikiyatrik Bozuklukların Psikososyal Yönü. *Kıbrıs Türk Psikiyatri ve Psikoloji Dergisi*, 48-55.
- Alemu, W. G., L. M., Due, C., Azale, T., & Ziersch, A. (2005). Predictors of internalised stigma among people with mental illness attending a psychiatry outpatient clinic in Ethiopia: Institution based cross sectional study. *PLOS ONE*.
- Alıcıküşu, A. H. (2009). *Şizofreni Hastalarının Psikiyatrik Tedavilere Olan Uyumu*. Gaziantep: Gaziantep Üniversitesi.
- Anthony, W., Cohen, M., Farkas, M., & Gagne, C. (2009). *Psychiatric Rehabilitation*. Boston: Boston University.
- Aşkın, P. D. (2019, 12 29). *Şizofreni*. Şizofreni: <http://rustemaskin.com/sizofreni/> adresinden alındı
- Avcil, C., Bulut, H., & Sayar, G. H. (2016). Psikiyatrik Hastalıklar ve Damgalama. *Üsküdar Üniversitesi Sosyal bilimler dergisi*, 2(2), 175-202.
- Aydın, K. (2021). *Şizofreni ve Bipolar bozukluğu olan Kişilerde işlevselliğin değerlendirilmesi ve işlevselliği etkileyen faktörlerin belirlenmesi*. İstanbul: İstanbul Kent Üniversitesi.
- Bademli, K., & Duman, Z. Ç. (2013). Şizofreni Hastalarının Bakım Verenleri. *Psikiyatride güncel yaklaşımlar*, 461-478.
- Bahar, G., & Savaş, H. (2013). Ruh Sağlığı Çalışmalarında Sosyal Hizmet Mesleğinin Rolü. *Yeni Symposium*, 83-90.
- Baysal, G. Ö. (2013). Damgalanma ve Ruh Sağlığı. *Arşiv kaynak tarama dergisi*, 239-251.

- Bekiroğlu, S. (2020). Ruhsal Hastalığa Sahip Bireylere Yönelik Damgalama: Etkileyen Faktörlere ve Bireyler Üzerindeki Etkilerine Dair Kavramsal Bir Çalışma . *Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*, 597.
- Bekiroğlu, S., & Demiröz, F. (2020). Toplum Ruh Sağlığı Merkezinden Hizmet Alan Ağır Ruhsal Hastalığa Sahip Bireylerin Sosyal İşlevselliklerinin İncelenmesi. *Toplum Ve Sosyal Hizmet*, 31(3), 1053-1079.
- Bekiroğlu, S., & Özden, S. A. (2021). Türkiye’de Ağır Ruhsal Hastalığa Sahip Bireylere ve Ailelerine yönelik psikososyal müdahaleler- sistematik bir inceleme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 52-76.
- Black, D. W., & Grant, J. E. (2014). *DSM-5™ Guidebook: The Essential Companion To The Diagnostic and Statistical Manual Of Mental Disorders*. American Psychiatric Pub.
- Bourgeois, M.-L. (2016). *Schizophrenia*. Oxford: Oxford University.
- Bozan, M. (2019). *Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde Hizmet Alanların İçselleştirilmiş Damgalanma ve Sosyal İşlevsellik Durumlarının İncelenmesi; Eskişehir Örneği*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Bozkurt, A. N. (2024). *Major Depresif Bozukluk Tanılı Hastaların Toplum Entegrasyonunun Sağlıklı Kontrollerle Karşılaştırılması* . Ankara: Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi.
- Brohan, E., Elgie, R., Sartorius, N., Thornicroft, G., & Group, G.-E. S. (2010). Self-stigma, empowerment and perceived discrimination in schizophrenia and depression. *Schizophrenia Research*, 75-81.
- Cabral, J., Carvalho, C. B., Motta, C. d., & Sousa, M. (2018). Validation of the community integration scale for adult with psychiatric disorders (CIS-APP-34). *Community Mental Health Journal*, 673-681.
- Candansayar, S., & Çoşar, B. (2001). Kültürlerarası Psikiyatri Açısından Ruh Hastalığı. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Dergisi*, 21-22.
- Ceylan, H., & Demirli, Y. (2025). Bipolar Bozukluk ve Şizofreni (Ağır Psikiyatrik Bozukluk) Konularında Hazırlanmış Lisansüstü Tezlerin İçerik Analizi. *International Aegean Conferences*, (s. 38-57). İzmir.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale: 2. baskı (2nd ed.).
- Corrigan, P. W., Watson, A. C., & Barr, L. (2006). The self-stigma of mental illness: Implications for self-esteem and self-efficacy. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 875–884.
- Cölgeçen, Y. (2018). Psikiyatrik Sosyal Hizmet ve Hastane - Toplum Ruh Sağlığı Merkezi Uygulamaları Manisa ili örneği. *Yalova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Doktora Tezi*, 46.
- Çağlar, A. (2018). *Şizofreni Tanısı Alan Bireylerin Algıladıkları Duygu Dışavurumu İle İçselleştirilmiş Damgalanma Arasındaki İlişki*. İstanbul: Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

