



T.C.
TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ BİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

RUHSAL HASTALIĞI OLAN BİREYLERDE
İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMANIN BENLİK
SAYGISI VE STRESLE BAŞ ETME TARZLARINA ETKİSİ

Hazırlayan
Burak ULUHAN

Hemşirelik Anabilim Dalı
Psikiyatri Hemşireliği Bilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi

Danışman
Doç. Dr. Medine KOÇ
TOKAT-2024

ETİK SÖZLEŞME

Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü tez yazım kılavuzuna uygun olarak, Doç. Dr. Medine Koç danışmanlığında hazırladığım **“Ruhsal Hastalığı Olan Bireylerde İçselleştirilmiş Damgalanmanın Benlik Saygısı ve Stresle Baş Etme Tarzlarına Etkisi”** başlıklı Yüksek Lisans Tezi, bilimsel etik ilke ve kurallara uygun şekilde hazırlanmıştır. Araştırmanın orijinal bir çalışma niteliğinde olduğunu ve bunun aksinin belirlenmesi hâlinde doğacak bütün hukukî yaptırım kararlarını kabul edeceğimi beyân ederim.

20/05/2024

Tez Yazarı

Burak ULUHAN

TEŞEKKÜR

Lisans ve yüksek lisans eğitimim boyunca tezimin her aşamasında bilgisini, zamanını, her anlamda desteğini esirgemeyen, mesleki tecrübesiyle bana yol gösteren, sabrı ve güler yüzüyle beni destekleyen çok kıymetli danışman hocam Medine KOÇ'a

Yüksek lisans eğitim sürecim boyunca desteklerini esirgemeyen Dr.Cevdet Aykan Ruh Sağlığı Hastanesindeki sevgili dostlarım Erkek-2 servisi ekibine,

Araştırmamıza katılan tüm katılımcılara,

Son olarak varlığını ve desteğini sürekli omuzlarımda hissetiren sevgili aileme ve her anımda yanımda olan, destekleyen, en kıymetlim biricik eşim Büşra ULUHAN'a tüm kalbimle teşekkürlerimi sunarım.

Dilerim bu çalışma birkaç satır yazı olmanın ötesine geçip insanların hayatlarına dokunabilir...

ÖZET

RUHSAL HASTALIĞI OLAN BİREYLERDE İÇSELLEŞTİRİLMİŞ

DAMGALANMANIN BENLİK SAYGISI VE STRESLE BAŞ ETME

TARZLARINA ETKİSİ

Uluhan, Burak

Yüksek Lisans Tezi, Hemşirelik Anabilim Dalı, Psikiyatri Hemşireliği Bilim Dalı

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Medine Koç

Mayıs, 2024 xii + 109 sayfa

Amaç: Bu araştırma, ruhsal hastalığı olan bireylerde içselleştirilmiş damgalanmanın benlik saygısı ve stresle baş etme tarzlarına etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Çalışma 15/12/2022 ile 15/06/2023 tarihleri arasında Tokat Dr. Cevdet Aykan Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi, Tokat Toplum Ruh Sağlığı Merkezi ve Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri klinik ve polikliniklerinden takip edilen bireylerde tanımlayıcı, kesitsel ve ilişki arayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmanın örneklemi dahil edilme kriterlerine uyan 352 birey oluşturmuştur. Verilerin elde edilmesi, araştırmacının konu ile ilgili kaynakları inceleyerek hazırladığı Kişisel Bilgi Formu, Ruhsal Hastalığın İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ), Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ) ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ) kullanılarak sağlanmıştır. Verilerin toplanması, araştırmaya gönüllü olarak katılmayı onaylayan bireylerle yapılan birebir görüşmelerle gerçekleştirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS Statistics 25.0 yazılımı tercih edilmiştir. İstatistiksel analizde rakam, oran, minimum, maksimum, medyan, aritmetik ortalama, standart sapma, t testi, One-Way ANOVA, Post-Hoc testleri ve Tamhane's, Pearson Korelasyon analizinden yararlanılmıştır. İstatistikî anlam seviyesi için $p<0,05$ kabul edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya katılan bireylerin %72,7'si erkek, %40,1'i 40 yaş ve üzeri, %52,4'ü bekar, %32,1'i lise mezunu, %42'sinin çocuk sahibi olduğu, %42'sinin gelirinin giderinden az olduğu, %63,1'inin şehir merkezinde yaşadığı ve %82,7'sinin ailesiyle yaşadığı belirlenmiştir. RHİDÖ toplam puan ortalaması $67,22\pm15,00$ ve alt boyutlarının puanları; Yabancılaşma Alt Boyut değeri ortalaması $13,89\pm4,53$, Kalıp

Yargıların Onaylanması Alt Boyut değer ortalaması $15,20 \pm 4,13$, Algılanan Ayrımcılık Alt Boyut değer ortalaması $11,65 \pm 3,61$, Sosyal Geri Çekilme Alt Boyut ortalama değeri $13,77 \pm 4,54$, Damgalanmaya Karşı Direnç Alt Boyut ortalama değeri $12,69 \pm 3,24$ olarak saptanmıştır. RBSÖ toplam puan ortalaması $2,26 \pm 0,57$ olarak belirlenmiştir. Katılımcıların SBTÖ Kendine Güvenli Yaklaşım Alt Boyut ortalama değerinin $2,83 \pm 0,80$, İyimser Yaklaşım Alt Boyut ortalama değerinin $2,78 \pm 0,73$, Çaresiz Yaklaşım Alt Boyut ortalama değerinin $2,52 \pm 0,66$, Boyun Eğici Yaklaşım Alt Boyut ortalama değerinin $2,27 \pm 0,60$, Sosyal Destek Arama Yaklaşımı Alt Boyut ortalama değerinin $2,25 \pm 0,87$ ve toplam puan ortalamasının $12,66 \pm 2,44$ olduğu belirlenmiştir. Buna göre, RHİDÖ ve tüm boyutlarının aldıkları ortalama değerler ile RBSÖ ortalama değeri arasında istatistikî açıdan anlamlılık taşıyan, pozitif yönde bir ilişki tespit edilmiştir ($p < 0,05$). RHİDÖ ve alt boyutlarının değerlerinin ortalamasının artmasıyla RBSÖ değerinin ortalamasının da arttığı görülmüştür. RHİDÖ ve SBTÖ puan ortalamaları arasında da istatistikî açıdan anlam taşıyan bir bağlantı bulunmuştur ($p < 0,05$). RHİDÖ ve alt boyutlarının ortalama değerleri ile SBTÖ'nün alt boyutlarından Kendine Güvenli Yaklaşım, İyimser Yaklaşım ve Sosyal Destek Arama Yaklaşımı boyutlarının ortalama değerleri arasındaki ilişki, istatistikî açıdan anlam taşıyan, zıt yönlü bir ilişkidir. RHİDÖ ve alt boyutlarının değerlerinin ortalamaları arttıkça, SBTÖ'nün Kendine Güvenli Yaklaşım, İyimser Yaklaşım ve Sosyal Destek Arayan Yaklaşım alt boyutlarının ortalama değerleri düşmektedir. RHİDÖ ve alt boyutlarının ortalama puanları ile SBTÖ'nün Çaresiz Yaklaşım alt boyutunun ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif bir ilişki vardır. RHİDÖ ve alt boyutlarının değerlerinin ortalamaları arttıkça, SBTÖ'nün Çaresiz Yaklaşım alt boyutunun ortalama değeri de artmaktadır.

Sonuç: Bu çalışmada ruhsal hastalığı olan bireylerin orta düzeyde içselleştirilmiş damgalanma yaşadığı ve bu durumun katılımcıların benlik saygısına ve stresle baş etme tarzlarına etkisinin olduğu belirlenmiştir. İçselleştirilmiş damgalama davranışı ve etkilediği benlik saygısı ile stres ilişkisinin nedensellik yönünden daha fazla ele alınmasına ve çözüm bulmaya yönelik yapılan yeni araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Ruhsal Hastalık, Damgalanma, İçselleştirilmiş Damgalanma, Benlik Saygısı, Stres, Stresle Baş Etme

ABSTRACT
THE EFFECT OF INTERNALIZED STIGMATIZATION
ON SELF-ESTEEM AND COPING STYLES WITH STRESS IN INDIVIDUALS
WITH MENTAL ILLNESS

Uluhan, Burak

Master Thesis, Department of Nursing, Science of Psychiatric Nursing

Thesis Advisor: Assos. Prof. Medine KOÇ

May, 2024 xii + 109 pages

Purpose: This study was conducted to determine the effect of internalized stigma on self-esteem and coping styles with stress in individuals with mental illness.

Method: The study was conducted between 15/12/2022 and 15/06/2023 as a descriptive, cross-sectional and correlational study among individuals followed up in Tokat Dr. Cevdet Aykan Mental Health and Diseases Hospital, Tokat Community Mental Health Center and Tokat Gaziosmanpaşa University Hospital Psychiatry clinics and outpatient clinics. The study sample consisted of 352 individuals who met the inclusion criteria. Data collection was achieved using a Personal Information Form prepared by the researcher after reviewing relevant sources, along with the Internalized Stigma of Mental Illness Scale (ISMIS), Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES), and Coping Styles with Stress Scale (CSSS). Data were collected through one-on-one interviews with individuals who voluntarily agreed to participate in the study. SPSS Statistics 25.0 software was preferred for data analysis. Statistical analysis included descriptive statistics such as numbers, percentages, minimum, maximum, median, mean, and standard deviation, as well as t-test, One-Way ANOVA, Post-Hoc tests, Tamhane's, and Pearson correlation analysis. A significance level of $p < 0.05$ was accepted for statistical significance.

Findings: Of the participants in the study, 72.7% were male, 40.1% were aged 40 and above, 52.4% were single, 32.1% had a high school diploma, 42% were parents, 42% had income lower than their expenses, 63.1% lived in urban areas, and 82.7% lived with

their families. The mean total score of the ISMIS was found to be 67.22 ± 15.00 , and the scores of its sub-dimensions were as follows: Alienation Sub-Dimension mean score was 13.89 ± 4.53 , Stereotype Endorsement Sub-Dimension mean score was 15.20 ± 4.13 , Perceived Discrimination Sub-Dimension mean score was 11.65 ± 3.61 , Social Withdrawal Sub-Dimension mean score was 13.77 ± 4.54 , and Resistance Against Stigma Sub-Dimension mean score was 12.69 ± 3.24 . The mean total score of the RSES was determined to be 2.26 ± 0.57 . The mean scores of the participants' CSSS sub-dimensions were as follows: Self-Confidence Approach Sub-Dimension mean score was 2.83 ± 0.80 , Optimistic Approach Sub-Dimension mean score was 2.78 ± 0.73 , Helpless Approach Sub-Dimension mean score was 2.52 ± 0.66 , Resigned Approach Sub-Dimension mean score was 2.27 ± 0.60 , Social Support Seeking Approach Sub-Dimension mean score was 2.25 ± 0.87 , and the total mean score was 12.66 ± 2.44 . Accordingly, a statistically significant, direct relationship was found between the mean values of RHIDÖ and all its dimensions and the mean value of RBSÖ ($p < 0.05$). It was observed that as the mean scores of the ISMIS and its sub-dimensions increased, the mean score of the RSES also increased. There was also a statistically significant relationship between the mean scores of the ISMIS and CSSS ($p < 0.05$). The relationship between the mean scores of the ISMIS and its sub-dimensions and the mean scores of the Self-Confidence Approach, Optimistic Approach, and Social Support Seeking Approach sub-dimensions of the CSSS was found to be statistically significant and negatively correlated. As the mean scores of the ISMIS and its sub-dimensions increased, the mean scores of the Self-Confidence Approach, Optimistic Approach, and Social Support Seeking Approach sub-dimensions of the CSSS decreased. A statistically significant and positive relationship was found between the mean scores of ISMIS and its sub-dimensions and the mean scores of the Helpless Approach sub-dimension of CSSS. As the mean scores of the ISMIS and its sub-dimensions increased, the mean score of the Helpless Approach sub-dimension of the CSSS also increased.

Conclusion: In this study, it was determined that individuals with mental illness experience a moderate level of internalized stigma, and this condition has an impact on participants' self-esteem and coping strategies with stress. More research is needed to

further examine internalized stigmatizing behavior and the relationship between self-esteem and stress in terms of causality and to find solutions.

Keywords: Mental Illness, Stigma, Internalized Stigma, Self-Esteem, Stress, Coping with Stress



İÇİNDEKİLER

ETİK SÖZLEŞME.....	i
TEŞEKKÜR.....	ii
ÖZET	iii
ABSTRACT.....	v
İÇİNDEKİLER	viii
TABLolar LİSTESİ.....	x
KISALTMALAR LİSTESİ	xii
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
2.1. İçselleştirilmiş Damgalanma.....	4
2.1.1. İçselleştirilmiş Damgalanma ve Psikiyatri Hemşireliği	8
2.2. Benlik Saygısı	9
2.2.1. Benlik Nedir?	9
2.2.2. Benlik Saygısı Nedir?	9
2.2.3. Benlik Saygısı Tipleri	10
2.2.4. Benlik Saygısı Bileşenleri	10
2.2.5. Benlik Saygısının Oluşumu ve Gelişimi	11
2.2.6. Benlik Saygısını Belirleyen Faktörler	11
2.2.7. Benlik Saygısının Etkileri	12
2.2.8. Benlik Saygısı ve Psikolojik Sağlık	12
2.2.9. Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma ve Benlik Saygısı	12
2.2.10. Benlik Saygısı ve Psikiyatri Hemşireliği	13
2.3. Stresle Baş Etme Tarzları	14
2.3.1. Stres ve Ruhsal Hastalıklar	14
2.3.2. Stresle Baş Etme Yöntemleri	15
2.3.3. Stresin Ruhsal Belirtilere Etkisi	15
2.3.4. Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma ve Stres	16
2.3.5. Stres ve Psikiyatri Hemşireliği	17

3. YÖNTEM	19
3.1. Araştırmanın Tipi.....	19
3.3. Araştırmanın Değişkenleri.....	19
3.4. Araştırma Soruları	19
3.6. Araştırma Kriterleri.....	22
3.7. Veri Toplama Yöntemi.....	22
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi	23
3.9. Araştırmanın Etik Yönü.....	23
4. BULGULAR.....	24
5. TARTIŞMA	48
6. SONUÇ.....	75
7. ÖNERİLER.....	77
KAYNAKLAR	78
EKLER.....	95
EK-1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu.....	95
EK-2. Kişisel Bilgi Formu	96
EK-3. Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği	98
EK-4. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği.....	100
EK-5. Stresle Başa çıkma Tarzları Ölçeği.....	102
EK-6. Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu İzin Yazısı	104
EK-7. Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Hastanesi Kurum İzni	105
EK-8. Tokat İl Sağlık Müdürlüğü Kurum İzni	106
EK-9. Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği İzin Yazısı.....	107
EK-10. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği İzin Yazısı.....	108
EK-11. Stresle Başa çıkma Tarzları Ölçeği İzin Yazısı	109

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo	Sayfa
Tablo 1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri	24
Tablo 2. Katılımcıların Madde Kullanım Özellikleri	25
Tablo 3. Katılımcıların Hastalıklarına İlişkin Özellikleri	26
Tablo 4. Katılımcıların Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği ve Stresle Başaçıkma Tarzları Ölçeği Puan Ortalamaları	27
Tablo 5. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	28
Tablo 6. Katılımcıların Madde Kullanım Özelliklerine Göre Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	31
Tablo 7. Katılımcıların Hastalık Özelliklerine Göre Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması ...	32
Tablo 8. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	34
Tablo 9. Katılımcıların Madde Kullanım Özellikleri ile Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	36
Tablo 10. Katılımcıların Hastalık Özelliklerine Göre Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	37
Tablo 11. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Stresle Başaçıkma Tarzları Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	38
Tablo 12. Katılımcıların Madde Kullanım Özelliklerine Göre Stresle Başaçıkma Tarzları Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	41
Tablo 13. Katılımcıların Hastalık Özelliklerine Göre Stresle Başaçıkma Tarzları Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	42

Tablo	Sayfa
Tablo 14. Katılımcıların Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği ile Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği Ortalama Değerleri Arasındaki İlişki	44
Tablo 15. Ruhsal Hastalığı Olan Bireylerde İçselleştirilmiş Damgalanmanın Benlik Saygısı Üzerine Yordayıcı Rolüne İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları.....	45
Tablo 16. Ruhsal Hastalığı Olan Bireylerde İçselleştirilmiş Damgalanmanın Stresle Başa Çıkma Tarzlarından Kendine Güvenli Yaklaşım Üzerine Yordayıcı Rolüne İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları.....	45
Tablo 17. Ruhsal Hastalığı Olan Bireylerde İçselleştirilmiş Damgalanmanın Stresle Başa Çıkma Tarzlarından İyimser Yaklaşım Üzerine Yordayıcı Rolüne İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları	46
Tablo 18. Ruhsal Hastalığı Olan Bireylerde İçselleştirilmiş Damgalanmanın Stresle Başa Çıkma Tarzlarından Çaresiz Yaklaşım Üzerine Yordayıcı Rolüne İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları	46
Tablo 19. Ruhsal Hastalığı Olan Bireylerde İçselleştirilmiş Damgalanmanın Stresle Başa Çıkma Tarzlarından Sosyal Destek Arama Yaklaşımı Üzerine Yordayıcı Rolüne İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları	47

KISALTMALAR LİSTESİ

WHO-DSÖ: World Health Organization-Dünya Sağlık Örgütü

RHİDÖ: Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği

RBSÖ: Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği

SBTÖ: Stresle Başa çıkma Tarzları Ölçeği



1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ruh sağlığını en basit hali ile “bireyin kendi yeteneklerinin farkına vardığı ve yaşamın günlük stresiyle başa çıkabildiği zihinsel iyilik hali” olarak tanımlamaktadır (WHO, 2022). Duygular, muhakeme yeteneği, diyalog kurma becerisi, öğrenebilme, değişime uyum sağlama ve benlik saygısı ruh sağlığının özünü meydana getirmektedir (Link & Phelan, 2001). Ruh sağlığı yerinde olarak kabul edilen bireylerin insan ilişkileri, davranışları, duyguları, düşünceleri ve tavırları yaşadıkları yer ile bağdaşır ve bu bireyler zaman, mekân ve duruma yerinde yanıt oluşturabilirler (Lazarus, 1993). Sonuç olarak ruh sağlığı, “kişinin benliği ve çevresi ile uyumu” şeklinde ifade edilebilir (Kahng & Mowbray, 2005).

Tıbbın amacı hastalara bakmak ve acıları dindirmektir. Bireyin yaşamı, hastalık süresince katlanılamaz acılar ve beklenmedik ölümlerle kesintiye uğrar. Ruhsal hastalık fiziksel hastalıklar gibi dizdeki geçici bir ağrı ya da ter içinde bırakan soğuk algınlığından şikâyet etmekle aynı şey değildir. Ruhsal hastalık, kafatasının içinin acıması ve bu yüzden düşünme fiilinin lüzumsuz veya olanaksız hale gelmesidir (Falissard, 2018). Ruhsal hastalıkta bireyin fikirlerinde, duygularında ve eylemlerinde uyumsuzluk, ölçsüzlük, yetmezlik, yetersizlik ve sıklıkla da fonksiyonellikte sorunlar veya bozulmalar ile birlikte psikososyal işlevsellikte de önemli oranda bozulmalar gözlemlenir (Lewine & Hart, 2020). Bununla birlikte bireyin kültürel olarak da eylemlerinin beklenilenden farklı olması ve bireyin eylemlerindeki ölçsüzlük de ruhsal sorun olarak kabul edilir (Khang & Mowbray, 2005). Bu bozukluğa neden olarak da pek çok sosyal ve kültürel normun etkisi olduğu bilinmektedir. Bunlara; işsizlik, yeşil alanların azalması, betonarme yapıların her yeri kaplamaya başlaması ve aşırı kalabalıklar da eklenebilir (Bolton & Bhugra, 2021). Ruhsal hastalığı olan bireyler çevresinin olağan olarak kabul ettiği ve ortaya koyduğu eylemlerde önemli oranda sapmalar sergilerler (Lazarus, 1993). Bundan dolayı ruhsal hastalığı olan bireylerin toplumsal konumları, toplumsal kabulleri ve toplumsal dışlanmaları halkın ruhsal hastalıklara bakış açıları ile yakından ilgilidir (Hayward ve ark., 2002). Çoğunlukla normal ile anormal ayrımını kültür belirler. Foucault, kültür ve perspektifin rolünü anlatmak için Rönesans Dönemi’nde Shakespeare ve Cervantes’teki aşırı tutkuyu ruhsal

bozukluklara örnek olarak verir. Ardından 18. yüzyılda Aydınlanma Dönemi'nde ruhsal hastalıkların, “delilik”, “akıl noksanlığı” olarak kabul gördüğünden bahseder (Akt. Bolton & Bhugra, 2021).

Ruhsal hastalığa ilişkin mevcut değerlendirmeler aşağıda bahsedilen en az dört durumu içermektedir: kalıtsal eğilim, yaşantısal stres faktörleri, bireyin benliği, stresle baş etme becerileri ve bireyin yaşamında risk oluşturan virüsler, zehirli maddeler ve çeşitli hastalıklar gibi çevresel faktörlerdir (Fırat ve ark., 2020). Hayward ve ark., (2002), ruhsal hastalığa sahip bireylerle yaptıkları çalışmalarında, hastaların yaşam stresörlerinden bazılarını; ruhsal hastalığı olmayan bireylerin kendilerini arkadaş olarak kabul etmeyecekleri, akılsız ve geçimsiz olarak görülecekleri, iş verenin onlara diğer çalışanlardan daha az ücret vereceği ve diğer çalışanlarla aynı muameleyi görmeyecekleri, karşı cinslerin onlarla görüşmek istemeyeceği ve psikiyatri servislerinde yatışları olduğu için görüşlerinin daha az ciddiye alınacağı şeklinde olduğunu belirlemişlerdir (Hayward ve ark., 2002).

Ruhsal hastalığa sahip olan bireyler genellikle farklı olduklarını, düşünme ve davranış şekilleri ile gösterirken, bu farklar halk tarafından onlara karşı toplumun çoğuna sinmiş mitler olarak nitelendirebileceğimiz olumsuz kanılar ve önyargılar ortaya çıkmasına neden olmuştur. Halkın ruhsal hastalıklarla ilgili tavırlarını oluşturan önemli etkenlerden biri bireylerin “tehlikeli” ve “ön görülemez bireyler” şeklinde düşünülmesindendir (Çam & Çuhadar, 2011). Bu negatif inanış ve önyargıların ruhsal sorunu olan bireylerin hayatlarını devam ettirmelerinde birtakım güçlükler yarattığı bilinmektedir (Johnson ve ark., 2000; Robilotta ve ark., 2010). Halk bu düşüncenin neticesinde kendisini korkutan, hoşuna gitmeyen duruma tepki vererek onu kendisinden dışlayarak yabancılaşma yoluna gider. Bu da ayrımcılığın başlangıcı olarak kabul edilir (Çam & Çuhadar, 2011). Olumsuz inanışlar ve olumsuz kalıp yargılar, ruhsal hastalığı bulunan bireylerle aile üyelerinin hayatlarındaki en önemli bariyer olan damgalama eyleminin temelinde olan ana mekanizmalardan birisidir (Almeida & Horta, 2018). Ruhsal hastalığı olanlarda, hastalığın kendisinin yanında ruhsal hastalığının damgalanması ve buna eşlik eden ayrımcı tutum hastalar için oldukça ağır bir külfete sebep olabilmektedir (Stuart, 2008).

Dünya genelinde ruhsal hastalıkların yaygınlığının %1 civarında olduğu ve damgalamanın kültürden kültüre değişmesine dikkat çekip bu doğrultuda yapılan

araştırma, yapılan bölgenin sosyodemografik özellikleri açısından, öznelliğini ve güncelliğini korumaktadır (Archibald ve ark., 2019; Economou ve ark., 2020).

Ruhsal hastalığı olan bireylerde ayrı ayrı içselleştirilmiş damgalanma, benlik saygısı ile stresle baş etme çalışmaları mevcut olup üç değişkenin (içselleştirilmiş damgalanma, benlik saygısı ve stresle başa çıkma tarzları) birlikte alındığı çalışmalar sınırlıdır. Çalışmamızın bu açıdan literatürdeki önemli eksikliği gidermeye katkı sağlaması beklenmektedir. Bu nedenle ileride yapılabilecek başka çalışmalara kaynak olabileceği ve alandaki eksikliğin giderilmesi açısından literatüre fayda sağlaması beklenmektedir. Bu çalışmanın amacı, ruhsal hastalığı olan bireylerde içselleştirilmiş damgalanmanın benlik saygısı ve stresle baş etme tarzlarına etkisini belirlemektir.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. İçselleştirilmiş Damgalanma

Stigma kavramı eski Yunanca'da "kazımak, kınama, ceza veya utanç işareti" anlamı taşıyan "stizo" fiilinden ortaya çıkmaktadır (Economou ve ark., 2020). Geçmişte köleler ve mahkumlar etrafa güçsüz ve kıymetsiz insanlar oldukları mesajı vermek ve aşağılanmak için kızgın demirlerle dağlanırdı. Varoluşumuz kadar mazisi olan ve bilinen ilk damgalanmayı yaşayan hastalıklardan birisi olan cüzzam, o zamanlarda Tanrı tarafından insanlığa yüklenen bir "kötülük" olarak tanımlanmıştır (Avcil ve ark., 2016). Şimdilerde ruhsal sorunları olan bireyler bu şekilde alelade damgalanmamaktadır, ancak yine de eskilerde cüzzam, tüberküloz hastaları nasıl damgalanıyorsa şimdilerde de ruhsal hastalığı olanlar damgalanmaktadır (Economou ve ark., 2020). Damgalama, sosyal bir koşulla ilişkilendirilen ve daha düşük toplumsal konumda olduğu varsayılan bireylere karşı yoğun bir itibarsızlaştırıcı özellik olarak tanımlanır (Goffman, 1963; Akt. Kaushik ve ark., 2016). Kaushik ve ark., (2016), damgalanmayı oluşturan üç ana unsurun; kalıplar, önyargılar ve dışlama olduğunu belirtmişlerdir (Kaushik ve ark., 2016).

Damgalanma kendi içinde kamusal, kendini, algılanan ve deneyimlenen damgalama olarak gruplandırılmaktadır. **Kamusal/yapısal damgalama**, ruhsal hastalığı olan bireylerin sistemli olarak hak ve seçeneklerini kısıtlayan, iktidar konumundaki kurumların politikaları ve uygulamalarıdır. **Kendini (içselleştirilmiş) damgalama**, ruhsal hastalığı olan bireylerin toplumda kendilerine karşı mevcut olan negatif tavır, inanış ve davranışları benimseyip kabul etmeleri ve sonuç olarak bireylerin benlik saygısı ile yeterlilik duygularında azalmayla birlikte kendilerini toplumdan geri çekmeleridir. Kendini damgalama, damgalanmış bir gruba mensup bireylerin toplumsal ön yargıyı içselleştirmesi ve kendilerine yöneltmesiyle ortaya çıkar (Bekiroğlu, 2021). **Algılanan damgalama** bireyin içinde yaşadığı toplumda hangi grup içinde yer aldığına ilişkin düşüncesi ve bu doğrultuda kendisini damgalanmış bir gruba mensup olarak hissetmesidir (Bekiroğlu, 2021; Kaushik ve ark., 2016). **Deneyimlenen damgalama** reddedilme ve ayrımcılıkla fiilen karşılaşmasıdır (Bekiroğlu, 2021). Birey toplumdaki olumsuz mitleri benliği için kabul eder ve akabinde de işe yaramazlık hissi, mahcubiyet duyguları ile kendini toplumdan soyutlar (Yanos ve ark., 2008). Diğer bir deyişle ruhsal hastalığı olan bireyler, kamunun yani halkın onlara karşı önyargılı ve dışlayıcı

duygulara sahip olduklarına inanabilirler. Bu durum algılanan damgalanma olarak kabul edilir. Algılanan damgalama ile birlikte ruhsal hastalığı olan bireyler toplumsal damgalamayı kabul edip buna benlik anlayışlarını katarak kendilerine uyarladıklarında ortaya içselleştirilmiş damgalama çıkmaktadır (Bipeta ve ark., 2020). Bir anlamda, damgalanma algısı bireyin damgalandığını hissetmesiyle, içselleştirilmiş damgalanma bireyin kendini damgalamasıdır (Tukuş, 2010).

İçselleştirilmiş damgalama ruhsal hastalık tanısı almak ile başlar. Bireyin toplumsal yargıları kabullenmeye başlamasıyla benlik saygısında azalma görülür (Ersoy & Varan, 2007). Damgalanmış bireyin kamusal damgalanmaya yönelik farkındalığı damgalanma bilinci olarak adlandırılır. Bireyin damgalanma bilinci ne denli büyükse kamusal damgayı içselleştirme, yani kendini damgalama ihtimali de o derece artar. Bunun sonucunda da bireyde benlik saygısında azalma, tedaviyi ret veya uyumsuzluk, hayat standartlarında düşme ve öz yetkinlikte azalma gibi uzun dönemde birçok zararlı etkiye sahiptir (Bulut, 2005; Kaushik ve ark., 2016; Lim ve ark., 2019; Park ve ark., 2013; Picco ve ark., 2016; Tukuş, 2010). Toplumdaki bireylerin çoğu ruhsal hastalıklara karşı olumsuz inançlara sahiptir. Bu nedenle birçok ruhsal hastalığı olan birey hastalığını saklama çabası içindedir. Avcil ve ark., (2016)'nın çalışmalarında ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz inanışların bazılarını; “ruhsal hastalıklar gerçek hastalık değildir”, “ruhsal hastalığı olan bireyler kilitli kapılar ardında kalmalıdır”, “ruhsal hastalığı olan bireyler tehlikelidir” şeklinde ifade edilmektedir (Avcil ve ark., 2016).

Ayrıca bazı araştırmalara göre, ruhsal sorunu olan bireyler sağlık profesyonelleri ile etkileşimde bulunduklarında da damgalama yaşamaktadırlar (Borba ve ark., 2012; Roberts & Bailey, 2011). Birçok ruhsal hastalığı olan birey tedavi sürecinde onlara olumsuz tavırla davranıldığını ve gereksinim duydukları tedaviyi göremediklerini düşünmektedir. Buna ek olarak da sağlık personellerinin kendilerini anlamadıklarını ve çalışanların kendilerini hor gördüğünü, duygudaşıktan noksan olduğunu ifade etmektedirler (Andersen ve ark., 2018).

Toplumun ön yargılı tutumu ruhsal hastalığı olan bireylerin tedaviye ulaşımını etkilemektedir (Kaplan ve ark., 2011). Toplum yargıları bireylerin tedaviye ulaşmaya yönelik fikirlerini etkilemekte ve birey sonunda tedaviye ulaşamamakla beraber ruhsal sıkıntılarının artmasıyla karşı karşıya kalmaktadır (Acun Kapıkıran & Kapıkıran, 2013). Sağlık çalışanları tarafından damgalanan bireylerin tedaviye nasıl ulaştıkları ve devam

ettikleri ayrı önem taşımaktadır (De Hert ve ark., 2011). Bu haliyle de damgalanma hala güncel önemini korumaktadır.

Damgalanma sürecini özetlemek gerekirse; birey önce başkaları tarafından “akıl hastası” veya başka sıfatlarla etiketlenir. Sonrasında istemeyerek de olsa kendi kendini bu birliğin bir parçası olarak kabul eder. Damgalanmanın içselleştirilmesi ile birlikte bu olumsuz düşünceler kendileri tarafından da geçerli “gerçekler” olur ve bireyde utanç duygusu başlar. Sonunda ise bireyler yaşam amaçlarından giderek uzaklaşır, azalmış benlik saygısı ve yetersizlik hissine kapılırlar (Tukuş, 2010).

Kendini damgalayan bireyler tedaviye uzaklaşır. Sonunda ise kendini zayıf, aciz hissetmesine neden olarak bireyin benlik saygısında düşme görülebilir ve bu durum bireyin tedaviden daha da uzaklaşmasına yol açarak döngü haline gelebilir (Acun Kapıkıran & Kapıkıran, 2013). Büyük oranda damgalanmanın içselleştirilmesi, bireylerde kötü yaşam koşullarına, hayatı değerli bulamamalarına ve yaşamdan zevk alamamalarına neden olabilmektedir (Corrigan ve ark., 2009; El-Badri & Mellsop, 2007; Park ve ark., 2013). İçselleştirilmiş damgalama tutumu, ruhsal hastalıklarla ilgili olumsuz şakalar, yorumlar ve medya yansımaları ile aktarılan klişe ön yargılarla karşı karşıya kaldığı sürece artmaya devam edecektir (Link ve ark., 2002). Dünya genelinde damgalamanın, hastalık yönetiminin karşısındaki büyük güçlüklerden biri olduğu düşünülmektedir. Bu durum hasta bireyleri sosyal dışlanmaya, içe kapanmaya, sömürü ve istismara karşı hedef yapmaktadır (Economou ve ark., 2020).

İçselleştirilmiş damgalanma iyileşme ve iyi kalma amaçlarını zorlaştırdığından ve ruhsal hastalığı olan bireylerin kendilerine uyan destek ve tedavileri almasını engellediğinden içselleştirilmiş damgalama ve bunun ilişkili bağlantılarının ayrıntılı bir şekilde incelenmesi gerekmektedir (Park ve ark., 2013). Damgalanmanın ruhsal hastalık tanısı bulunan bireylerde yüksek yaygınlıkta olduğu ve damgalanmanın umutsuzluk, benlik saygısı ve sosyal işlevsellikle olumsuz ilişkide olduğu bilinmektedir. Bu ilişkiler bireyler için tedaviye ve diğer hizmetlere katılımı sekteye uğratmakta ve semptomlar ile birlikte bireylerde stres seviyeleri de yükselmektedir. Bu husus başa çıkma becerilerini kullanma eğilimine yol açmakta ve stresle ne denli baş edebildikleri yönünden önem taşımaktadır (Yanos ve ark., 2008).

Literatür incelendiğinde içselleştirilmiş damgalanma üzerine yapılan çalışmalara rastlanmaktadır. Bunlardan bazıları;

Demir Gökmen ve ark., (2020), psikiyatri servisinde yatan 89 hasta ile yaptıkları çalışmada içselleştirilmiş damgalanmayı orta düzeyde bulmuşlardır. Çalışmada bazı kişisel özelliklerin (aile yapısı gibi) damgalamayı etkilediği belirtilirken bazı özelliklerin de (bireylerin yaş durumu, cinsiyet durumu, medeni hâl vb.) etkilemediği belirtilmiştir (Demir Gökmen ve ark., 2020).

Yeşil ve Han Almış (2016), bir ilin ruh sağlığı hastanesi ile eğitim araştırma hastanesinde tedavisini sürdüren ruhsal hastalığı olan bireyleri karşılaştırdıkları çalışmada ruh sağlığı hastanesine tedaviye gelen hastaların kendilerini daha çok damgaladıkları sonucuna ulaştıklarını açıklamışlardır. Ayrıca yaş, cinsiyet, medeni durum, ailede ruhsal hastalık varlığı, komorbid tıbbi hastalık, iş ve istihdam durumu ile damgalanma arasında anlamlı ilişki bulamadıklarını da belirtmişlerdir (Yeşil & Han Almış, 2016).

Üstündağ ve Kesebir (2013)'in 100 bipolar bozukluk tanısı olan bireylerle yaptıkları çalışmada katılımcıların içselleştirilmiş damgalanma düzeyi düşük bulunmuştur. Ayrıca içselleştirilmiş damgalanması olan bireylerin işlevselliğinin daha düşük, iyilik döneminin daha kısa ve depresif hallerin daha sık görüldüğünü bildirmişlerdir. Bunlara ek olarak içselleştirilmiş damgalanmanın; düşük sosyo-ekonomik durum, eğitim seviyesi, kırsal bölgelerde ikamet etme ve istihdam durumu ile ilgili olduğunu belirtmişlerdir (Üstündağ & Kesebir, 2013).

Wang ve ark., (2018), ruhsal hastalık varlığı bildiren 350 birey ile gerçekleştirdikleri araştırmada hastalık semptomları ağır olanların daha yüksek içselleştirilmiş damgalanma yaşadığını belirtmişlerdir (Wang ve ark., 2018).

