



**TOPLUM RUH SAĞLIĞI MERKEZLERİNDE TAKİP EDİLEN
ŞİZOFRENİ HASTALARINDA ÖZNEL İYİLEŞME ALGISI VE
İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMANIN BELİRLENMESİ**

Cennet KARA ÖZÇALIK

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

MART 2021

ETİK BEYAN

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu,

bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Cennet KARA ÖZÇALIK

25.03.2021

TOPLUM RUH SAĞLIĞI MERKEZLERİNDE TAKİP EDİLEN ŞİZOFRENİ
HASTALARINDA ÖZNEL İYİLEŞME ALGISI VE İÇSELLEŞTİRİLMİŞ
DAMGALANMANIN BELİRLENMESİ

(Yüksek Lisans Tezi)

Cennet KARA ÖZÇALIK

GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Mart 2021

ÖZET

Bu araştırma, Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde takip edilen şizofreni hastalarının öznel iyileşme algıları ile içselleştirilmiş damgalanma düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yapılan tanımlayıcı türde bir araştırmadır. Araştırmanın örneklemini İstanbul ili Avrupa Yakasında bulunan iki Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde ayaktan takip edilen, içleme kriterlerini karşılayan ve çalışmaya katılmaya gönüllü onam veren 146 şizofreni tanısına sahip birey oluşturmuştur. Verilerin istatistiksel analizi IBM SPSS V25 programı kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Sosyodemografik özellikler incelendiğinde; katılımcıların %67,1'i erkek, %47,9'u bekar, %28,8'i ebeveynleri ile birlikte yaşadığı görülmüştür. Araştırmada, katılımcıların orta düzeyde öznel iyileşme algısına ve orta düzeyde içselleştirilmiş damgalanmaya sahip oldukları saptanmıştır. Yalnız yaşayan, düzenli gelir getiren bir işte çalışmayan, kontrol randevularına ve toplum ruh sağlığı merkezine düzenli olarak gelmeyen katılımcıların daha düşük öznel iyileşmeye ve daha yüksek içselleştirilmiş damgalanmaya sahip oldukları bulunmuştur. Yaş, hastalık süresi ve yatış sayısı ile öznel iyileşme arasında negatif yönlü zayıf korelasyon saptanırken; bu özellikler ile içselleştirilmiş damgalanma arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır. Ek olarak, hastalığa bağlı aile içinde yalnızlık/istenilmeme sorununa sahip olduğunu bildiren katılımcıların içselleştirilmiş damgalanma düzeyi yüksek bulunmuştur. Hastalığın kötü/zorlayıcı/stresli/olumsuz yaşam deneyimleri nedeniyle oluştuğunu düşünen hastaların içselleştirilmiş damgalanma düzeyinin yüksek olduğu görülmüştür. Öznel iyileşme ile içselleştirilmiş damgalanma arasında negatif yönlü orta düzey korelasyon saptanmıştır. Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde takip edilen şizofreni hastalarının tıbbi tedavi ve rehabilitasyonunda, öznel iyileşme algısını güçlendirecek yaklaşımların ve müdahalelerin geliştirilmesi, toplumun her kesimi için damgalanma ile mücadele programlarının oluşturularak uygulanması, içselleştirilmiş damgalanmanın öznel iyileşme algısı üzerindeki etkisini incelemek için nitel çalışmaların yapılması önerilmektedir.

Bilim Kodu : 1032.07
Anahtar Kelimeler : Şizofreni, Öznel iyileşme, İçselleştirilmiş damgalanma, Psikiyatri Hemşireliği
Sayfa Adedi : 105
Danışman : Prof. Dr. Satı DEMİR

THE SUBJECTIVE RECOVERY AND INTERNALIZED STIGMA OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA IN THE COMMUNITY MENTAL HEALTH CENTERS

(M. Sc. Thesis)

Cennet KARA ÖZÇALIK

GAZİ UNIVERSITY

GRADUATE SCHOOL OF HEALTH SCIENCES

March 2021

ABSTRACT

This descriptive study aimed to determine the subjective recovery and internalized stigma levels of schizophrenia patients who are followed in the Community Mental Health Center. The sample of the study consisted of 146 schizophrenia patients who were followed from in two Community Mental Health Centers located in the European Side of Istanbul, met the inclusion criteria and gave informed consent to participate in the study. Statistical analysis of the data was carried out using IBM SPSS V25 program. When the sociodemographic characteristics are examined; 67.1% of the participants were male, 47.9% were single, and 28.8% were living with their parents. In the study, it was found that the participants had a moderate subjective recovery and a moderate internalized stigma. Participants who live alone, do not work in a regular income-generating job, do not attend control appointments and community mental health centers regularly have lower subjective recovery and higher internalized stigma. There was a weak negative correlation between subjective recovery with age, duration of illness, and number of hospitalizations; No significant relationship was found between these characteristics and internalized stigma. In addition, the internalized stigma level of the participants who reported having loneliness / unwanted problems within the family due to the illness was found to be high. It was observed that patients who thought that the disease was caused by bad / challenging / stressful / negative life experiences had a high level of internalized stigma. A moderate negative correlation was found between subjective recovery and internalized stigma. In the medical treatment and rehabilitation of schizophrenia patients followed in the Community Mental Health Center, it is recommended to develop approaches and interventions that will strengthen the subjective recovery, to create and implement programs to combat stigma for all segments of the society, and to conduct qualitative studies to examine the effect of internalized stigma on the subjective recovery.