- Çalışkan, H. B. (2020). *Şizofreni ve bipolar bozukluk tanısı alan bireylerde içselleştirilmiş damgalanma ve algılanan sosyal destek arasındaki ilişki*. Klinik Psikoloji. İstanbul: Üsküdar Üniversitesi.
- Çam, O., & Bilge, A. (2013). Türkiye’de Ruhsal Hastalığa / Hastaya Yönelik İnanç, Tutum ve Damgalama Süreci: Sistematiik Derleme. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 91-101.
- Çam, O., & Çuhadar, D. (2011). Ruhsal hastalıklarda damgalama ile mücadele: Hemşirelerin rolü. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 224-232.
- Çam, O., & Yalçın, N. (2018). Ruhsal Hastalık ve iyileşme. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 55-60.
- Çamur, G., & Küçükbükcü, R. A. (2021). Psikiyatrik Sosyal Hizmet Amaçları-Roller Sorumlulukları. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*, 463-476.
- Çelebi, E. (2022). *Osmanlı Devleti’nde Akli Yetersizlik ve Ruh Sağlığı Tedavi Usulleri Üzerine Bir İnceleme*. Afyonkarahisar.
- Çetinkaya, S. (2020). *Bipolar bozukluğu olan hastalarda içselleştirilmiş damgalanma, öz-şefkat ve psikolojik dayanıklılık arasındaki ilişkinin incelenmesi*. Klinik Psikoloji. İstanbul: İstanbul Arel Üniversitesi.
- Danacı, A. E., Böke, Ö., Saka, M. C., Erol, A., & Kaymak, S. U. (2018). *Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar- Temel Kitap*. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları.
- Demir, B. (2015). *İki Uçlu Bozukluk Manik Dönem Hastalarında Oksidatif Metabolizma ve Ürotensin II Seviyeleri*. Gaziantep: Gaziantep Üniversitesi.
- Demir, M. M. (2023). *Eleştirel sosyal hizmet çerçevesinde şizofreni tanılı kişilerin ve yakınlarının damgalanma deneyimleri: Zonguldak örneği*. Sosyal hizmet. Ankara: Hacettepe Üniversitesi.
- Dikeç, G., Gümüş, F., & Atlı, A. (2020). Ebeveynlerin ruhsal hastalıklarda içselleştirilmiş damgalanma ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Derg*, 31, 269-79.
- Doğanavşargıl, Ö. (2009). *Şizofreni ve Depresyonda İçselleştirilmiş Damgalanma ve*. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Drapalski, A. L., Lucksted, A., Perrin, P. B., Aakre, J. M., Brown, C. H., DeForge, B. R., & Boyd, J. E. (2013). A model of internalized stigma and its effects on people with mental illness. *Psychiatric Services*, 264-269.
- Erdoğan, B. A. (2021). *Bipolar Bozukluk Tanılı Hastalarda İçselleştirilmiş Damgalanmanın Başa Çıkma Düzeyi ve İşlevsellikle ilişkisinin incelenmesi*. samsun: Ondokuz Mayıs Üniversitesi.
- Ersoy, D. M., & Varan, D. A. (2007). Ruhsal hastalıklarda içselleştirilmiş damgalanma ölçeği Türkçe formu’nun güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 163-171.
- Gençtan, E. (1999). *Psikodinamik Psikiyatri ve Normal Dışı Davranışlar*. İstanbul: Remzi Ktapev.