Vrbova ve ark., (2016), 197 şizofreni veya diğer psikotik bozukluk tanılı birey ile yaptıkları çalışmada; içselleştirilmiş damgalanma düzeylerini orta seviyede, içselleştirilmiş damgalanmanın tedavi görülen toplam zaman ve hastalığın başından beri geçen süre kapsamındaki hastaneye yatış sayısı ile pozitif ilişki içerisinde olduğunu belirlemişlerdir (Vrbova ve ark., 2016).

Picco ve ark., (2016), 280 ruhsal hastalığı olan birey ile yaptıkları çalışmada %43,6'sının orta veya yüksek düzeyde içselleştirilmiş damgalanmaya sahip olduklarını belirlemişlerdir. Ayrıca içselleştirilmiş damgalanmanın cinsiyet değişkeni, medeni hâl, tahsil seviyesi vb. kişisel özellikler ile ilgili olduğu belirtilmiştir (Picco ve ark., 2016).

Literatürde yukarıdaki çalışmalara benzer başka çalışmalar da mevcuttur (Beyazyüz ve ark., 2015; Fırat ve ark., 2020; Lim ve ark., 2019; Tel & Ertekin Pınar, 2012).

2.1.1. İçselleştirilmiş Damgalanma ve Psikiyatri Hemşireliği

Araştırmalara göre kendini damgalama yaşayan hastaların; toplumla ilişkilerinin bozulduğu, içe kapandığı, yalnızlık, öfke, utanç yaşadığı, yaşam kalitesinin bozulduğu, benlik saygısının olumsuz etkilendiği, eğitim ve iş olanaklarının olumsuz etkilendiği, psikososyal sorunlar yaşadığı belirlenmiştir (Demir Gökmen ve ark., 2020; Lim ve ark., 2019). Ayrıca, içselleştirilmiş damgalama hastalığın semptomlarını ağırlaştırmakta, toparlanma sürecini uzatmakta ve hastalık seyrini önemli ölçüde olumsuz etkilemektedir. Bu nedenle damgalama, en az rahatsızlığın kendisi kadar yıkıcı etki yaratabilir (Tel & Ertekin Pınar, 2012). Psikiyatri hemşireleri damgalamaların farkında olmalı ve olumsuz mitleri olumluya döndürmeye çalışmalıdır. Bu bağlamda hemşirelerin toplumu ruhsal hastalıklarla ilgili olarak bilgilendirmesi damgalanmayı azaltabilir. Bu sayede toplum damgalanma ile ilgili bilinç kazanabilir ve damgalanma ile başa çıkma konusunda hastalar bilgilendirilebilirler (Çam & Çuhadar, 2011; Sarıkoç, 2011).

Ruhsal hastalığı olan bireylerin tedavisini, sosyal yaşamını, benlik saygısını ve çevreyle ilişkisi gibi birçok konuyu etkileyen içselleştirilmiş damgalamaya yönelik araştırmalar yapmak, azaltmaya yönelik girişimler hedeflemek ve eyleme dökülmesini sağlamak ruh sağlığı ekibinin önemli görevlerinden biridir. Özünde damgalama ve içselleştirilmiş damgalama, sağlık profesyonelleri etkisiyle de ruhsal hastalığı olan bireylerin tedavi sürecine negatif etkisi olan bir durum olarak düşünülüp üzerinde hassasiyetle durulması önem arz etmektedir. Sağlık çalışanlarının bu konuda önce kendi düşüncelerini revize etmesi önemlidir. Böylece daha nitelikli sağlık hizmeti sunarak hastaların yaşam kalitelerinin artmasına daha fazla katkı sağlayacaklardır (Çam & Çuhadar, 2011).

Sonuç olarak içselleştirilmiş damgalanma, ruh sağlığı alanında çalışanlar yönünden tedaviyi olumsuz etkilediği bilincinde ele alınması gereken bir sorundur. Sağlık sektöründe çalışanlar bu konudaki bakış açılarını gözden geçirmelidirler (Çam & Çuhadar, 2011; Sarıkoç, 2011). Buna ek olarak hemşireler ruhsal hastalığa sahip bireyler ile birlikte etkinlikler ayarlayabilir, toplumda konuya önem veren kurum ve

kuruluşlarla, kurumda veya akademide çalışan hemşirelerle birlik olunarak çalışma ve projeler tasarlayabilir (Fırat ve ark., 2020).

2.2. Benlik Saygısı

2.2.1. Benlik Nedir?

Freud'a göre kendilik kavramı üç öğeden; id, ego ve süperegodan oluşur (Freud, 1960). Ya da güncel tanımıyla kişisel kimlik ile sosyal kimliğin birleşiminden meydana gelir. Sosyal kimliğin benlik kavramına girişi çocukluk dönemindeki akran ilişkileri ile başlar (Trautwein ve ark., 2009). Diğer taraftan benlik saygısı bireyin öz değerine dair bireysel değerlendirmesi anlamına gelir ve bu değer bireyin kendisini kabullendiği ve kendine duyduğu saygıya dair hislerini içerir. Benlik saygısının gelişmesi adolesan dönemde başlar, 50-60 yaşlarında zirve yapar ve ardından yaşlılıkla birlikte azalır (Silvestri ve ark., 2018).

Benlik ile benlik saygısı kavramları arasındaki farkı en basit tabirle açıklayabilmek adına; benlik kavramı, bireyin kendisiyle ilgili ne düşündüğü olarak belirtilirken, benlik saygısı ise benlik kavramı hakkında ne hissettiği olarak belirtilir (Silvestri ve ark., 2018).

2.2.2. Benlik Saygısı Nedir?

İlk olarak James tarafından 1890 yılında benlik saygısı kavramsallaştırılmıştır. Kavramsallaştırıldığından bu yanada tartışmaların odağında olmuştur. James benlik saygısını, gerçekliklerimizin sahip olduğumuz potansiyel kapasiteye oranlanmasıyla belirleneceğini ifade eder (James, 1890). Daha sonra buna ek olarak Rosenberg (1989), benlik saygısının kendini kabul etme ve kendine duyulan saygı ile de alakalı olduğunu belirtmiştir (Akt. Donnellan ve ark., 2015). Benlik saygısı, kişinin kendisini pozitif ya da negatif olarak değerlendirebilme yeteneğidir ya da başka bir deyişle bireyin kendini değerli veya değersiz hissetme derecesi olarak tanımlanır (Donnellan ve ark., 2011; Orth & Robins, 2022). Bireyin benlik saygısı, kendi yeteneklerine olan inanışlarını, becerilerini, azim ve çabalarını etkiler. Bununla beraber bireyin işi başarma inancı olarak da tanımlanabilir (Pouresmail ve ark., 2017). Başta kimlik oluşumu ve uyum gösterme açısından tartışma konusu olurken sonralarında daha da kapsamlı bir hal alarak güdülenme, performans, iş doyumu, duygusal tutarlılık ve stres yönünden gündeme gelmeye başlamıştır (Doré, 2017).

Benlik saygısının, içselleştirilmiş damgalama duygusunda önemli bir rolü vardır. Benlik saygısı düşük olan kimseler daha fazla kendilerini damgalamaktadırlar (Kök & Demir, 2018). Kendini damgalayan bireylerin de benlik saygısında azalma gerçekleşir ve sonunda durum daha olumsuz bir hale gelir (Verhaeghe ve ark., 2008; Werner ve ark., 2008). Damgalanmayla birlikte benlik saygısı azalan hastalarda tedavi uyumsuzluğu artar, birey toplumdan uzaklaşmaya başlar ve yalnızlaşır (Kök & Demir, 2018; Kudva ve ark., 2020).

Benlik saygısı kavramı çeşitli alanlarda (psikoloji, eğitim ve toplumbilimi gibi) birçok kez ele alınmıştır. Hemşirelik disiplininde hasta yönetiminde daha faydalı olabilmek ve daha iyi anlayışa ulaşabilmek için kavramsallaşmanın genişletilmesi önem arz etmektedir (Al Harbi, 2022; Donnellan ve ark., 2015).

2.2.3. Benlik Saygısı Tipleri

a) Yüksek Benlik Saygısı: Benlik saygısı düzeyi diğerlerinden daha yüksek olan bireyler kendilerini akıllı, cazibeli ve sevilen olarak algırlar. Geçmişte yaptıkları yanlışlar olsa da yüksek benlik saygısına sahip bireyler güncel veya güncele yakın dönemdeki değerlendirmelerini pozitif bir ışık altında görür ve zıt inanışlara rağmen pozitif yönde geliştiğine inanır (Baykara ve ark., 2020). Ayrıca akademik olarak daha başarılı, sosyal destek, fiziksel ve ruhsal durum, evlilik ve iş memnuniyeti konularında iyi gelişmelerin habercisidir (Kung, 2009; Orth, 2014).

b) Düşük Benlik Saygısı: Benlik saygısı düzeyi diğerlerinden daha düşük olan bireyler, benliklerine yeterince saygı duymazlar, kendilerini reddederler, kendilerinden hoşnutsuzluk hissederler ve kendilerini hor görürler (Silvestri ve ark., 2018). Düşük benlik saygısının; bunalım, kaygı, madde bağımlılığı, özkıyım düşüncesi, depresyon, ergenlikte kişilerarası sorunlar, öfke sorunları, çocuk istismarı ve benzer çeşitli davranışlarla nedensellik ilişkisi olduğunu belirten çalışmalar bulunmaktadır (Cenkseven Önder & Bölükbaşı, 2019; Creemers ve ark., 2012; Gauthier-Duchesne ve ark., 2022; Hilbert ve ark., 2019; Rosenberg, 1962; Seki & Dilmaç, 2020).

2.2.4. Benlik Saygısı Bileşenleri

Benlik saygısı genelde iki ana bileşenle açıklanır. Bunlar; benlik değerlendirmesi (öz saygı) ve benlik etkililiği (öz yeterlilik) olarak ele alınmaktadır.

a) Benlik Değerlendirmesi (Öz Saygı): Benlik saygısı genel olarak olumlu özelliklerden ve bireyin kendine yönelik tutumlarından meydana gelen bir özelliktir.

Çocukluk çağında yaşanan istismar, çocuğa olumsuz dönütler, ağır tenkit ve aşağılamalar çocuğun benlik saygısını olumsuz etkileyebilir (Reid-Russell ve ark., 2022).

b) Benlik Etkililiği (Öz Yeterlilik): Öz yeterlilik, psikososyal bir kavramdır ve sosyal öğrenme teorisinde; bireyin etrafındaki olayları etkileyebilecek bir girişimde bulunması ve bir sonuca varıncaya kadar bu girişimi devam ettireceğine ilişkin inancı olarak açıklanmıştır (Açıksöz ve ark., 2016). Pouresmail ve ark., (2017), öz yeterliliğin bireyin başarı elde etme yeteneğiyle ilgili olduğundan ve kendine inanmanın, azim ve gayretlerinde öz yeterliliği etkilediğini vurgulamaktadır (Pouresmail ve ark., 2017). Öz yeterliliğin etkinliğine bakıldığında stresle baş etme düzeyinin yansıması olarak görülüp, bireyin kendi yetenek ve baş etme becerilerini görmesini sağlar, aynı zamanda stresin olası olumsuz sonuçlarını da azaltır (Zulkosky, 2009).

2.2.5. Benlik Saygısının Oluşumu ve Gelişimi

Benliğin oluşumu bebeklikte başlamaktadır. Bebeğin uyku, besin gibi temel gereksinimlerinin düzenli olarak giderilmesiyle benliğin uygun şekilde gelişimi sağlanmaktadır. Bunlara ek olarak bebeğin konforlu ve tanıdık bir ortamda bulunması benliğin olumlu gelişimini etkilemektedir (Yılmaz, 2016).

Oluşumu bebeklikte başlayan benlik saygısının gelişim dönemi ise çocukluk ve ergenlik çağını kapsar. Psikososyal dönemde çocuklara yöneltilen tavırlar, tutumlar ve algılar çok önemlidir. Ebeveynlerin bu süre zarfında çocukta güven duygusu oluşturmaları, çocuğun ileride kendine güvenen, inançlı ve umut dolu bir fert olmasında önemli rol oynar (Şahin, 2023). Benlik saygısının gelişiminde; bireyin yetkinlik hissi, diğerlerinin bireye duyduğu saygı ve özyeterlilik hissini pozitif biçimde değerlendirme ihtiyacı olarak üç önemli unsurdan bahsedilir (Güneş, 2022).

2.2.6. Benlik Saygısını Belirleyen Faktörler

Benlik saygısını şekillendiren pek çok faktör vardır. Bunlar; kronik hastalık varlığı, engellilik, cinsiyet, beden imajı, evlilik statüsü, tütün ve alkol alışkanlığı, hane halkı, kurulan arkadaşlıklar, yaş, yaşanan yer, bedensel faaliyet, sosyo-ekonomik statü ve toplumsal kabul gibi birçok etmen benlik saygısıyla az ya da çok ilişkilidir (Luis ve ark., 2022; Tözün, 2010).

2.2.7. Benlik Saygısının Etkileri

Benlik veya diğer adıyla öz saygı, genel olarak bireyin varoluşundan ölümüne kadarki tüm anları etkilemektedir. Kişilerarası ilişkiler, sosyoekonomik durum ve akademik performansta ana etkenlerden birisi olarak görülmektedir (Kapoor ve ark., 2022). Bir araştırma benlik saygısının ruhsal sağlık, refah, insan ilişkileri, başarı, motivasyon gibi öğelere etkisi kadar şiddet, ego, saldırganlık gibi antisosyal davranışlara etkisi olduğundan bahsetmiştir (Sowislo & Orth, 2013).

2.2.8. Benlik Saygısı ve Psikolojik Sağlık

Tüm bireyler dönem dönem bazı olumsuz olaylarla karşılaşmaktadır. Yaşanan bu negatif durumlarla başa çıkabilmek için bir dizi korunma mekanizması devreye sokulur. Bireylerin olumlu benlik saygısı geliştirmesi bu mekanizmalardan biridir ve olumlu benlik saygısı bireyin ruhsal yönden korunması ve ruhsal sorunlarla başa çıkabilmesi yönünden önem taşımaktadır (Çam ve ark., 2017). Benlik saygısı düşük olan bireylerin yaşamdan tatmin olamama, aşağılık duygusu, depresyon, anksiyete gibi sorunlarla karşılaşma ihtimalleri daha yüksektir (Kapoor ve ark., 2022; Sowislo & Orth, 2013). Benlik saygısı anksiyete, depresyon ve özkıyım düşüncesine karşı bariyer görevi görmektedir (Luis ve ark., 2022).

2.2.9. Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma ve Benlik Saygısı

Benlik saygısının, içselleştirilmiş damgalamada mühim bir yeri vardır. Benlik saygısı düşük olan bireylerde içselleştirilmiş damgalanma düzeyi daha yüksektir (Kök & Demir, 2018). Toplum tarafından dışlanmaya ve ayrımcılık uygulamalarına uğramış bireylerin de benlik saygılarında düşme gözlenmektedir (Werner ve ark., 2008). Müspet duygular (değersizlik, kabul görmeme, damgalanma) hastaların mücadele yetenekleri ile benlik saygısı düzeylerine etki eder. Damgalanma durumu bireylerin benlik saygısını düşürerek depresyon, aşağılanma ve utanç duygularını artırabilir ve birçok psikososyal sorunu beraberinde getirebilir (Lysaker ve ark., 2008).

Araştırmalar, benlik saygısı ile içselleştirilmiş damgalama davranışları arasındaki etkileşimin iki taraflı olduğunu göstermektedir. Bireylerin içselleştirilmiş damgalaması yüksek olduğu için mi benlik saygısı daha düşüktür yoksa benlik saygısı düştüğü için mi içselleştirilmiş damgalama düzeyleri daha yüksektir? sorusuna cevap veren araştırmalara rastlamak mümkündür. Bu konuyla ilgili yapılan araştırmalarda ortaya çıkan sonuç önceliği içselleştirilmiş damgalamaya vermektedir ve benlik

saygısının, içselleştirilmiş damgalama ile birlikte yaşam kalitesini ve psikososyal durumları etkilediği belirtilmektedir. Buna karşın etkileşimin karşılıklı olduğu çalışmalarda özellikle vurgulanan bir diğer unsurdur. Literatürdeki bu çalışmalardan bazıları aşağıda paylaşılmıştır:

Beyazyüz ve ark., (2015), ruhsal hastalığı olan bireyler ile yaptıkları araştırmada, içselleştirilmiş damgalanma davranışı ile benlik saygısı arasındaki ilişkinin negatif yönde olduğunu, içselleştirilmiş damgalanma arttıkça benlik saygısının düştüğünü belirlemişlerdir. Bunun yanında benlik saygısının düşmesinin içselleştirilmiş damgalamayı artırabileceğine de değinmişlerdir (Beyazyüz ve ark., 2015).

Mashiach Eizenberg ve ark., (2013), ruhsal hastalığı olan bireyler üzerinde yaptıkları çalışmada bazı kavramların benlik saygısı ile ilişkisi üzerinde durmuşlardır. Buna göre benlik saygısı ile hayat niteliği, umut düzeyi ve içselleştirilmiş damgalama arasında bir ilişki olduğunu görmüşler ve benlik saygısının düşmesinin diğerlerini de olumsuz olarak etkilediğini belirtmişlerdir (Mashiach Eizenberg ve ark., 2013).

Kök ve Demir (2018), ruhsal hastalığı olan bireylerin bazı kişisel özellikler ile (eğitim, yaşadığı yer, medeni durum, tanı vb.) benlik saygısı kavramı arasında anlam bağı olduğunu ifade etmişlerdir. Ayrıca benlik saygısının bireyin kendisini damgalamasında olumsuz bir etkiye sahip olduğunu bunu açmak gerekirse; benlik saygısındaki düşmenin içselleştirilmiş damgalanma düzeyinde artışa neden olabileceğini belirtmişlerdir (Kök & Demir, 2018).

Literatürde yukarıdaki çalışmalara benzer, benlik saygısının; içselleştirilmiş damgalanma, kişisel özellikler ve başka değişkenlerle ilişkisine değinen başka araştırmalar da yapılmıştır (Picco ve ark., 2016; Switaj ve ark., 2017; Tel & Ertekin Pınar, 2012).

2.2.10. Benlik Saygısı ve Psikiyatri Hemşireliği

İçselleştirilmiş damgalanma yaşayan bireyler kendilerini toplumdan geri çeker ve sonrasında değersizlik, reddedilme korkusu gibi duygulara kapılarak benlik saygısında düşme yaşarlar. Benlik saygısı düşen bireyler yaşam kalitesi, sosyal hayatı ve iş hayatında olumsuzluklarla karşılaşır (Beyazyüz ve ark., 2015). Bunun yanında benlik saygısı da bireylerin içselleştirilmiş damgalanma düzeyini etkiler. İçselleştirilmiş damgalanmanın, tedavi uyumu, hastalık uyumu ve sosyal yaşama etkisi de söz konusudur (Tel & Ertekin Pınar, 2012). Psikiyatri hemşireleri tarafından hastaların

benlik saygısı desteklenmeli, aileler bu yönde teşvik edilmeli ve bireyler hastalık ve tedavi sürecine ilişkin yeterli düzeyde bilgilendirilmelidir. Ayrıca düşük benlik saygısı ile damgalanma ilişkisini nedensellik yönünden inceleyecek ve psikiyatri hemşireleri tarafından hastaların benlik saygısını yükseltmesine katkı sağlamaya yardımcı olabilecek çalışmalar yapılmaya devam etmelidir (Kök & Demir, 2018; Tel & Ertekin Pınar, 2012).

2.3. Stresle Baş Etme Tarzları

2.3.1. Stres ve Ruhsal Hastalıklar

Psikolojide en yaygın stres kavramı açıklamalarından biri Lazarus ve Folkman'ın (1966) açıklamasıdır. Bu açıklamaya göre stres birey ile çevre arasında birey bazında ele alınan özel bir ilişkidir (Akt. Wiszniewski & Liberska, 2022). Başka bir açıklamaya göre stres, bireyin bir durum ile başa çıkamaması halinde ortaya çıkan duygudur. Birey bu huzursuz eden his sebebiyle psikolojik veya fizyolojik olarak hasar görmeyi engellemek veya olumsuz etkiyi hafifletmek için çaba gösterir (Sırlıer Emir ve ark., 2023). Stresin olumsuz sonuçlarını engellemek ve dengeyi tekrar sağlamak için kullanılan düşünce ve davranış dizeleri stresle baş etme olarak isimlendirilmektedir ve birey, amaçlarının zarar görme ihtimalini hissettiğinde bu süreç başlar (Grech ve ark., 2018). Stres kontrol altına alınabildiğinde birey motivasyonunu arttırabilir, ancak stresle baş etmede başarısız olursa yaşam kalitesini etkileyen birçok sorunla karşılaşabilir (Şenadım ve ark., 2021). Stres durumu bireyleri depresyon, kaygı ve anksiyeteye sokabilir. Ancak bu direkt stresör varlığından ziyade bireyin stresörleri nasıl algıladığı ve bunlara nasıl reaksiyon gösterdiği ile ilgili bir durumdur (Beck & Clark, 1997). Stresörlerin etkisi, bireylerde bireysel farklılık göstermekte ve stresle baş etme beceresine bağlı olarak değişebilmektedir (Mahmoud ve ark., 2012). Alan yazında bu konuda yapılmış çalışmalar mevcuttur ve stresle baş etmenin kişilik özelliğine göre değiştiği tezini doğrulamaktadır (Wiszniewski & Liberska, 2022). Bu bilgilere ek olarak Lavoie (2013), ruhsal hastalığı olan bireylerin yaşadığı stres kaynaklarından bazılarının: aile ilişkileri, hastalık semptomları ve istihdam sorunları olduğunu belirtmiştir (Lavoie, 2013).

2.3.2. Stresle Baş Etme Yöntemleri

Stresle başa çıkmada Lazarus ve Folkman (1984) iki temel yöntemden bahseder: adaptif ve maladaptif (Akt. Mahmoud ve ark., 2012). Bu iki yöntem ile birey stres durumunu azalttığına inandığı bazı yolları dener. Uyumsal baş etme yöntemine göre stres düzeyini azaltmak için, stresli durumu tanımlamak, aktif olarak destek aramak, problemin olası çözümlerini düşünmek ve bu çözümleri uygulamak üzere harekete geçmek gerekmektedir. Bu yöntemle stres durumu azalır ve pozitif psikolojik ve duygusal uyumla neticelenir. Tersine uyumsuz baş etme yöntemleri stres yaratan olaydan uzak durma veya çare arayışından kaçınmayı içerir. Bu da stresli halin giderilmemesi ile neticelenir ve kaygı düzeyini artırır (Mahmoud ve ark., 2012).

a) Problem Merkezli Başa Çıkma: Daha uyumlu olduğu düşünülen sorun odaklı yöntemler daha çok uyarlanabilir olarak kabul görür ve stres faktörünü değiştirmeyi hedefler (Grech ve ark., 2018).

b) Duygu Merkezli Başa Çıkma: Duygusal odaklı yöntemler ise sıklıkla uyumsuz olarak nitelendirilir ve stres faktörünü duygular ile kontrol etmeyi amaçlar (Grech ve ark., 2018).

Bu iki model birçok stratejiyi kapsamadığı için eleştirilmekte ancak literatürde hala kullanılmaktadır (Grech ve ark., 2018). Duygu merkezli başa çıkma yöntemlerinin, kronik hastalıklarla karşılaşınca ve bireylerin kendilerini korumada çaresiz kaldıklarını düşündüklerinde daha sık kullanıldığını öne sürmüşlerdir (Lazarus & Folkman, 1984; Akt. Grech ve ark., 2018).

2.3.3. Stresin Ruhsal Belirtilere Etkisi

Kronik hastalığı olan bireyler stresli anlarda psikobiyolojik eğiliminden doğan hastalığın eski belirtilerini derinden hissederler. Beraberinde bireylerde psikolojik bir travmaya neden olarak yalnızlık, yakınları tarafından unutulduğunu düşünme hatta reddedilme benzeri duygular yaşanmasına yol açabilir. Bu da bireyin çevresini algılama şeklini etkiler ve umutsuzluk gibi negatif duygulara kapılmasına yol açabilir (Grech ve ark., 2018). Uzun süre stres altında kalmak kaygı, bunalım ve benzeri duygu durum bozukluklarında artışa neden olur (Seo ve ark., 2017). Bireyler artan stres yükü karşısında ortaya çıkan olumsuz duygudurumun semptomlarını yatıştırmak için, sigara kullanımı, takıntılı yeme-içme, uyuşturucu madde kullanımı, kendini toplumdan soyutlama benzeri eylemlere yönelebilmekte, bu da sosyal damgalanmayı ve benlik

saygısını olumsuz yönde etkilemekte ve durumunun ağırlaşmasına neden olabilmektedir (Bottaccioli ve ark., 2019).

2.3.4. Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma ve Stres

Konu ne olursa olsun damgalanma kendi başına bir stres faktörü sayılmaktadır (Akıncı, 2019). Damgalanmanın getirdiği ağır yük stres kaynağı olarak ele alınmaktadır (Miller & Kaiser, 2001). Damgalanmış birey, damgalanmanın ve hastalığın getirdiği stres yüküyle baş edebilmek adına olumlu ve olumsuz birçok savunma mekanizması kullanır (Holubova ve ark., 2016).

Damgalanmanın bireyler üstündeki negatif sonuçları, bilim insanlarını damgalama eylemine neyin sebep olduğu sorusuna yöneltmektedir. Toplum bilimciler, bireylerin damgalamayı kendilerince haklı ve makul sebepleri olduğuna inandıkları için yaptıklarını öne sürmektedir. Bireyler yaşamın gidişatına dair ideoloji dediğimiz belirli inanç ve değerler geliştirir, sonrasında ideolojilerini kendilerince meşrulaştırır ve hayata bu açıdan bakarlar. İdeolojilerine yönelik bir tehlike hissettiklerinde ise düşmanlık, kaygı ve stres duyguları harekete geçer ve sonrasında bu karmaşık sistemlerini, çevreye karşı koruyarak değiştirilmesine olanak tanımazlar. Bu meşru gösterme çabaları iki türdür. Bunlardan biri mağduru hedef gösteren yaklaşımlarken, diğeri mevcut hiyerarşiyi olumlayan yaklaşımlardır. Bireylerin yaşamı algılama ve yaşama şekliyle nitelendirilen bu dönemde, hedef seçilen bireyin dezavantajlı gruba ait olması bir stres kaynağı, damgalama tutumu ise bir baş etme yöntemi olarak görülmektedir (Akıncı, 2019).

Damgalama, ruhsal sorunu olan bireyler için duygusal stres reaksiyonlarına ve bilişsel baş etme reaksiyonlarına yol açan büyük bir stres kaynağı olarak görülmektedir. Damgalama ile alakalı hissedilen fazla yük, bireylerin baş etme yöntemine hasar verir nitelikteyse, damgalanma stres faktörü olarak ele alınır. Ancak, ruhsal sorunu olanların damgalanma stresine karşı nasıl yanıt verdiği ve bunun benlik saygısı, umutsuzluk ve sosyal davranışlar üzerindeki etkisi henüz bilinmemektedir (Rüsch ve ark., 2009).

Anlaşılmaktadır ki damgalama, toplumsal bir tavır olduğu kadar bireylerin baş etme yöntemlerine benimseyişindeki süreçle de ilişkilidir. Ayrıca subjektif ve kişisel ölçekte daha kompleks süreçlere dikkat çekmektedir (Akıncı, 2019).

Literatür incelendiğinde stres ile mücadele yöntemleri ve bu yöntemleri etkileyen ve etkilenen yönleri ile ilgili çalışmalara rastlanılmaktadır. Bunlardan bazıları:

Aksoy ve Kelleci (2016), bipolar bozukluğu olan hastaların ilaç tedavisine uyum ile stresle başa çıkma yolları arasındaki bağlantıyı araştırdıkları çalışmada etkisiz baş etme yöntemi kullanan hastaların ilaç uyumsuzluğu gösterdiği sonucuna ulaşmışlardır (Aksoy & Kelleci, 2016).

Lee ve ark., (2018), yaptıkları araştırmada şizofreni ve diğer psikotik bozukluklardan birine sahip bireyler ile çalışmışlardır. Çalışmada bağımlılık ile stresle başa çıkma yöntemleri arasındaki olumsuz yönde ilişkiden bahsetmiştir. Ayrıca şizofreni hastalarının diğer hastalıklara sahip bireylerden daha fazla etkisiz baş etme yöntemi kullandığını, yaşam stresiyle baş etmede etkisiz yöntem kullanan hastaların nüks ve alevlenme riskinin daha fazla olduğuna değinmiştir (Lee ve ark., 2018).

Mingrone ve ark., (2016), şizofreni ve şizoafektif bozukluk tanılı hastaları stresle baş etme yöntemleri açısından karşılaştırdıkları çalışmada; şizoafektif bozukluk tanısı olanların etkisiz baş etme yöntemini (duygu odaklı) daha çok kullandığı, ayrıca benlik saygısı yüksek olanların etkisiz yöntemleri (duygu odaklı) daha az kullandığı bildirilmiştir (Mingrone ve ark., 2016).

Şimşek Arslan (2017), yaptığı çalışmada ruhsal hastalık ile bireyin karşılaştığı zorluklar neticesinde oluşan stres durumu ile baş edebilmek için kullanılan yöntemler arasında anlamlı bir ilişki olduğunu; psikotik bozukluğa sahip olanların stresle baş etmede etkisiz yöntemleri daha çok kullandığını belirtmiştir (Şimşek Arslan, 2017).

Holubova ve ark., (2016), şizofreni ve diğer psikotik bozukluk tanılı hastalar üzerinde yaptıkları çalışmada içselleştirilmiş damgalanması yüksek olan hastaların etkisiz yöntemleri daha sık kullandığından bahsetmişlerdir. (Holubova ve ark., 2016).

Kleim ve ark., (2009), da yaptıkları çalışmada içselleştirilmiş damgalanmanın olumsuz baş etme yöntemlerine katkısından bahsetmişlerdir (Kleim ve ark., 2009).

Literatürde yukarıdaki çalışmalara benzer başka çalışmalar da mevcuttur (Adan ve ark., 2017; Lavoie, 2013; Moon ve ark., 2014).

2.3.5. Stres ve Psikiyatri Hemşireliği

Hastalığın kabullenilmesi ruhsal hastalığa ilişkin farkındalığın geliştirilmesi yönünden oldukça önemlidir. Hastalığı kabul etmeyen bireyler uygun içgörüyeye sahip olamamakta ve kendilerini toplumdan soyutlamaktadırlar. Ruhsal hastalığa sahip bireylerde stresli hayat deneyimlerinin tespiti, hastalığın seyrinde ruh sağlığı profesyonelleri için önemli bir veri kaynağı sayılabilir. Hastalar için stres, alevlenme ve

kronikleşme ihtimalini yükseltmekte ve ayrıca yatış süresini artırmaktadır. Özellikle hastalığın gidişatı stresle alakalı olduğundan etkin baş etme yöntemlerinin kullanımı oldukça önemlidir. Ruhsal hastalığı olan bireylerin stresle başa çıkma yöntemlerinin öğrenilmesi, hemşirelik bakımı ve hastalar için tedavi sürecine katkı sağlayacağı düşünülmektedir (Taşdemir Yiğitoğlu & Keskin, 2020).

İçselleştirilmiş damgalanma ile stresle başa çıkabilme metotları arasında olumsuz bir ilişki vardır. Ruh sağlığı profesyonellerinin bu konuda daha fazla düşünmesi ve araştırma yapması şizofreni ve diğer psikotik bozukluklara sahip bireyleri anlamada fayda sağlayabilir. Hastaları destekleyen, olumsuz baş etme yöntemlerini ve kendini damgalamayı azaltan; olumlu baş etme yöntemlerini ise artıran eğitimler planlanabilir (Holubova ve ark., 2016). Bu bağlamda psikiyatri hemşireleri hastalara eğitim ve danışmanlık hizmetleri başlatabilir ve ortaya çıkan literatür bilgisini uygulamalarına entegre edebilirler (Kargın & Hiçdurmaz, 2018).

Sonuç olarak stresle etkin baş etme yöntemlerinin desteklenmesi, etkisiz yöntemlerin ise uygun şekilde fark ettirilip olumlu yöntemler ile değiştirilmeye çalışılması ruhsal sağlığı yerinde olmayan bireyler için oldukça önem arz etmektedir (Özarslan ve ark., 2013).

3. YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Çalışma tanımlayıcı, kesitsel ve ilişki arayıcı tiptedir.

3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini 15/12/2022-15/06/2023 tarihleri arasında Tokat Dr. Cevdet Aykan Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi, Tokat Toplum Ruh Sağlığı Merkezi ile Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Hastanesi psikiyatri klinik ve polikliniklerinde yatarak veya ayaktan takip edilen bireyler oluşturdu. Araştırmanın örneklemi, çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden ve dâhil edilme kriterlerine uyan ruhsal hastalığı olan bireyler oluşturdu. Bireylerin geneli yansıtabilmesi adına, Tokat Dr. Cevdet Aykan Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi, Tokat Toplum Ruh Sağlığı Merkezi ile Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Hastanesi'nde bir yıl içerisinde, yatarak ve ayaktan tedavi gören farklı 1850 hastayı kapsayarak yapılan güç analizinde; %95 güven (1- α), %95 testin gücü (1- β) ve $d=0.5$ bağımsız örneklem t-testi etki büyüklüğü analiz sonuçlarına bakıldığında grupta alınması gereken örneklem sayısı 318 olarak belirlenmiştir. Örneklemde evreni temsil edecek en yüksek düzeyde katılımcıya ulaşılması planlanmıştır. Çalışmanın gücünü arttırmak amacıyla 352 örneklem ile araştırma gerçekleştirilmiştir.

3.3. Araştırmanın Değişkenleri

3.3.1. Bağımlı Değişkenler

Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği (RHİDÖ) alt boyut ve toplam puanı,

Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ) toplam puanı,

Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ) alt boyut ve toplam puanıdır.

3.3.2. Bağımsız Değişkenler

Ruhsal hastalığa sahip olan bireylerin teşhisi, yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, çocuk sayısı, aylık gelir, medeni durum, meslek, ruh sağlığı hastanelerinde yatış sayısı ve süresi gibi kişisel özellikler araştırmanın bağımsız değişkenini oluşturmaktadır.

3.4. Araştırma Soruları

1) Ruhsal hastalığı olan bireylerin kişisel özelliklerinin içselleştirilmiş damgalanma düzeylerine etkisi var mıdır?

2) Ruhsal hastalığı olan bireylerin kişisel özelliklerinin benlik saygısı üzerinde etkisi var mıdır?

3) Ruhsal hastalığı olan bireylerin kişisel özelliklerinin stresle baş etme tarzları üzerine etkisi var mıdır?

4) Ruhsal hastalığı olan bireylerin içselleştirilmiş damgalanma düzeylerinin benlik saygısı ile ilişkisi var mıdır?

5) Ruhsal hastalığı olan bireylerin içselleştirilmiş damgalanma düzeylerinin stresle baş etme tarzları ile ilişkisi var mıdır?

3.5. Veri Toplama Araçları

3.5.1. Kişisel Bilgi Formu: Form araştırmacı tarafından hazırlanan, araştırmaya katılan bireylerin sosyo-demografik özelliklerine ilişkin (yaş, cinsiyet, medeni hâl, eğitim durumu, gelir durumu, kiminle yaşadığı, ruhsal hastalık tanısı, hastalığın süresi vb) 21 sorudan oluşmaktadır (Ek-1).