- Gençtan, E. (2003). *Afektif Bozukluklar, Psikodinamik Psikiyatri ve Normaldışı Davranışlar içinde*. İstanbul: Metis Yayınları.
- George, D., & Mallery, P. (2010). *SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference, 17.0 update*. 10. baskı (10th ed.): Pearson.
- Ghaemi, S. N. (2013). “Bipolar bozukluk” terimi ise ilk kez 1966 yılında Perris tarafından literatüre kazandırılmıştır. *Psychiatry Investig*, 218-224.
- Gitterman, A., & Germain, C. (1980). *The life model of social work practice*. New York: Columbia University Press.
- Goffman, E. (1964). Damga. *Heretik Yayıncılık*, 174-175.
- Goldney, R. D. (2012). From Mania and Melancholia To The Bipolar Disorders Spectrum: a Brief History Of Controversy. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 306-312.
- Golightley, M. (2008). *Social Work and Mental Health*. Learning Matters Ltd.
- Goodwin, F. K., & Jamison, K. R. (2007). *Manic-Depressive Illness: Bipolar Disorders and Recurrent Depression*. New York: Oxford University Press.
- Güleç, V. (2023). *Bipolar Bozuklukta Çift Uyumu, İçselleştirilmiş Damgalanma Psikolojik Katılık ve Oyunsallık Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*. İstanbul: T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi.
- Gürbüz, Z. B. (2024). *Remisyonadaki şizofreni hastalarının obsesif-kompulsif belirtileri, kişilik inançları ve toplumsal işlevsellikleri bakımından incelenmesi* . Klinik Psikoloji. İstanbul: Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi.
- İngeç, C. (2018). Şizofreni Hastalarında Çocukluk Çağı travmasının şizofreni hastalık başlangıç yaşına etkisi . 1.
- Işık, E. (2006). *Güncel Şizofreni*. Ankara: G.M. Matbaacılık ve Ticaret A.Ş.
- Kaki, Z. (2023). *Bipolar Bozukluk Tanısı Olan Bireylerde Dans Temelli Çalışmanın İşlevsellik, Kaygı Düzeyleri ve Başa Çıkma Tutumlarına Etkisi*. Klinik Psikoloji. İstanbul: İstanbul Nişantaşı Üniversitesi.
- Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (2004). *Klinik Psikiyatri*. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri.
- Karamustafalıoğlu, O. (2018). *Temel ve Klinik Psikiyatri*. Ankara: Güneş Tıp Kitapevleri.
- Kaya, R. (2024). *Ruhsal Hastalığı Olan Kişilere yönelik İnanç ve Önyargıların Damgalama Üzerine Etkisi*. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa .
- Kayahan, S. T., & Vahip, S. (2024). Internalized Stigma Among Individuals With Bipolar Disorder: Associations With Sociodemographic and Clinical Characteristics From a Specialized Affective Disorders Unit. *European Psychiatry*, 79.
- Khan, N., Kausar, R., Khalid, A., & Farooq, A. (2015). Gender differences among discrimination & stigma experienced by depressive patients in Pakistan. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 1432-1436.

- Kısa, C., Yıldırım, S. G., & Göka, E. (2005). Ataklık ve Ruhsal Bozukluklar. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 46-54.
- Koçak, Z. (2018). *Şizofreni hastalarında damgalanma ve yaşam kalitelerinin araştırılması Esenyurt TOplum Ruh Sağlığı Merkezi Örneği*. Sakarya: Sakarya Üniversitesi.
- Köroğlu, E. (2010). *Umut kapısı psikiyatri, hastalar, danışanlar ve yakınları için psikiyatri el kitabı*.
- Köroğlu, P. D. (2014). *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Kurnaz, G. (2019). *Şizofreni ve İki Uçlu Bozukluk Hastalarında İçselleştirilmiş Damgalanma ve Yaşam Kalitesi*. Gaziantep: Gaziantep Üniversitesi.
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annual review of Sociology*, 363-385.
- Livingston, J. D., & Boyd, J. E. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine*, 2150–2161.
- Marwaha, S., & Johnson, S. (2004). Schizophrenia and employment. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 337-349.
- Mashiach-Eizenberg, M., Hasson-Ohayon, I., Yanos, P. T., Lysaker, P. H., & Roe, D. (2013). Internalized stigma and quality of life among persons with severe mental illness: The mediating roles of self-esteem and hope. *Psychiatry research*, 15-20.
- Mason, B. L., Brown, E. S., & Croarkin, P. E. (2016). Historical Underpinnings of Bipolar Disorder Diagnostic Criteria. *Behav Sci (Basel)*, 14.
- Mete, S. (2018). Şizofreni ve Tarihsel Gelişimi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 45-52.
- Metin, Y. (2023). *Bipolar Bozukluk I ve II'de Sigara ve Madde Kullanımının Karşılaştırılması*. İstanbul: Sağlık Bilimleri Üniversitesi.
- NASW. (2005). *NASW standards for clinical social work in social work practice*. National Association of Social Workers. NASW.
- NASW. (2011). Washington: National Association of Social Worker Press.
- Nişancı, A. (2019). Ruh Sağlığı Alanında İyileşme Yaklaşımı ve Psikiyatrik Sosyal Hizmet. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 231-259.
- Oral, M., & Tuncay, T. (2012). Ruh sağlığı Alanında Sosyal Hizmetler Uzmanlarının Rolü ve Geleceği. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 93-114.
- Oran, N. T., & Şenuzun, F. (2008). Toplumda kırılması gereken bir zincir: HIV/AIDS stigmatı ve baş etme stratejileri. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 1-16.
- Özcan, S., Tamam, L., & Soydan, A. (2012). Bipolar bozukluk ve transseksüalite: İki olgu sunumu. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 13 (4).

- Özdemir, E. (2019). Psikiyatrik Hastalıklara Tarihsel Yaklaşım. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Dergisi*, 30-39.
- Özdoğan, B. (2024). *işilerarası grup psikoterapisinin şizofreni tanılı bireylerin aile üyelerinin algılanan sosyal destek, yaşam kalitesi, damgalama, tükenmişlik, depresyon ve anksiyete düzeyleri üzerine etkisi*. İstanbul: Üsküdar Üniversitesi.
- Özmen, E., Ögel, K., Sağduyu, A., Tamar, D., Boratav, C., & Eker, T. (2003). Psikiyatri dışı uzman hekimlerin ruhsal bozukluklar konusunda bilgi ve tutumları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 5-12.
- Öztürk, O., & Uluşahin, A. (2008). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. Ankara: Tuna Matbaacılık.
- Payne, M. (1991). *Modern Social Work Teory: A Critical Introduction*. New York.
- Picco, L., Pang, S., Lau, Y. W., Jeyagurunathan, A., Satghare, P., Abdin, E., . . . Subramaniam, M. (2016). Internalized stigma among psychiatric outpatients: Associations with quality of life, functioning, hope and self-esteem. *Psychiatry Research*, 500-506.
- Polat, P. (2010). Şizofreni: Tarihsel Süreç ve Sınıflandırmalar. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 215-223.
- Reeves, W. C., Strine, T. W., Pratt, L. A., Thompson, W., Ahluwalia, I., Dhingra, S. S., . . . Safran, M. A. (2011). Mental Illness Surveillance among. 1-32.
- Ren, Z., Wang, H., Feng, B., Gu, C., Ma, Y., Chen, H., . . . Liu, L. (2016). An exploratory cross-sectional study on the impact of education on perception of stigma by Chinese patients with schizophrenia. *BMC health services research*, 2010.
- Ritsher, J. B., Otilingam, P. G., & Grajales, M. (2003). Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Research*, 31-49.
- Sağlık Bakanlığı. (2011). *Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge*. Ankara: Sağlık Bakanlığı.
- Sarıkoç, G., & Öz, F. (2016). The Effects and Stigma of Mental Illness in Turkey. *Community Mental Health Journal*, 353-360.
- Sartorius, N. (2002). Iatrogenic stigma of mental illness: Begins with behaviour and attitudes of medical professionals, especially psychiatrists. *BMJ*, 324, 1470-1471.
- Sartorius, N. (2006). Lessons from a 10-year global programme against stigma and discrimination because of illness. *Sağlık ve Tıp*, 383-388.
- Savaşçı, E. (2023). *Hekime Güven Kısıtlanmış Özgürlük ve İçselleştirilmiş Damgalanma Çerçevesinde Psikiyatri Hastalarının Tedaviye Devam Durumlarının Değerlendirilmesi*. Muş: Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Sevinik, H., & Arslan, F. T. (2020). Şizofreni hastalarında içselleştirilmiş damgalanma ve sosyal işlevsellik düzeyinin belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 173-180.
- Soygur, H., & Özalp, E. (2005). Şizofreni ve Damgalanma Sorunu. *Türkiye Klinikleri Journal of Internal Medical Sciences*, 74-80.