3.5.2. Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği (RHİDÖ): Ritsher ve ark., (2003) tarafınca geliştirilmiştir (Ritsher ve ark., 2003). Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik araştırması Ersoy ve Varan (2007) yapmıştır. RHİDÖ, içsel damgalamayı ölçen 29 maddelik bir öz bildirim ölçeğidir. RHİDÖ'nün beş alt boyutu bulunmaktadır: Yabancılaşma (6 maddeyi kapsar, Bu maddeler şunlardır; 1, 5, 8, 16, 17, 21), Sosyal Geri Çekilme (6 maddeyi kapsar, Bu maddeler şunlardır; 4, 9, 11, 12, 13, 20), Algılanan Ayrımcılık (5 maddeyi kapsar, Bu maddeler şunlardır; 3, 15, 22, 25, 28), Kalıp Yargıların Onaylanması (7 maddeyi kapsar, Bu maddeler şunlardır; 2, 6, 10, 18, 19, 23, 29) ve Damgalanmaya Karşı Direnç (5 maddeyi kapsar, Bu maddeler şunlardır; 7, 14, 24, 26, 27). Bu ölçek soruları "kesinlikle aynı fikirdeyim" (4 puan), "aynı fikirdeyim" (3 puan), "aynı fikirde değilim" (2 puan), "kesinlikle aynı fikirde değilim" (1 puan) biçiminde derecelendirilen dörtlü Likert tipinde bir ölçek kullanılarak cevaplandırılmaktadır. Bu alt boyutlardan birinin soruları ters olarak puanlanmaktadır (Damgalanmaya karşı direnç). Beş alt boyutun skorlarının toplanması ile ulaşılan genel RHİDÖ skoru 29 ila 116 puan aralığında seyretmektedir. Alınan yüksek RHİDÖ sonuçları, içselleştirilmiş damgalanmanın olumsuz anlamda daha kuvvetli olduğunun bir göstergesi olarak kabul edilmektedir. Ölçeğin iç tutarlılık katsayısı ,93 ve iki yarı

güvenirliği ,89 bulmuşlardır (Ersoy & Varan, 2007) (Ek-2). Bu çalışmada ölçeğin iç tutarlılık katsayısı ,91 bulunmuştur.

3.5.3. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ): Rosenberg tarafından 1965 yılında geliştirilmiştir (Rosenberg, 1965). Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Çuhadaroglu (1986) tarafından adolesanlarda gerçekleştirilmiştir. Literatür incelendiğinde Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği'nin ruhsal hastalığı olan bireyler ile yapılan araştırmalarda geçerli bir değerlendirme ölçütü olduğu gözlenmiştir (Ersoy ve Varan, 2007; Keser ve ark., 2011). Ölçek 63 madde ve 12 alt grup içermektedir. İlk 10 madde benlik saygısını değerlendirmektedir. Bu sebeple araştırmada benlik saygısını değerlendiren ilk 10 soru kullanılmıştır. Ölçeğin maddeleri yanıtlamak için "Çok doğru", "Doğru", "Yanlış" ve "Çok yanlış" şeklinde seçenekler bulunmaktadır. Ölçek maddelerinden elde edilen puanların toplamı 0-1 arasında ise yüksek benlik saygısı, 2-4 arasında ise orta benlik saygısı, 5-6 arasında ise düşük benlik saygısı olarak kabul edilmektedir. Çuhadaroglu'nun (1986) yapmış olduğu çalışmada ölçeğin iç tutarlılık katsayısı ,89 olarak saptanmıştır (Çuhadaroglu, 1986) (Ek-3). Bu araştırmada ölçeğin iç tutarlılık katsayısı ,72 bulunmuştur.

3.5.4. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ): Ölçek, "Başa Çıkma Yolları Envanteri" ismiyle 1980 senesinde Folkman ve Lazarus tarafından 68 maddeden oluşan 4'lü Likert türünde bir ölçek olarak oluşturulmuştur (Folkman & Lazarus, 1980). Türkçe'ye Şahin ve ark., 1992'de uyarlamışlardır (Şahin ve ark., 1992). Üniversite öğrencileri için kısa versiyonu olan Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ), 1995'te Şahin ve Durak tarafından yeniden düzenlenmiştir. Ölçek, birincisi kendine güvenli yaklaşım, ikincisi çaresiz yaklaşım, üçüncüsü boyun eğici yaklaşım, dördüncüsü iyimser yaklaşım ve sonuncusu sosyal destek arama yaklaşımı olmak üzere 5 faktörden oluşmak üzere 30 maddeye indirilmiştir. Ölçeğin alt boyutlarının güvenirlik katsayıları şu şekildedir: kendine güvenli yaklaşım boyutu için bulunan değerler ,62 ile ,80, ikinci olarak çaresiz yaklaşım boyutu için bulunan değerler ,64 ile ,73, üçüncü olarak iyimser yaklaşım boyutu için bulunan değerler ,49 ile ,68, dördüncü olarak boyun eğici yaklaşım boyutu için bulunan değerler ,47 ile ,72 ve son olarak sosyal destek arama yaklaşımı boyutu için bulunan değerler ,45 ile ,47 arasında değişmektedir. Alt boyutlar için ölçek faktörleri şu şekildedir: kendine güvenli yaklaşım boyutunu oluşturan maddeler 8, 10, 14, 16, 20, 23, 26 (olarak 7 madde); iyimser yaklaşım boyutunu

oluşturan maddeler 2, 4, 6, 12, 18 (olarak 5 madde); çaresiz yaklaşım boyutunu oluşturan maddeler 3, 7, 11, 19, 22, 25, 27, 28 (olarak 8 madde); boyun eğici yaklaşım boyutunu oluşturan maddeler 5, 13, 15, 17, 21, 24 (olarak 6 madde) ve son olarak sosyal destek arama yaklaşımı boyutunu oluşturan maddeler 1 (ters), 9 (ters), 29, 30 (olmak üzere 4 madde) şeklinde numaralandırılmış olan soruların faktör içine yerleştirilmesiyle meydana getirilmiştir. Alt boyutlardan 3 tanesi işlevsel yani etkin başa çıkma yöntemi olarak kabul edilmektedir. Bunlar: Kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım ve sosyal destek arama yaklaşımı alt boyutlarıdır. Bu boyutlardan toplanan puanların artması bireyin stresle başa çıkmada etkin olan yöntemleri kullandığını gösterir. Bunun yanında alt boyutlardan 2 tanesi de işlevsel olmayan yani etkisiz başa çıkma yöntemlerini temsil eder. Bunlardan biri boyun eğici yaklaşım iken diğeri çaresiz yaklaşım alt boyutudur. Bu boyutlardan toplanan puanların artması kişinin stresle başa çıkmada etkin olmayan yöntemleri kullandığını gösterir (Şahin & Durak, 1995) (Ek-4). Bu araştırmada ölçeğin iç tutarlılık katsayısı ,83 bulunmuştur.

3.6. Araştırma Kriterleri

3.6.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- 18 yaşında veya üstünde olan,
- Ruhsal hastalık tanısı bulunan,
- Hastalık tanısını aldıktan sonra en az 180 gün geçmiş olan,
- İletişim kurma güçlüğü olmayan,
- Algılama sorunu olmayan,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olan.

3.6.2. Araştırmanın Dışlanma Kriterleri

- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmayan,
- Konuşma, dinleme, iletişime geçme ve anlama sorunu olan,
- Sözel iletişim kuramayan.

3.7. Veri Toplama Yöntemi

Araştırmada veri toplamak için Kişisel Bilgi Formu, Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ), Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ) ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ) kullanılmıştır. Çalışmaya katılacak tüm hastalara sözlü bilgi verilmiş, yazılı ve sözlü onam alınmıştır. Araştırmacı tarafından veri toplama formları bizzat yüz yüze doldurulmuştur. Bilgi formunun

hastalık tanısı bölümü araştırmacı tarafından kesinleşmiş teşhis niteliğinde kaydedilmiştir. Formların uygulama süresi yaklaşık 30 dakika sürmüştür.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Veri değerlendirmesinde kullanılan program SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 25.0'dır. Tanımsal verileri analiz etmek için rakam, yüzdelik, minimum, maksimum, medyan, ortalama değer ve standart sapma ölçütleri esas alınmıştır. Verilerin olağan dağılımının belirlenmesi adına basıklık ve çarpıklık düzeyleri incelenmiştir. Değerlendirmede dağılımı normal olan veriler üzerinde yapılan bağımsız gruplarda t-testi ve One Way Anova Analizi ile Post-Hoc testleri (Tukey HSD) ve Tamhane's yöntemi kullanılmıştır. Verilerin birbirleriyle olan ilişkisini belirlemek için Pearson Korelasyon analizinden yararlanılmıştır. İstatistiksel testlerde anlamlılık düzeyi olarak %95 güven aralığı ve $p < 0,05$ alınmıştır.

3.9. Araştırmanın Etik Yönü

Bu araştırmayı gerçekleştirmek için; Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (Karar tarihi: 24.11.2022, Sayı: 22-KAEK-259) (EK-6), Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Hastanesi (Karar tarihi: 14.11.2022, Sayı: E-21979232-044-232071) (EK-7) ve Tokat İl Sağlık Müdürlüğü'nden (Karar tarihi: 29.09.2021, Sayı: E-87064461-044-594) (EK-8) tüm gerekli izinler temin edilmiştir.

Bu araştırmayı yürütmek için ölçeklerin yazarlarından e-posta yolu ile gerekli izinler temin edilmiştir (EK-9, EK-10, EK-11).

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

1. Araştırma sadece bir ilin toplum ruh sağlığı merkezi, ruh sağlığı hastanesi ve üniversite hastanesi psikiyatri kliniğinde yatarak veya ayaktan takip edilen hastalar ile tamamlanmıştır. Ulaşılan verilerin ruhsal hastalığı olan tüm bireylere ve evrene genellenmez.

2. Çalışmanın sonuçları, yararlanılan ölçme araçlarının güvenilirlik ve geçerlilik yönleriyle sınırlıdır.

3. Çalışmada yararlanılan değerlendirme ölçekleri öz bildirim ölçekleri olduğu için hastalar kendi durumlarını daha farklı şekilde algılamış ve yorumlamış olabilirler.

4. BULGULAR

Ruhsal hastalığı olan bireylerde içselleştirilmiş damgalamanın benlik saygısı ve stresle başa çıkma tarzları üzerindeki olası etkisini belirlemek amacıyla yürütülen çalışmanın sonuçları tablo halinde aşağıda verilmiştir.

Tablo 1. Katılımcıların Sosyo-demografik Özellikleri (n=352)

Değişkenler		Ort±SS	
Yaş		36,71±11,92	
		n	%
Yaş	18-25	72	20,5
	26-33	71	20,2
	34-41	68	19,2
	42 ve üzeri	141	40,1
Cinsiyet	Kadın	96	27,3
	Erkek	256	72,7
Eğitim Durumu	İlkokul	83	23,5
	Ortaokul	91	25,9
	Lise	113	32,1
	Lisans	65	18,5
Medeni Durum	Bekar	181	51,4
	Evli	104	29,5
	Boşanmış/Ayrı yaşıyor/ Eş	67	19,1
Çocuk Varlığı	Evet	148	42,0
	Hayır	204	58,0
Çocuk Sayısı	1 çocuk	46	13,2
	2 çocuk	56	15,6
	3 ve üzeri çocuk	46	13,2
Meslek	Öğrenci	26	7,3
	Memur	31	8,8
	Ev hanımı	59	16,8
	Emekli	51	14,5
	Serbest	95	27,0
	Çalışmıyor	76	21,6
	Çiftçi	14	4,0
Aylık Gelir	Gelir giderden az	148	42,0
	Gelir gidere eşit	140	39,8
	Gelir giderden fazla	64	18,2
İşten Çıkarılma	Evet	90	25,6
	Hayır	262	74,4
Yetiştigi Çevre	Büyükşehir	54	15,4
	Şehir	192	54,5
	Kırsal	106	30,1
Yaşadığı Yer	Büyükşehir	37	10,5

Tablo 1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri (n=352) (Devam)

		n	%
	Şehir	222	63,1
	Kırsal	93	26,4
Birlikte Yaşadığı Bireyler	Yalnız	54	15,3
	Aile	291	82,7
	Kurum	7	2,0
Büyüdüğü Aile Tipi	Çekirdek	224	63,6
	Geniş	128	36,4

Katılımcıların sosyo-demografik nitelikleri Tablo 1’de sunulmaktadır. Bu sonuçlar doğrultusunda katılımcıların ortalama yaşı $36,71 \pm 11,92$ olarak belirlenmiştir. Katılımcıların %40,1’inin 42 yaş ve üzeri, %72,7’sinin erkek, %32,1’inin lise mezunu, %51,4’ünün bekar, %42’sinin çocuk sahibi, %15,9’unun iki çocuk sahibi, %27’sinin serbest meslek sahibi, %42’sinin gelirinin giderinden az olduğu (gelirinin giderini karşılamadığı) belirlenmiştir. Ayrıca katılımcıların %74,4’ünün işten çıkarıldığı, %54,5’inin şehir merkezinde yetiştiği, %63,1’inin şehir merkezinde yaşadığı, %82,7’sinin ailesi ile birlikte yaşadığı ve %63,6’sının çekirdek ailede büyüdüğü belirlenmiştir.

Tablo 2. Katılımcıların Madde Kullanım Özellikleri (n=352)

		Ort±SS	
Tütün kullanım miktarı (günde)		22,78±8,52	
Tütün kullanım süresi (yıl)		19,27±11,80	
Alkol kullanım miktarı (adet (200 cc))		4,69±4,10	
Alkol kullanım süresi (yıl)		13,32±8,90	
Madde kullanım miktarı (adet)		3,09±3,12	
Madde kullanım süresi (yıl)		8,42±5,59	
		n	%
Tütün Kullanımı	Evet	236	67,0
	Hayır	116	33,0
Alkol Kullanımı	Evet	65	18,2
	Hayır	287	81,8
Madde Kullanımı	Evet	21	6,0
	Hayır	331	94,0

Katılımcıların madde kullanım nitelikleri Tablo 2’de sunulmaktadır. Araştırmaya katılanların %67’sinin tütün kullandığı tümünün her gün tütün tükettikleri

belirlenmiştir. Ayrıca tütün kullanan katılımcıların günde $22,78 \pm 8,52$ adet tütün tükettiği ve tütün kullanım sürelerinin $19,27 \pm 11,80$ yıl olduğu saptanmıştır.

Araştırmaya katılım sağlayanların %18,2'sinin alkol kullandığı belirlenmiştir. Ayrıca alkol kullanan katılımcıların günde $4,69 \pm 4,10$ bardak alkol tükettiği ve alkol kullanım sürelerinin $13,32 \pm 8,90$ yıl olduğu bulunmuştur.

Katılımcıların %6'sının madde kullandığı görülmüştür. Ayrıca madde kullanan katılımcıların günde $3,09 \pm 3,12$ adet madde kullandığı ve madde kullanım sürelerinin $8,42 \pm 5,59$ yıl olduğu belirlenmiştir.

Tablo 3. Katılımcıların Hastalıklarına İlişkin Özellikleri (n=352)

		Ort±SS	
Teşhis zamanı (yıl)		11,65±9,81	
Tedavi alma süresi (yıl)		9,99±8,89	
Psikiyatri servisine yatış sayısı (adet)		7,30±9,46	
Mevcut yatışının süresi (gün)		13,66±13,97	
		n	%
Tanı	Psikotik bozukluk	177	50,3
	Duygudurum bozukluğu	150	42,6
	Madde kullanım bozukluğu	25	7,1
Eşlik Eden Fiziksel Hastalık Varlığı	Evet	38	10,8
	Hayır	314	89,2
Ailede Kronik Fiziksel Hastalık Varlığı	Evet	60	17,0
	Hayır	292	83,0
Ailede Ruhsal Hastalık Varlığı	Evet	90	25,6
	Hayır	262	74,4
Ailede Ruhsal Hastalık	Psikotik bozukluk	53	14,4
	Duygudurum bozukluğu	35	9,8
	Kişilik bozukluğu	5	1,4

Katılımcıların hastalık bilgilerine dair nitelikleri Tablo 3'te sunulmaktadır. Bu duruma göre çalışmaya katılanların %50,3'ünün psikotik bozukluk tanısına sahip olduğu, teşhis zamanının ortalama $11,65 \pm 9,81$ yıl olduğu, tedavi alma süresinin ortalama $9,99 \pm 8,89$ yıl olduğu, psikiyatri servisine yatış sayısının ortalama $7,30 \pm 9,46$ kez olduğu ve mevcut yatış süresinin $13,66 \pm 13,97$ gün olduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların %10,8'sinin eşlik eden kronik fiziksel hastalığı olduğu ve %83'ünün ailesinde fiziksel kronik hastalık olmadığı belirlenmiştir. Katılımcıların %25,6'sının ailesinde ruhsal hastalığa sahip birey olduğu belirlenmiştir. Bununla birlikte katılımcıların %14,4'inin ailesinde psikotik bozukluk tanılı birey olduğu saptanmıştır.

Tablo 4. Katılımcıların Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği Puan Ortalamaları (n=352)

Ölçekler		Ort±SS	Medyan	Minimum	Maksimum
RHİDÖ	Yabancılaşma	13,89±4,53	14	6	24
	Kalıp Yargıların Onaylanması	15,20±4,13	15	7	28
	Algılanan Ayrımcılık	11,65±3,61	12	5	20
	Sosyal Geri Çekilme	13,77±4,54	14	6	24
	Damgalanmaya Karşı Direnç	12,69±3,24	13	5	20
	Toplam	67,22±15,00	67	29	105
RBSÖ	Toplam	2,26±0,57	2,25	0	6
SBTÖ	Kendine Güvenli Yaklaşım	2,83±0,80	2,85	1	3
	İyimser Yaklaşım	2,78±0,73	2,80	1	3
	Çaresiz Yaklaşım	2,52±0,66	2,50	1	3
	Boyun Eğici Yaklaşım	2,27±0,60	2,16	1	3
	Sosyal Destek Arama Yaklaşımı	2,25±0,87	2,00	0,5	3
	Toplam	12,66±2,44	12,48	6,10	15

Katılımcıların RHİDÖ, RBSÖ ve SBTÖ puanları Tablo 4'te verilmiştir.

Çalışmaya katılanların RHİDÖ Yabancılaşma Alt Boyut puan ortalamasının $13,89 \pm 4,53$, Kalıp Yargıların Onaylanması Alt Boyutunun puanı $15,20 \pm 4,13$, Algılanan Ayrımcılık Alt Boyutunun puanı $11,65 \pm 3,61$, Sosyal Geri Çekilme Alt Boyutunun puanı $13,77 \pm 4,54$, Damgalanmaya Karşı Direnç Alt Boyutunun puanı $12,69 \pm 3,24$ ve toplam puan ortalamasının $67,22 \pm 15,00$ olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların RBSÖ toplam puan ortalaması $2,26 \pm 0,57$ olarak belirlenmiştir.

Katılımcıların SBTÖ'nin alt boyutlarının puanları; Kendine Güvenli Yaklaşım Boyutunun ortalama puan değeri $2,83 \pm 0,80$, İyimser Yaklaşım Boyutunun ortalama puan değeri $2,78 \pm 0,73$, Çaresiz Yaklaşım Boyutunun ortalama puan değeri $2,52 \pm 0,66$, Boyun Eğici Yaklaşım Boyutunun ortalama puan değeri $2,27 \pm 0,60$, Sosyal Destek Arama Yaklaşımı Boyutunun ortalama puan değeri $2,25 \pm 0,87$ ve toplam puan ortalaması $12,66 \pm 2,44$ olarak belirlenmiştir.

Tablo 5. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=352)

Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği						
	Yabancılaşma	Kalıp Yargıların Onaylanması	Algılanan Ayrımcılık	Sosyal Geri Çekilme	Damgalanmaya Karşı Direnç	Toplam
Yaş						
18-25	$13,70 \pm 4,60$	$14,81 \pm 3,74$	$11,55 \pm 3,75$	$13,69 \pm 4,23$	$12,26 \pm 3,12$	$66,04 \pm 15,13$
26-33	$13,57 \pm 5,31$	$15,36 \pm 4,70$	$11,39 \pm 3,64$	$13,39 \pm 5,42$	$12,78 \pm 3,48$	$66,52 \pm 16,39$
34-41	$13,94 \pm 4,40$	$15,35 \pm 4,39$	$11,95 \pm 3,65$	$13,58 \pm 4,42$	$12,82 \pm 3,52$	$67,66 \pm 15,78$
42 ve üzeri	$14,12 \pm 4,16$	$15,24 \pm 3,92$	$11,68 \pm 3,53$	$14,09 \pm 4,29$	$12,81 \pm 3,04$	$67,97 \pm 13,89$
F=	0,281	0,277	0,299	0,449	0,542	0,335
p=	0,839	0,842	0,826	0,718	0,654	0,800
Cinsiyet						
Kadın	$14,50 \pm 4,38$	$14,85 \pm 3,63$	$11,60 \pm 3,32$	$13,77 \pm 4,40$	$12,70 \pm 3,19$	$67,43 \pm 14,21$
Erkek	$13,66 \pm 4,58$	$15,33 \pm 4,31$	$11,66 \pm 3,72$	$13,77 \pm 4,60$	$12,69 \pm 3,26$	$67,14 \pm 15,32$
t=	1,535	0,972	0,147	0,012	0,033	0,163
p=	0,126	0,331	0,883	0,990	0,973	0,871
Eğitim Durumu						
İlkokul	$15,45 \pm 4,28^a$	$16,91 \pm 3,94^a$	$12,80 \pm 3,55^a$	$15,65 \pm 4,10^a$	$12,89 \pm 2,85$	$73,72 \pm 13,32^a$
Ortaokul	$12,62 \pm 4,56^b$	$14,85 \pm 3,83^b$	$10,90 \pm 3,63^b$	$12,89 \pm 4,42^b$	$13,07 \pm 3,38$	$64,35 \pm 14,65^b$
Lise	$13,60 \pm 4,37^b$	$14,36 \pm 3,99^b$	$11,44 \pm 3,43^b$	$13,15 \pm 4,35^b$	$12,62 \pm 3,33$	$65,19 \pm 14,41^b$
Lisans	$14,18 \pm 4,57^b$	$14,96 \pm 4,48^b$	$11,58 \pm 3,69^b$	$13,69 \pm 4,96^b$	$12,04 \pm 3,31$	$66,47 \pm 16,35^b$
F=	6,157	6,901	4,391	6,885	1,410	7,430
p=	0,000	0,000	0,005	0,000	0,240	0,000

Tablo 5. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=352)

	Yabancılaşma	Kalıp Yargıların Onaylanması	Algılanan Ayrımcılık	Sosyal Geri Çekilme	Damgalanmaya Karşı Direnç	Toplam
Medeni Durum						
Bekar	13,46±4,51	14,88±4,10	11,56±3,60	13,63±4,55	12,55±3,40	66,11±15,00
Evli	13,97±4,38	15,15±4,04	11,41±3,36	13,68±4,55	12,88±3,05	67,10±14,36
Boşanmış/Ayrıyaşıyor	14,92±4,72	16,14±4,27	12,25±3,99	14,29±4,55	12,79±3,10	70,41±15,74
F= p=	2,559 0,079	2,313 0,100	1,210 0,299	0,550 0,578	0,367 0,693	2,031 0,133
Çocuk Varlığı						
Evet	14,27±4,45	15,54±4,20	11,72±3,53	14,00±4,53	12,84±3,02	68,38±14,87
Hayır	13,62±4,59	14,95±4,08	11,59±3,67	13,61±4,55	12,59±3,39	66,38±15,08
t= p=	1,323 0,187	1,325 0,186	0,320 0,749	0,788 0,431	0,718 0,474	1,237 0,217
Çocuk Sayısı						
1 çocuk	13,67±3,85	15,23±4,06	11,43±3,18	13,73±4,38	12,60±3,08	66,69±13,55
2 çocuk	14,41±4,97	15,14±4,65	11,32±3,74	13,66±4,85	12,96±3,38	67,50±16,32
3 ve üzeri çocuk	14,69±4,37	16,34±3,70	12,50±3,55	14,67±4,30	12,93±2,50	71,15±14,19
F= p=	0,647 0,525	1,222 0,298	1,639 0,198	0,738 0,480	0,202 0,817	1,195 0,306
Meslek						
Öğrenci	13,11±3,85	14,03±3,58	10,38±3,54	11,15±3,75	11,76±3,56	60,46±13,45
Memur	14,09±4,13	14,51±4,32	11,22±2,62	13,45±3,92	12,29±2,72	65,58±12,97
Ev hanımı	14,93±4,40	15,42±3,58	11,59±3,21	14,23±4,44	12,79±3,08	68,98±14,46
Emekli	14,54±4,29	15,29±4,02	11,98±3,96	14,66±4,37	12,94±3,04	69,43±14,59
Serbest	13,15±4,81	15,02±4,52	11,57±3,94	13,52±5,06	12,66±3,48	65,94±16,05
Çalışmıyor	13,71±4,84	15,63±4,28	12,03±3,74	14,01±4,45	12,97±3,32	68,38±15,76
Çiftçi	14,14±3,95	16,57±3,67	12,35±2,70	14,57±3,71	12,78±3,14	70,42±11,42
F= p=	1,280 0,266	0,938 0,468	0,916 0,483	2,087 0,054	0,585 0,743	1,571 0,155
Aylık Gelir						
Gelir giderden az	14,40±4,39	15,60±4,09	12,16±3,69	14,29±4,47	12,53±3,05	69,00±14,64
Gelir gidere eşit	13,40±4,47	15,04±4,04	11,18±3,49	13,28±4,56	12,82±3,24	65,75±15,20
Gelir giderden fazla	13,78±4,93	14,62±4,40	11,48±3,58	13,64±4,62	12,79±3,67	66,32±15,19
F= p=	1,773 0,171	1,441 0,238	2,733 0,066	1,824 0,163	0,332 0,718	1,843 0,160
İşten Çıkarılma						
Evet	14,90±4,50	16,24±4,16	12,58±3,54	14,78±4,55	12,95±3,41	71,47±14,70
Hayır	13,54±4,50	14,84±4,07	11,32±3,58	13,42±4,49	12,61±3,18	65,76±14,85
t= p=	2,453 0,015	2,789 0,006	2,883 0,004	2,469 0,014	0,870 0,385	3,156 0,002
Yetiştirdiği Çevre						
Büyükşehir	12,77±4,72	14,79±4,24	10,75±3,84 ^a	12,92±4,67	13,03±3,47	64,28±15,05
Şehir	13,97±4,56	15,05±4,01	11,60±3,57 ^{ab}	13,75±4,47	12,50±3,25	66,89±14,97
Kırsal	14,30±4,36	15,69±4,31	12,23±3,45 ^b	14,22±4,60	12,84±3,09	69,13±14,95
F= p=	2,080 0,126	1,136 0,322	3,081 0,047	1,451 0,236	0,762 0,468	2,096 0,124

Tablo 5. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Ruhsal Hastalıkların 30 İyşelleştirilmiş Damgalanması Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=352)

	Yabancılaşma	Kalıp Yargıların Onaylanması	Algılanan Ayrımcılık	Sosyal Geri Çekilme	Damgalanmaya Karşı Direnç	Toplam
Yaşadığı Yer						
Büyükşehir	13,05±4,80	14,97±4,44	10,70±3,65	13,48±4,60	13,24±3,57	65,45±14,91
Şehir	13,96±4,52	15,10±3,90	11,68±3,63	13,79±4,48	12,64±3,21	67,20±14,59
Kırsal	14,05±4,46	15,53±4,56	11,93±3,53	13,83±4,72	12,60±3,17	67,96±16,07
F=	0,720	0,424	1,578	0,086	0,588	0,369
p=	0,487	0,655	0,208	0,918	0,556	0,692
Birlikte Yaşadığı Bireyler						
Yalnız+Kurum	14,51±5,08	16,18±4,94	12,24±4,17	14,66±4,73	12,72±3,38	70,33±16,70
Aile	13,80±4,46	15, 01±4,00	11,51±3,52	13,62±4,50	12,63±3,20	66,59±14,74
t=	1,050	1,906	1,348	1,546	0,188	1,676
p=	0,294	0,058	0,178	0,123	0,851	0,095
Büyüdüğü Aile Tipi						
Çekirdek	14,00±4,44	15,20±4,07	11,66±3,54	13,84±4,28	12,73±3,05	67,45±14,86
Geniş	13,69±4,70	15,20±4,26	11,61±3,75	13,65±4,97	12,64±3,55	66,81±15,30
t=	0,623	0,005	0,131	0,372	0,254	0,389
p=	0,534	0,996	0,896	0,710	0,799	0,698

F: One-way ANOVA; t: Bağımsız örneklem gruplarında t testi; a-b: aynı harfi taşıyan veriler açısından istatistiksel olarak önemli bir fark yoktur

Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre RHİDÖ ortalama değerlerinin karşılaştırılması Tablo 5’te ele alınmıştır. Buna göre, katılımcıların yaşı, cinsiyet durumu, medenî hâli, çocuk sahipliği durumu, sahipse çocuk sayısı, mesleki durumu, aylık gelir durumu, yaşadığı yer, birlikte yaşadığı bireyler ve büyüdüğü aile tipi ile RHİDÖ ve bütün alt boyutlardaki ortalamalar arasında istatistiksel fark tespit edilmemiştir ($p>0,05$).

Çalışmaya katılanların eğitim durumu, işten çıkarılma ve yetiştiği çevre ile RHİDÖ ve bütün alt boyutlardaki ortalamalar arasında istatistiksel fark tespit edilmiştir ($p<0,05$).

İlkokul mezunu olanların RHİDÖ ortalama toplam puanı ile alt boyutlardan Yabancılaşma, Kalıp Yargıların Onaylanması, Algılanan Ayrımcılık ve Sosyal Geri Çekilme boyutlarının ortalama değerleri diğerlerinden daha yüksek bulunmuştur.

İşten çıkarılanların RHİDÖ ortalama toplam puanı ile alt boyutlardan Yabancılaşma, Kalıp Yargıların Onaylanması, Algılanan Ayrımcılık ve Sosyal Geri Çekilme boyutlarının değerleri işten çıkarılmayanlara göre daha yüksektir.

Kırsalda yetişenlerin RHİDÖ alt boyutlarından Algılanan Ayrımcılık boyutunun değeri büyükşehirde yetişenlere göre daha yüksektir.

Tablo 6. Katılımcıların Madde Kullanım Özelliklerine Göre Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=352)

	Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği					
	Yabancılaşma	Kalıp Yargıların Onaylanması	Algılanan Ayrımcılık	Sosyal Geri Çekilme	Damgalanmaya Karşı Direnç	Toplam
Tütün Kullanımı						
Evet	13,83±4,54	15,24±4,25	11,71±3,83	13,77±4,69	12,78±3,36	67,35±15,43
Hayır	14,16±4,50	15,19±3,88	11,58±3,15	13,89±4,23	12,49±3,00	67,33±14,09
t=	0,651	0,108	0,318	0,235	0,787	0,009
p=	0,515	0,914	0,750	0,814	0,432	0,993
Alkol Kullanımı						
Evet	13,09±5,12	14,76±4,83	11,12±4,47	12,96±5,20	12,76±3,57	64,71±17,74
Hayır	14,08±4,39	15,31±3,97	11,78±3,38	13,98±4,35	12,68±3,17	67,84±14,28
t=	1,574	0,951	1,321	1,621	0,176	1,510
p=	0,116	0,343	0,187	0,106	0,860	0,132
Madde Kullanımı						
Evet	12,04±4,37	14,57±4,01	10,71±3,79	12,85±4,36	12,85±3,52	63,04±15,80
Hayır	14,04±4,53	15,25±4,15	11,72±3,59	13,85±4,54	12,69±3,23	67,54±14,93
t=	1,935	0,729	1,243	0,980	0,227	1,333
p=	0,054	0,467	0,215	0,328	0,820	0,183

Katılımcıların madde kullanım özelliklerine göre RHİDÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 6’da gösterilmiştir. Buna göre tütün, alkol ve madde kullanımı ile RHİDÖ ve bütün alt boyutlardaki ortalamalar arasında istatistiksel fark tespit edilmemiştir ($p>0,05$).

Tablo 7. Katılımcıların Hastalık Özelliklerine Göre Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=352)

	Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği					
	Yabancılaşma	Kalıp Yargıların Onaylanması	Algılanan Ayrımcılık	Sosyal Geri Çekilme	Damgalanmaya Karşı Direnç	Toplam
Tanı						
Psikotik bozukluk	14,38±4,62 ^a	15,71±4,37 ^a	12,03±3,57	14,42±4,66 ^a	12,88±3,20	69,45±15,43 ^a
Duygudurum bozukluğu	13,77±4,43 ^a	14,81±3,77 ^a	11,38±3,56	13,33±4,34 ^{ab}	12,35±3,25	65,65±14,22 ^{ab}
Madde kullanım bozukluğu	11,12±3,53 ^b	13,92±4,17 ^b	10,52±3,93	11,84±4,11 ^b	13,44±3,33	60,84±14,00 ^b
F= p=	5,942 0,003	3,275 0,039	2,693 0,069	4,879 0,008	1,810 0,165	5,164 0,006
Eşlik Eden Hastalık Varlığı						
Evet	15,71±3,95	15,94±3,00	13,21±2,86	14,92±3,64	13,21±2,26	73,00±11,73
Hayır	13,67±4,56	15,11±4,25	11,46±3,65	13,63±4,62	12,63±3,33	66,52±15,22
t= p=	2,633 0,009	1,712 0,242	2,844 0,005	1,648 0,100	1,030 0,304	2,531 0,012
Ailede Kronik Fiziksel Hastalık Varlığı						
Evet	14,15±4,67	15,51±3,89	12,41±3,85	14,21±4,61	12,81±3,10	69,11±15,08
Hayır	13,84±4,51	15,14±4,19	11,49±3,55	13,68±4,53	12,67±3,27	66,83±14,98
t= p=	0,478 0,633	0,641 0,522	1,808 0,071	0,825 0,410	0,309 0,758	1,073 0,284
Ailede Ruhsal Hastalık Varlığı						
Evet	14,58±4,52	15,78±4,17	12,45±3,46	14,55±4,44	12,82±3,42	70,21±14,70
Hayır	13,65±4,52	15,00±4,11	11,37±4,63	13,50±4,55	12,65±3,18	66,19±14,99
t= p=	1,686 0,093	1,556 0,121	2,466 0,014	1,893 0,059	0,418 0,676	2,200 0,028
Teşhis Zamanı (yıl)						
r= p=	0,104 0,052	0,081 0,128	,163** 0,002	,127* 0,017	0,022 0,676	,136* 0,010
Tedavi Alma Süresi (yıl)						
r= p=	,113* 0,034	0,098 0,067	,130* 0,015	,109* 0,041	0,008 0,877	,127* 0,017
Psikiyatri Servisine Yatış Sayısı (adet)						
r= p=	,123* 0,021	0,090 0,091	,145** 0,006	0,082 0,123	0,027 0,615	,128* 0,016
Mevcut Yatışının Süresi (gün)						
r= p=	0,036 0,503	0,031 0,556	0,024 0,652	0,023 0,669	0,002 0,965	0,033 0,540

F: One-way ANOVA; t: Bağımsız örneklem gruplarında t testi; a-b: aynı harfi taşıyan veriler açısından istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmamıştır.

Katılımcıların hastalık özelliklerine göre RHİDÖ ortalama puanlarının karşılaştırılması Tablo 7’de ele alınmıştır. Bu duruma göre ailede kronik fiziksel hastalık varlığı ile RHİDÖ ve bütün alt boyutlardaki ortalamalar arasında istatistiksel fark tespit edilmemiştir ($p>0,05$).

Katılımcıların tanı çeşidi, eşlik eden fiziksel hastalık varlığı, ailesinde ruhsal hastalık varlığı ile RHİDÖ ve bütün alt boyutlardaki ortalamalar arasında istatistiksel fark tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Madde kullanım bozukluğu tanısı olanların Yabancılaşma ve Kalıp Yargıların Onaylanması boyutlarının ortalama puanları ötekilerden düşüktür. Psikotik bozukluk tanısı olanların Sosyal Geri Çekilme boyutunun değeri ile RHİDÖ toplam puan ortalaması madde kullanım bozukluğu tanısı olanlara göre daha yüksektir.

Eşlik eden fiziksel hastalığı olanların Yabancılaşma ve Algılanan Ayrımcılık boyutlarının değerleri ile RHİDÖ toplam puan ortalaması eşlik eden fiziksel hastalığı bulunmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur.

Ailesinde ruhsal hastalığı olan bireylerin Algılanan Ayrımcılık boyutunun ortalama değeri ile RHİDÖ değeri, olmayanlara göre daha yüksek bir ortalama toplam puana sahiptir.

Mevcut yatış süresi ile RHİDÖ ve bütün alt boyutlardaki ortalamalar arasında istatistiksel fark tespit edilmemiştir ($p>0,05$).

Teşhis zamanı, tedavi alma süresi ve psikiyatri servisine yatış sayısı ile RHİDÖ ve bütün alt boyutlardaki or ortalamalar arasında istatistiksel fark tespit edilmiştir ve pozitif yönlü bir ilişki olduğu görülmüştür ($p<0,05$).

Teşhis zamanı arttıkça, Algılanan Ayrımcılık ve Sosyal Çekilme boyutlarının ortalama değerleri ve ölçeğin ortalama toplam değeri yükselmektedir.