- Stuart, H. (2006). Media portrayal of mental illness and its treatments: what effect does it have on people with mental illness. *CNS Drugs*, 99-106.
- Summakoglu, D., & Ertugrul, B. (2018). Şizofreni ve Tedavisi. *Lectio Scientific*, 43-61.
- Szcześniak, D., Kobyłko, A., Wojciechowska, I., Kłapciński, M., & Rymaszewska, J. (2018). internalized stigma and its correlates among patients with severe mental illness. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 2099-2608.
- Taşkın, O. (2007). İçselleştirilmiş Damga ve Damgalanma Algısı. *Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumlar ve Damgalama 1*, 31-40.
- Tel, H., & Pınar, Ş. E. (2012). Ayaktan İzlenen Psikiyatri Hastalarında İçselleştirilmiş. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemşireleri Derneği*, 3 (2).
- Thornicroft, G., Brohan, E., Rose, D., Sartorius, N., & Leese, M. (2009). Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey. *The Lancet*, 408-415.
- Tlbury, D. (2002). *Working with mental illness a community-based approach*. Malezya.
- Townley, & Kloos. (2009). Development of a measure of sense of community for individuals with serious mental illness residing in community settings. *Journal of community psychology*, 362-380.
- Tuncay, T., & Şeker, A. (2022). *Psikiyatrik Sosyal Hizmet*. Ankara: Atlas Akademik Basım Yayın Dağıtım.
- Turuç, S. (2021). *Şizofreni tanılı bireylerde içselleştirilmiş damgalanma ve aktivite performansı ilişkisi*. Ergoterapi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi.
- Uluhan, B. (2024). *Ruhsal Hastalığı Olan Bireylerde İçselleştirilmiş Damgalanmanın Benlik Saygısı ve Stresle Baş Etme Tarzlarına Etkisi*. Tokat: Gaziosmanpaşa Üniversitesi .
- Uzunsoy, A. (2023). Antik Dönemden Modern Döneme Şizofreni Tanımlamaları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 145-155.
- Vural, F. (2020). *Bipolar bozukluk ve şizofreni hastalarının sosyal hizmet perspektifinden değerlendirilmesi: Kütahya ili örneği*. Sosyal Hizmetler. Uşak: Uşak Üniversitesi.
- WHO. (2005). *Promoting mental health concepts, emerging evidence, practice*. Switzerland: WHO.
- WHO. (2012). Risks to mental health: An overview of vulnerabilities and risk factors. Background paper by WHO secretariat for the development of a comprehensive mental health action plan. *World Health Organization*.
- WHO. (2013). Mental health action plan 2013–2020.
- Yanos, P., Lucksted, A., Drapalski, A. L., Roe, D., & Lysaker, P. (2015). Interventions targeting mental health self-stigma: A review and comparison. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 171-178.

- Yazıhan, N., Doruk, A., Balıkçı, A., & Erdem, M. (2015). İki Uçlu Bozukluk Manik ve İyileşme Dönemlerindeki Bilişsel İşlevler: Bir İzlem Çalışması. *Journal of Mood Disorders*, 5(2):62-8.
- Yeloğlu, Ç. H., & Hocaoglu, Ç. (2017). Önemli Bir Ruh Sağlığı Sorunu: Bipolar Bozukluk. *Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi*, 41-54.
- Yıldırım, C. (2013). *İki Uçlu Duygu Durum Bozukluğu Manik Dönem Cinsiyet Farklılıkları*. İstanbul: Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi.
- Yıldız, M. (2009). Ciddi Ruhsal Hastalıklarda Ruhsal Toplumsal Tedaviler . *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics*, 52-6.
- Yılmaz, M., & Cüceler, S. (2019). Alkol Bağımlılığı ve Damgalanma. *Bağımlılık Dergisi*, 167-174.
- Zorlu, S. (2020). *DSM-I'den DSM-V'e*. <https://sevilayzorlu.com/sizofreni-dsm-iden-dsm-ve/adresinden-alindi>

EKLER

Ek-1 Etik Kurul İzin Kararı

T.C.
YALOVA ÜNİVERSİTESİ
ETİK KURULLAR KOORDİNATÖRLÜĞÜ

PROTOKOL NO: 2024/29

ARAŞTIRMA BAŞLIĞI	Psikiyatrik Bozukluğu Olan Bireylerde İçselleştirilmiş Damgalanmanın Sosyal Entegrasyon Üzerine Etkisi
ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	1-Yüksek Lisans Tez Çalışması 2-Nitel Araştırma
ARAŞTIRMACILAR	1-Sorumlu Araştırmacı : Yakup DEMİRLİ 2-Yardımcı Araştırmacı : Doç. Dr. Harun CEYLAN
ETİK KURUL TÜRÜ	SOSYAL VE BEŞERİ BİLİMLER BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
KARAR	Etik Onay Verilmesine Karar Verildi.



Prof. Dr. İsa KARAMAN
ETİK KURULLAR KOORDİNATÖRÜ

TARİH
14.03.2024

Ek-2 Kurum izin Belgesi

T.C. İSTANBUL VALİLİĞİ İİ. SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruhu Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi	
EĞİTİM PLANLAMA KURULU (EPK) KARARI FORMU	
KOD: EY.FR.0020	YAYIN TARİHİ: 02.10.2023
REVİZYON NO: 00	REVİZYON TARİHİ: 0
SAYFA NO: 1/1	

Toplantının Tarihi ve Saati	12.06.2024 14.30		
Toplantının Yeri	Başhekimlik Binası Toplantı Salonu	Protokol No: 992	
Toplantının Sekreteryası	Hayel ENGİN	İmzası	

EĞİTİM PLANLAMA KURULU KARARI (E.P.K)

İlgi : 10.05.2024 tarih ve 243451704 sayılı dilekçe.

Hastanemizin Eğitim Planlama Kurulu (E.P.K) Başkanı Başhekim Doç. Dr. Mustafa Nuray NAMLI, Hastane Eğitim Koordinatörü Prof. Dr. Nesrin KARAMUSTAFALIOĞLU, Prof. Dr. Erhan EMEL, Prof. Dr. H. Dilek ATAĞLI ve Prof. Dr. Gül KARAÇETİN'in değerlendirmeleri neticesinde;

Hastanemizin Psikiyatri Kliniğinde Sosyal Çalışmacı olarak görevli yapmakta olan Yakup DEMİRLİ ve Yalova Üniversitesi'nde görevli Doç. Dr. Harun CEYLAN tarafından ortak yürütülmesi planlanan "Ağır Psikiyatrik Bozukluğu Olan Bireylerde İçselleştirilmiş Damgalanmanın Sosyal Entegrasyon Üzerine Etkisi" başlıklı Yalova Üniversitesi Etik Kurullar Koordinatörlüğü tarafından 2024/29 protokol numarası ile onay alan araştırmayı hastanemizde uygulama talepleri oy birliği ile uygun görülmüştür.

KATILIMCILAR					
Adı Soyadı - Unvanı	Görevi	EPK Görevi	Karar	Katılım	İmza
Doç. Dr. Mustafa Nuray NAMLI	Başhekim Psikiyatri Kliniği Eğitim ve İdari Sorumlusu	Başkan	Onay	☒ Evet ☐ Hayır	
Prof. Dr. Nesrin KARAMUSTAFALIOĞLU	SUAM Eğitim Koordinatörü	Üye	Onay	☒ Evet ☐ Hayır	
Prof. Dr. Erhan EMEL	Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği Eğitim ve İdari Sorumlusu	Üye	Onay	☒ Evet ☐ Hayır	
Prof. Dr. H. Dilek ATAĞLI	Nöroloji Kliniği Eğitim Sorumlusu	Üye	Onay	☒ Evet ☐ Hayır	
Prof. Dr. Gül KARAÇETİN	Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği Eğitim ve İdari Sorumlusu	Üye	Onay	☒ Evet ☐ Hayır	

Ek-3 Kişisel Bilgi Formu

Kişisel Bilgi Formu

1-PSİKİYATRİK TANINIZ NEDİR?

ŞİZOFRENİ

BİPOLAR BOZUKLUK

DİĞER:

2-YAŞINIZ?

18-30

31-43

44-55

56-65

65+

3-CİNSİYETİNİZ?

KADIN ERKEK

4-MEDENİ DURUMUNUZ?

EVLİ BEKAR

5-YAŞADIĞINIZ YER?

ŞEHİR MERKEZİ

KÖY

KASABA

6-EĞİTİM DURUMUNUZ?

Okur-yazar

İlköğretim

Lise

Lisans

Yüksek lisans

Diğer:

7-ÇALIŞMA DURUMUNUZ?

ÇALIŞIYOR

ÇALIŞMIYOR

ÖĞRENCİ

8- HANEDE KİŞİ BAŞINA NE KADAR GELİR DÜŞÜYÖR?

0-10.000

10.000-20.000

20.000 ve üstü

Ek-4 Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma ölçeği (İRHDÖ)