Tedavi alma süresi arttıkça Yabancılaşma, Algılanan Ayrımcılık ve Sosyal Geri Çekilme boyutlarının ortalama değerleri ile ölçeğin ortalama toplam değeri artmaktadır.

Psikiyatri servisine yatış sayısı arttıkça Yabancılaşma ve Algılanan Ayrımcılık boyutlarının ortalama değerleri ile ölçeğin ortalama toplam değeri artmaktadır.

Tablo 8. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=352)

	Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (Min:0 – Max:6)
	Ort±SS
Yaş	
18-25	2,24±0,55
26-33	2,25±0,63
34-41	2,21±0,59
42 ve üzeri	2,30±0,54
F=	0,418
p=	0,740
Cinsiyet	
Kadın	2,32±0,61
Erkek	2,24±0,55
t=	1,167
p=	0,244
Eğitim Durumu	
İlkokul	2,51±0,43 ^a
Ortaokul	2,15±0,59 ^b
Lise	2,21±0,61 ^b
Lisans	2,19±0,56 ^b
F=	7,365
p=	0,000
Medeni Durum	
Bekar	2,24±0,57
Evli	2,23±0,58
Boşanmış/Ayrı yaşıyor / Eş vefat	2,38±0,56
F=	1,651
p=	0,193
Çocuk Varlığı	
Evet	2,26±0,56
Hayır	2,27±0,57
t=	0,217
p=	0,828
Çocuk Sayısı	
1 çocuk	2,11±0,47
2 çocuk	2,31±0,61
3 çocuk ve üzeri	2,35±0,57
F=	2,375
p=	0,097
Meslek	
Öğrenci	2,20±0,52
Memur	2,21±0,52

Tablo 8. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Rosenberg Benlik 35 Saygısı Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=352) (Devam)

	Ort±SS
Ev hanımı	2,23±0,55
Emekli	2,21±0,64
Serbest	2,28±0,63
Çalışmıyor	2,19±0,53
Çiftçi	2,19±0,63
F=	0,855
p=	0,529
Aylık Gelir	
Gelir giderden az	2,33±0,59 ^a
Gelir gidere eşit	2,25±0,54 ^{ab}
Gelir giderden fazla	2,12±0,57 ^b
F=	3,160
p=	0,044
İşten Çıkarılma	
Evet	2,42±0,57
Hayır	2,21±0,56
t=	3,146
p=	0,002
Yetiştigi Çevre	
Büyükşehir	2,08±0,53 ^a
Şehir	2,28±0,58 ^{ab}
Kırsal	2,33±0,56 ^b
F=	3,358
p=	0,036
Yaşadığı Yer	
Büyükşehir	2,19±0,50
Şehir	2,26±0,56
Kırsal	2,28±0,61
F=	0,337
p=	0,714
Birlikte Yaşadığı Bireyler	
Yalnız+Kurum	2,28±0,52
Aile	2,26±0,58
t=	0,325
p=	0,746
Büyüdüğü Aile Tipi	
Çekirdek	2,28±0,57
Geniş	2,24±0,56
t=	0,557
p=	0,519

t: Bağımsız örneklerm gruplarında t testi

Tablo 8'de katılımcıların sosyodemografik bilgilerine göre ortalama RBSÖ puanlarının karşılaştırmaları sunulmaktadır. Buna göre, katılımcıların yaşı, cinsiyet durumu, medenî hâli, çocuk sahipliği durumu, sahipse çocuk sayısı, mesleki durumu,

yaşadığı yer, birlikte yaşadığı bireyler ve büyüdüğü aile tipi ile RBSÖ değeri arasında istatistiksel fark tespit edilmemiştir ($p>0,05$).

Katılımcıların eğitim durumu, aylık gelir durumu, işten çıkarılma ve yetiştiği çevre ile RBSÖ değeri arasında istatistiksel fark tespit edilmiştir ($p<0,05$).

İlkokul mezunu olanların RBSÖ ortalama değeri diğerlerden yüksek bulunmuştur.

Katılımcılar aylık gelir durumuna göre ele alındığında geliri giderinden az olanların RBSÖ ortalama değeri geliri gideriden daha yüksek olan bireylere göre daha yüksektir.

İşten çıkarılanların RBSÖ puan ortalaması işten çıkarılmayanlara göre daha yüksektir.

Kırsal bölgede yetişenlerin RBSÖ puan ortalamaları büyükşehirde yetişenlere göre daha yüksektir.

Tablo 9. Katılımcıların Madde Kullanım Özellikleri ile Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=352)

	Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (Min:0 – Max:6)
	Ort±SS
Tütün Kullanımı	
Evet	2,27±0,56
Hayır	2,25±0,59
t=	0,440
p=	0,660
Alkol Kullanımı	
Evet	2,19±0,57
Hayır	2,28±0,57
t=	1,190
p=	0,235
Madde Kullanımı	
Evet	1,99±0,44
	Ort±SS
Hayır	2,28±0,57
t=	2,296
p=	0,022

Katılımcıların madde kullanım verilerine göre RBSÖ ortalama değerinin karşılaştırılması Tablo 9’da gösterilmiştir. Buna göre tütün ve alkol kullanımı ile RBSÖ değeri arasında istatistiksel fark tespit edilmemiştir ($p>0,05$).

Madde kullanımı ile RBSÖ değeri arasında istatistiksel fark tespit edilmiştir ($p<0,05$). Madde kullanmayanların RBSÖ puan ortalamaları kullananlara göre daha düşüktür.

Tablo 10. Katılımcıların Hastalık Özelliklerine Göre Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=352)

		Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (Min:0 – Max:6)
		Ort±SS
Tanı		
Psikotik bozukluk		2,29±0,58
Duygudurum bozukluğu		2,26±0,57
Madde kullanım bozukluğu		2,08±0,46
F=		1,552
p=		0,213
Eşlik Eden Hastalık Varlığı		
Evet		2,41±0,53
Hayır		2,24±0,57
t=		0,886
p=		0,376
Ailede Kronik Fiziksel Hastalık Varlığı		
Evet		2,30±0,54
Hayır		2,25±0,58
t=		0,517
p=		0,606
Ailede Ruhsal Hastalık Varlığı		
Evet		2,33±0,60
Hayır		2,24±0,56
t=		1,277
p=		0,203
Teşhis Zamanı (yıl)		
r=		0,092
p=		0,086
Tedavi Alma Süresi (yıl)		
r=		0,094
p=		0,079
		Ort±SS
Psikiyatri Servisine Yatış Sayısı (adet)		

Tablo 10. Katılımcıların Hastalık Özelliklerine Göre Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=352) (Devam)

r=	0,113*
p=	0,034
Mevcut Yatışının Süresi (gün)	
r=	0,037
p=	0,489

Katılımcıların hastalık verilerine göre RBSÖ ortalama değerlerinin karşılaştırılması Tablo 10'da gösterilmiştir. Buna göre tanı çeşidi, eşlik eden fiziksel hastalık varlığı, aile bireylerinde kronik hastalık varlığı ve ailede ruhsal hastalık varlığı ile RBSÖ değeri arasında istatistiksel açıdan anlam belirten fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Mevcut yatış süresi, teşhis zamanı ve tedavi alma zamanı ile RBSÖ değeri arasında istatistiksel açıdan anlam belirten fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Psikiyatri servisine yatış sayısı ile RBSÖ değeri arasında istatistiksel fark tespit edilmemiştir ($p>0,05$). Psikiyatri servisine yatış sayısı arttıkça RBSÖ puan ortalamaları da artmaktadır.

Tablo 11. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Stresle Başa çıkma Tarzları Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=352)

Stresle Başa çıkma Tarzları Ölçeği					
	Kendine Güvenli Yaklaşım	İyimser Yaklaşım	Çaresiz Yaklaşım	Boyun Eğici Yaklaşım	Sosyal Destek Arama Yaklaşımı
Yaş					
18-25	1,78±0,78	1,72±0,80	1,51±0,68	1,19±0,54	1,61±0,58
26-33	1,83±0,71	1,78±0,66	1,52±0,64	1,20±0,60	1,53±0,59
34-41	1,93±0,85	1,93±0,79	1,52±0,66	1,33±0,70	1,72±0,69
42 ve üzeri	1,77±0,78	1,75±0,69	1,51±0,58	1,30±0,58	1,62±0,65
F=	0,690	1,158	0,009	1,065	0,984
p=	0,558	0,326	0,999	0,364	0,400
Cinsiyet					
Kadın	1,72±0,80	1,67±0,79	1,59±0,66	1,25±0,59	1,64±0,67
Erkek	1,85±0,77	1,83±0,70	1,49±0,61	1,27±0,61	1,61±0,62
t=	1,413	1,801	1,336	0,287	0,288
p=	0,159	0,073	0,182	0,774	0,773
Öğrenim Durumu					
İlkokul	1,67±0,80	1,70±0,74	1,59±0,54	1,40±0,62	1,57±0,68

Tablo 11. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=352) (Devam)

	Kendine Güvenli Yaklaşım	İyimser Yaklaşım	Çaresiz Yaklaşım	Boyun Eğici Yaklaşım	Sosyal Destek Arama Yaklaşımı
Ortaokul	1,92±0,77	1,88±0,73	1,36±0,74	1,16±0,62	1,67±0,61
Lise	1,84±0,83	1,83±0,76	1,59±0,71	1,30±0,55	1,60±0,67
Lisans	1,87±0,82	1,81±0,66	1,55±0,60	1,75±0,60	1,64±0,52
F= p=	1,491 0,217	0,674 0,568	2,404 0,067	1,143 0,332	0,393 0,758
Medeni Durum					
Bekar	1,80±0,77	1,76±0,75	1,47±0,65	1,18±0,58	1,62±0,58
Evli	1,94±0,79	1,86±0,68	1,61±0,55	1,41±0,63	1,68±0,64
Boşanmış/Ayrı yaşıyor / Eş vefat	1,67±0,78	1,74±0,76	1,48±0,65	1,26±0,59	1,51±0,73
F= p=	1,508 0,223	0,375 0,688	1,120 0,327	0,120 0,887	1,420 0,243
Çocuk Varlığı					
Evet	1,86±0,84	1,81±0,69	1,54±0,59	1,33±0,61	1,66±0,65
Hayır	1,80±0,78	1,81±0,76	1,52±0,72	1,40±0,59	1,59±0,62
t= p=	0,723 0,470	0,032 0,974	0,287 0,775	0,352 0,725	1,049 0,295
Çocuk Sayısı					
1 çocuk	1,89±0,92	1,80±0,69	1,53±0,55	1,15±0,55	1,78±0,55
2 çocuk	1,76±0,79	1,71±0,70	1,53±0,65	1,39±0,67	1,61±0,60
3 ve üzeri çocuk	1,97±0,81	1,95±0,69	1,55±0,65	1,42±0,58	1,61±0,77
F= p=	0,855 0,427	1,589 0,208	0,024 0,976	2,644 0,075	1,145 0,321
Meslek					
Öğrenci	1,87±0,71	1,77±0,76	1,52±0,72	1,09±0,57	1,62±0,50
Memur	1,88±0,79	1,83±0,66	1,65±0,59	1,30±0,65	1,61±0,56
Ev hanımı	1,77±0,84	1,72±0,83	1,56±0,64	1,29±0,61	1,68±0,69
Emekli	1,73±0,74	1,76±0,68	1,55±0,60	1,28±0,62	1,62±0,59
Serbest	1,99±0,77	1,93±0,67	1,48±0,64	1,30±0,64	1,61±0,71
Çalışmıyor	1,71±0,77	1,70±0,78	1,46±0,61	1,23±0,52	1,60±0,60
Çiftçi	1,52±0,73	1,51±0,60	1,39±0,57	1,34±0,66	1,58±0,60
F= p=	1,551 0,161	1,221 0,295	0,549 0,771	0,513 0,799	0,107 0,996
Aylık Gelir					
Gelir giderden az	1,79±0,83	1,80±0,78	1,56±0,57	1,29±0,56	1,58±0,63
Gelir gidere eşit	1,81±0,83	1,76±0,70	1,44±0,65	1,23±0,60	1,62±0,62
Gelir giderden fazla	1,95±0,67	1,81±0,66	1,57±0,68	1,30±0,69	1,70±0,66
F= p=	1,200 0,302	0,152 0,859	1,633 0,197	0,413 0,662	0,733 0,481
İşten Çıkarılma					
Evet	1,72±0,87	1,58±0,72	1,70±0,73	1,26±0,55	1,50±0,64

Tablo 11. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=352) (Devam)

	Kendine Güvenli Yaklaşım	İyimser Yaklaşım	Çaresiz Yaklaşım	Boyun Eğici Yaklaşım	Sosyal Destek Arama Yaklaşımı
Hayır	1,87±0,78	1,89±0,92	1,46±0,63	1,41±0,62	1,66±0,63
t=	1,490	2,862	2,933	0,613	2,001
p=	0,137	0,004	0,004	0,540	0,046
Yetiştigi Çevre					
Büyükşehir	2,00±0,77	1,95±0,70	1,63±0,60 ^a	1,35±0,61	1,76±0,59
Şehir	1,85±0,82	1,81±0,74	1,49±0,62 ^b	1,27±0,59	1,61±0,68
Kırsal	1,70±0,79	1,73±0,73	1,51±0,64 ^b	1,21±0,62	1,56±0,53
F=	2,588	1,075	0,753	3,467	1,941
p=	0,077	0,342	0,472	0,032	0,145
Yaşadığı Yer					
Büyükşehir	2,02±0,62	1,96±0,67	1,60±0,53	1,35±0,60	1,77±0,52
Şehir	1,82±0,84	1,78±0,96	1,54±0,69	1,43±0,52	1,61±0,68
Kırsal	1,76±0,79	1,81±0,76	1,46±0,65	1,23±0,64	1,59±0,54
F=	1,348	0,608	0,775	0,314	1,111
p=	0,261	0,545	0,462	0,731	0,330
Birlikte Yaşadığı Bireyler					
Yalnız+Kuru	1,86±0,92	1,73±0,74	1,47±0,69	1,14±0,54	1,46±0,69
Aile	1,82±0,78	1,82±0,91	1,54±0,66	1,42±0,22	1,65±0,61
t=	0,304	0,729	0,665	0,980	2,177
p=	0,761	0,466	0,507	0,328	0,030
Büyüdüğü Aile Tipi					
Çekirdek	1,77±0,82	1,74±0,73	1,51±0,69	1,36±0,51	1,56±0,65
Geniş	1,92±0,77	1,94±0,52	1,54±0,63	1,39±0,64	1,72±0,60
t=	1,659	2,048	0,428	0,108	2,329
p=	0,098	0,041	0,669	0,914	0,020

F: One-way ANOVA; t: Bağımsız örneklem gruplarında t testi; a-b: aynı harfi taşıyan veriler açısından istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmamıştır.

Tablo 11'de katılımcıların sosyodemografik niteliklerine göre puan ortalamalarının karşılaştırılması sunulmuştur. Bu duruma göre çalışmaya katılanların yaşları, cinsiyet durumları, öğrenim düzeyi, medeni hâlleri, çocuk olup olmadığı, varsa çocuk sayısı, meslek, aylık gelir durumu ve yaşadığı yer ile SBTÖ alt boyutlarına ilişkin ortalama değerler incelendiğinde istatistiksel fark tespit edilmemiştir ($p>0,05$).

Çalışmaya katılan bireylerin işten çıkarılma, yetiştiği çevre, birlikte yaşadığı bireyler ve büyüdüğü aile tipi ile SBTÖ alt boyutlarına ilişkin ortalama değerler incelendiğinde istatistiksel fark tespit edilmiştir ($p<0,05$).

İşten çıkarılanların, alt boyutlardan olan İyimser Yaklaşım ve Sosyal Destek Arama Yaklaşımı ortalama değerleri işten çıkarılmayanlara göre düşükken, Çaresiz Yaklaşım alt boyutunun ortalama puanları daha yüksektir.

Büyükşehirde yetişenlerin Çaresiz Yaklaşım boyutunun ortalama değeri diğerlerine göre daha büyüktür.

Ailesi ile yaşayanların Sosyal Destek Arama Yaklaşımı boyutunun ortalama değeri yalnız+kurumda yaşayanlara göre daha yüksektir.

Çekirdek aile ile yetişenlerin İyimser Yaklaşım ve Sosyal Destek Arama Yaklaşımı boyutlarının ortalama değerleri geniş ailede yetişenlere göre daha yüksektir.

Tablo 12. Katılımcıların Madde Kullanım Özelliklerine Göre Stresle Başa çıkma Tarzları Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=352)

	Stresle Başa çıkma Tarzları Ölçeği				
	Kendine Güvenli Yaklaşım	İyimser Yaklaşım	Çaresiz Yaklaşım	Boyun Eğici Yaklaşım	Sosyal Destek Arama Yaklaşımı
Tütün Kullanımı					
Evet	1,82±0,76	1,83±0,92	1,53±0,69	1,45±0,46	1,62±0,65
Hayır	1,83±0,88	1,77±0,79	1,51±0,62	1,21±0,52	1,63±0,59
t=	0,185	0,561	0,244	1,031	0,106
p=	0,853	0,575	0,807	0,303	0,916
Alkol Kullanımı					
Evet	1,95±0,78	1,83±0,74	1,62±0,64	1,79±0,62	1,57±0,70
Hayır	1,80±0,81	1,81±0,91	1,50±0,67	1,28±0,59	1,63±0,62
t=	1,383	0,215	1,230	1,843	0,758
p=	0,168	0,830	0,219	0,066	0,449
Madde Kullanımı					
Evet	2,22±0,64	1,96±0,60	1,44±0,63	1,23±0,57	1,72±0,86
Hayır	1,80±0,81	1,80±0,90	1,53±0,67	1,38±0,42	1,61±0,62
t=	2,296	0,777	0,573	0,335	0,749
p=	0,022	0,437	0,567	0,738	0,454

t: Bağımsız gruplarda t testi

Tablo 12'de katılımcıların madde kullanma karakteristiklerine göre SBTÖ ortalama puanlarının karşılaştırılması yer almaktadır. Buna göre tütün ve alkol kullanımı ile SBTÖ alt boyutlarına ilişkin ortalama değerler incelendiğinde istatistiksel fark tespit edilmemiştir ($p>0,05$).

Madde kullananlar ile Kendine Güvenli Yaklaşım boyutunun ortalama değeri incelendiğinde istatistiksel fark tespit edilmiştir ($p<0,05$). Bu veriye göre madde kullananların Kendine Güvenli Yaklaşım boyutunun ortalama değeri kullanmayan bireylere göre daha büyük bulunmuştur.

Tablo 13. Katılımcıların Hastalık Özelliklerine Göre Stresle Başa çıkma Tarzları Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=352)

	Stresle Başa çıkma Tarzları Ölçeği				
	Kendine Güvenli Yaklaşım	İyimser Yaklaşım	Çaresiz Yaklaşım	Boyun Eğici Yaklaşım	Sosyal Destek Arama Yaklaşımı
Tanı					
Psikotik bozukluk	1,80±0,81	1,83±0,42	1,48±0,70	1,41±0,56	1,61±0,62
Duygudurum bozukluğu	1,84±0,81	1,78±0,73	1,59±0,63	1,37±0,64	1,61±0,66
Madde kullanım bozukluğu	1,96±0,73	1,85±0,59	1,51±0,59	1,08±0,62	1,72±0,58
F= p=	0,418 0,659	0,136 0,873	1,123 0,326	0,2964 0,744	0,302 0,740
Eşlik Eden Hastalık Varlığı					
Evet	1,65±0,82	1,70±0,74	1,56±0,65	1,32±0,59	1,50±0,62
Hayır	1,85±0,80	1,82±0,90	1,52±0,67	1,38±0,52	1,63±0,63
t= p=	1,416 0,158	0,793 0,429	0,352 0,725	0,175 0,861	1,279 0,202
Ailede Kronik Fiziksel Hastalık Varlığı					
Evet	1,76±0,76	1,76±0,69	1,60±0,62	1,36±0,62	1,74±0,60
Hayır	1,84±0,81	1,82±0,92	1,51±0,68	1,37±0,61	1,59±0,64
t= p=	0,674 0,501	0,508 0,612	0,919 0,359	0,046 0,963	1,622 0,106
Ailede Ruhsal Hastalık Varlığı					
Evet	1,88±0,89	1,73±0,75	1,70±0,76	1,33±0,62	1,66±0,71
Hayır	1,81±0,77	1,83±0,92	1,46±0,62	1,38±0,58	1,61±0,60
t= p=	0,650 0,516	0,961 0,337	2,956 0,003	0,214 0,830	0,656 0,512
Teşhis Zamanı (yıl)					
r= p=	-0,073 0,172	0,002 0,964	-0,040 0,449	-0,047 0,384	-0,030 0,572
Tedavi Alma Süresi (yıl)					
r= p=	-0,073 0,170	-0,004 0,934	-0,031 0,565	-0,021 0,699	-0,003 0,955
	Kendine Güvenli Yaklaşım	İyimser Yaklaşım	Çaresiz Yaklaşım	Boyun Eğici Yaklaşım	Sosyal Destek Arama Yaklaşımı
Psikiyatri Servisine Yatış Sayısı (adet)					
r= p=	-0,099 0,063	0,015 0,774	0,005 0,923	-0,025 0,636	-0,069 0,197
Mevcut Yatışının Süresi (gün)					
r= p=	-0,010 0,853	-0,041 0,439	0,006 0,905	-0,058 0,282	0,014 0,793

t: Bağımsız gruplarda t testi

Tablo 13'te katılımcıların ortalama SBTÖ puanlarının hastalık özelliklerine göre karşılaştırılması yer almaktadır. Bu duruma göre tanı çeşidi, mevcut ruhsal tanıya eşlik eden fiziksel hastalık varlığı ve ailede kronik fiziksel hastalık varlığı ile SBTÖ alt boyutlarına ilişkin ortalama değerler incelendiğinde istatistiksel fark tespit edilmemiştir ($p>0,05$).

Aile üyelerinde ruhsal hastalık tanısı olan bireyler ile Çaresiz Yaklaşım boyutunun ortalama değeri istatistiksel fark tespit edilmiştir ($p<0,05$). Verilere göre aile fertlerinin bir veya daha fazlasında ruhsal hastalık tanısı olanların Çaresiz Yaklaşım boyutunun ortalama değeri ailesinde ruhsal hastalık bildirmeyenlere kıyasla daha yüksek bulunmuştur.

Mevcut yatış süresi, teşhis zamanı, tedavi alma süresi ve psikiyatri servisine yatış adedi ile SBTÖ alt boyutlarına ilişkin ortalama değerler incelendiğinde istatistiksel fark tespit edilmemiştir ($p>0,05$).

Tablo 14. Katılımcıların Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği ile Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği Ortalama Değerleri Arasındaki İlişki (n=352)

RHİDÖ		RBSÖ	SBTÖ				
			KG Y	Ç Y	BE Y	İ Y	SDAY
Yabancılaşma	r	0,603**	-,354**	,317**	-0,026	-,209**	-,286**
	p	0,000	0,000	0,000	0,623	0,000	0,000
Kalıp Yargıların Onaylanması	r	0,520**	-,302**	,263**	-0,024	-,177**	-,253**
	p	0,000	0,000	0,000	0,654	0,001	0,000
RHİDÖ		RBSÖ	KG Y	Ç Y	BE Y	İ Y	SDAY
Algılanan Ayrımcılık	r	0,481**	-,339**	,274**	-0,032	-,191**	-,262**
	p	0,000	0,000	0,000	0,544	0,000	0,000
Sosyal Geri Çekilme	r	0,532**	-,278**	,324**	-0,027	-,142**	-,218**
	p	0,000	0,000	0,000	0,614	0,008	0,000
Damgalanmaya Karşı Direnç	r	0,189**	-,172**	,135*	0,064	-,190**	-0,069
	p	0,000	0,001	0,011	0,228	0,000	0,200
Toplam	r	0,644**	-,394**	,362**	-0,017	-,242**	-,300**
	p	0,000	0,000	0,000	0,756	0,000	0,000

r: Pearson's korelasyon katsayısı

Tablo 14'te anket katılımcılarının RHİDÖ ile RBSÖ ve SBTÖ'den aldıkları ortalama puanlar arasındaki ilişki gösterilmektedir.

RHİDÖ ve bütün boyutların ortalama değerleri ile RBSÖ ortalama değeri arasında istatistiki açıdan kuvvetli ve pozitif yönde bir ilişki tespit edilmiştir ($p<0,05$). RHİDÖ ve bütün boyutlarının ortalama değerleri arttıkça RBSÖ puan ortalamaları da artmaktadır.

RHİDÖ ve SBTÖ boyutlarındaki ortalama değerler arasında istatistiksel fark tespit edilmiştir ($p<0,05$). RHİDÖ ve bütün boyutlarının ortalama değerleri ile SBTÖ'nin alt boyutlarının üçünde; Kendine Güvenli Yaklaşım, İyimser Yaklaşım ve

Sosyal Destek Arama Yaklaşımı ortalama değerleri arasında istatistiki açıdan güçlü ve ters yönde bir ilişki vardır. RHİDÖ ve bütün boyutlarının ortalama değerleri arttıkça SBTÖ'nin alt boyutlarından olan; Kendine Güvenli Yaklaşım, İyimser Yaklaşım ve Sosyal Destek Arama Yaklaşımı boyutlarının ortalama değerleri azalmaktadır.

RHİDÖ ve bütün boyutlarının ortalama değerleri ile SBTÖ'nin Çaresiz Yaklaşım boyutunun değeri arasında istatistiki açıdan kuvvetli ve pozitif yönlü bir alaka bulunmuştur. RHİDÖ ve bütün boyutlarının ortalama değerleri arttıkça SBTÖ'nin Çaresiz Yaklaşım boyutunun ortalama değeri de artmaktadır.

Tablo 15. Ruhsal Hastalığı Olan Bireylerde İçselleştirilmiş Damgalanmanın Benlik Saygısı Üzerine Yordayıcı Rolüne İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları

	β	t	p
RHİDÖ	0,025	15,7838	0,000
$R^2=0,414$ $F=247,694$ $p=0,000$			

Tablo 15'te Ruhsal hastalığı olan bireylerde "İçselleştirilmiş Damgalanma"nın benlik saygısı üzerine yordama gücünü saptamak için yapılan yalın doğrusal regresyon analizi bulguları sunulmuştur. Tablo analiz edildiğinde içselleştirilmiş damgalanmanın benlik saygısı üzerinde güçlü ve pozitif yönde bir etkisi olduğu görülmektedir ($t=15,7838$; $p=0,000$, $R^2=0,414$, $F=247,694$). Bu sonuca göre benlik saygısının %41,4'lük kısmı içselleştirilmiş damgalanma düzeyi tarafından açıklanmaktadır. İçselleştirilmiş damgalanma düzeyindeki 1 birimlik artış benlik saygısı üzerinde 0,025 birimlik artışa neden olmaktadır.

Tablo 16. Ruhsal Hastalığı Olan Bireylerde İçselleştirilmiş Damgalanmanın Stresle Başa Çıkma Tarzlarından Kendine Güvenli Yaklaşım Üzerine Yordayıcı Rolüne İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları

	β	t	p
RHİDÖ	-0,021	-8,006	0,000
$R^2=0,155$ $F=64,093$ $p=0,000$			

Tablo 16'da Ruhsal hastalığı olan bireylerde "İçselleştirilmiş Damgalanma"nın Stresle Başa Çıkma Tarzlarından "Kendine Güvenli Yaklaşım" üzerine yordama gücünü saptamak için yapılan yalın doğrusal regresyon analizi bulguları sunulmuştur. Tablo

analiz edildiğinde içselleştirilmiş damgalanmanın Stresle Başaışıkma Tarzları'ndan "Kendine Güvenli Yaklaşım" üzerinde olumsuz yönlü önemli etkisi olduğu dikkat çekmektedir ($t = -8,006$; $p = 0,000$, $R^2 = 0,155$, $F = 64,093$). Bu sonuca göre Stresle Başaışıkma Tarzlarından "Kendine Güvenli Yaklaşım"ın %15,5'lik kısmı içselleştirilmiş damgalanma düzeyi tarafından açıklanmaktadır. İçselleştirilmiş damgalanma düzeyindeki 1 birimlik artış Kendine Güvenli Yaklaşım üzerinde 0,021 birimlik azalışa neden olmaktadır.

Tablo 17. Ruhsal Hastalığı Olan Bireylerde İçselleştirilmiş Damgalanmanın Stresle Başaışıkma Tarzlarından İyimser Yaklaşım Üzerine Yordayıcı Rolüne İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları

	β	t	p
RHİDÖ	-0,014	-4,671	0,000
$R^2 = 0,059$ $F = 21,818$ $p = 0,000$			

Tablo 17'de Ruhsal hastalığı olan bireylerde "İçselleştirilmiş Damgalanma"nın Stresle Başaışıkma Tarzlarından "İyimser Yaklaşım" üzerine yordama gücünü saptamak için yapılan yalın doğrusal regresyon analizi bulguları sunulmuştur. Tablo analiz edildiğinde içselleştirilmiş damgalanmanın Stresle Başaışıkma Tarzları'ndan "İyimser Yaklaşım" üzerinde olumsuz yönlü önemli etkisi olduğu dikkat çekmektedir ($t = -4,671$; $p = 0,000$, $R^2 = 0,059$, $F = 21,818$). Bu sonuca göre Stresle Başaışıkma Tarzları'ndan "İyimser Yaklaşım"ın %5,9'luk kısmı içselleştirilmiş damgalanma düzeyi tarafından açıklanmaktadır. İçselleştirilmiş damgalanma düzeyindeki 1 birimlik artış İyimser Yaklaşım üzerinde 0,014 birimlik azalışa neden olmaktadır.

Tablo 18. Ruhsal Hastalığı Olan Bireylerde İçselleştirilmiş Damgalanmanın Stresle Başaışıkma Tarzlarından Çaresiz Yaklaşım Üzerine Yordayıcı Rolüne İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları

	β	t	p
RHİDÖ	0,016	7,247	0,000
$R^2 = 0,131$ $F = 52,516$ $p = 0,000$			

Tablo 18'de Ruhsal hastalığı olan bireylerde "İçselleştirilmiş Damgalanma"nın Stresle Başaışıkma Tarzlarından "Çaresiz Yaklaşım" üzerine yordama gücünü saptamak

için yapılan yalın doğrusal regresyon analizi bulguları sunulmuştur. Tablo analiz edildiğinde içselleştirilmiş damgalanmanın Stresle Başaışıkma Tarzları'ndan "Çaresiz Yaklaşım" üzerinde olumlu yönde belirgin şekilde etkiye sahip olduğu dikkat çekmektedir ($t= 7,247$; $p=0,000$, $R^2=0,131$, $F=52,516$). Bu sonuca göre Stresle Başaışıkma Tarzları'ndan "Çaresiz Yaklaşım"ın %13,1'lik kısmı içselleştirilmiş damgalanma düzeyi tarafından açıklanmaktadır. İçselleştirilmiş damgalanma düzeyindeki 1 birimlik artış Çaresiz Yaklaşım üzerinde 0,016 birimlik artışa neden olmaktadır.

Tablo 19. Ruhsal Hastalığı Olan Bireylerde Damgalanmanın Stresle Başaışıkma Tarzlarından Sosyal Destek Arama Yaklaşımı Üzerine Yordayıcı Rolüne İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları

	β	t	p
RHİDÖ	-0,013	-5,876	0,000
$R^2=0,090$ $F=34,525$ $p=0,000$			

Tablo 19'da Ruhsal hastalığı olan bireylerde "İçselleştirilmiş Damgalanma"nın Stresle Başaışıkma Tarzları'ndan "Sosyal Destek Arama Yaklaşımı" üzerine yordama gücünü saptamak için yapılan yalın doğrusal regresyon analizi bulguları sunulmuştur. Tablo analiz edildiğinde içselleştirilmiş damgalanmanın Stresle Başaışıkma Tarzları'ndan "Sosyal Destek Arama Yaklaşımı" üzerinde olumsuz yönlü önemli etkisi olduğu dikkat çekmektedir ($t= -5,876$; $p=0,000$, $R^2=0,090$, $F=34,525$). Bu sonuca göre Stresle Başaışıkma Tarzlarından "Sosyal Destek Arama Yaklaşımı"nın %9'luk kısmı içselleştirilmiş damgalanma düzeyi tarafından açıklanmaktadır. İçselleştirilmiş damgalanma düzeyindeki 1 birimlik artış Sosyal Destek Arama Yaklaşımı üzerinde 0,013 birimlik azalışa neden olmaktadır.

5. TARTIŞMA

Ruhsal hastalığı olan 352 bireyin içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri, benlik saygısı ve stresle başa çıkma tarzları, içselleştirilmiş damgalanmanın benlik saygısı ve stresle baş etme tarzlarına etkisi ve bu bilgilerle sosyodemografik nitelikler arasındaki ilişki veriler literatür ışığında ele alınmıştır.

5.1. Katılımcıların Sosyodemografik Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmaya katılan hastaların yarısına yakını 42 yaş ve üzerinde olmakla beraber ortalama yaş $36,71 \pm 11,92$ olarak bulunmuştur. Arslantaş ve ark., (2010), bir üniversite hastanesinin psikiyatri polikliniğine ilk kez başvuran hastalarla yaptıkları çalışmada yaş ortalamasını $38,9 \pm 13,4$ bulmuşlardır (Arslantaş ve ark., 2010). Barlati ve ark., (2022), şizofreni tanısı almaş hastalarla yaptıkları çalışmada yaş ortalamasını $44,64 \pm 11,41$ belirlemişlerdir (Barlati ve ark., 2022). Baysan Arabacı ve ark., (2015), adli psikiyatri hastaları üzerinde yaptıkları çalışmada ise yaş ortalamasını $37,78 \pm 11,12$ olarak belirtmişlerdir (Baysan Arabacı ve ark., 2015). Yapılan başka benzer çalışmalardaki ortalama yaşlar; Drapalski ve ark., (2013), çalışmalarında $45,6 \pm 9,2$ ve Beyazyüz ve ark., (2015), çalışmalarında $40,46 \pm 11,82$ ve Bipeta ve ark., (2020), çalışmalarında ise $31,2 \pm 9,0$ olarak bulunmuştur (Drapalski ve ark., 2013; Beyazyüz ve ark., 2015; Bipeta ve ark., 2020). Araştırma bulgularının literatürle paralellik taşıdığı görülmektedir.

Bu çalışmaya katılan hastaların dörtte üçünün erkek olduğu belirlenmiştir. Demir Gökmen ve ark., (2020)'nın çalışmasında katılımcıların, yarısından çoğu erkek (%61,8), Barlati ve ark., (2022), çalışmasında katılımcıların dörtte üçünden fazlası erkek (%77,7), Baysan Arabacı ve ark., (2015)'nin gerçekleştirdiği araştırmada ise, katılan hastaların %94,3'ü erkek olarak bulunmuştur. Bizim çalışmamız ve yukarıdaki diğer çalışmaların aksine Beyazyüz ve ark., (2015)'nin gerçekleştirdiği çalışmada katılımcıların %71'i kadın, Arslantaş ve ark., (2010)'nın çalışmasında ise katılımcıların yarısından fazlasının kadın olduğu (%64,3) belirtilmiştir (Demir Gökmen ve ark., 2020; Barlati ve ark., 2022; Baysan Arabacı ve ark., 2015; Beyazyüz ve ark., 2015; Arslantaş ve ark., 2010). Çalışmalarda farklı sonuçlar çıkmasının nedeni çalışmaların yapıldığı dönemde raslantısal olarak ulaşılan örneklem grubundan kaynaklanıyor olabilir.

Bu çalışmaya katılan hastaların eğitim durumu en çok üçte bir oranında lise mezunu ve dörtte bir oranında ortaokul mezunu olarak belirlenmiştir. Demir

Gökmen ve ark., (2020), tarafından yürütülen araştırmada, katılımcıların yaklaşık üçte biri (%36) lise mezunu olarak belirtilmiştir (Demir Gökmen ve ark., 2020). Baysan Arabacı ve ark., (2015), yürüttükleri araştırmada ise, katılan hastaların çoğunluğunun (%60,9) ilköğretim mezunu olduğunu ifade etmişlerdir (Baysan Arabacı ve ark., 2015). Drapalski ve ark., (2013)'nın yürüttükleri araştırmada katılımcıların yarısından fazlası lise veya üstü eğitime sahip (%57) olarak belirtilmiştir (Drapalski ve ark., 2013). Araştırma bulgularının literatürle benzer olduğu görülmektedir.

Bu araştırmaya katılım sağlayan hastaların yarısının bekar, beşte biri boşanmış olmakla beraber evliliğini sürdürenler üçte birden az olarak bulunmuştur. Ayrıca evlilik yaşayanların da yarısının çocuk sahibi olduğu bulunmuştur. Arslantaş ve ark., (2010), çalışmalarında katılımcıların %64,7'sinin evli olduğunu belirtmişlerdir (Arslantaş ve ark., 2010). Fırat ve ark., (2020), yürüttükleri araştırmada katılan bireylerin çoğunluğunun bekar olduğunu (%61), büyük kısmın da (%59,7) çocuk sahibi olmadığını belirtmişlerdir (Fırat ve ark., 2020). Beyazyüz ve ark., (2015), çalışmasında katılımcıların %65'inin bekar; Drapalski ve ark., (2013) yaptıkları çalışmada katılımcıların %71'i bekar, Baysan Arabacı ve ark., (2015), yürüttükleri araştırmaya katılan bireylerin %69'u bekar, Demir Gökmen ve ark., (2020), yaptıkları çalışmada katılımcıların yarısından çoğu bekar (%56,2) olarak belirtilmiştir (Beyazyüz ve ark., 2015; Drapalski ve ark., 2013; Baysan Arabacı ve ark., 2015; Demir Gökmen ve ark., 2020). Literatür incelendiğinde sonuçların benzerlik gösterdiği göze çarpmaktadır. Bireylerin çoğunun bekar veya boşanmış olmasının sebebi hastalığın toplum tarafından damgalanmasından veya hastalık semptomlarının yaşamı zorlaştırmasından kaynaklı olabilir.

Bu çalışmaya katılan hastaların yarısına yakınının gelirinin giderinden az olduğu ve ruhsal hastalık sebebi ile işten çıkarıldığı sonucuna ulaşılmıştır. Arslantaş ve ark., (2010), çalışmalarına katılan bireylerin neredeyse dörtte üçünün (%66,4) orta gelir düzeyine sahip olduğunu belirtmişlerdir (Arslantaş ve ark., 2010). Demir Gökmen ve ark., (2020), yürüttükleri araştırmaya katılan bireylerin, beşte dördünün işsiz (%80,9) ve yarıya yakınının (% 43,8) gelirinin giderden az olduğunu belirtmişlerdir (Demir Gökmen ve ark., 2020). Baysan Arabacı ve ark., (2015), araştırmalarında, katılan hastaların, %39,1'i gelir durumunun kötü olduğunu belirtmişlerdir (Baysan Arabacı ve ark., 2015). Fırat ve ark., (2020), yürüttükleri araştırmaya katılan bireylerin yaklaşık

üçte birlik kesimde (%35,1) ruhsal hastalık nedeni ile işten çıkarılma olduğunu belirtmişlerdir (Fırat ve ark., 2020). Literatürde çalışmalar paralellik göstermektedir. Bireylerin ekonomik durumunun iyi olmamasının sebebi olarak hastalığın getirdiği yükler, ilaçların yan etkileri ve hastaneye yatış sıklığı ile süresinin etkisine bağlı düzenli bir iş hayatına sahip olamaması kaynaklı olabilir.

Bu çalışmaya katılan hastaların yarısından fazlasının şehir merkezinde yaşadığı ve beşte dördünün ailesinin yanında kaldığı tespit edilmiştir. Beyazyüz ve ark., (2015)'nin yaptıkları araştırmada, çalışmaya katılanların %58,9'u şehir merkezinde yaşamaktadır (Beyazyüz ve ark., 2015). Baysan Arabacı ve ark., (2015), yürüttükleri araştırmaya katılan bireylerin %69'unun şehirde yaşadığını ve %78,1'inin ailesiyle yaşadığını belirtmişlerdir (Baysan Arabacı ve ark., 2015). Araştırmadan çıkan sonuçlar literatürdeki bulgularla paralellik göstermektedir. Hastaların ailesi ile yaşaması Türk kültürünün aile yapısı nedeni ile hastasına sahip çıkmasından kaynaklanıyor olabilir.

5.2. Hastaların Madde Kullanım Özellikleri ile İlgili Bulguların Tartışılması

Araştırmaya dahil edilen hastaların büyük kısmı (%67) sigara kullanmakta, kullananların ortalama tüketimi günde $22,78 \pm 8,52$ adet ve ortalama kullanım süresi de $19,27 \pm 11,80$ yıldır. Dhungana ve ark., (2022), 114 psikiyatri hastası üzerinde yaptıkları çalışmada sigara kullanım oranı yaklaşık %18 olduğu görülmektedir (Dhungana ve ark., 2022). Tekin Uludağ ve Güleç (2016) yaptıkları araştırmada şizofreni tanılı hastaları ele almışlar ve katılımcıların yarısından fazlasının (%52) aktif sigara içtiğini belirtmişlerdir (Tekin Uludağ & Güleç 2016). Kocal ve ark., (2017)'nin 208 psikiyatri hastası üzerinde yaptıkları çalışmada yaşam boyu sigara kullanımını %43,3 olarak belirtmişlerdir (Kocal ve ark., 2017). Ekinci ve Ekinci (2012) şizofreni tanılı hastalar üzerinde yaptıkları çalışmada katılımcıların üçte ikisinin (%66,9) bir yıldan uzun süredir günde 20 adetten fazla sigara kullandıklarını belirtmişlerdir (Ekinci & Ekinci 2012). Bu verilerin elde edilmesinin sebebi, akıl hastalığı olan bireylerin sigaranın rahatlatıcı özelliğini stresle etkisiz baş etme yöntemi olarak kullanmalarından kaynaklı olabilir.

Alkol kullanım özelliklerine bakıldığında ise katılan hastaların yaklaşık beşte birinin (%18,2) alkol kullanmakta olduğu saptanmıştır. Dhungana ve ark., (2022), yaptıkları çalışmada katılımcıların alkol kullanım oranının %20,2 oranında olduğunu belirtmişlerdir (Dhungana ve ark., 2022). Tekin Uludağ ve Güleç (2016), yaptıkları

çalışmada katılımcıların yaşam boyu alkol kullanım yaygınlığını yaklaşık üçte bir (%34) olarak belirtmişlerdir (Tekin Uludağ & Güleç 2016). Elde edilen sonuçlar literatürdeki bulgularla paralellik göstermektedir.

Madde kullanım özelliklerine bakıldığında ise katılımcıların küçük bir kısmının (%6) madde kullandığı görülmektedir. Dhungana ve ark., (2022), yaptıkları çalışmada madde kullanım oranının sigara ve alkolden az olduğunu belirterek yaklaşık %2-3 oranında olduğunu belirtmişlerdir (Dhungana ve ark., 2022). Tekin Uludağ ve Güleç (2016), yaptıkları çalışmada katılımcıların yaşam boyu madde kullanımını %14 olarak belirtmişlerdir (Tekin Uludağ & Güleç 2016). Elde edilen sonuçlar literatürdeki bulgularla paralellik göstermektedir. Literatür araştırıldığında sigara kullanımının diğerlerine göre daha yaygın olduğu göze çarpmaktadır. Bunun sebebi bireylerin sigaraya bakış açısından veya yaşanan yere bağlı olarak diğer maddelere göre sigaraya ulaşımın kolaylığından kaynaklanıyor olabilir.

5.3. Hastaların Hastalık Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırmaya katılan hastaların yarısından fazlasının psikotik bozukluk tanı grubunda olduğu görülmektedir. Gökmen ve ark., (2020), yürüttükleri araştırmaya katılan bireylerin tanılarının en çok görülenin depresyon (%32), sonrasında ise psikotik bozukluk (%31) olduğunu belirtmişlerdir (Gökmen ve ark., 2020). Drapalski ve ark., (2013)'nın, çalışmalarında katılımcıların %42'sinin şizofreni veya şizoafektif bozukluk tanılı, %34'ünün ise bipolar bozukluk tanılı olduğunu belirtmişlerdir (Drapalski ve ark., 2013). Fırat ve ark., (2020), yürüttükleri araştırmaya katılan bireylerin büyük kısmının (%35,1) depresyon, sonrasında ise şizofreni (%24,7) tanıları ile tedavi aldıklarını belirtmişlerdir (Fırat ve ark., 2020). Baysan Arabacı ve ark., (2015), yürüttükleri araştırmaya katılan bireylerin %75,9'u psikotik bozukluk, %24,1'inin psikotik olmayan bozukluk grubunda (duygulanım bozukluğu, alkol-madde bozukluğu vb.) olduğunu ifade etmişlerdir (Baysan Arabacı ve ark., 2015). Genele bakıldığında tanısı psikotik bozukluk grubuna dahil olan katılımcı oranının yüksek seyrettiği görülmektedir. Bu bireyler hastalık semptomlarıyla mücadele etmekte diğer gruplardan daha fazla zorlandığından veya ilaç uyumunda sorun yaşadığından kliniğe daha sık başvurmuş olabilir ve bundan dolayı katılımcı sayılarında psikotik bozukluk tanı grubu fazla olabilir.

Katılımcıların teşhis zamanı $11,65 \pm 9,81$ yıl, psikiyatri kliniğinde yatış sayıları $7,30 \pm 9,46$ kez, klinikte yatan hastaların ortalama yatışı $13,66 \pm 13,97$ gündür. Gezgin Yazıcı ve ark., (2022), yaptıkları çalışmada, katılımcıların beşte dördünün hastalık süresinin 1 yıldan uzun olduğunu ve yaklaşık üçte ikisinin 1-5 kez arasında hastaneye yatışı olduğunu belirtmişlerdir (Gezgin Yazıcı ve ark., 2022). Dhungana ve ark., (2022), çalışmaya katılan hastaların ortalama hastalık sürelerini 5 ile 10 yıl aralığında bulduklarını belirtmişlerdir (Dhungana ve ark., 2022). Gökalp (2017)'in, katılımcılarını psikotik bozukluk veya duygudurum bozukluğuna sahip bireylerden oluşturarak yaptığı çalışmaya göre; yatış sıklığını bipolar bozukluk hastalarda yılda 2 kez olarak belirtirken şizofreni tanılı hastalarda 3 kez olarak belirtmiştir (Gökalp, 2017). Fırat ve ark., (2020), yaptıkları çalışmada ortalama yatış süresinin 6,49 gün olduğunu ve ortalama yatış sayısının da 3,78 kez olduğunu belirtmişlerdir (Fırat ve ark., 2020). Baysan Arabacı ve ark., (2015), yürüttükleri araştırmaya katılan bireylerin %80'inden fazlası 6 yıl veya daha üzerinde bir zamandır tedavi almakta olduğunu, %55,2'sinin ise 3 kez veya üzerinde yatış sayısına sahip olduğunu belirlemişlerdir (Baysan Arabacı ve ark., 2015). Ulaşılan sonuçlar liteartürdeki bulgularla benzerdir. Hastalığın getirdiği semptomlar, bireylerin ilaç yan etkilerine veya devamlılığına ilişkin sorunlarının çözülmemesi gibi nedenlerle ilaç uyumsuzluğu göstermesi, yatış sayıları ve sürelerini olumsuz etkiliyor olabilir.

Bu çalışmaya katılan bireylerin onda birinde kronik bir fiziksel hastalığın olduğu belirlendi. Bunun yanında ailede kendisinden başka ruhsal hastalık varlığı bildirenlerin oranı dörtte bir oranında bulundu. Beyazyüz ve ark., (2015)'nin yürüttükleri araştırmaya katılan bireylerin %51,1'i ailesinde bir ruhsal hastalık olduğunu belirtmişlerdir. Ayrıca hastalar arasında fiziksel bir kronik hastalık var olanların oranı %31,3 olarak belirtilmiştir (Beyazyüz ve ark., 2015). Baysan Arabacı ve ark., (2015), yürüttükleri araştırmada %40,2'sinin de birinci derece akrabasında ruhsal bozukluk olduğunu bildirmişlerdir (Baysan Arabacı ve ark., 2015). Gökalp (2017)'in, çalışmasında ailede ruhsal hastalık varlığı, bipolar bozukluk tanılı hastalarda %24, şizofreni tanılı hastalarda %30 olarak belirtilmiştir (Gökalp, 2017). Dhungana ve ark., (2022)'nin, çalışmasında ruhsal hastalığın yanında fiziksel kronik hastalık varlığı bildirenlerin oranı %14,9 olarak belirtilmiştir (Dhungana ve ark., 2022). Bizim

çalışmamızdaki bulgular literatürden daha düşük orandadır. Bu durum araştırmaya katılan örneklem grubunun özelliklerinden kaynaklanıyor olabilir.

5.4. Katılımcıların Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği Ortalama Değerlerinin Tartışılması

Bu çalışmaya katılan hastaların RHİDÖ toplam puan ortalamasının $67,22 \pm 15,00$ (min.=29,00; max.=105,00) ve orta düzeyde bulunmuştur. Alt boyutlar ise çoktan aza sırasıyla Kalıp Yargılarının Onaylanması ($15,20 \pm 4,13$), Yabancılaşma ($13,89 \pm 4,53$), Sosyal Geri Çekilme ($13,77 \pm 4,54$), Damgalanmaya Karşı Direnç ($12,69 \pm 3,24$), Algılanan Ayrımcılık ($11,65 \pm 3,61$) olarak bulunmuştur. Çalışmada katılımcıların RHİDÖ boyutlarından; algılanan ayrımcılık, sosyal geri çekilme ve yabancılaşma durumları orta düzeyde bulunmuştur. Ayrıca katılımcıların kalıp yargılarını onayladığı ve damgalanmaya karşı direnç geliştirdiği de görülmektedir. Bütün bu bilgilere dayanarak bu araştırmada, katılan bireylerin içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri orta düzey olarak tespit edilmiştir. Candan (2023), yaptığı araştırmada RHİDÖ ortalama puanını $64,34 \pm 6,31$ olarak bulmuştur. Çalışmadaki alt boyutlar ise sırasıyla: ‘Kalıp Yargılarının Onaylanması’ için $13,90 \pm 2,63$, ‘Sosyal Geri Çekilme’ için $13,77 \pm 3,00$, ‘Yabancılaşma’ için $12,91 \pm 2,54$, ‘Damgalanmaya Karşı Direnç’ için $12,84 \pm 2,38$ ve ‘Algılanan Ayrımcılık’ için $10,89 \pm 2,31$ olarak bulunmuştur (Candan, 2023). Baysan Arabacı ve ark., (2015)’nın, yürüttükleri araştırmaya katılan bireylerin RHİDÖ alt ve toplam ölçek ortalama değerleri sırasıyla şöyledir: ‘Kalıp Yargıları Onaylama’ için $16,90 \pm 3,85$, ‘Sosyal Geri Çekilme’ için $14,34 \pm 3,61$, ‘Yabancılaşma’ için $14,33 \pm 3,58$, ‘Damgalanmaya Karşı Direnç’ için $13,26 \pm 2,03$, ‘Algılanan Ayrımcılık’ için $12,11 \pm 2,89$ ve toplam ölçek puan ortalaması (içselleştirilmiş damgalanma) için $44,43 \pm 12,80$ (Baysan Arabacı ve ark., 2015). Tel ve Ertekin Pınar (2012), yaptıkları araştırmada ayaktan psikiyatri polikliniğine başvuran hastaların RHİDÖ ortalama değerini $64,28 \pm 18,98$ olarak bulduklarını belirtmişlerdir. Alt boyutlarını ise yine çoktan aza sırasıyla Kalıp Yargılarının Onaylanması ($15,19 \pm 4,83$), Sosyal Geri Çekilme ($14,12 \pm 5,45$), Yabancılaşma ($13,93 \pm 4,92$), Damgalanmaya Karşı Direnç ($10,66 \pm 3,32$) ve Algılanan Ayrımcılık ($10,36 \pm 4,87$) olarak bildirmişlerdir (Tel & Ertekin Pınar, 2012). Demir Gökmen ve ark., (2020)’nın, psikiyatri servisinde yatarak tedavi gören hastalarda yaptıkları çalışmaya göre, RHİDÖ’den ortalama $67,76 \pm 12,55$ puan aldıkları

belirtilmiştir (Demir Gökmen ve ark., 2020). Alt boyutlar ise sırasıyla: Sosyal Geri Çekilme ($14,95 \pm 3,73$), Kalıp Yargılarının Onaylanması ($14,77 \pm 3,42$), Yabancılaşma ($13,88 \pm 3,82$), Algılanan Ayrımcılık ($12,41 \pm 3,24$) ve Damgalanmaya Karşı Direnç ($11,73 \pm 2,91$) olarak belirtilmiştir. Leblebici (2022)'nin, ruhsal hastalık bildiren bireylerle yaptığı çalışmada RHİDÖ puan ortalaması $69,21 \pm 11,13$ olarak belirtilmiştir. Alt boyutlar ise sırasıyla Kalıp Yargılarının Onaylanması ($17,30 \pm 2,45$), Sosyal Geri Çekilme ($14,86 \pm 3,01$), Yabancılaşma ($14,30 \pm 3,76$), Damgalanmaya Karşı Direnç ($11,45 \pm 1,99$) ve Algılanan Ayrımcılık ($11,31 \pm 2,15$) olarak bildirilmiştir (Leblebici, 2022). Vrbova ve ark., (2016)'nın ayaktan takip edilen psikiyatri hastaları üzerinde yürüttükleri araştırmada, katılımcıların İçselleştirilmiş Damgalanma Puan Ortalaması $63,3 \pm 13,6$ olarak bulunmuştur. Alt boyutlar ise sırasıyla Kalıp Yargılarının Onaylanması ($13,8 \pm 3,4$), Yabancılaşma ($13,1 \pm 3,9$), Damgalanma Direnci ($12,8 \pm 2,4$), Sosyal Geri Çekilme ($12,8 \pm 3,7$) ve Algılanan Ayrımcılık ($10,7 \pm 3,4$) olarak belirtilmiştir (Vrbova ve ark., 2016). Liteatürde incelendiğinde çalışma sonuçlarına benzer olan ve olmayan sonuçlar olduğu görülmektedir. Bunun sebebi bireyin yaşadığı çevrenin kültürel ve eğitimsel özellikleri olabilir. Sonuç olarak ruhsal hastalığı olan bireylerin içselleştirilmiş damgalamalarının sorun olmayı sürdürdüğü söylenebilir.

Yürütülen bu araştırmada, hastaların RBSÖ toplam puan ortalamasının orta düzeyde ($2,26 \pm 0,57$) olduğu belirlenmiştir. Çin'de yapılan araştırmada klinikte yatarak veya polikliniğe başvurarak ayakta tedavi gören şizofreni hastalarının benlik saygısı puanlarının düşük ($28,1 \pm 4,2$) olduğu belirtilmiştir (Xu ve ark., 2013). Ringer ve ark., (2014)'nın, Amerika'da yaptıkları çalışmada şizofreni tanılı katılımcıların benlik saygısı düşük ($27,19 \pm 5,53$) bulunmuştur (Ringer ve ark., 2014). Ayrıca Switaj ve ark., (2015)'nin Polonya'da yaptıkları çalışmada katılımcıların benlik saygısı düşük ($26,02 \pm 4,81$) olarak belirtilmiştir (Switaj ve ark., 2015). Ülkemizdeki çalışmalara bakıldığında; Candan (2023), çalışmasında benlik saygısı ortalama puanını orta düzey ($2,31 \pm 0,88$) olarak bulmuştur (Candan, 2023). Tel ve Ertekin Pınar (2012), yürüttükleri çalışmada katılımcıların benlik saygısı puan ortalamalarını orta düzey ($2,45 \pm 1,75$) olarak bulduklarını belirtmişlerdir (Tel & Ertekin Pınar, 2012). Beyazyüz ve ark., (2015)'nin, ruhsal hastalığı olan bireyler ile yaptığı çalışmada ise katılımcıların benlik saygısı puan ortalaması orta düzey ($2,39 \pm 0,9$) olarak bulunmuştur (Beyazyüz ve ark., 2015). Bu araştırmadan elde edilen sonuçlar ülkemizdeki araştırmalarla benzerlik

göstermektedir. Buna karşın rastlanılan yurt dışı çalışmalarında hastaların benlik saygıları düşük bulunmuştur. Bu ülkemizde ruhsal hastalıklara yönelik kabullenici yaklaşımdan kaynaklanıyor olabilir.

Bu çalışmaya katılan hastaların SBTÖ toplam puan ortalaması $12,66 \pm 2,44$ olarak bulunmuştur. Araştırma sonucumuza göre stresle başa çıkmada en çok tercih edilen yöntem Kendine Güvenli Yaklaşım olarak bulunmuştur. Sonrasında en çok kullanılan yöntem İyimser Yaklaşım ve sonrası çoktan aza doğru sırasıyla Çaresiz Yaklaşım, Boyun Eğici Yaklaşım ve Sosyal Destek Arama Yaklaşımı olarak saptanmıştır. Burada en sık kullanılan yöntemlerden ilk ikisinin etkili başa çıkma yöntemi üçüncünün ise etkisiz başa çıkma yöntemi olduğu dikkat çekmektedir. Sayın Karakaş (2020), psikiyatri hastaları üzerinde yaptığı çalışmada SBTÖ toplam puan ortalamasını $79,31 \pm 3,49$ olarak belirtmiştir. Ayrıca en sık kullanılan metodun etkin olmayan başa çıkma yollarından Çaresiz Yaklaşım ($21,65 \pm 0,74$) ve ikinci tercih edilenin ise etkin olan başa çıkma yollarından Kendine Güvenli Yaklaşım ($19,82 \pm 0,73$) olduğunu belirtmiştir (Sayın Karakaş, 2020). Demirden (2021)'in 113 psikiyatri hastası üzerinde yaptığı çalışmada katılımcıların SBTÖ puan ortalamasını $49,05 \pm 19,77$ olarak belirtmiştir. Alt boyutlarından en sık kullanılanı etkin olan başa çıkma yollarından Kendine Güvenli Yaklaşım ($13,60 \pm 4,92$) ikinci çok kullanılanı da etkisiz yöntemlerden Çaresiz Yaklaşım ($12,65 \pm 5,45$) olarak belirtmiştir (Demirden, 2021). Çalışmamıza benzer sonuçlar içeren başka çalışmada (Gloria & Steinhardt, 2016) ve aksine etkisiz yöntemlerin daha çok kullanıldığını açıklayan çalışmalar da vardı (Aksoy & Kelleci, 2016; Lavoie, 2013; Lee ve ark., 2018; Mingrone ve ark., 2016). Literatür incelendiğinde sonuçların farklılık gösterdiği görülmektedir. Bu farklılıkların sebebi bireylerin algıladığı sosyal destekten kaynaklanıyor olabilir veya ruhsal hastalığa sahip bireylerin stresli durumları yönetmede sağlıklı bireylere göre daha fazla zorlanmasıyla ilgili olabilir.

5.5. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanma Ortalama Değerlerinin Tartışılması

Yaş değişkenine göre katılımcıların RHİDÖ ortalama değeri ile alt boyut ortalama değerleri karşılaştırıldığında belirgin bir fark saptanmamıştır. Araştırma sonucuna göre yaş ile içselleştirilmiş damgalama arasındaki ilişkiye bakıldığında yaşın bireylerde içselleştirilmiş damgalama düzeyine etki etmediği belirlenmiştir. Gökmen ve

ark., (2020) psikiyatri servisinde yatan hastalarla yaptıkları çalışmalarında yaş değişkeni ile içselleştirilmiş damgalama tutumu arasında bir bağlantı bulunmadığını belirtmişlerdir (Gökmen ve ark., 2020). Ruhsal hastalığı olan 489 kişi üzerinde yapılan bir çalışmada yaştan içselleştirilmiş damgalama ile ilgisi bulunmamıştır (Zarbah ve ark., 2023). 114 şizofreni hastası ile yürütülen başka bir araştırmada da içselleştirilmiş damgalama ile yaş arasında ilişki bulunmamıştır (Dhungana ve ark., 2022). Ancak ruhsal hastalığa sahip bireylerle yapılmış başka bir araştırmada ise yaşça küçük olanlarda diğer yaş aralıklarına göre nispeten, içselleştirilmiş damgalanma düzeyinin daha yüksek olduğu görülmüştür (Grover ve ark., 2017). Çalışmalarda farklı bulgulara ulaşılması örneklem gruplarının sosyokültürel özelliklerindeki farklılıklardan olabilir.

Hastaların cinsiyet değişkenine göre, katılımcıların RHİDÖ ortalama değeri ile alt boyut ortalama değerleri karşılaştırıldığında belirgin bir fark saptanmamıştır. Araştırma sonucuna benzer şekilde yapılan başka araştırmalarda da cinsiyetin damgalanma ile anlamlı bir ilişkisi olmadığı saptanmıştır (Fırat ve ark., 2020; Gökmen ve ark., 2020; Ran ve ark., 2017; Vrbova ve ark., 2016). Ancak ruhsal hastalığı olan bireyler ile gerçekleştirilen çeşitli araştırmalarda, kadınların erkeklere oranla daha fazla içselleştirilmiş damgalama yaşadığını belirtenler de mevcuttur (Asrat ve ark., 2018; Grover ve ark., 2017; Picco ve ark., 2016). Bunlara karşın psikiyatri hastalarının saldırgan ve tehlikeli olarak düşünülmesi bunun yanında erkek hastaların davranışlarının kadın hastalardan daha saldırgan olarak algılanması nedeni ile erkeklerin kadınlara oranla daha yüksek düzeyde içselleştirilmiş damgalama yaşadığını savunan çalışmalar da mevcuttur (Ersoy & Varan, 2007; Dickerson ve ark., 2002). Cinsiyete göre ortaya çıkan farklılıklar örneklem grubunun sosyokültürel farklılığından kaynaklanmış olabilir.

Çalışmaya katılan hastaların çocuk sayısı, medeni durumu ve birlikte yaşadığı bireyler ile RHİDÖ ortalama değeri ile alt boyut ortalama değerleri karşılaştırıldığında belirgin bir fark saptanmamıştır. Ancak ‘boşanmış / evli ama ayrı yaşıyor / eşi vefat etmiş’ olan hastalar, ‘çocuk sayısı 3 ve üzeri’ olan hastalar ile ‘yalnız/kurum’ yaşayanların içselleştirilmiş damgalanma toplam puan ortalamaları ‘evli’ ve ‘bekar’ olanlar ile ‘çocuk sayısı 3’ten aşağı’ ve ‘aile’ ile yaşamayı tercih edenlere göre daha yüksek bulunmuştur. Yaptığımız araştırmaya benzer şekilde medenî hâl ile içselleştirilmiş damgalanma düzeyi arasında önemli düzeyde anlamlılık ilişkisi tespit

edemeyen araştırmalar literatürde mevcuttur (Gerlinger ve ark., 2013; Singh ve ark., 2016; Tel & Ertekin Pınar, 2012; Zhang ve ark., 2019). Bu araştırma sonucundan bağımsız şekilde bekar olan katılımcıların evli olan katılımcılardan daha fazla oranda içselleştirilmiş damgalanmaya sahip olduğunu bildiren çalışmalar da vardır (Alonso ve ark., 2009; Picco ve ark., 2016; Pribadi ve ark., 2020). Yapılan araştırma sonucuna benzer şekilde, ocuk sayısı fazla olan hastaların içselleştirilmiş damgalanma düzeyinin ocuk sayısı az olanlara oranla daha fazla olduğunu bildiren çalışmalar da mevcuttu (Üstündağ & Kesebir, 2013). Evliliğin psikiyatri hastalarında duygusal destek sağlayarak içselleştirilmiş damgalama düzeyini azalttığını savunan çalışmalar bulunmaktadır (Lim ve ark., 2019). Bu çalışmada ‘evli’ ve ‘bekarların’ içselleştirilmiş damgalanma düzeylerinin diğer kesime göre (ayrı yaşayan / boşanmış olan / eşi vefât etmiş olan veya yalnız yaşayan) daha düşük çıkmasının sebebi duygusal destek almalarıyla ilgili olabilir. Buna ek olarak ailenin dağılması bireyde suçlayıcı duygulara yol açarak içselleştirilmiş damgalamayı artırabilir. Literatürde ocuk sayısı ile içselleştirilmiş damgalanma arasındaki bağlantıyı araştıran başka çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak ocuk sayısının fazla olması, maddi veya manevi açıdan bireyde yetersizlik duygusuna yol açıp kendisini suçlamasına neden olarak içselleştirilmiş damgalanma duygusuna katkı yapıyor olabilir.

Bu çalışmaya katılan hastaların ‘meslek’ ve ‘gelir durumu’ ile RHİDÖ ortalama değeri ve alt boyut ortalama değerleri karşılaştırıldığında fark saptanmamıştır. Bu bağlamda çalışmayı destekler nitelikte başka çalışmalar mevcuttur (Demir Gökmen ve ark., 2020; Yeşil & Han Almış, 2016; Zhang ve ark., 2019). Literatürde bir işte çalışmanın ve iyi bir sosyoekonomik duruma sahip olmanın içselleştirilmiş damgalanmayı azaltabileceğini belirten çalışmalar da bulunmaktadır (Üstündağ & Kesebir, 2013; Vrbova ve ark., 2016). Buna karşın işsizliğin ve düşük sosyoekonomik durumun ruhsal hastalık varlığı bildiren katılımcılarda içselleştirilmiş damgalamayı olumsuz şekilde değiştirdiğini belirten araştırmalar da vardır (Picco ve ark., 2016; Pribadi ve ark., 2020; Ran ve ark., 2017). Düşük sosyoekonomik düzey hastaların tedaviye ulaşımında engel teşkil ederek hastalığın daha alevli geçmesine sebep olabilir veya sosyal ilişkilerde kayıplara neden olabilir. Bu durum da hastalarda sosyal sorunlara yol açarak sonunda içselleştirilmiş damgalanmayı olumsuz etkileyebilir.

Araştırmaya katılan hastalardan eğitim seviyesi ‘ilkokul’ düzeyinde olanların diğer eğitim düzeyi seviyelerine göre içselleştirilmiş damgalamayı daha fazla yaşadıkları saptanmıştır. Düşük eğitim seviyesinden oluşan toplumda bireyler daha fazla damgalanma yaşamaktadırlar (Bekiroğlu, 2021). Bilgi düzeyi arttıkça damgalanma azalmaktadır (Çam & Bilge, 2013). Bu çalışmaya benzer sonuçlar içeren çalışmalar bulunmaktadır (Alonso ve ark., 2009; Brohan ve ark., 2010; Picco ve ark., 2016; Tel & Ertekin Pinar, 2012; Zhang ve ark., 2019). Yapılan bazı araştırmalar, eğitim düzeyi ile içselleştirilmiş damgalama arasında herhangi bir anlamlı ilişki olmadığını ortaya koymaktadır (Demir Gökmen ve ark., 2020; Vrbova ve ark., 2016). Düşük eğitim seviyesinde içselleştirilmiş damgalama daha fazladır. Eğitim seviyesi düşük olan hastalar, hastalığın semptomlarıyla ve getirdiği başka sorunlarla başa çıkmada diğer eğitim seviyesindeki hastalara göre daha fazla zorlanıyor olabilir ve bu da içselleştirilmiş damgalanmayı artırıyor olabilir.

Çalışmaya katılan bireylerin ruhsal hastalık sebebi ile ‘işten çıkarılma’ durumu olanların ‘işten çıkarılma’ durumu olmayanlara göre RHİDÖ ortalama değeri ile alt boyut ortalama değerlerinin daha büyük olduğu gözlemlenmiştir. Benzer bir araştırmada Jadhav ve ark., (2007), kentte yaşayan insanların ruhsal sorunu olan bireylerle çalışmak istemediklerini ve bu arzu ile damgalanma arasında pozitif yönde bir bağ olduğunu tespit etmişlerdir (Jadhav ve ark., 2007). Literatürdeki birçok çalışmada ruhsal hastalığı olan bireylerin çalışma durumunun genellikle sade bir biçimde yalnızca çalışan/çalışmayan kısmı ile ele alındığı görülmektedir (Bekiroğlu & Demiröz, 2020; Demir Gökmen ve ark., 2020; Vrbova ve ark., 2016; Yeşil & Han Almış, 2016). Bu çalışmalara karşın Türkiye Psikiyatri Derneği (2007) yaptığı çalışmada ruhsal hastalığa sahip bireylerin %55’inin hastalıklarını iş bulma konusunda engel olarak gördükleri sonucunu paylaşmıştır (Akt. Avcil ve ark., 2016). Fırat ve ark., (2020) ruhsal hastalığı olanların işten çıkarılma durumu ile içselleştirilmiş damgalama düzeyi kıyaslamışlar ve söz konusu kavramlar arasında pozitif yönlü bir bağ bulduklarını belirtmişlerdir (Fırat ve ark., 2020). Çalışma hayatı ruhsal hastalıklarda en çok olumsuz etkilenen yönlerden biridir. Ruhsal hastalığı olanların uğradığı bu negatif ayrımcılık bireylerin benlik saygısını azalttığından veya sosyal yaşamı olumsuz etkilediğinden bireylerde içselleştirilmiş damgalanmayı artırıyor olabilir. Ayrıca çalışmak isteyen ruhsal hastalığı

olan bireylerin istihdamının sağlanması bireylerdeki içselleştirilmiş damgalama düzeyini azaltacağını savunan çalışma da vardır (Pribadi ve ark., 2020).

Araştırmaya katılan hastaların ‘yaşadığı yer’ ile RHİDÖ değerleri karşılaştırıldığında önemli bir farklılık görülmemiştir. Bizim sonuçlarımızın aksine yaşadığı yerle içselleştirilmiş damgalanma değerleri arasında belirgin fark tespit eden araştırmalar mevcuttur (Assefa ve ark., 2012; Bifftu ve ark., 2014; Jadhav ve ark., 2007; Üstündağ & Kesebir, 2013). Loganathan ve Murthy (2008) yaptıkları çalışmada kırsal bölgelerde yaşayanların kentsel bölgelerde yaşayanlara göre daha fazla negatif ayrımcılığa maruz kaldıklarını ve daha fazla alay etme durumları ile karşılaşmakta olduklarını belirtmişlerdir (Loganathan & Murthy, 2008). Çalışmaların farklı sonuçlar barındırması araştırmaların yapıldığı yerin kültürel özelliklerinden kaynaklanıyor olabilir.

Araştırmaya katılan hastaların ‘birlikte yaşadığı bireyler’ ile RHİDÖ sonuçları karşılaştırıldığında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Yapılan araştırmaya benzer olarak Fırat ve ark., (2020), yaptıkları araştırmada birlikte yaşadığı bireyler ile RHİDÖ değerleri istatistiki açıdan belirgin bir fark bulamadıklarını belirtmişlerdir (Fırat ve ark., 2020). Birlikte yaşadığı bireyler ile RHİDÖ arasında anlamlı ilişkiler bulan çalışmalar da vardır (Alonso ve ark., 2009; Demir Gökmen ve ark., 2020; Switaj ve ark., 2009). Assefa ve ark., (2012) yaptıkları çalışmada yalnız yaşayan ruhsal hastalığı olanların aile veya yakınları ile yaşayanlara göre kendilerini daha fazla damgaladıklarını belirtmişlerdir (Assefa ve ark., 2012). Benzer şekilde Fırat ve ark., (2020), yaptıkları araştırma sonucunda hastaların içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri arttıkça yalnızlık düzeylerinin de arttığı sonucuna ulaşmışlardır (Fırat ve ark., 2020). Alan yazın tarandığında birbirinden farklı sonuçlara rastlanıldığı görülmektedir. Hastaların birlikte yaşadığı bireyler her zaman olumlu destek sağlamamaktadır. Bu da istatistiklerde yalnız yaşayan veya başkalarıyla yaşayanlar arasında çalışma sonucumuz gibi anlamlı bir ilişki kurulmasını engellemiş olabilir.

Araştırmaya katılan hastaların ‘büyüdüğü aile tipi’ ile RHİDÖ sonuçları karşılaştırıldığında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Alan yazında benzer içerikte çalışmaya rastlanılamamıştır. Bizim çalışmamızdaki bulgu çalışmaya katılanların ruhsal

hastalığa yönelik inançlarını medya, toplum ile etkileşimleri gibi birçok kaynaktan edinmeleri nedeniyle olabilir. Benzer çalışmaların yapılmasına ihtiyaç vardır.