İRHDÖ

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

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

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

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

,

	Kesinlikle aynı fikirde değilim	Aynı fikirde değilim	Aynı fikirdeyim	Kesinlikle aynı fikirdeyim
15. Sırf ruhsal hastalığımın dolayısı ile insanlar bana sık sık ne yapmam gerektiğini söyleyip, sanki çocukmuşum gibi davranırlar.	1	2	3	4
16. Ruhsal hastalığım olduğum için kendimden memnun değilim.	1	2	3	4
17. Ruhsal hastalığımın olması hayatımı berbat etti.	1	2	3	4
18. İnsanlar görüşümünden ruhsal bir hastalığım olduğumu anlayabilirler.	1	2	3	4
19. Ruhsal hastalığımın dolayısı ile benimle ilgili çoğu kararı başkalarının vermesine ihtiyaç duyarım.	1	2	3	4
20. Ailemi ve arkadaşlarımı utandırmamak için sosyal ortamlardan uzak dururum.	1	2	3	4
21. Ruhsal hastalığı olmayanların beni anlamaları mümkün değildir.	1	2	3	4
22. Sırf ruhsal hastalığım olduğum için insanlar beni göz ardı eder ya da pek ciddiye almazlar.	1	2	3	4
23. Ruhsal hastalığım olduğum için topluma hiçbir katkı olamaz.	1	2	3	4
24. Ruhsal bir hastalıkla yaşamak beni mücadeleci bir insan yaptı.	1	2	3	4
25. Ruhsal bir hastalığım olduğum için kimse bana yaklaşmak istemez.	1	2	3	4
26. Genel olarak, hayatı istediğim şekilde yaşayabiliyorum.	1	2	3	4
27. Ruhsal hastalığıma rağmen, iyi ve dolu dolu yaşadığım bir hayatım var.	1	2	3	4
28. İnsanlar ruhsal bir hastalığım olduğum için hayatta fazla başarılı olamayacağımı düşünüyorlar.	1	2	3	4
29. Akıl hastalarıyla ilgili olumsuz yaygın inanışlar benim durumum dikkate alındığında hiç de yanlış sayılmaz.	1	2	3	4

Ek-5 Psikiyatrik Bozukluğu Olan Yetişkinler için Toplum Entegrasyonu Ölçeği

EK II. PSİKİYATRİK BOZUKLUKLUĞU OLAN YETİŞKİNLER İÇİN TOPLUM ENTEGRASYONU ÖLÇEĞİ

0	1	2	3	4
Herhangi bir fikrim yok	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1. Zamanımın bir kısmını ev dışında geçiririm.				0 1 2 3 4
2. Komşularımın çoğunu tanırım.				0 1 2 3 4
3. Komşularım dışında pek çok insan tanırım.				0 1 2 3 4
4. İçinde yaşadığım topluma ait olduğumu hissediyorum.				0 1 2 3 4
5. Yakınımda olmayan birisiyle konuşmak istediğimde o kişiye kendim herhangi bir kimsenin yardımı olmadan ulaşırım.				0 1 2 3 4
6. Yürüyüş yapma, kafeye gitme, alışveriş yapma, gösteri ya da oyun izleme veya diğer rahatlatıcı aktiviteler için evden çıkarım.				0 1 2 3 4
7. Komşularımın çoğu beni tanır.				0 1 2 3 4
8. Komşularım dışında pek çok insan beni tanır.				0 1 2 3 4
9. Bir problemim olduğunda toplum içerisindeki insanlardan yardım isterim.				0 1 2 3 4
10. Gitmek istediğim yerlere yürüyerek, kendi aracımla, otobüsle ya da taksiyle yalnız giderim.				0 1 2 3 4
11. Sosyal hizmet merkezlerine, kliniklere, eczaneye, sağlık merkezi/hastane ya da bu gibi diğer yerlere yalnız giderim.				0 1 2 3 4
12. Konuştuğum çok sayıda insan var.				0 1 2 3 4
13. Arkadaşı olduğum çok sayıda insan var.				0 1 2 3 4
14. İhtiyaç duyduğumda toplum içerisindeki insanların yardımına güvenebileceğimi bilirim.				0 1 2 3 4
15. Yemek yapma, çamaşır yıkama, ev temizleme ve benzeri ev işlerini yaparım.				0 1 2 3 4
16. Toplumdaki organizasyonlara (dini gruplar, spor takımları, izcilik, müzik toplulukları ve diğerleri) aktif olarak katılırım.				0 1 2 3 4