Bu çalışmaya katılan hastaların ‘yetiştği çevre’ ile RHİDÖ değerleri arasında fark bildiren veri elde edilmiştir. Literatüre bakıldığında yapılan araştırmalarda yaşanılan yer ile yetiştği yer kıyası yapan çalışmaya rastlanılamamıştır. Yapılan çalışmaların genelinde bulgu sadece yaşadığı yer olarak ele alınmıştır. Bizim çalışmamızda kırsalda yetişen bireylerin büyükşehirde yetişenlere göre içselleştirilmiş damgalanma düzeyi alt boyutlarından algılanan ayrımcılık puanı daha yüksek bulunmuştur. Bunun sebebi kırsaldaki ilişkilerin daha yakın ve göz önünde olması, geleneksel aile yapısındaki farklılıklar veya yaşam kalitesindeki farklılıklar olabilir.

Araştırmada katılımcıların madde kullanım durumları ile içselleştirilmiş damgalanma sonuçları karşılaştırıldığında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Alan yazında madde kullanım özellikleri ile içselleştirilmiş damgalanma değeri arasında ilişki bildiren çalışmaya rastlanılamamıştır. Benzer çalışmalar yapılarak literatürün desteklenmesine ihtiyaç vardır.

5.6. Katılımcıların Hastalık Özelliklerine Göre Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği Ortalama Değerlerine İlişkin Verilerin Değerlendirilmesi

Bu çalışmada ‘Psikotik bozukluklar’ ile takip edilen hastaların ‘Duygudurum bozuklukları’ ve ‘Madde kullanım bozuklukları’na göre RHİDÖ sonuçları anlam oluşturacak seviyede daha yüksek olarak saptanmıştır. Yapılan araştırma sonuçlarına benzer içerikte literatürde çalışmalar mevcuttur (Arslantaş ve ark., 2010; Brohan ve ark., 2010; Fırat ve ark., 2020; Karidi ve ark., 2015; Korkmaz & Küçük, 2016; Ran ve ark., 2017; Sarısoy ve ark., 2013). Bu araştırmadan farklı olarak klinik tanı ile çalışmaya katılan bireylerin içselleştirilmiş damgalanmaları arasında önemli fark saptamayan çalışma da vardır (Demir Gökmen ve ark., 2020). Vrbova ve ark., (2016), yaptıkları çalışmada hastalığın şiddeti ile içselleştirilmiş damgalama seviyesinin pozitif olarak ilişkili olduğundan bahsetmişlerdir (Vrbova ve ark., 2016). Ruhsal hastalığa sahip bireyler gerek atak döneminde gerekse remisyon döneminde birbirinden farklı güçlüklerle savaşmak durumunda kalmaktadırlar. Hastalığın şiddeti yaşam standartlarını önemli ölçüde etkileyebilmektedir. Araştırmamızda da psikotik bozukluklara sahip bireylerin kendini daha çok damgalamasının sebebi; hastaların yaşam standartlarını

etkileyen bu zorluklar ya da hasta olmayan bireylerin hasta bireyleri onaylamayan davranışları hastalıkla ilişkilendirilerek içselleştirilmiş damgalanmayı artırıyor olabilir.

Araştırmada hastalığın teşhis zamanı ile RHİDÖ ortalama değeri arasında fark bildiren, pozitif bir ilişki olduğu saptanmıştır. Coşkun ve Güven Caymaz (2012), yaptıkları çalışmada kamu kurumlarına başvuran hastaların hastalık süresinin ve yatış sayısının içselleştirilmiş damgalama ile ilişkisini yüksek düzeyde ve aynı yönde ilişki olarak saptamışlardır (Coşkun & Güven Caymaz, 2012). Switaj ve ark., (2009), yaptıkları çalışmada hastalık süresi ile içselleştirilmiş damgalanma arasında mantıklı, pozitif yönlü bir ilişki bulduklarını belirtmişlerdir (Switaj ve ark., 2009). Firmin ve ark., (2019), erken evre ile uzun süre psikoz yaşayan iki grup hasta ile yaptıkları çalışma sonucunda uzun süredir psikoz yaşayan grubun damgalanmayı daha fazla içselleştirdikleri sonucuna ulaşmışlardır (Firmin ve ark., 2019). Literatür çalışmaları ile bulgularımız benzerdir. Hastalık semptomlarının getirdiği yük ve istenmeyen sonuçlar ile mücadele etmek zamanla daha zor bir hale gelebilmektedir. Hastalık süresi uzadıkça olumsuz olaylar ile daha fazla karşılaşmalarından da kaynaklamış olabilir.

Araştırmada tedavi alma süresi ve psikiyatri servisine yatış sayısı ile RHİDÖ ortalama değeri ve alt boyut ortalama değerleri karşılaştırıldığında istatistiki açıdan mantıklı ve pozitif bir ilişki olduğu saptanmıştır. Coşkun ve Güven Caymaz (2012), yaptıkları çalışmada kamu kurumlarına başvuran hastaların yatış sayısı ile içselleştirilmiş damgalama arasındaki ilişkiyi üst seviyede ve aynı yönlü olarak saptamışlardır (Coşkun & Güven Caymaz, 2012). Bu çalışmaya benzer şekilde tedavi süresi, ruh sağlığı hastanelerine yatış sayıları ile RHİDÖ arasında anlamlı pozitif yönlü ilişki bulan başka çalışma da vardır (Switaj ve ark., 2009). Vrbova ve ark., (2016), yaptıkları çalışmada hastaneye yatış sayısı ve tedavi alma süresinin içselleştirilmiş damgalanma alt boyutlarından; Yabancılaşma, Algılanan Ayrımcılık, Sosyal Geri Çekilme ve Kalıp Yargıları'nın onaylanması ile anlam taşıyan pozitif bir korelasyon bulduklarını ifade etmişlerdir (Vrbova ve ark., 2016). Kamaradova ve ark., (2016), 332 ruhsal hastalığı olanlar ile yaptıkları çalışmada hastaların psikiyatri hastanelerine yatış sayıları ile içselleştirilmiş damgalanma süreleri arasında olumlu ilişki olduğu ve hastaların hastane ya da sağlık kuruluşlarına maruz kaldıkları kadar kendilerini damgaladıklarını belirtmişlerdir (Kamaradova ve ark., 2016). Bu çalışmanın aksine Baysan Arabacı ve ark., (2015)'nin, yürüttükleri araştırmada katılımcıların hastanede

konaklama sayılarının içselleştirilmiş damgalanmayı etkilemediği sonucuna ulaşmışlardır (Baysan Arabacı ve ark., 2015). Literatür incelendiğinde hastaneye yatış sayısı ve tedavi alınan zaman ile içselleştirilmiş damgalanma tutumu arasında pozitif yönlü bir ilişkiden söz edilebilir. Hastalığın şiddeti yüksek olan bireylerin psikiyatri kliniklerine daha sık ve daha uzun süre yatması bireylerde içselleştirilmiş damgalanmayı artırıyor olabilir. Bu konuyu nedensellik yönünden ele alacak daha fazla araştırmaya gereksinim vardır.

Mevcut yatış süresi ile RHİDÖ ortalama değeri ve alt boyut ortalama değerleri arasında belirgin bir ilişki saptanmamıştır. Çalışmamıza benzer şekilde Baysan Arabacı ve ark., (2015), yürüttükleri araştırmada katılımcılardan hastanede yatanların konaklama sürelerinin içselleştirilmiş damgalanmayı etkilemediği sonucuna ulaşmışlardır (Baysan Arabacı ve ark., 2015).

Araştırmada “eşlik eden fiziksel hastalık varlığı” ile Yabancılaşma ve Algılanan Ayrımcılık boyutlarının ortalama değerleri ile RHİDÖ ortalama değeri arasında belirgin fark saptanmıştır. Buna göre fiziksel kronik hastalığa sahip psikiyatri hastalarının fiziksel kronik hastalığı olmayanlara göre kendini daha fazla damgaladığı bulunmuştur. Bizim çalışmamızın aksine Barlati ve ark., (2022) yaptıkları çalışmada içselleştirilmiş damgalanma düzeyi düşük olan hastaların yüksek olanlardan daha fazla fiziksel hastalık bildirdikleri sonucuna ulaşmışlardır (Barlati ve ark., 2022). Fiziksel sağlığın içselleştirilmiş damgalanma tutumu üstünde bir rolü bulunmadığını gösteren araştırmalar da vardır (İsmanur, 2016; Picco ve ark., 2016). Bu araştırmada fiziksel sağlığın kötü olması sosyal ilişkileri olumsuz etkileyebileceğinden ve dolayısıyla sosyal desteğe negatif etkisinden içselleştirilmiş damgalama düzeyini olumsuz etkilemiş olabilir.

Araştırmaya katılan hastaların ‘ailede ruhsal hastalık varlığı’ bildirenlerin Algılanan Ayrımcılık boyutunun ortalama değeri ile RHİDÖ ortalama değeri ailesinde ruhsal hastalık bildirmeyenlere oranla daha yüksek düzeyde saptanmıştır. Araştırmaya göre ailesinde ruhsal hastalığa sahip bireylerin olmayanlara oranla içselleştirilmiş damgalanma değeri daha yüksek olarak tespit edilmiştir. Benzer olarak Baysan Arabacı ve ark., (2015), yürüttükleri araştırmada ailesinde ruhsal hastalığa sahip olan adli psikiyatri hastalarının RHİDÖ alt boyutları daha yüksek saptanmıştır (Baysan Arabacı

ve ark., 2015). Gökalp (2017), yürüttüğü araştırmada araştırmamıza benzer biçimde, ailede ruhsal hastalık varlığı ile RHİDÖ ortalama değerleri arasında mantıklı bir ilişki bulunduğunu belirtmiştir (Gökalp, 2017). Literatürde yapılan araştırmadan farklı sonuçlar içeren çalışmalar da vardı. Tel ve Ertekin Pınar (2012), yaptıkları çalışmada ailede ruhsal hastalık varlığı ile içselleştirilmiş damgalanma değerleri arasında önemli bir bağlantı bulamadıklarını belirtmişlerdir (Tel & Ertekin Pınar, 2012). Yine bu çalışmadan farklı olarak Kök (2014), yaptığı çalışmada ailede ruhsal hastalık varlığı ile RHİDÖ değerleri arasında anlamlı ilişki bulamadığını belirtmiştir (Kök, 2014). Damgalanma sadece hastaları değil, onlarla birlikte ailelerini de etkileyen bir durumdur. Aile üyeleri, akrabalar genellikle toplumdaki ön yargıların farkındadırlar. Hastalık durumu ile önce ailesinde karşılaşan birey bu olumsuz mitleri daha kolay içselleştiriyor olmasından dolayı ailede ruhsal hastalığı olanlar kendilerini daha fazla damgalıyor olabilir.

5.7. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Benlik Saygısı Ortalama Değerleri ile İlgili Verilerin Tartışılması

Araştırmaya dahil olan hastaların sosyodemografik özelliklerinden yaş durumu, cinsiyet durumu ve medenî hâl ile RBSÖ ortalama değeri arasında önemli bir ilişki saptanmamıştır. Çalışmamıza benzer şekilde Oh ve ark., (2017), şizofreni hastaları üzerinde yaptıkları çalışmada benlik saygısı ile yaş durumu, cinsiyet durumu ve medeni hâl arasında önemli bir ilişki bulmamışlardır (Oh ve ark., 2017). Tel ve Ertekin Pınar (2012), poliklinik üzerinden tedavi gören psikiyatri hastaları üzerinde yaptıkları çalışmada bireylerin yaşları, cinsiyetleri ve medeni hâlleri ile benlik saygısı değerleri arasında önemli bir ilişki bulunamadığı sonucunu iletmışlerdir (Tel & Ertekin Pınar, 2012). Bu çalışmaya benzer sonuçlar literatürde mevcuttur (Björkvik ve ark., 2009; İsmannur, 2016). Çalışmamızın aksine Lim ve ark., (2019), tarafından yürütülen araştırmada yaş arttıkça benlik saygısının da arttığını ve medeni durumu evli olanların benlik saygılarının daha yüksek olduğunu sonucuna ulaşmışlardır (Lim ve ark., 2019). Gerçekleştirilen başka bir araştırmada ise Orth ve ark., (2012), benlik saygısının belirli bir yaşa kadar arttığını sonrasında ise azaldığını belirterek benlik saygısının yaş ile ilişkisinden bahsetmişlerdir (Orth ve ark., 2012). Benzer şekilde Park ve ark., (2019), şizofreni hastalarının yaş ilerledikçe benlik saygısı düzeylerinin arttığı sonucuna ulaşmışlardır (Park ve ark., 2019). Werner ve ark., (2008), yaptıkları çalışmada benlik

saygısının yaşa bağlı olarak değişmediğini buna karşın cinsiyet durumuna göre değişiklik gösterebildiğini ifade etmişlerdir (Werner ve ark., 2008). Garaigordobil ve ark., (2008), 732'si erkek, 847'si kadın olmak üzere 1579 katılımcı üzerinde yaptıkları çalışmada benlik saygısının cinsiyetle anlamlı bir ilişkisi olmadığı ancak yaş büyüdükçe benlik saygısının düştüğünü belirtmişlerdir (Garaigordobil ve ark., 2008). Literatürde bu çalışmaya benzer sonuçlar içeren ve aksi sonuçlar içeren çalışmalar bulunmaktadır. Sonuçların bu şekilde farklılıklar içermesi kültürel farklılıklardan kaynaklanıyor olabilir.

Araştırmaya katılan hastaların çocuk varlığı, çocuk sayısı, birlikte yaşadığı bireyler ve büyüdüğü aile tipi ile RBSÖ değerleri arasında anlam bildiren bir bağlantı saptanamamıştır. Literatürde bu değişkenlerle ilgili kısıtlı bilgiye ulaşılmıştır. Vergi (2020), şizofreni hastaları üzerinde yaptığı çalışmada geniş ailede yaşayan katılımcıların benlik saygılarının çekirdek ailede yaşayanlara göre daha düşük olduğu sonucuna varmıştır (Vergi, 2020). Kök (2014), hastaların aile tipi ile RBSÖ değeri arasında önemli bir ilişki bulunamadığını belirtmiştir (Kök, 2014). Literatür ile farklı sonuçlar çıkmasının sebebi ailelerin hasta bireylere karşı yaklaşımından kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmaya katılım gösteren bireylerin öğrenim düzeyi, gelir durumu, ruhsal hastalık sebebi ile işten çıkarılma durumu ve yetiştigi çevre ile RBSÖ ortalama değeri arasında bir bağlantı tespit edilmiştir. Bulgulara göre eğitim seviyesi ilköğretim olanların diğer seviyelere göre benlik saygısı değeri daha yüksek bulunmuş; geliri giderden daha düşük olan katılımcıların, geliri harcamalarından daha yüksek olan katılımcılara göre benlik saygı değeri daha yüksek; ruhsal hastalık sebebi ile işten çıkarılanların benlik saygısı değeri işten çıkarılmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca kırsal bölgede yetişenlerin RBSÖ ortalaması büyükşehirde yetişenlerden daha yüksektir. Bu çalışmaya benzer şekilde Kök ve Demir (2018), yaptıkları çalışmada okuryazar olan katılımcıların lise veya üstü eğitime sahip olan katılımcılara göre benlik saygılarını daha yüksek bulmuşlardır. Ek olarak köyde ikamet eden hastaların şehirde yaşayanlara göre benlik saygılarını daha yüksek bulmuşlardır (Kök & Demir, 2018). Bu çalışmadan farklı olarak Lim ve ark., (2019), çalışan bireylerin benlik saygılarının herhangi bir işte çalışmayan bireylerden daha yüksek seviyede bulduklarını ve çalışma süresiyle benlik saygısının doğru orantılı olarak arttığını gözlemlediklerini ifade etmişlerdir (Lim ve ark., 2019). Türk (2018), yaptığı çalışmada benlik saygısının gelir durumundan

etkilendiğini ve geliri yüksek olanın düşük olana göre, çalışan hastanın işsiz olana göre benlik saygısının daha yüksek bulduklarını belirtmiştir (Türk, 2018). Vergi (2020) ise yaptığı çalışmada gelir durumu, ikâmet ettiği yer ve öğrenim düzeyi ile benlik saygısı değeri arasında önemli bir bağlantı bulamamıştır (Vergi, 2020). Aydemir ve Akkaya (2011), 150 psikiyatri hastası ile yaptıkları çalışmada benlik saygısının eğitim düzeyi ile ilişkisi olmadığı sonucuna varmışlardır (Aydemir & Akkaya, 2011). Literatür incelendiğinde farklı sonuçlar mevcuttur. Bunun sebebi sosyokültürel farklılıklar olabilir.

Çalışmaya katılan bireylerin tütün, alkol ürünleri ve çeşitli madde tüketim durumları ile RBSÖ değerleri arasındaki bağlantı incelendiğinde; tütün ve alkol kullanım durumu ile benlik saygısı değeri arasında istatistiki açıdan önemli bir bağlantı saptanamamıştır. Buna karşın madde kullanan bireylerin benlik saygısı ortalama skorları madde kullanımı bildirmeyenlere göre daha yüksek olarak saptanmıştır. İlgili alan tarandığında sigara kullananlar ile ilgili çalışmalar vardır. Oh ve ark., (2017), yaptıkları çalışmada sigara kullanımı ile RBSÖ değeri arasında önemli bir bağlantı bulunamadığını ancak istatistiksel olarak sigara içenlerin benlik saygısının daha düşük olduğunu belirtmişlerdir (Oh ve ark., 2017). Benzer şekilde Gezgın Yazıcı ve ark., (2022)'nin yaptığı çalışmada sigara kullanımı ile RBSÖ arasında anlamlı bir ilişki bulunamayıp istatistiksel olarak ise sigara kullananların benlik saygısının daha düşük olduğu görülmektedir (Gezgın Yazıcı ve ark., 2022). Literatürde alkol ürünleri ve çeşitli madde kullanım durumu ile benlik sayısı arasında çalışmaya raslanmamıştır. Hastaları madde kullanımına iten sebep ve RBSÖ arasındaki ilişkiyi açıklayabilmek için çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

5.8. Katılımcıların Hastalık Özelliklerine Göre Rosenberg Benlik Saygısı Ortalama Değerinin Tartışılması

Araştırmaya katılan hastaların tanıları ile RBSÖ arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Ancak psikotik bozukluk tanılı hastaların benlik saygılarının diğer bozukluklara göre daha düşük olduğu gözlenmiştir. Literatür incelendiğinde benzer sonuçlar içeren çalışmalar mevcuttur (Kök, 2014; Kök & Demir, 2018). Psikotik bozukluğu olan bireylerin hastalık semptomları nedeni ile kendilerini olumsuz değerlendirmenin sonucu olabilir.

Çalışmaya katılan hastaların eşlik eden fiziksel hastalık varlığı, aile bireylerinde kronik hastalık varlığı, ailede ruhsal hastalık varlığı ile RBSÖ değeri arasında önemli bir ilişki bulunmamıştır. Ancak, fiziksel kronik hastalığı olan hastalar ile ailede fiziksel ve ruhsal hastalığı olanların benlik saygıları istatistiksel olarak daha düşük olarak belirlenmiştir. İsmannur (2016), ailede ruhsal hastalık varlığı ile RBSÖ değeri arasında önemli bir bağlantı bulunmadığını belirtmiştir (İsmannur, 2016). Türk (2018), ailede ruhsal hastalık bulunmasının benlik saygısını etkilemediği sonucuna ulaşmıştır. Bunun yanında, katılımcıların ruhsal hastalığa ek bedensel bir hastalığının mevcut olması ile benlik saygısı arasında önemli bir bağ bulunmuştur ve mevcut ruhsal hastalığa ek başka bir fiziksel hastalık öyküsüne sahip olanların benlik saygıları daha düşük bulunmuştur (Türk, 2018). Benzer şekilde Gezgin Yazıcı ve ark., (2022)'nın şizofreni hastaları üzerinde yaptıkları çalışmada ek fiziksel hastalık bulunmasının, katılımcıların benlik saygılarına etki etmediği sonucuna ulaştıklarını belirtmişlerdir, ancak istatistiksel olarak ruhsal hastalığa ek olarak fiziksel hastalık bildirenlerin benlik saygısının daha düşük olduğunu belirlemişlerdir (Gezgin Yazıcı ve ark., 2022). Ruhsal hastalık varlığı başlı başına benlik saygısı açısından tehlike teşkil ederken (Çam & Çuhadar, 2013), duruma ek fiziksel hastalık varlığı, aile öyküsü benlik saygısını olumsuz etkiliyor olabilir.

Çalışmaya katılan hastaların yatış süresi, teşhis zamanı ve tedavi alma süreleri ile RBSÖ değeri arasında önemli bir bağlantı saptanamamıştır. Buna karşın psikiyatri kliniğine yatış sayısı ile RBSÖ değeri arasında önemli bir bağlantı saptanmıştır. Buna göre yatış sayısı arttıkça bireylerin benlik saygısında düşme gözlemlenmiştir. Türk (2018), yaptığı çalışmada teşhis zamanı, tedavi alma süresi ve kliniğe yatış adedinin katılımcıların benlik saygıları üstünde bir etkisinin olmadığı sonucuna ulaştığını belirtmiştir (Türk, 2018). Kök ve Demir (2018), bipolar ve şizofreni tanıılı hastalar üzerinde yaptığı çalışmada hastalık süresi ve yatış adedi ile benlik saygısı arasında anlam bildiren bir bağlantı bulunamadığını belirtmişlerdir. Ancak çalışma incelendiğinde yatış sayısı arttıkça RBSÖ puanının da istatistiksel olarak yükseldiği yani yatış sayısı arttıkça benlik saygısında düşme olduğu göze çarpmaktadır (Kök & Demir, 2018). Tel ve Ertekin Pınar (2012), çalışmalarında hastaların hastaneye yatış sıklığının katılımcıların benlik saygıları üstünde bir etkisinin olmadığını bildirmişlerdir (Tel & Ertekin Pınar, 2012). Gezgin Yazıcı ve ark., (2022), şizofreni tanıılı hastalar üzerinde yaptıkları çalışmada benlik saygısı ile hastaneye yatış sayısı arasında anlamlı bir ilişki

bulamamışlardır (Gezgin Yazıcı ve ark., 2022). Yatış sayısı arttıkça hastaların daha fazla içe kapanıp, sosyallikten uzaklaşması benlik saygısını olumsuz etkiliyor olabilir.

5.9. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Stresle Başa Çıkma Tarzları Özelliklerinin Tartışılması

Araştırmaya katılan hastaların SBTÖ ortalama değeri ile yaş değişkeni arasında önemli bir ilişki bulunmamıştır. Bu çalışmaya benzer şekilde Koçhan (2019), çalışmasında yaş ile SBTÖ değerleri arasında önemli bir ilişki bulmadığını belirtmiştir (Koçhan, 2019). Şimşek Arslan (2017), 122 psikiyatri hastası üzerinde yaptığı çalışmada yaş ile SBTÖ değerleri arasında önemli bir ilişki olmadığını belirtmiştir (Şimşek Arslan, 2017). Gloria ve Steinhardt (2016), yaptıkları çalışmada yaş ile SBTÖ değerleri arasında anlamlı fark bulmamışlardır (Gloria & Steinhardt, 2016). Özarslan ve ark., (2013), çalışmalarında hastaların yaşlarının, stresle başa çıkma tarzı üzerinde herhangi bir etkisinin olmadığını belirtmişlerdir (Özarslan ve ark., 2013). Benzer biçimde Taşdemir Yiğitoğlu ve Keskin (2020), yaptıkları çalışmada, yaşın, stresle başa çıkma tarzı üzerinde herhangi bir etkisinin olmadığını belirtmişlerdir (Taşdemir Yiğitoğlu & Keskin, 2020). Holubova ve ark., (2016), yaptıkları çalışmada katılımcıların yaşlarının, stresle başa çıkma tarzı üzerinde herhangi bir etkisinin olmadığını belirtmişlerdir (Holubova ve ark., 2016). Mingrone ve ark., (2016), şizofreni ve şizoaffektif teşhisine sahip katılımcılar ile yürüttükleri bir araştırmada SBTÖ puanları ile yaş arasında negatif ilişki bulduklarını belirtmişlerdir (Mingrone ve ark., 2016). Rastladığımız çalışmalardan biri dışında araştırmadan çıkan sonuçların ilgili alan ile benzerlik gösterdiği görülmektedir. Bu farklılık örneklem grubunun özelliklerinden kaynaklanıyor olabilir.

Araştırmaya katılan hastaların cinsiyetlerinin SBTÖ alt boyut ortalama değerleri üstünde herhangi bir etkisi bulunmamıştır. Çalışma bulgularımızdan farklı olarak Koçhan (2019), çalışmasında etkin olmayan yollardan Çaresiz Yaklaşım alt boyutunun kullanımının kadınlarda erkeklerden daha yüksek olduğunu bildirmiştir (Koçhan, 2019). Gloria ve Steinhardt (2016), yaptıkları çalışmada kadınların erkeklerden daha çok etkili baş etme yöntemi kullandığını belirtmişlerdir (Gloria & Steinhardt, 2016). Taşdemir Yiğitoğlu ve Keskin (2020), yaptıkları çalışmada, cinsiyet ile SBTÖ değerleri arasında önemli bir ilişki bulunduğunu saptamışlardır (Taşdemir

Yiğitoğlu & Keskin, 2020). Çalışmamıza benzer Şimşek Arslan (2017), yürüttüğü araştırmada, cinsiyetin SBTÖ alt boyutları üstünde herhangi bir etkisi olmadığı sonucuna ulaşmıştır (Şimşek Arslan, 2017). Literatürdeki sonuçların farklılık taşımasının nedeni katılımcıların kişisel özelliklerinden veya sosyal ilişkilerden kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmaya katılan hastaların SBTÖ puan ortalamaları ile öğrenim düzeyi arasında önemli bir ilişki saptanmamıştır. Literatürde eğitimin stresle başa çıkma tarzlarına etkisinin olduğunu ifade eden araştırmalar mevcuttur. Koçhan (2019), çalışmasında ilköğretim mezunlarının SBTÖ boyutlarından etkin başa çıkma yöntemi olarak kabul edilen sosyal destek arama yaklaşımı lisans ve ön lisansta fazla, lise mezunlarının da iyimser yaklaşım alt boyutu ön lisans ve lisanstan fazla bulmuştur (Koçhan, 2019). Şimşek Arslan (2017), çalışmasında ilköğretim ve altı eğitim düzeyine sahip olanların çaresiz, boyun eğici ve iyimser yaklaşımı yükseköğretim ve üstü eğitim düzeyine sahip olanlara göre daha fazla kullandıklarını belirtmiştir (Şimşek Arslan, 2017). Mingrone ve ark., (2016), yaptıkları çalışmada eğitim yılı ile SBTÖ puanları arasında negatif ilişki bulduklarını belirtmişlerdir (Mingrone ve ark., 2016). Bizim çalışmamıza benzer Taşdemir Yiğitoğlu ve Keskin (2020), yürüttükleri araştırmada bireylerin eğitim durumları ile stresle mücadele tarzları arasında anlamlı bir ilişki bulamadıklarını belirtmişlerdir (Taşdemir Yiğitoğlu & Keskin, 2020). Bizim çalışmamızdaki bulgu, çalışmaya her eğitim seviyesinde ailenin katılımı veya toplumdaki diğer kesimlerin desteğinin yüksek olması veya bireylerin kendilerini stresle başatma yöntemleri konusunda geliştirmeleri nedeni ile çıkmış olabilir.

Çalışmaya katılan hastaların SBTÖ puan ortalamaları ile medeni durum ve çocuk varlığı arasında anlam taşıyan bir bağlantı saptanmamıştır. Bu çalışmaya benzer şekilde Koçhan (2019), çalışmasında medeni durum ile SBTÖ değerleri arasında anlam taşıyan bir ilişki bulmadığını belirtmiştir (Koçhan, 2019). Şimşek Arslan (2017), medeni durumun stresle mücadele tarzlarına etkisinin olmadığı sonucuna ulaşmıştır. Buna karşın çocuk varlığının etkin olmayan başa çıkma yöntemlerinden boyun eğici yaklaşım kullanımını tetiklediğini, çocuk sayısı arttıkça boyun eğici yaklaşımın da arttığını belirtmiştir (Şimşek Arslan, 2017). Gloria ve Steinhardt (2016), çalışmalarında evli veya çocuklu olanların etkisiz baş etme yöntemlerini daha çok kullandığını belirtmişlerdir (Gloria & Steinhardt, 2016). Taşdemir Yiğitoğlu ve Keskin (2020),

medeni hal ile stresle baş etme yöntemleri arasında anlamlı ilişki saptamamışlardır (Taşdemir Yiğitoğlu & Keskin, 2020). Holubova ve ark., (2016), medeni durmun stresle baş etme biçimlerine etkisinin olmadığını belirlemişlerdir (Holubova ve ark., 2016). Literatür incelendiğinde çalışma sonuçlarının benzerlik gösterdiği görülmektedir.

Araştırmaya katılan hastaların SBTÖ ortalama değerleri ile istihdam hâli arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Gloria ve Steinhardt (2016), çalışma durumu ile SBTÖ puanlaması arasında anlamlı bir ilişki bulmamıştır (Gloria & Steinhardt, 2016). Şimşek Arslan (2017), çalışma durumu ile SBTÖ alt boyutları arası anlamlı ilişki bulunmadığını bildirmiştir (Şimşek Arslan, 2017). Taşdemir Yiğitoğlu ve Keskin (2020), bireylerin çalışma durumunun stresle baş etme biçimlerine etkisinin olmadığını belirlemişlerdir (Taşdemir Yiğitoğlu & Keskin, 2020). Bizim çalışmamızdan farklı olarak Sağbaş (2009), çalışan hastaların stresle daha iyi baş edebildiğini belirtmiştir (Sağbaş, 2009). Bu durum çalışanların iş yaşamında stres yaşaması, çalışmayanların da maddi sıkıntılar nedeni ile stres yaşaması gibi nedenlerle her iki grubun da farklı nedenler ile stres yaşaması veya yaşamaması nedeni ile çıkmış olabilir.

Araştırmaya katılan hastaların SBTÖ puan ortalamaları ile yaşadığı yer arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Literatürde benzer kıyaslama yapan çalışmaya rastlanılmamıştır. İleride benzer çalışmaların yapılarak literatüre katkı sağlaması önerilir.

Araştırmaya katılan hastalardan ruhsal hastalık sebebi ile işten çıkarılanların, stresle baş etmede etkin yol olarak kabul edilen Sosyal Destek Arama ve İyimser Yaklaşım düşükken; etkili olmayan yöntemlerden Çaresiz Yaklaşım puanı daha yüksek bulunmuştur. Bu çalışmada yer alan “ruhsal hastalık sebebi ile işten ayrılma” ile SBTÖ arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaya rastlanılamamıştır. Ruhsal hastalık nedeni ile işten ayrılan hastaların yaşadıkları olumsuz duygular ve işten ayrılma stres düzeyini arttırdığı için bu sonuç çıkmış olabilir.

Araştırmaya katılan hastalardan büyükşehirde yetişenlerin SBTÖ alt boyutlarından ve etkisiz yöntemlerden olan Çaresiz Yaklaşım alt boyutu diğerlerinden yüksek bulunmuştur. Literatürde benzer kıyaslama yapan çalışmaya rastlanılmamıştır. Büyükşehirde yaşayanların daha fazla bireysel davranması ve yalnız vakit geçirmesi bireyin sosyal destekten mahrum kalmasına etki edebilir ve dolayısıyla etkisiz baş etme

yöntemleri kullanmasının nedeni olabilir. İleride benzer çalışmaların yapılarak literatüre katkı sağlaması önerilir.

Araştırmada ailesi ile yaşayanların yalnız veya kurumda yaşayan hastalara göre SBTÖ alt boyutlarından ve stresle baş etmede etkin olarak kabul edilen yollardan Sosyal Destek Arama Yaklaşımı değeri daha büyük bulunmuştur. Buna ek olarak çekirdek aile yapısında yetişen hastaların yine etkin baş etme olan İyimser Yaklaşım alt boyutu ve Sosyal Destek Arama Yaklaşımı alt boyutunun geniş ailede yetişenlere oranla daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu çalışmaya benzer şekilde Demirden (2021) çalışmasında ailesiyle yaşayan hastaların kendine güvenli yaklaşım ve iyimser yaklaşım alt boyutlarını arkadaşlarıyla ya da yalnız yaşayanlara göre daha yüksek oranda kullandıklarını belirtmiştir (Demirden, 2021). Taşdemir Yiğitoğlu ve Keskin (2020), şizofreni tanılı hastalar üzerinde yaptıkları çalışmada aile ile yaşama durumu ile stresle baş edebilme arasında anlamlı ilişki saptanmadığını bildirmişlerdir (Taşdemir Yiğitoğlu & Keskin, 2020). Holubova ve ark., (2016), aile büyüklüğü ile stresle baş edebilme arasında anlamlı ilişki bulmadıklarını bildirmişlerdir (Holubova ve ark., 2016). Ailelerin hastalara sağladığı destek hasta bireylerin stresle etkin baş etmesine katkıda bulunuyor olabilir.

5.10. Katılımcıların Madde Kullanım Özelliklerine Göre Stresle Başa çıkma Tarzları ile İlgili Bulguların Tartışılması

Araştırmada sigara ve alkol kullanımı ile SBTÖ değerleri arasında anlam taşıyan bir bağlantı kurulmamıştır. Ancak madde kullanımının Kendine Güvenli Yaklaşım boyutu üzerinde etkiye sahip olduğu tespit edilmiştir. Buna göre madde kullanan katılımcıların Kendine Güvenli Yaklaşım seviyesinin kullanmayanlardan yüksek olduğu bulunmuştur. Moon ve ark., (2014), çalışmalarında bipolar bozukluk tanısı almış hastaların kontrol grubuna kıyasla daha çok etkisiz baş etme yöntemi kullandığını ve sigara tüketimlerini arttırdıklarını belirtmişlerdir (Moon ve ark., 2014). Taşdemir Yiğitoğlu ve Keskin (2020), yaptıkları çalışmada sigara içme alışkanlığı ile stresle mücadele edebilme arasında önemli bir ilişki bulunmadığını ancak alkol kullanan hastaların etkisiz baş etme yöntemlerini daha çok kullandıklarını belirtmişlerdir (Taşdemir Yiğitoğlu & Keskin, 2020). Demirden (2021), yaptığı çalışmada sigara ve/veya alkol kullanan bireylerin kullanmayanlara göre SBTÖ'nin Çaresiz Yaklaşım

boyutu ve Boyun Eğici Yaklaşım boyutunu diğerlerinden daha fazla kullandığını belirtmiştir (Demirden, 2021). Literatür ile çalışmamızdaki sigara ve alkol kullanan bireylerin SBTÖ bulguları arasındaki ilişki farklılık göstermektedir. Bu örneklem farklılığından kaynaklanıyor olabilir. Madde kullanan bireylerin stresle etkin mücadele yollarından kendine güvenli yaklaşım boyutunun kullanmayanlardan yüksek çıkması; kullanan bireylerin madde kullanımından belirli bir süre sonrasında bile bireyin özgüvenini yüksek tutmasından kaynaklı olabilir. Madde kullanan bireylerin stresle mücadele edebilme yöntemleri ile ilgili literatürde çalışmaya rastlanmadığından yeni çalışmaların yapılması önerilir.

5.11. Katılımcıların Hastalık Özelliklerine Göre Stresle Başa Çıkma Tarzları ile İlgili Bulguların Tartışılması

Katılımcıların tanı, yatış süresi, teşhis zamanı, tedavi alma süresi ve psikiyatri servislere yatış sayısı ile SBTÖ düzeyleri arasında anlamlı bir bağ gözlemlenmemiştir. Taşdemir Yiğitoğlu ve Keskin (2020), yaptıkları çalışmada, tedavi süresi ile stresle mücadele metotları arasında önemli bir bağlantı bulamadıklarını belirtmişlerdir. Ancak hastalığın başlangıç yaşı küçüldükçe etkisiz baş etme yöntemlerinin daha çok kullanıldığını belirtmişlerdir (Taşdemir Yiğitoğlu & Keskin, 2020). Holubova ve ark., (2016), psikiyatri hastaları üzerinde yaptıkları çalışmada katılımcıların teşhis zamanı ve hastaneye yatış adedi ile stresle baş edebilme arasında anlamlı ilişki saptanmadığını belirtmiştir (Holubova ve ark., 2016). Şimşek Arslan (2017), yaptığı çalışmada hastalığın başlangıç tarihi ve tedâvi görme süresi ile SBTÖ'nün boyutlarından biri olan Boyun Eğici tutum arasında önemli bir bağlantı bulmuştur. Bu veriye göre hastalığın başlangıç zamanı ve tedâvi zamanı uzadıkça Boyun Eğici Yaklaşım yönteminin kullanımının arttığını belirtmiştir. Buna karşın psikiyatri kliniğine yatış sayısı ile SBTÖ değerleri arasında anlamlı ilişki olmadığını belirlemişlerdir (Şimşek Arslan, 2017). Mingrone ve ark., (2016)'nın, yaptıkları çalışmada hastalık süresi ile stresle mücadele edebilme yöntemleri arasında negatif ilişki olduğunu belirtmişlerdir. Ayrıca buna ek olarak şizofreni bozukluk tanılı hastaların şizofreni tanılı hastalardan daha fazla duygu odaklı yöntem kullandıkları sonucuna ulaşmışlardır (Mingrone ve ark., 2016). Adan ve ark., (2017), yaptıkları çalışmanın sonucunda hastalık başlangıç zamanı ve hastalık varlığı süresi ile etkisiz yöntemler arasında anlamlı ilişki olduğunu belirlemişlerdir (Adan ve ark., 2017). Sağbaş (2009), 200 ruhsal hastalığı olan bireyler ile yaptığı

çalışmada, hastanede yatma durumu ile stresle baş etme arasında ters orantı olduğunu bildirmiştir (Sağbaş, 2009). Literatürdeki sonuçların farklılık taşımasının sebebi katılımcıların kişisel özelliklerinden veya duygusal destek kaynaklarından olabilir.

Çalışmaya katılan hastaların eşlik eden fiziksel kronik hastalık varlığı, ailede kronik fiziksel hastalık varlığı ile SBTÖ değerleri arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Buna karşın ailesinde ruhsal hastalık tanısı olan bireylerin etkisiz yöntemlerden çaresiz yaklaşım alt boyutu olmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Taşdemir Yiğitoğlu ve Keskin (2020), yaptıkları çalışmada, ailede fiziksel veya ruhsal hastalık öyküsü ile stresle mücadele edebilme arasında anlamlı ilişki olmadığını belirtmişlerdir (Taşdemir Yiğitoğlu & Keskin, 2020). Ailesinde başka ruhsal hastalık bildiren bireylerin etkisiz baş etme yöntemi kullanmasının nedeni kendi yaşadığı hastalık semptomlarının benzerlerini aile üyelerinde görerek stres düzeyinin artması, stres yönetimine dair bilgi eksikliği veya aile üyelerinin birbirine yeterince sosyal destek sağlayamamasından olabilir.

5.12. Katılımcıların İçselleştirilmiş Damgalanması ile Benlik Saygısı ve Stresle Başaçıkma Tarzları Arasındaki İlişkinin Karşılaştırılması

Araştırmada RHİDÖ ve RBSÖ ortalama değeri arasında pozitif yönde anlam bildiren bir ilişki saptanmıştır. Buna göre RHİDÖ puanları arttıkça içselleştirilmiş damgalanma artmakta, RBSÖ puanı arttıkça benlik saygısı düşmektedir. Çalışma bulgularına göre içselleştirilmiş damgalanma ile benlik saygısı arasında negatif yönlü anlam bildiren bir ilişki saptanmıştır. Bu çalışmada hastaların RHİDÖ tüm alt boyut puan ortalamaları arttıkça RBSÖ puanının da artmakta olduğu görülmektedir. Yani bireylerin kendini damgalama düzeyi arttıkça benlik saygıları düşmektedir. İçselleştirilmiş damgalanma ve benlik saygısı birbirini çift yönlü etkileyen iki olgudur. Bazı çalışmalarda düşük benlik saygısının içselleştirilmiş damgalamayı artırdığından bahsedilirken bazı çalışmalarda içselleştirilmiş damgalanmanın benlik saygısını düşürdüğünden bahsedilmektedir. Araştırma sonucunda içselleştirilmiş damgalanma değeri fazla olanların benlik saygısının düşük olduğu saptanmıştır. Literatürde çalışmamıza benzer çalışmalar mevcuttur. Lim ve ark., (2019), yürüttükleri araştırmada içselleştirilmiş damgalanmanın benlik saygısını kuvvetli etkilediğini, ruhsal hastalığı olan bireylerin içselleştirilmiş damgalanması yükseldikçe benlik saygısının düştüğünü

bulmuşlardır (Lim ve ark., 2019). Benzer şekilde Picco ve ark., (2016), yaptıkları çalışmada içselleştirilmiş damgalanmanın benlik saygısını olumsuz etkilediğini, içselleştirilmiş damgalama tutumu arttıkça benlik saygısında azalma meydana geldiğini ifade etmişlerdir (Picco ve ark., 2016). Lysaker ve ark., (2012), psikotik bozukluk tanımlı bireyler ile yaptıkları çalışmada katılımcıların içselleştirilmiş damgalanmaları ne kadar yüksekse benlik saygılarının o kadar düşük olduğunu belirtmişlerdir (Lysaker ve ark., 2012). İçselleştirilmiş damgalanmanın benlik saygısını negatif etkilediğini belirten başka çalışmalar vardır (Corrigan ve ark., 2011; Kök & Demir, 2018; Livingston & Boyd, 2010; Park ve ark., 2019; Tel & Ertekin Pınar, 2012). Benlik saygısının içselleştirilmiş damgalamayı etkilediğinden bahseden çalışmalar da mevcuttur (Drapalski ve ark., 2013; Mann ve ark., 2004).

RHİDÖ ile SBTÖ ortalama değerleri arasında anlamlı bir bağlantı kurulmuştur. Katılımcıların içselleştirilmiş damgalanma değerleri büyüdükçe stresle etkin baş edebilme yollarından olan Kendine Güvenli Yaklaşım alt boyutunun puanı azalmaktadır. Araştırmaya katılanların içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri arttıkça stresle başa çıkmada etkin olan tarzlardan İyimser Yaklaşım alt boyut puanının azaldığı belirlenmiştir. Bu çalışmaya göre hastaların içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri arttıkça stresle mücadele edebilmede etkin olmayan metotlardan Çaresiz Yaklaşım alt boyut puanı artmaktadır. Çalışmaya katılanların içselleştirilmiş damgalanmaları arttıkça stresle mücadelede etkin olan tarzlardan Sosyal Destek Arama Yaklaşımı puanı azalmaktadır. Holubova ve ark., (2016), 104 psikiyatrik teşhisi bulunan katılımcı üzerinde yaptıkları çalışmada damgalanma ile stresle mücadele arasında anlam taşıyan bir bağlantı saptadıklarını belirtmişlerdir. Bu duruma göre içselleştirilmiş damgalanma düzeyi yüksek olan hasta bireylerin etkisiz baş etme yöntemlerini, düşük içselleştirilmiş damgalanma yaşayanlara göre daha çok kullandıklarını belirtmişlerdir (Holubova ve ark., 2016). Benzer şekilde Kleim ve ark., (2009), yürüttükleri araştırmada, içselleştirilmiş damgalanması yüksek olan katılımcıların stresle başa çıkabilmede etkin olmayan metotları uyguladıkları sonucuna ulaşılmıştır (Kleim ve ark., 2009). Kroska ve Harkness (2011)'in çalışması da benzer sonuçlar içermektedir. Bu çalışmaya göre içselleştirilmiş damgalanma duygusu stresle başa çıkmada etkisiz yöntem kullanımını artırmaktadır (Kroska & Harkness, 2011). Holubova ve ark., (2019), yürüttükleri başka bir araştırmada nevroitik hastaların içselleştirilmiş damgalanma ve stresle baş etme

yöntemlerini ele almışlardır. Bu çalışma da kendini damgalama ile stresle mücadele yolları arasında anlamlı ilişki bulmuş; ayrıca etkin baş etme yöntemlerinin kendini damgalamanın azalmasıyla, etkisiz baş etme yöntemlerin de kendini damgalamanın artmasıyla ilgili olduğunu belirtmişlerdir (Holubova ve ark., 2019). Damgalama başlı başına bir stres kaynağıdır. İçselleştirilmiş damgalama yaşayan bireyler çözüm arama davranışlarından uzaklaşıyor ve durum kendi içlerinde daha karmaşık hale geliyor olabilir.



6. SONUÇ

Ruhsal hastalığı olan (psikotik bozukluk, duygudurum bozuklukları, madde kullanım bozukluğu) ayaktan ve yatarak takip edilen bireylerde içselleştirilmiş damgalanma ile içselleştirilmiş damgalanma üzerinde etkili olduğu düşünülen bazı faktörleri (kişisel özellikler) incelemek, içselleştirilmiş damgalanmanın, benlik saygısı ve stresle başa çıkma tarzlarına etkisini belirlemek amacıyla yürütülen bu araştırmada;

- Katılımcıların %40,1'inin 42 yaş ve üzeri, %72,7'sinin erkek, %32,1'inin lise mezunu, %51,4'ünün bekar, %42'sinin çocuk sahibi, %15,9'unun iki çocuk sahibi, %27'sinin serbest meslek sahibi, %42'sinin gelirinin giderinden az olduğu saptanmıştır. Ayrıca katılımcıların %74,4'ünün ruhsal hastalık sebebi ile işten çıkarıldığı, %54,5'inin şehir merkezinde yetiştiği, %63,1'inin şehir merkezinde yaşadığı, %82,7'sinin ailesi ile birlikte yaşadığı ve %63,6'sının çekirdek ailede büyüdüğü belirlenmiştir.
- Katılımcıların, %67'sinin sigara kullandığı, sigara kullanan katılımcıların günde 22 adet sigara tükettiği ve sigara kullanım sürelerinin ortalama 19 yıl olduğu; %18,2'sinin alkol kullandığı ve alkol kullanım sürelerinin ortalama 13 yıl olduğu; %6'sının madde kullandığı ve madde kullanım sürelerinin ortalama 8 yıl olduğu belirlenmiştir.
- Çalışmaya katılan hastaların çoğunluğunun psikotik bozukluk tanı grubuna sahip oldukları (%50,3), teşhis zamanının ortalama 11-12 yıl olduğu, tedavi alma süresinin ortalama 10 yıl olduğu, psikiyatri servisine yatış sayısının ortalama 7-8 kez olduğu ve mevcut yatış süresinin ortalama 13-14 gün olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların büyük oranı kendisinde ve ailesinde fiziksel kronik bir hastalığı olmadığını; çeyreklik kısım ise ailesinde ruhsal hastalık olduğunu belirtmiştir.
- Çalışma bulgularına göre bazı kişisel özelliklerin içselleştirilmiş damgalanma duygusunda rolü olduğu tespit edilmiştir. Çalışma bulgularına göre: ilköğretim mezunu olanların, ruhsal hastalık sebebi ile işten çıkarılanların, kırsal bölgede yetişenlerin, psikotik bozukluk tanı grubunda olanların, teşhis süresi ve tedavi alma süresi eski olanların, ek kronik fiziksel hastalık varlığı bildirenlerin ve ailesinde ruhsal hastalık varlığı bildirenlerin içselleştirilmiş damgalanma düzeyinin, karşılaştırıldığı diğer kesimlerden daha yüksek olduğu görülmüştür.

- Çalışma bulgularına göre bazı kişisel özelliklerin benlik saygısı üzerinde etkisinin olduğu tespit edilmiştir. Çalışma bulgularına göre; ilkokul mezunu olanların, geliri giderinden az olanların, ruhsal hastalık sebebi ile işten çıkarılanların, kırsal bölgede yetişenlerin ve madde kullanımı bildirmeyenlerin benlik saygısının, karşılaştırıldığı diğer kesimlerden daha düşük olduğu görülmüştür. Ayrıca bireylerin hastaneye yatış sayısı arttıkça benlik saygısının düşme eğiliminde olduğu saptanmıştır.
- Çalışma bulgularına göre bazı kişisel özelliklerin stresle baş etme tarzlarına etkisi olduğu görülmektedir. Özelliklerin kendi alt başlığında karşılaştırılmasına göre;
 - Ruhsal hastalık sebebi ile işten çıkarılanların, Sosyal Destek Arama Yaklaşımı ve İyimser Yaklaşım puanı düşük; Çaresiz Yaklaşım puanı yüksek,
 - Büyükşehirde yetişenlerin Çaresiz Yaklaşım puanı yüksek,
 - Ailesiyle yaşayanların Sosyal Destek Arama Yaklaşımı puanı yüksek,
 - Çekirdek ailede büyüyenlerin, İyimser Yaklaşım ve Sosyal Destek Arama Yaklaşımı puanları geniş ailede yetişenlerden daha yüksek,
 - Madde kullanımı bildirenlerin Kendine Güvenli Yaklaşım puanı yüksek,
 - Ailesinde ruhsal hastalık tanısı olanların Çaresiz Yaklaşım puanı yüksek olarak bulunmuştur.
- Araştırma bulgularına göre, araştırmaya katılan bireylerin içselleştirilmiş damgalanma değerleri ile benlik saygısı değeri arasında pozitif yönde ilişki olduğu görülmektedir. Çalışmaya göre bireylerin içselleştirilmiş damgalanması arttıkça, benlik saygılarının düştüğü sonucuna ulaşılmıştır.
- Araştırma bulgularına göre, araştırmaya katılan bireylerin içselleştirilmiş damgalanma düzeylerinin stresle baş etme tarzları üzerine etkisi olduğu saptanmıştır. Buna göre bireylerin yaşadığı içselleştirilmiş damgalanma duygusu arttıkça stresle baş etmede kullanılan etkin yöntemler düşmekte ve aksine olumsuz başa çıkma yöntemlerinden çaresiz yaklaşım alt boyutu artmaktadır.

7. ÖNERİLER

Çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

Hastalar için:

İçselleştirilmiş damgalanma duygusu hastalığın getirdiği yüklerden sadece birisidir. Ruhsal hastalığa olan bireyler içselleştirilmiş damgalama konusunda konuşmaya, duygularını paylaşmaya teşvik edilmelidir.

Psikiyatri alanında çalışan hemşireler için:

Ruhsal hastalığa sahip bireylerin içselleştirilmiş damgalamasını azaltma, benlik saygısı ve stres ile başetme yöntemlerini artırma konularında hastalara eğitim vermesi,

Çalışma sonucuna göre içselleştirilmiş damgalanma tutumu eğitim seviyelerine göre farklılık gösterdiğinden eğitim seviyelerine göre planlamalar yapılması,

Çalışmada ailesinde ruhsal hastalık varlığı bildirenlerin içselleştirilmiş damgalanma düzeyi daha yüksek ve stresle başa çıkmada etkisiz yöntem kullanımı daha fazla bulunmuştur. Ailesinde ruhsal hastalık bulunanlara yönelik içselleştirilmiş damgalama ve stresle başetme yöntemleri konusunda girişimler planlanmalıdır.

Araştırmacılar için:

Araştırmamızda içselleştirilmiş damgalanmanın benlik saygısı azalttığı bulunduğundan, bu etkiyi azaltacak davranışlar geliştirebilmek için yeni araştırmalar yapılması,

İçselleştirilmiş damgalanmanın stresle başa etme yöntemini azalttığı bulunduğundan hastaların stresle baş etme yöntemlerini artırmaya yönelik çalışmalar yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Acun Kapıkıran, N. ve Kapıkıran, Ş., 2013. Psikolojik Yardım Aramada Kendini Damgalama Ölçeği: Geçerlik ve Güvenirlik. Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi, 5 (40), 131-141.
2. Açıksöz, S., Uzun, Ş. ve Arslan, F., 2016. Hemşirelik öğrencilerinde öz yeterlilik algısı ile klinik uygulamaya ilişkin kaygı ve stres durumu arasındaki ilişkinin incelenmesi. Gülhane Tıp Dergisi, 58 (1), 129-135.
3. Adan, A., Antúnez, J.M. ve Navarro, J.F., 2017. Coping strategies related to treatment in substance use disorder patients with and without comorbid depression. Psychiatry Research, 251, 325-332.
4. Akıncı, Ü.E., 2019. Şizofreni hastalarının yaşam nitelikleri, hasta yakınlarının psikopatolojiye yönelik inançları, stresle başa çıkma tarzları, algılanan aile yükleri ve duygu dışavurumları arasındaki ilişkilerin incelenmesi. (Yüksek Lisans Tezi), Başkent Üniversitesi. Psikoloji Bölümü, Ankara.
5. Aksoy, A. ve Kelleci, M., 2016. Bipolar bozukluk hastalarında ilaç uyumu, stresle başa çıkma ve sosyal destek arasındaki ilişki. Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi, 29 (3), 210-218.
6. Almeida, C.M. ve Horta, M.P., 2018. Self-esteem and anger in borderline patients with self-injury behavior. The Journal of Nervous and Mental Disease, 206 (4), 251-257.
7. Alonso, J., Buron, A., Rojas-Farreras, S., de Graaf, R., Haro, J.M., de Girolamo, G., Bruffaerts, R., Kovess, V., Matschinger, H., Vilagut, G. ve ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators, 2009. Perceived stigma among individuals with common mental disorders. Journal of Affective Disorders, 118 (1-3), 180-186.
8. Andersen, A.M.J., Laugesen, H., Nielsen, B.M. ve Kristiansen, T.M., 2018. Physical health examinations in a psychiatric setting: the interactions between medical doctor and patients. Advances in Applied Sociology, 8, 76-93.
9. Archibald, L., Brunette, M.F., Wallin, D.J. ve Green, A.I., 2019. Alcohol use disorder and schizophrenia or schizoaffective disorder. Alcohol Research: Current Reviews, 40 (1), 1-9.

10. Arslantaş, H., Gültekin, K.B., Söylemez, A. ve Dereboy, F., 2010. Bir üniversite hastanesi psikiyatri polikliniğine ilk kez başvuran hastaların damgalamayla ilgili inanç, tutum ve davranışları. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 11, 11-7.
11. Assefa, D., Shibire, T., Asher, L. ve Fekadu, A., 2012. Internalized stigma among patients with schizophrenia in Ethiopia: A cross-sectional facility-based study. *BMC Psychiatry* 12, 239.
12. Avcil, C., Bulut, H. ve Hızlı Sayar, G., 2016. Psikiyatrik hastalıklar ve damgalama. *Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 0 (2), 175-202.
13. Aydemir, O. ve Akkaya, C., 2011. Association of social anxiety with stigmatisation and low self-esteem in remitted bipolar patients. *Acta Neuropsychiatrica*, 23 (5), 224-228.
14. Barlati, S., Morena, D., Nibbio, G., Cacciani, P., Corsini, P., Mosca, A., Deste, G., Accardo, V., Turrina, C., Valsecchi, P. ve Vita, A., 2022. Internalized stigma among people with schizophrenia: Relationship with socio-demographic, clinical and medication-related features. *Schizophrenia Research*, 243, 364-371.
15. Baykara, S., Tartar, A.S., Korucu, T., Korkmaz, S., Atmaca, M. ve Akbulut, A., 2020. Self-esteem and defense mechanisms in hiv-positive and aids patients. *The Primary Care Companion for CNS Disorders*, 22 (2).
16. Baysan Arabacı, L., Başoğlu, C. ve Büyükbayram, A., 2015. Adli psikiyatri hastalarının içselleştirilmiş damgalanma ve sosyal işlevsellik düzeyleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 16, 113-121.
17. Beck, A.T. ve Clark, D.A., 1997. An information processing model of anxiety: automatic and strategic processes. *Behaviour Research and Therapy*, 35 (1), 49–58.
18. Bekiroğlu, S. ve Demiröz, F., 2020. Toplum ruh sağlığı merkezlerinden hizmet alan ağır ruhsal hastalığa sahip bireylerin sosyal işlevselliğinin incelenmesi. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 31 (3), 1053-1079.
19. Bekiroğlu, S., 2021. Ruhsal hastalığa sahip bireylere yönelik damgalama: Etkileyen faktörlere ve bireyler üzerindeki etkilerine dair kavramsal bir çalışma. *OPUS Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*, 17 (33), 595-618.
20. Beyazyüz, M., Beyazyüz, E., Albayak, Y., Baykal, S. ve Göka, E., 2015. Bir eğitim araştırma hastanesi psikiyatri polikliniğine başvuran hastalarda

- içselleştirilmiş damgalanma düzeylerinin bazı tanı grupları, sosyodemografik özellikler ve benlik saygısı ile ilişkisi. *Yeni Symposium*, 53 (2), 2-13.
21. Bifftu, B.B., Dachew, B.A. ve Tiruneh, B.T., 2014. Stigma resistance among people with schizophrenia at Amanuel Mental Specialized Hospital Addis Ababa, Ethiopia: a cross-sectional institution based study. *BMC Psychiatry* 14, 259.
 22. Bipeta, R., Yerramilli, S.S.R.R. ve Pillutla, S.V., 2020. Perceived stigma in remitted psychiatric patients and their caregivers and its association with self-esteem, quality of life, and caregiver depression. *East Asian Archives of Psychiatry*, 39 (4), 101-107.
 23. Bjørkvik, J., Biringer, E., Eikeland, O.J. ve Nielsen, G.H., 2009. Self-esteem and interpersonal functioning in psychiatric outpatients. *Scandinavian Journal of Psychology*, 50 (3), 259–265.
 24. Bolton, D. ve Bhugra, D., 2021. Changes in society and young people's mental health. *International Review of Psychiatry*, 33(1-2), 154–161.
 25. Borba, C.P.C., DePadilla, L., McCarty, F.A., Von Esenwein, S.A., Druss, B.G. ve Sterk, C.E., 2012. A qualitative study examining the perceived barriers and facilitators to medical healthcare services among women with a serious mental illness. *Women's Health Issues : Official Publication of The Jacobs Institute of Women's Health*, 22 (2), 217–224.
 26. Bottaccioli, A.G., Bottaccioli, F. ve Minelli, A., 2019. Stress and the psyche-brain-immune network in psychiatric diseases based on psychoneuroendocrineimmunology: a concise review. *Annals of The New York Academy of Sciences*, 1437 (1), 31–42.
 27. Brohan, E., Elgie, R., Sartorius, N., Thornicroft, G. ve GAMIAN-Europe Study Group., 2010. Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with schizophrenia in 14 European countries: the GAMIAN-Europe study. *Schizophrenia Research*, 122 (1-3), 232–238.
 28. Bulut, N., 2005. İlköğretim öğretmenlerinde stres yaratan yaşam olayları ve stresle başa çıkma. *Kastamonu Eğitim Dergisi*, 13 (2).
 29. Candan, Ş., 2023. Şizofrenik bozukluğu olan hastalarda içselleştirilmiş damgalanma, benlik saygısı ve ilaç uyumu. (Yüksek Lisans Tezi), Cumhuriyet Üniversitesi. Hemşirelik Bölümü, Sivas.

30. Cenkseven Önder, F. ve Bölükbaşı, A., 2019. Ergenlerde İntihar Olasılığı: Benlik Saygısı ve Öfke Açısından İncelenmesi. *OPUS Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*, 10 (17), 1522-1543.
31. Corrigan, P.W., Larson, J.E. ve Rüsch, N., 2009. Self-stigma and the "why try" effect: impact on life goals and evidence-based practices. *World Psychiatry: Official Journal of The World Psychiatric Association (WPA)*, 8 (2), 75–81.
32. Corrigan, P.W., Rafacz, J. ve Rüsch, N., 2011. Examining a progressive model of self-stigma and its impact on people with serious mental illness. *Psychiatry Research*, 189 (3), 339–343.
33. Coşkun, S. ve Güven Caymaz, N., 2012. Bir kamu ve özel psikiyatri hastanesine başvuran hastaların içselleştirilmiş damgalanma düzeyi yönünden karşılaştırılması. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 3 (3), 121 - 128.
34. Creemers, D.H., Scholte, R. H., Engels, R.C., Prinstein, M.J. ve Wiers, R.W., 2012. Implicit and explicit self-esteem as concurrent predictors of suicidal ideation, depressive symptoms, and loneliness. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 43 (1), 638–646.
35. Çam, M.O., Engin, E. ve Uğuryol, M., 2017. Üniversite öğrencilerinde benlik gelişimi ve güven duygusu. *Journal of International Social Research*, 10 (51).
36. Çam, O. ve Bilge, A., 2013. Türkiye’de ruhsal hastalığa/hastaya yönelik inanç, tutum ve damgalama süreci: Sistemik derleme. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 4 (2), 91-101.
37. Çam, O. ve Çuhadar, D., 2011. Ruhsal hastalığa sahip bireylerde damgalanma süreci ve içselleştirilmiş damgalanma. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2 (3), 136-140.
38. Çuhadaroğlu, F., 1986. Adolesanlarda benlik saygısı. (Uzmanlık Tezi), Hacettepe Üniversitesi. Tıp Fakültesi Bölümü, Ankara.
39. De Hert, M., Cohen, D., Bobes, J., Cetkovich-Bakmas, M., Leucht, S., Ndeti, D.M., Newcomer, J.W., Uwakwe, R., Asai, I., Möller, H.J., Gautam, S., Detraux, J. ve Correll, C.U., 2011. Physical illness in patients with severe mental disorders. II. Barriers to care, monitoring and treatment guidelines, plus recommendations at the system and individual level. *World Psychiatry : Official Journal of The World Psychiatric Association (WPA)*, 10 (2), 138–151.

40. Demirden, A., 2021. Ruhsal hastalığı nedeniyle ayaktan izlenen hastaların öz şefkat düzeyleri ve stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişki. (Yüksek Lisans Tezi), Sağlık Bilimleri Üniversitesi. Hemşirelik Bölümü, İstanbul.
41. Demir Gökmen, B., Cengiz, M. ve Fırat, M., 2020. Psikiyatri servisinde yatan hastalarda içselleştirilmiş damgalanma ve öfke ilişkisinin incelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 21 (5), 491-498.
42. Dhungana, S., Tulachan, P., Chapagai, M., Pant, S.B., Lama, P.Y. ve Upadhyaya, S., 2022. Internalized stigma in patients with schizophrenia: A hospital-based cross-sectional study from Nepal. *Plos One*, 17 (3), 1-10.
43. Dickerson, F.B., Sommerville, J., Origoni, A.E., Ringel, N.B. ve Parente, F., 2002. Experiences of stigma among outpatients with schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 28 (1), 143–155.
44. Donnellan, M.B., Trzesniewski, K.H. ve Robins, R.W., 2015. Measures of self-esteem. *Measures of Personality and Social Psychological Constructs*, 131-157.
45. Donnellan, M.B., Trzesniewski, K.H. ve Robins, R.W., 2011. Self-esteem: Enduring issues and controversies. In Chamorro-Premuzic T, Von Stumm S, ve Furnham A (Eds.), *The Wiley-Blackwell Handbook of Individual Differences*, 718–746. Wiley-Blackwell.
46. Doré, C., 2017. L'estime de soi : analyse de concept. *Recherche En Soins Infirmiers*, 129 (2), 18.
47. Drapalski, A.L., Lucksted, A., Perrin, P.B., Aakre, J. M., Brown, C.H., DeForge, B.R. ve Boyd, J.E., 2013. A model of internalized stigma and its effects on people with mental illness. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 64 (3), 264–269.
48. Economou, M., Bechraki, A. ve Charitsi, M., 2020. The stigma of mental illness: A historical overview and conceptual approaches. *Psychiatrike = Psychiatriki*, 31 (1), 36–46.
49. Ekinci, O. ve Ekinci, A., 2012. Türkiye’de şizofreni hastalarında sigara kullanımının psikopatolojik, sosyodemografik ve klinik özelliklerle ilişkisi. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 25, 321-329
50. El-Badri, S. ve Mellsop, G., 2007. Stigma and quality of life as experienced by people with mental illness. *Australasian Psychiatry: Bulletin of Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*, 15 (3), 195–200.

51. Ersoy, M.A. ve Varan, A., 2007. Ruhsal hastalıklarda içselleştirilmiş damgalanma ölçeği Türkçe formunun güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18 (2), 163-171.
52. Falissard, B., 2018. La maladie mentale, une maladie comme les autres?. *Médecine/Sciences*, 34 (3), 195–196.
53. Fırat, M., Demir Gökmen, B. ve Cengiz, M., 2020. Psikiyatri servisinde yatan hastalarda içselleştirilmiş damgalanma ve yalnızlık ilişkisinin incelenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 11 (4), 268-274.
54. Firmin, R.L., Lysaker, P. H., Luther, L., Yanos, P.T., Leonhardt, B., Breier, A. ve Vohs, J.L., 2019. Internalized stigma in adults with early phase versus prolonged psychosis. *Early Intervention in Psychiatry*, 13 (4), 745–751.
55. Freud, S., 1960. The ego and id. https://www.sas.upenn.edu/~cavitch/pdf-library/Freud_SE_Ego_Id_complete.pdf (15.09.2023).
56. Garaigordobil, M., Pérez, J.I. ve Mozaz, M., 2008. Self-concept, self-esteem and psychopathological symptoms. *Psicothema*, 20 (1), 114–123.
57. Gauthier-Duchesne, A., Hébert, M. ve Blais, M., 2022. Child sexual abuse, self-esteem, and delinquent behaviors during adolescence: the moderating role of gender. *Journal of Interpersonal Violence*, 37 (15-16).
58. Gerlinger, G., Hauser, M., De Hert, M., Lacluyse, K., Wampers, M. ve Correll, C. U., 2013. Personal stigma in schizophrenia spectrum disorders: a systematic review of prevalence rates, correlates, impact and interventions. *World psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 12 (2), 155-164.
59. Gezgin Yazıcı, H., Şahiner, İ.V., Didin, M. ve Öner, S., 2022. Şizofreni hastalarında kilo alımı, ruhsal belirtiler ve benlik saygısı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 14 (1), 100-109.
60. Gloria, C.T. ve Steinhardt, M.A., 2016. Relationships among positive emotions, coping, resilience and mental health. *Stress and health. Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 32 (2), 145–156.
61. Gökalp, G., 2017. Şizofreni ve bipolar bozukluğu olan hastalarda içgörü, içselleştirilmiş damgalanmanın ilaç uyumu üzerine etkisi. (Yüksek Lisans Tezi), Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi. Hemşirelik Bölümü, Ankara.

62. Grech, L.B., Kiropoulos, L.A., Kirby, K.M., Butler, E., Paine, M. ve Hester, R., 2018. Target coping strategies for interventions aimed at maximizing psychosocial adjustment in people with multiple sclerosis. *International Journal of MS Care*, 20 (3), 109–119.
63. Grover, S., Avasthi, A., Singh, A., Dan, A., Neogi, R., Kaur, D., Lakdawala, B., Rozatkar, A.R., Nebhinani, N., Patra, S., Sivashankar, P., Subramanyam, A.A., Tripathi, A., Gania, A.M., Singh, G.P. ve Behere, P., 2017. Stigma experienced by patients with severe mental disorders: A nationwide multicentric study from India. *Psychiatry Research*, 257, 550–558.
64. Güneş, H., 2022. Obsesif kompulsif bozukluk tanısı almış bireylerde ana baba tutumu ve benlik saygısı düzeyleri ile obsesif kompulsif bozukluk tanısı almamış bireylerde ana baba tutumu ve benlik saygısı düzeylerinin karşılaştırılması. (Yüksek Lisans Tezi), Üsküdar Üniversitesi. Psikoloji Bölümü, İstanbul.
65. Hayward, P., Wong, G., Bright, J.A. ve Lam, D., 2002. Stigma and self-esteem in manic depression: an exploratory study. *Journal of Affective Disorders*, 69 (1-3), 61–67.
66. Hilbert, S., Goerigk, S., Padberg, F., Nadjiri, A., Übleis, A., Jobst, A., Dewald-Kaufmann, J., Falkai, P., Bühner, M., Naumann, F. ve Sarubin, N., 2019. The role of self-esteem in depression: a longitudinal study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 47 (2), 244–250.
67. Holubova, M., Prasko, J., Hruby, R., Latalova, K., Kamaradova, D., Marackova, M., Slepecky, M. ve Gubova, T., 2016. Coping strategies and self-stigma in patients with schizophrenia-spectrum disorders. *Patient Preference and Adherence*, 10, 1151–1158.
68. Holubova, M., Prasko, J., Ociskova, M., Kantor, K., Vanek, J., Slepecky, M. ve Vrbova, K., 2019. Quality of life, self-stigma, and coping strategies in patients with neurotic spectrum disorders: a cross-sectional study. *Psychology Research and Behavior Management*, 12, 81–95.
69. İsmanur, O.B., 2016. Relationships between internalized stigma, hopelessness and self-esteem and their sociodemographic and clinical characteristics in a group of patients with severe mental illness. (Yüksek Lisans Tezi), İstanbul Bilgi Üniversitesi. Psikoloji Bölümü, İstanbul.

70. Jadhav, S., Littlewood, R., Ryder, A.G., Chakraborty, A., Jain, S. ve Barua, M., 2007. Stigmatization of severe mental illness in India: Against the simple industrialization hypothesis. *Indian Journal of Psychiatry*, 49 (3), 189–194.
71. James, W., 1890. *The principles of psychology*. New York: Henry Holt and Company. [https:// archive.org/details/principlesofpsyc1890jame](https://archive.org/details/principlesofpsyc1890jame) (22.08.2023)
72. Johnson, S.L., Meyer, B., Winett, C. ve Small, J., 2000. Social support and self-esteem predict changes in bipolar depression but not mania. *Journal of Affective Disorders*, 58 (1), 79–86.
73. Kahng, S.K. ve Mowbray, C.T., 2005. Psychological traits and behavioral coping of psychiatric consumers: the mediating role of self-esteem. *Health & Social Work*, 30 (2), 87–97.
74. Kamaradova, D., Latalova, K., Prasko, J., Kubinek, R., Vrbova, K., Mainerova, B., Cinculova, A., Ociskova, M., Holubova, M., Smoldasova, J. ve Tichackova, A., 2016. Connection between self-stigma, adherence to treatment, and discontinuation of medication. *Patient Preference and Adherence*, 10, 1289–1298.
75. Kaplan, S.A., Vogel, P.W., Gentile, D.A. ve Wade, N.G., 2011. Increasing positive perceptions of counseling: The importance of repeated exposures. *The Counseling Psychologist*, 40 (3), 409-442.
76. Kapoor, A., Upadhyay, M.K. ve Saini, N.K., 2022. Relationship of eating behavior and self-esteem with body image perception and other factors among female college students of University of Delhi. *Journal of Education and Health Promotion*, 11, 80.
77. Kargın, M. ve Hiçdurmaz, D. (2018). Madde kullanım bozukluğu olan bireylerde sosyal işlevsellik, algılanan esenlik ve stresle başa çıkma. *Bağımlılık Dergisi*, 19 (2), 35-39.
78. Karidi, M.V., Vassilopoulou, D., Savvidou, E., Vitoratou, S., Maillis, A., Rabavilas, A. ve Stefanis, C.N., 2015. Bipolar disorder and self-stigma: A comparison with schizophrenia. *Journal of Affective Disorders*, 184, 209–215.
79. Kaushik, A., Kostaki, E. ve Kyriakopoulos, M., 2016. The stigma of mental illness in children and adolescents: A systematic review. *Psychiatry Research*, 243, 469–494.

80. Keser, I., Saygin, N., Turkan, S., Kulaksizoglu, B., ve Buldukoğlu, K., 2011. Evaluation of self-esteem with internalized stigmatization in the patients with mentally illness. *European Psychiatry*, 26, 461.
81. Kleim, B., Vauth, R., Adam, G., Stieglitz, R.D., Hayward, P. ve Corrigan, P., 2009. Perceived stigma predicts low self-efficacy and poor coping in schizophrenia. *Journal of Mental Health*, 17 (5), 482-491.
82. Kocal, Y., Karakuş, G. ve Tamam, L., 2017. Psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören şizofreni hastalarının sosyodemografik ve klinik özellikleri. *Klinik Psikiyatri*, 20 (2), 104-113.
83. Koçhan, A., 2019. Engelli çocuğa sahip ebeveynlerin stres düzeyi, stresle başa çıkma tarzları, hastalık yükü algıları ve bilgece farkındalık düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. (Yüksek Lisans Tezi), Başkent Üniversitesi. Psikoloji Bölümü, Ankara.
84. Korkmaz, G. ve Küçük, L., 2016. Internalized stigma and perceived family support in acute psychiatric in-patient units. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30 (1), 55–61.
85. Kök, H. ve Demir, S., 2018. Şizofreni ve bipolar bozukluğu olan hastalarda içselleştirilmiş damgalanma, benlik saygısı ve algılanan sosyal destek. *Cukurova Medical Journal* 43 (1), 99-106.
86. Kök, H., 2014. Psikiyatri polikliniğinde takip edilen hastalarda içselleştirilmiş damgalanma, benlik saygısı ve algılanan sosyal destek. (Yüksek Lisans Tezi), Gazi Üniversitesi. Hemşirelik Bölümü, Ankara.
87. Kroska, A. ve Harkness, S.K., 2011. Coping with the stigma of mental illness: empirically-grounded hypotheses from computer simulations. *Social Forces*, 89 (4), 1315-1339.
88. Kudva, K.G., El Hayek, S., Gupta, A.K., Kurokawa, S., Bangshan, L., Armas-Villavicencio, M.V.C., Oishi, K., Mishra, S., Tiensuntisook, S. ve Sartorius, N., 2020. Stigma in mental illness: Perspective from eight Asian nations. *Asia-Pacific Psychiatry: Official Journal of the Pacific Rim College of Psychiatrists*, 12 (2).
89. Kung, H.Y., 2009. Perception or confidence? Self-concept, self-efficacy and achievement in mathematics: a longitudinal study. *Policy Futures in Education* 7 (4), 387.