17. İlişkimin olduğu insanlardan bir kaç ı ruh sağlığı merkezlerinde yaşamaktadır.	0	1	2	3	4
18. Çevremdeki insanlar ihtiyaç duyduklarında benden yardım isterler.	0	1	2	3	4
19. Paramı genelde kendi başına yönetirim, faturalarımı ödemek benim sorumluluğumdur.	0	1	2	3	4
20. Evden kendi isteğimle ıkarım.	0	1	2	3	4
21. Cinsiyet, yaş, eğitim durumu, ekonomik durum ve benzeri koşullar açısından çok farklı insanlarla ilişki içerisindeyim.	0	1	2	3	4
22. Çevremdeki insanlar ihtiyaç duyduklarında bana gvenebileceklerini bilirler.	0	1	2	3	4
23. İlaçlarımı ben ilgilenirim ve onları doğru zamanda ve doğru dozlarda alırım.	0	1	2	3	4
24. Gerektiğinde toplumun bana sunduğu hizmet ve kaynaklardan faydalanırım (iş bulma kurumu, belediye meclisi, halk meclisi vb.)	0	1	2	3	4
25. İlişki kurduğum insanlara güvenirim	0	1	2	3	4
26. İlişki kurduğum insanların desteğini hissederim.	0	1	2	3	4
27. Çevremdeki insanlara duygusal bağlılık ya da yakınlık hissederim.	0	1	2	3	4
28. Hayatımla ilgili kararları almakta özgürüm.	0	1	2	3	4
29. Gerektiğinde çeşitli durumlarla ilgili olarak banka, postane, süpermarket ve benzeri halka açık yerlere başvururum.	0	1	2	3	4
30. İlişki kurduğum insanlar benim için önemlidir.	0	1	2	3	4
31. Toplum içerisindeki insanlar fikir ve görüşlerimi dikkate alırlar.	0	1	2	3	4
32. Ekonomik açıdan bağımsız bir bireyim.	0	1	2	3	4
33. Toplum içerisinde gönüllü çalışmalar yürütür, bir parti ya da etkinlik planlanıyorsa hazırlık sürecinde yardımcı olur, dini eğitimler verir, buluşmalara ya da bu gibi diğer aktivitelere katılırım.	0	1	2	3	4
34. İlişkide bulunduğum insanların bir kaçı psikiyatriste gider.	0	1	2	3	4

Ek-6 Ölçek İzinleri



Yakup Demirli

Alıcı:

14 Oca 2024 Paz 23:14



Merhabalar hocam, Ben Yalova Üniversitesi Sosyal Hizmet yüksek lisans öğrencisi Yakup Demirli. Yüksek lisans tezi olarak Doç. Dr. Harun Ceylan danışmanlığında " Psikiyatri hastalarında içselleştirilmiş damgalanma düzeyinin sosyal entegrasyon üzerine etkisi" konulu bir çalışma yapmak istiyorum. Bu çalışma için sizin ölçeğiniz olan; Psikiyatrik bozukluğu olan yetişkinler için toplum entegrasyon ölçeğini izniniz olursa kullanmak istiyorum. Şimdiden teşekkür ederim. Saygılarımla



Eda ATAY

Alıcı: ben

15 Oca 2024 Pzt 09:41



Merhaba,
Araştırmamız kapsamında ölçeği kullanmanızdan memnuniyet duyuyorum. Araştırma sürecinde ölçek ile ilgili herhangi bir sorunuz olursa iletişime geçebiliriz. İyi çalışmalar dilerim.

Yakup Demirli - 14 Oca 2024 Paz, 23:14 tarihinde şunu yazdı:

← Kime **Mehmet Akif Ersoy** X

Cc Bcc

Mehmet Akif Ersoy - 14 Oca 2024 Paz, 23:52 tarihinde şunu yazdı:

Selam,
ölçek ekte
kolay gelsin

Yakup Demirli 14 Oca 2024 Paz, 23:10 tarihinde şunu yazdı:

Merhabalar hocam, Ben Yalova Üniversitesi Sosyal Hizmet yüksek lisans öğrencisi Yakup Demirli. Yüksek lisans tezi olarak Doç. Dr. Harun Ceylan danışmanlığında " Psikiyatri hastalarında içselleştirilmiş damgalanma düzeyinin sosyal entegrasyon üzerine etkisi" konulu bir çalışma yapmak istiyorum. Bu çalışma için sizin ölçeğiniz olan; Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeğini izniniz olursa kullanmak istiyorum. Şimdiden teşekkür ederim. Saygılarımla

--
Prof. Dr. Mehmet Akif ERSOY

ÖZGEÇMİŞ

İlköğretimini Erzurum’da Pehlivanlı ilköğretim okulunda tamamladıktan sonra orta öğrenimini Tekirdağ’da Kızılpınar Anadolu Lisesi’nde tamamladı. 2016 yılında başladığı İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Sosyal Hizmet Bölümünden 2020 yılında mezun oldu. 2022 yılından bu yana Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi’nde Sosyal Çalışmacı olarak çalışmaktadır.

TEZDEN TÜRETİLEN YAYIN VE ESERLER

Demirli, Y., & Ceylan, H. (2025). *Bipolar bozukluk ve şizofreni (ağır psikiyatrik bozukluk) konularında hazırlanmış lisansüstü tezlerin içerik analizi*. In *Proceedings of the 11th International Aegean Conference on Social Sciences & Humanities* (38–57). Aegean Conferences.