90. Lavoie J.A., 2013. Eye of the beholder: perceived stress, coping style, and coping effectiveness among discharged psychiatric patients. *Archives of Psychiatric Nursing*, 27 (4), 185–190.
91. Lazarus, R.S., 1993. From psychological stress to the emotions: a history of changing outlooks. *Annual Review of Psychology*, 44, 1-21.
92. Leblebici, M., 2022. Ruhsal hastalığa sahip bireylerde içselleştirilmiş damgalanma ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesi. (Yüksek Lisans Tezi), İstanbul Gelişim Üniversitesi Psikoloji Bölümü, İstanbul.
93. Lee, J.Y., Chung, Y.C., Song, J.H., Lee, Y.H., Kim, J.M., Shin, I.S., Yoon, J.S. ve Kim, S.W., 2018. Contribution of stress and coping strategies to problematic Internet use in patients with schizophrenia spectrum disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 87, 89–94.
94. Lewine, R. ve Hart, M., 2020. Schizophrenia spectrum and other psychotic disorders. *Handbook of Clinical Neurology*, 175, 315–333.
95. Lim, L., Goh, J. ve Chan, Y.H., 2019. Internalized stigma, disclosure and self-esteem among psychiatric patients in a general hospital outpatient clinic. *Australasian Psychiatry*, 27 (6), 584–588.
96. Link, B.G. ve Phelan, J.C., 2001. Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27 (1), 363–385.
97. Link, B.G., Struening, E.L., Neese-Todd, S., Asmussen, S. ve Phelan, J.C., 2002. On describing and seeking to change the experience of stigma. *Psychiatric Rehabilitation Skills*, 6, 201-31.
98. Livingston, J.D. ve 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*, 71 (12), 2150–2161.
99. Loganathan, S. ve Murthy, S.R., 2008. Experiences of stigma and discrimination endured by people suffering from schizophrenia. *Indian Journal of Psychiatry*, 50 (1), 39–46.
100. Luis, P.N., Duarte-Clíments, G., Gómez-Salgado, J., Rodríguez-Gómez, J.Á., ve Sánchez-Gómez, M.B., 2022. International comparison of self-concept, self-perception and lifestyle in adolescents: a systematic review. *International Journal of Public Health*, 67.

101. Lysaker, P.H., Roe, D., Ringer, J., Gilmore, E.M. ve Yanos, P.T., 2012. Change in self-stigma among persons with schizophrenia enrolled in rehabilitation: associations with self-esteem and positive and emotional discomfort symptoms. *Psychological Services*, 9 (3), 240–247.
102. Lysaker, P.H., Tsai, J., Yanos, P. ve Roe, D., 2008. Associations of multiple domains of self-esteem with four dimensions of stigma in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 98 (1-3), 194–200.
103. Mahmoud, J.S., Staten, R., Hall, L.A. ve Lennie, T.A., 2012. The relationship among young adult college students' depression, anxiety, stress, demographics, life satisfaction, and coping styles. *Issues in Mental Health Nursing*, 33 (3), 149–156.
104. Mann, M., Hosman, C.M., Schaalma, H.P. ve De Vries, N.K., 2004. Self-esteem in a broad-spectrum approach for mental health promotion. *Health Education Research*, 19 (4), 357–372.
105. Mashiach Eizenberg, M., Hasson Ohayon, I., Yanos, P.T., Lysaker, P.H. ve 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*, 208 (1), 15–20.
106. Miller, C.T. ve Kaiser, C.R., 2001. A theoretical perspective on coping with stigma. *Journal of Social Issues*, 57 (1), 73–92.
107. Mingrone, C., Montemagni, C., Sandei, L., Bava, I., Mancini, I., Cardillo, S. ve Rocca, P., 2016. Coping strategies in schizoaffective disorder and schizophrenia: Differences and similarities. *Psychiatry Research*, 244, 317–323.
108. Moon, E., Chang, J.S., Choi, S., Ha, T.H., Cha, B., Cho, H.S., Park, J.M., Lee, B. D., Lee, Y.M., Choi, Y. ve Ha, K., 2014. Characteristics of stress-coping behaviors in patients with bipolar disorders. *Psychiatry Research*, 218 (1-2), 69–74.
109. Oh, E., Song, E. ve Shin, J., 2017. Individual factors affecting self-esteem, and relationships among self-esteem, body mass index, and body image in patients with schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 31 (6), 588–595.
110. Orth, U. ve Robins, R.W., 2022. Is high self-esteem beneficial? Revisiting a classic question. *The American Psychologist*, 77 (1), 5–17.

111. Orth, U. ve Robins, R.W., 2014. The development of self-esteem. *Curr Dir Psychol Sci*, 23 (5), 381-387.
112. Orth, U., Robins, R.W. ve Widaman, K.F., 2012. Life-span development of self-esteem and its effects on important life outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 102 (6), 1271-1288.
113. Özarslan, Z., Fıstıkcı, N., Keyvan, A., Uğurad, Z.I. ve Saygılı, S., 2013. Depresyon hastalarının stres ile başa çıkma yöntemleri. *Marmara Tıp Dergisi*, 26 (3), 130-135.
114. Park, K., MinHwa, L. ve Seo, M., 2019. The impact of self-stigma on self-esteem among persons with different mental disorders. *The International Journal of Social Psychiatry*, 65 (7-8), 558-565.
115. Park, S.G., Bennett, M.E., Couture, S.M. ve Blanchard, J.J., 2013. Internalized stigma in schizophrenia: relations with dysfunctional attitudes, symptoms, and quality of life. *Psychiatry Research*, 205 (1-2), 43-47.
116. Picco, L., Pang, S., Lau, Y.W., Jeyagurunathan, A., Satghare, P., Abidin, E., Vaingankar, J.A., Lim, S., Poh, C.L., Chong, S.A. ve Subramaniam, M., 2016. Internalized stigma among psychiatric outpatients: Associations with quality of life, functioning, hope and self-esteem. *Psychiatry Research*, 246, 500-506.
117. Pouresmail, Z., Heshmati Nabavi, F., Sadeghi, T., Shafiee Jafarabadi, M.N. ve Behnam Voshani, H.R., 2017. Correlation between adjustment and self-efficacy in patients with intestinal ostomy. *Journal of Hayat*, 22 (4), 300-311.
118. Pribadi, T., Lin, E.C., Chen, P., Lee, S., Fitryasari, R. ve Chen, C., 2020. Factors associated with internalized stigma for Indonesian individuals diagnosed with schizophrenia in a community setting. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 1-11.
119. Ran, M.S., Zhang, T.M., Wong, I.Y., Yang, X., Liu, C.C., Liu, B., Luo, W., Kuang, W.H., Thornicroft, G., Chan, C.L. ve CMHP Study Group., 2017. Internalized stigma in people with severe mental illness in rural China. *International Journal of Social Psychiatry*, 64 (1), 9-16.
120. Reid-Russell, A., Miller, A. B., Cvencek, D., Meltzoff, A.N. ve McLaughlin, K.A., 2022. Lower implicit self-esteem as a pathway linking childhood abuse to

- depression and suicidal ideation. *Development and Psychopathology*, 34 (4), 1272-1286.
121. Ringer, J.M., Buchanan, E.E., Olesek, K. ve Lysaker, P.H., 2014. Anxious and avoidant attachment styles and indicators of recovery in schizophrenia: associations with self-esteem and hope. *Psychology and Psychotherapy*, 87 (2), 209–221.
 122. Ritsher, J.B., Otilingam, P.G. ve Grajales, M., 2003. Internalized stigma of mental illness: Psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Res.*, 121 (1), 31-49.
 123. Roberts, S.H. ve Bailey, J.E., 2011. Incentives and barriers to lifestyle interventions for people with severe mental illness: a narrative synthesis of quantitative, qualitative and mixed methods studies. *Journal of Advanced Nursing*, 67 (4), 690–708.
 124. Robilotta, S., Cueto, E. ve Yanos, P.T., 2010. An examination of stress and coping among adults diagnosed with severe mental illness. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 47 (3), 222–231.
 125. Rosenberg, M., 1962. The association between self-esteem and anxiety. *Journal of Psychiatric Research*, 1, 135–152.
 126. Rosenberg, M., 1965. *Society and the Adolescent Self-Image*. Princeton University Press, Princeton.
 127. Rüşch, N., Corrigan, P.W., Powell, K., Rajah, A., Olschewski, M., Wilkniss, S. ve Batia, K., 2009. A stress-coping model of mental illness stigma: II. Emotional stress responses, coping behavior and outcome. *Schizophrenia Research*, 110 (1-3), 65–71.
 128. Sağbaş, Ö., 2009. Ruhsal bozukluklarda stresle baş etme ve yaşam kalitesi. (Yüksek Lisans Tezi), Haliç Üniversitesi. Hemşirelik Bölümü, İstanbul.
 129. Sarıkoç, G., 2011. Ruhsal sorunları nedeniyle ayaktan izlenen hastaların içselleştirilmiş etiketlenme. (Yüksek Lisans Tezi), Hacettepe Üniversitesi. Hemşirelik Bölümü, Ankara.
 130. Sarısoy, G., Kaçar, Ö.F., Pazvantoğlu, O., Korkmaz, I.Z., Öztürk, A., Akkaya, D., Yılmaz, S., Böke, Ö. ve Sahin, A.R., 2013. Internalized stigma and intimate

- relations in bipolar and schizophrenic patients: a comparative study. *Comprehensive Psychiatry*, 54 (6), 665–672.
131. Sayın Karakaş, G., 2020. Depresyon ve anksiyete belirtileri olan psikiyatri hastalarında üstbilişsel inançların stres ve başa çıkma çerçevesinde incelenmesi. (Uzmanlık Tezi), Aydın Adnan Menderes Üniversitesi. Psikoloji Bölümü, Aydın.
 132. Seki, T. ve Dilmaç, B., 2020. Benlik saygısı ve ilişkisel faktörler: Bir meta-analiz çalışması. *Türk Eğitim Bilimleri Dergisi*, 18 (2), 853-873.
 133. Seo, J.S., Wei, J., Qin, L., Kim, Y., Yan, Z. ve Greengard, P., 2017. Cellular and molecular basis for stress-induced depression. *Molecular Psychiatry*, 22 (10), 1440–1447.
 134. Sırlıer Emir, B., Yıldız, S., Kazğan Kılıçaslan, A., Şehlikoğlu, Ş., Kurt, O. ve Uğur, K., 2023. Antisosyal kişilik bozukluğunda psikolojik acı ve stresle başa çıkma yöntemleri. *Kafkas Tıp Bilimleri Dergisi*, 13 (2), 185-191.
 135. Silvestri, P.R., Baglioni, V., Cardona, F. ve Cavanna, A.E., 2018. Self-concept and self-esteem in patients with chronic tic disorders: A systematic literature review. *European Journal of Paediatric Neurology: EJPn: Official Journal of The European Paediatric Neurology Society*, 22 (5), 749–756.
 136. Singh, A., Mattoo, Surendra K. ve Grover, S., 2016. Stigma associated with mental illness: conceptual issues and focus on stigma perceived by the patients with schizophrenia and their caregivers. *Indian Journal of Social Psychiatry* 32 (2), 134-142.
 137. Sowislo, J.F. ve Orth, U., 2013. Does low self-esteem predict depression and anxiety? A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Bulletin*, 139 (1), 213–240.
 138. Stuart, H., 2008. Fighting the stigma caused by mental disorders: past perspectives, present activities, and future directions. *World Psychiatry : Official Journal of The World Psychiatric Association (WPA)*, 7 (3), 185–188.
 139. Switaj, P., Grygiel, P., Anczewska, M. ve Wciórka, J., 2015. Experiences of discrimination and the feelings of loneliness in people with psychotic disorders: the mediating effects of self-esteem and support seeking. *Comprehensive Psychiatry*, 59, 73–79.

140. Switaj, P., Grygiel, P., Chrostek, A., Nowak, I., Wciórka, J. ve Anczewska, M., 2017. The relationship between internalized stigma and quality of life among people with mental illness: are self-esteem and sense of coherence sequential mediators?. *Quality Of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 26 (9), 2471–2478.
141. Switaj, P., Wciórka, J., Smolarska-Świtaj, J. ve Grygiel, P., 2009. Extent and predictors of stigma experienced by patients with schizophrenia. *European Psychiatry*, 24 (8), 513–520.
142. Şahin, N.H. ve Durak, A., 1995. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği: Üniversite Öğrencileri İçin Uyarlanması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 10 (34), 56-73.
143. Şahin, P.G., 2023. Üniversite öğrencilerinde psikolojik dayanıklılık ve benlik saygısı ile girişimcilik eğilimi arasında ki ilişkinin değerlendirilmesi. (Yüksek Lisans Tezi), Nişantaşı Üniversitesi. Psikoloji Bölümü, İstanbul.
144. Şenadım, S., Alpaydın Baslo, S., Uygun, E., Erdoğan, M., Balçık, Z.E., Tekin, B. ve Ataklı, D., 2021. The strategies for coping with stress of epilepsy patients. *Neurological Sciences: Official Journal of The Italian Neurological Society and of The Italian Society of Clinical Neurophysiology*, 42 (10), 4265–4270.
145. Şimşek Arslan, B., 2017. Psikiyatri kliniğinde yatan bireylerin stresle başa çıkma tarzları ile hemşirelik bakımını algılayışlarının travma sonrası büyüme düzeyine etkisi. (Yüksek Lisans Tezi), Akdeniz Üniversitesi. Hemşirelik Bölümü, Antalya.
146. Taşdemir Yigitoglu, G. ve Keskin, G., 2020. Assessment of coping with stress in patients with Schizophrenia in a Community Mental Health Centre, in Turkey. *JPMA. The Journal of the Pakistan Medical Association*, 70 (12(A)), 2168–2173.
147. Tekin Uludağ, Y. ve Güleç, G., 2016. Şizofreni tanısı almış hastalarda madde kullanım yaygınlığı. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 53(1), 4 - 11.
148. Tel, H. ve Ertekin Pınar, Ş., 2012. Ayaktan izlenen psikiyatri hastalarında içselleştirilmiş damgalama ve benlik saygısı. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 3 (2), 61-66.
149. Tözün, M., 2010. Benlik saygısı. *Actual Medicine*, 18 (7), 52-57.
150. Trautwein, U., Lüdtke, O., Marsh, H. W. ve Nagy, G., 2009. Within-school social comparison: How students perceive the standing of their class predicts academic self-concept. *Journal of Educational Psychology*, 101 (4), 853–866.

151. Tukuş, L., 2010. (Benlik saygısı değerlendirme ölçeği-kısa formu) Türkçe güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. (Uzmanlık Tezi), Kocaeli Üniversitesi. Tıp Fakültesi Bölümü, Kocaeli.
152. Türk, A., 2018. Bipolar bozukluğu olan hastalarda içselleştirilmiş damgalama, yaşam kalitesi ve benlik saygısı. (Yüksek Lisans Tezi), Muğla Sıtkı Kocaman Üniversitesi. Hemşirelik Bölümü, Muğla.
153. Üstündağ, M.F. ve Kesebir, S., 2013. İki uçlu bozuklukta içselleştirilmiş damgalanma: Klinik özellikler, yaşam kalitesi ve tedaviye uyum ile ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 24, 231-239
154. Vergi, İ., 2020. Şizofreni hastalarında benlik saygısı obezite ve ilaç uyumunun belirlenmesi. (Yüksek Lisans Tezi), Cumhuriyet Üniversitesi. Hemşirelik Bölümü, Sivas.
155. Verhaeghe, M., Bracke, P. ve Bruynooghe, K., 2008. Stigmatization and self-esteem of persons in recovery from mental illness: the role of peer support. *The International Journal of Social Psychiatry*, 54 (3), 206–218.
156. Vrbova, K., Prasko, J., Holubova, M., Kamaradova, D., Ociskova, M., Marackova, M., Latalova, K., Grambal, A., Slepecky, M. ve Zatkova, M., 2016. Self-stigma and schizophrenia: a cross-sectional study. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 12, 3011–3020.
157. Wang, K., Link, B.G., Corrigan, P.W., Davidson, L. ve Flanagan, E., 2018. Perceived provider stigma as a predictor of mental health service users' internalized stigma and disempowerment. *Psychiatry Research*, 259, 526–531.
158. Werner, P., Aviv, A. ve Barak, Y., 2008. Self-stigma, self-esteem and age in persons with schizophrenia. *International Psychogeriatrics*, 20 (1), 174–187.
159. Wiszniewski, B. ve Liberska, H., 2022. Styles of coping with stress among healthy people and people with diagnosis of schizophrenia and selected personality dimensions. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19 (9), 5129.
160. World Health Organization., 2022. Mental health. <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>. (30.08.2022).
161. Xu, Z.Y., Zu, S., Xiang, Y.T., Wang, N., Guo, Z.H., Kilbourne, A.M., Brabban, A., Kingdon, D. ve Li, Z.J., 2013. Associations of self-esteem, dysfunctional beliefs

- and coping style with depression in patients with schizophrenia: a preliminary survey. *Psychiatry Research*, 209 (3), 340–345.
162. Yanos, P.T., Roe, D., Markus, K. ve Lysaker, P.H., 2008. Pathways between internalized stigma and outcomes related to recovery in schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 59 (12), 1437–1442.
 163. Yeşil, B. ve Han Almış, B., 2016. Bir ruh sağlığı hastanesinin bir eğitim ve araştırma hastanesinden içselleştirilmiş damgalanma düzeyi açısından farklılıkları. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi*, 30 (3), 125-129.
 164. Yılmaz, H.A., 2016. Bir derleme: benlik kavramına ilişkin bazı yaklaşımlar ve tanımlamalar. *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 48, 79-89.
 165. ZARBAB, A.A., AL ALFARD, H.A., ALAMRI, H.S., AL EDREES, N., ALSHAHRANI, N.S. ve ALSHEHRI, A.F., 2023. Prevalence of internalized stigma in patients with psychiatric illness in Abha, Southern Region, Saudi Arabia. *Journal of Family & Community Medicine*, 30 (2), 103–108.
 166. Zhang, T.M., Wong, I.Y., Yu, Y.H., Ni, S.G., He, X.S., Bacon-Shone, J., Gong, K., Huang, C.H., Hu, Y., Tang, M.M., Cao, W., Chan, C.L., Ran, M.S. ve CMHP Study Group., 2019. An integrative model of internalized stigma and recovery-related outcomes among people diagnosed with schizophrenia in rural China. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 54 (8), 911–918.
 167. Zulkosky, K., 2009. Self-efficacy: a concept analysis. *Nursing Forum*, 44 (2), 93–102.

EKLER

EK-1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Bu araştırma ile Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Hastanesi, Tokat Dr. Cevdet Aykan Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi ile Tokat Toplum Ruh Sağlığı Merkezi psikiyatri klinik veya polikliniklerden takip edilen bireylerde ruhsal hastalığı olan bireylerde içselleştirilmiş damgalanmanın benlik saygısı ve stresle baş etme tarzlarına etkisinin belirlenmesi amacıyla bilimsel araştırma olarak planlanmıştır.

Tıbbi durumunuz bu koşulları karşıladığı için sizi hastalar üzerinde yapılan bu araştırmaya katılmaya davet ediyoruz. Ancak, çalışmaya katılımın gönüllülük esasına dayandığı unutulmamalıdır. Bu bilimsel çalışmaya katılma kararını kendi özgür irâdenizle vermeniz gerekmektedir. Bu kararı alırken hiç kimsenin size telkini veya baskısı olamaz.

Kararınızı vermeden önce, sizi bu bilimsel çalışma ve bu çalışmaya dahil olmayı kabul etmeniz halinde izlenecek prosedürler hakkında aydınlatmak istiyoruz. Lütfen bu bilgilendirmeyi okuduktan ve kavradıktan sonra, bu bilimsel çalışmaya dahil olmak istiyorsanız formu imzalayınız.

Bu araştırmaya katılmak tamamıyla gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmayı reddedebilir veya herhangi bir aşamada çalışmadan çekilebilirsiniz. Araştırmadan elde edilen sonuçlar bilimsel amaçlarla kullanılacaktır; araştırmadan ayrılmanız veya araştırmacı tarafından uzaklaştırılmanız halinde hakkınızdaki veriler kullanılmayacaktır. Gönüllüye karşı herhangi bir sorumluluk yoktur. Bu çalışmaya katılmak için ayrılan süre 20 dakikadır.

Bu araştırmada ad ve soyadınıza ilişkin bilgiler kullanılmayacaktır. Araştırma çerçevesinde tarafınızdan toplanan veriler yalnızca bilimsel araştırma amacıyla kullanılacak olup, herhangi bir şekilde resmi, özel kişi veya kuruluşlara açıklanmayacak ve verdiğiniz tüm bilgiler gizlilik içinde tutulacaktır.

YUKARIDAKİ BİLGİLERİ OKUDUM, BUNLAR HAKKINDA BANA YAZILI VE SÖZLÜ AÇIKLAMA YAPILDI. BU KOŞULLARDA SÖZ KONUSU ARAŞTIRMAYA KENDİ RIZAMLA, HİÇBİR BASKI VE ZORLAMA OLMAKSIZIN KATILMAYI KABUL EDİYORUM.

Gönüllünün Adı, Soyadı, İmzası, Adresi (varsa telefon numarası)

Araştırmayı yapan sorumlu araştırmacının Adı, Soyadı, İmzası

EK-2. Kişisel Bilgi Formu

1. Yaşınız:
2. Cinsiyetiniz: () Kadın () Erkek
3. Eğitim durumunuz: () Okur – yazar değil () İlkokul mezunu () Ortaokul mezunu
() Lise mezunu () Üniversite mezunu
- 4.Çocuğunuz var mı? () Evet (Lütfen Sayı Belirtiniz:.....) () Hayır
5. Aylık geliriniz: () Gelir Giderden az () Gelir Gidere Eşit () Gelir Giderden Fazla
6. Mesleğiniz: () Öğrenci () Memur () Ev Hanımı () Emekli
() Serbest () Çalışmıyor () Diğer (Lütfen Belirtiniz):.....
7. Ruhsal hastalığınız nedeni ile işten çıkarıldınız mı? () Evet () Hayır
8. Medeni durumunuz: () Bekar () Evli () Boşanmış / Ayrı yaşıyor / Eşi vefat etmiş
9. Yetiştığınız sosyal çevre: () Büyükşehir () Şehir () Kırsal
10. Yaşadığınız yer: () Büyükşehir () Şehir () Kırsal
11. Ruhsal hastalığınızın adı nedir? :
12. Ruhsal hastalık teşhisinizi kaç yıl önce aldınız? : yıl
13. Kaç yıldır ruhsal hastalık tedavisi alıyorsunuz? : yıl
14. Herhangi bir psikiyatri kliniğine kaçınıcı yatışınız? :
15. Yatışınızın kaçınıcı günü? :
16. Kiminle yaşıyorsunuz? () Yalnız () Çekirdek Aile () Yarı Geniş Aile () Geniş Aile
() Diğer (Lütfen Belirtiniz):
17. Herhangi bir fiziksel kronik hastalığınız var mı? () Evet (Evet ise Lütfen Belirtiniz:) () Hayır
18. Ailenizde herhangi bir fiziksel kronik hastalığı olan var mı? (KAH, HT, DM, KOAH vb.) () Evet (Evet ise Kimde, Lütfen Belirtiniz:) () Hayır
19. Ailede sizin dışınızda ruhsal hastalık teşhisi olan var mı? () Evet (Varsa Teşhisi): () Hayır () Bilmiyorum
20. Büyüdüğünüz aile tipi: () Çekirdek Aile () Yarı Geniş aile () Geniş Aile () Diğer (Lütfen Belirtiniz):

21.

	Kullanım Durumu (Evet ise “E” Hayır ise “H”)	Miktar	Süre (Yıl)
Tütün			
Alkol			
Madde			



EK-3. Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği

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

EK-4. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği

Aşağıdaki maddeler, kendiniz hakkında ne düşünüp, genel olarak nasıl hissettiğinize ilişkin olarak hazırlanmıştır. Lütfen her bir maddeyi dikkatlice okuyun ve kendiniz hakkında nasıl hissettiğinizi uygun olanını işaretleyerek belirtiniz.

- 1) Kendimi en az diğer insanlar kadar değerli buluyorum.
 - a) Çok doğru
 - b) Doğru
 - c) Yanlış
 - d) Çok yanlış
- 2) Bazı olumlu özelliklerim olduğunu düşünüyorum.
 - a) Çok doğru
 - b) Doğru
 - c) Yanlış
 - d) Çok yanlış
- 3) Genelde kendimi başarısız bir kişi olarak görme eğilimindeyim.
 - a) Çok doğru
 - b) Doğru
 - c) Yanlış
 - d) Çok yanlış
- 4) Ben de diğer insanların birçoğunun yapabildiği kadar birşeyler yapabilirim.
 - a) Çok doğru
 - b) Doğru
 - c) Yanlış
 - d) Çok yanlış
- 5) Kendimde gurur duyacak fazla bir şey bulamıyorum.
 - a) Çok doğru
 - b) Doğru
 - c) Yanlış
 - d) Çok yanlış
- 6) Kendime karşı olumlu bir tutum içindeyim.
 - a) Çok doğru
 - b) Doğru
 - c) Yanlış
 - d) Çok yanlış
- 7) Genel olarak kendimden memnunum.
 - a) Çok doğru
 - b) Doğru
 - c) Yanlış
 - d) Çok yanlış
- 8) Kendime karşı daha fazla saygı duyabilmeyi isterdim.
 - a) Çok doğru
 - b) Doğru
 - c) Yanlış
 - d) Çok yanlış
- 9) Bazen kesinlikle kendimin bir işe yaramadığımı düşünüyorum.
 - a) Çok doğru

- b) Doğru
 - c) Yanlış
 - d) Çok yanlış
- 10) Bazen kendimin hiç de yeterli bir insan olmadığımı düşünüyorum.
- a) Çok doğru
 - b) Doğru
 - c) Yanlış
 - d) Çok yanlış



EK-5. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği

Bu ölçek, kişilerin yaşamlarındaki sıkıntılar ve stresle başa çıkmak için neler yaptıklarını belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Lütfen sizin için sıkıntı ya da stres oluşturan olayları düşünerek, bu sıkıntılarınızla başa çıkmak için **GENELLİKLE NELER YAPTIĞINIZI** hatırlayın ve aşağıdaki davranışların sizi tanımlama ya da size uygunluk derecesini işaretleyin. Herhangi bir davranış size uygun değilse %0'ın altına, çok uygun ise %100'ün altına, ya da tanımlama derecesine göre diğerlerinin altındaki boşluğa (X) işareti koyun.

Sizi ne kadar tanımlıyor

Bir sıkıntı <u>olduğunda.....</u>	<u>%0</u>	<u>%30</u>	<u>%70</u>	<u>%100</u>
1- <u>Kimsenin</u> bilmesini istemem	()	()	()	()
2- <u>İyimser</u> olmaya çalışırım	()	()	()	()
3- <u>Bir</u> mucize olmasını beklerim	()	()	()	()
4- <u>Olayları</u> büyütmeyip, üzerinde durmamaya çalışırım	()	()	()	()
5- <u>Baş</u> a gelen çekilir diye düşünürüm	()	()	()	()
6- <u>Sakin</u> kafayla düşünmeye, öfkelenmemeye çalışırım	()	()	()	()
7- <u>Kendimi</u> kapana sıkışmış gibi hissederim	()	()	()	()
8- <u>Olayın/olayların</u> değerlendirmesini yaparak en iyi kararı vermeye çalışırım	()	()	()	()
9- <u>İçinde</u> bulunduğum kötü durumu kimsenin bilmesini istemem	()	()	()	()
10- Ne olursa olsun direnme ve mücadele etme gücünü kendimde bulurum	()	()	()	()
11- Olayları kafama takıp, sürekli düşünmekten kendimi alamam	()	()	()	()
12- Kendime karşı hoşgörülü olmaya çalışırım	()	()	()	()
13- İş olacağına varır diye düşünürüm	()	()	()	()
14- Mutlaka bir yol bulabileceğime inanır, bunun için uğraşırım	()	()	()	()
15- Problemin çözümü için adak adarım	()	()	()	()
16- Her şeye yeniden başlayacak gücü kendimde bulurum	()	()	()	()

Bir sıkıntımda olduğunda...	%0	%30	%70	%100
17- Elimden hiçbir şeyin gelmeyeceğine inanırım	()	()	()	()
18- Olaydan/olaylardan olumlu bir şey çıkarmaya çalışırım	()	()	()	()
19- Her şeyin istediğim gibi olamayacağına inanırım	()	()	()	()
20- Problemi/Problemleri adım adım çözmeye çalışırım	()	()	()	()
21- Mücadeleden vazgeçerim	()	()	()	()
22- Sorunun benden kaynaklandığını düşünürüm	()	()	()	()
23- Hakkımı savunabileceğime inanırım	()	()	()	()
24- Olanlar karşısında “kaderim buymuş” derim	()	()	()	()
25- “keşke daha güçlü olsaydım” diye düşünürüm	()	()	()	()
26- Bir kişi olarak iyi yönde değiştiğimi ve olgunlaştığımı hissedirim	()	()	()	()
27- “Benim suçum ne” diye düşünürüm	()	()	()	()
28- “Hep benim yüzümden oldu” diye düşünürüm	()	()	()	()
29- Sorunun gerçek nedenini anlayabilmek için başkalarına danışırım	()	()	()	()
30- Bana destek olabilecek kişilerin varlığını bilmek beni rahatlatır	()	()	()	()

EK-6. Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu İzin Yazısı



T.C.
TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu



Sayı : 83116987 - 287
Konu : Etik Kurul Kararı
Toplantı Tarihi : 24.11.2022
Toplantı No : 2022/20
Proje No : 22-KAEK-259

14.12.2022

Sayın, Doç.Dr. Medine KOÇ

Etik Kurulumuzun 24.11.2022 tarihli toplantısında görüşülen **22-KAEK-259** kayıt numaralı **"Ruhsal Hastalığı Olan Bireylerde İçselleştirilmiş Damgalanmanın Benlik Saygısı ve Stresle Başetme Tarzlarına Etkisinin Belirlenmesi"** başlıklı çalışmanız gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup, çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına karar verilmiştir.

İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmeliğin 14-4, maddesi ve yönergenizin 18-3. maddesine göre çalışmanız tamamlandıktan sonra sonuç raporunun tarafımıza en geç 90 gün içerisinde bildirilmesi gerekmektedir.

Bilgilerinizi rica ederim.

EK-7. Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Hastanesi Kurum İzni

Evrak Tarih ve Sayısı: 23.11.2022-232071



T.C.
TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Müdürlüğü



Sayı : E-21979232-044-232071
Konu : Çalışma İzni

23.11.2022

Sayın Doç. Dr. Medine KOÇ
Öğretim Üyesi

İlgi : , 14.11.2022 tarihli ve bİla sayılı yazı.

Doç.Dr. Medine KOÇ danışmanlığında Hemşirelik yüksek lisans öğrencisi Burak ULUHAN tarafından yapılacak olan "Ruhsal Hastalığı Olan Bireylerde İçselleştirilmiş Damgalanmanın Benlik Saygısı ve Stresle Başetme Tarzlarına Etkisinin Belirlenmesi" adlı çalışmanın yapılması uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Faruk KUTLUTÜRK
Merkez Müdür Yardımcısı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile onaylanmıştır.

2022.11.23 14:14:14

EK-8. Tokat İl Sağlık Müdürlüğü Kurum İzni



T.C.
TOKAT VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : E-87064461-044
Konu : Bilimsel Araştırma İzni-Burak
ULUHAN

Sayın Burak ULUHAN
(burakuluhan60@hotmail.com)

İlgi : 14/11/2022 tarihli dilekçeniz.

İlgi dilekçenize istinaden; Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik AD. Psikiyatri Hemşireliği Bilim Dalı öğretim üyesi Doç.Dr.Medine KOÇ danışmanlığında 15.12.2022-28.07.2023 tarihleri arasında Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Hastanesi, Tokat Dr.Cevdet AYKAN Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi ve Tokat Toplum Ruh Sağlığı Merkezi psikiyatri klinik ve polikliniklerde ayaktan ya da yatarak tedavi gören farklı 318 hastaya yüz yüze anket uygulaması ile yapmayı planladığınız " Ruhsal Hastalığı Olan Bireylerde İçselleştirilmiş Damgalanmanın Benlik Saygısı ve Stresle Başetme Tarzlarına Etkisinin Belirlenmesi" isimli çalışmanız Müdürlüğümüz Bilimsel Araştırmaları Değerlendirme Komisyonunca incelenmiş yapılması yönünde izin verilmiş; karar tutanağı Ek-1 de gönderilmiştir. Çalışmaya başlanılmadan önce Ek-2 de yer alan protokolün imzalanması; protokol gereği çalışma sonuçlarının çalışma bitimini takip eden 3 (üç) ay içerisinde 2 (iki) A4 kağıdını geçmeyecek şekilde raporlanarak Müdürlüğümüze yayın izni için başvurulması gerekmektedir.

Bilgilerinize rica ederim.

Dr.Yunus TOPAL
Sağlık Hizmetleri Başkanı

Ek:
1- Burak ULUHAN-Doç.Dr.Medine KOÇ
2- protokol-bilimsel araştırma word yeni

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



EK-9. Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği İzin Yazısı

Re: Ölçek izin



19.09.2022 12:23

Kime: burak uluhan



ölçek - İRHDÖ.pdf
208,47 KB

Ölçek ve değerlendirme ekte. Kolay gelsin.

. 17 Eyl 2022 Cmt, 19:04 tarihinde şunu yazdı:

Sayın Hocam Merhabalar,

Tokat Dr. Cevdet Aykan Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'nde klinik hemşiresi Burak Uluhan. Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Psikiyatri Hemşireliği Bilim Dalı Tezli Yüksek Lisans programı öğrencisiyim. "Psikiyatri hastalarında içselleştirilmiş damgalama, benlik saygısı ve stresle başetme durumlarının belirlenmesi" başlıklı tezimde geçerlilik ve güvenilirliğini yaptığımız "Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği"ni kullanmak istiyorum. Gerekli izni, ölçeğinizi ve değerlendirme yöntemlerinizi bana gönderebilerseniz memnun olurum.

İyi çalışmalar. Saygılarımla...

EK-10. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği İzin Yazısı

Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği
Turkish Association for Child and Adolescent Psychiatry

İLGİLİ MAKAMA

Rosenberg isimli Ölçeğin kullanım hakkı derneğimizdedir ve Burak Uluhan'nın çalışmasında kullanmasına izin verilmiştir.

1



EK-11. Stresle Başa çıkma Tarzları Ölçeği İzin Yazısı

ölçek izni

 SBÖ ÖLÇEK VE PUANLAMA... 68 KB	 SBTÖ Puanlama Formu.pdf 88,3 KB	 Stresle Başa çıkma Tarzları Ölçeği... 10,27 MB
---	--	---

Merhaba,
Stresle Başa çıkma Tarzları Ölçeğini araştırma amaçlı olarak kullanmanızda benim açımdan bir sakınca bulunmamaktadır. Ancak sizden önemli ricam, Ölçeğin başka kopyalarını değil, size gönderdiğim kopyasını, puanlama anahtarını ve Ölçeğin ilk sayfasındaki kaynakçayı da kullanmanızdır. Ekte, söz konusu ölçekle ilgili yayını da gönderiyorum. Çalışmanızda başarılar dilerim.