Science Code : 1032.07
Key Words : Schizophrenia, Subjective recovery, Internalized stigma, Psychiatric nursing
Page Number : 105
Supervisor : Prof. Dr. Satı DEMİR

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans öğrenimim süresince bilgi ve tecrübesi ile bana destek olan danışmanım Sayın Prof. Dr. Satı DEMİR'e, her daim yanımda olan kıymetli aileme, en büyük destekçim biricik yol arkadaşıma ve tüm dostlarıma teşekkür ederim.



İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ÖZET	iv
ABSTRACT.....	v
TEŞEKKÜR.....	vi
İÇİNDEKİLER	vii
ÇİZELGELERİN LİSTESİ.....	x
ŞEKİLLERİN LİSTESİ.....	xi
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	xii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Şizofreni	5
2.2. İyileşme	5
2.2.1. Ruh sağlığında iyileşme	5
2.2.2. Şizofreni ve öznel iyileşme	6
2.3. İçselleştirilmiş Damgalanma	9
2.3.1. Şizofreni ve içselleştirilmiş damgalanma.....	10
2.4. Toplum Ruh Sağlığı Hizmetleri	11
2.4.1. Toplum ruh sağlığı hemşireliği	14
2.4.2. Ruh sağlığı hemşireliği ve şizofrenide iyileşme	15
2.4.3. Ruh sağlığı hemşireliği ve şizofrenide damgalama.....	16
3. GEREÇ VE YÖNTEM	19
3.1. Araştırmanın Türü	19
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	19
3.3. Araştırma Yeri ve Özellikleri	20
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	21

	Sayfa
3.5. İşleme ve Dışlama Kriterleri	21
3.6. Veri Toplama Araçları.....	22
3.6.1. Katılımcı bilgi formu.....	22
3.6.2. Ruhsal hastalıkların içselleştirilmiş damgalanması ölçeği (RHİDÖ)	23
3.6.3. Öznel iyileştirmeyi değerlendirme ölçeği (ÖzİDÖ).....	24
3.7. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması	24
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi.....	26
3.9. Araştırmanın Etik Yönü	27
4. BULGULAR.....	29
4.1. Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular	29
4.2. ÖzİDÖ ve RHİDÖ Puanlarına İlişkin Bulgular.....	33
4.3. ÖzİDÖ ve RHİDÖ Puanlarının İlişkisi.....	33
4.4. Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre ÖzİDÖ ve RHİDÖ Puanları	34
5. TARTIŞMA	53
5.1. Hastaların Öznel İyileşme Algısı, İçselleştirilmiş Damgalanma Düzeyleri ve Aralarındaki İlişki	53
5.2. Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Öznel İyileşme Algısı	55
5.3. Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre İçselleştirilmiş Damgalanma Düzeyi	58
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	67
KAYNAKLAR	69
EKLER.....	83
EK-1. Katılımcı Bilgi Formu	84
EK-2. Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği (RHİDÖ).....	87
EK-3. Öznel İyileşmeyi Değerlendirme Ölçeği (ÖzİDÖ)	89
EK-4. Katılımcılar İçin Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	90
EK-5. Gazi Üniversitesi Etik Komisyon İzin Yazısı I.....	91

	Sayfa
EK-6. Gazi Üniversitesi Etik Komisyon İzin Yazısı II.....	93
EK-7. Kurum izinleri	95
EK-8. Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği (RHİDÖ) Kullanım İzni E-maili	102
EK-9. Öznel İyileşmeyi Değerlendirme Ölçeği (ÖZİDÖ) Kullanım İzni E-maili	103
ÖZGEÇMİŞ	104



ÇİZELGELERİN LİSTESİ

Çizelge	Sayfa
Çizelge 4.1. Hastaların sosyodemografik özellikleri	29
Çizelge 4.2. Hastaların hastalık özelliklerine ilişkin bulgular	30
Çizelge 4.3. Hastaların hastalığa ilişkin görüşleri.....	31
Çizelge 4.4. Hastaların TRSM'den yararlanma özellikleri.....	32
Çizelge 4.5. ÖzİDÖ ve RHİDÖ puanları	33
Çizelge 4.6. ÖzİDÖ ve RHİDÖ puanlarının ilişkisi	33
Çizelge 4.7. Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre ÖzİDÖ ve RHİDÖ puanları	35
Çizelge 4.8. Hastaların hastalık özelliklerine göre ÖzİDÖ ve RHİDÖ puanları	39
Çizelge 4.9. Hastaların hastalığa ilişkin görüşlerine göre ÖzİDÖ ve RHİDÖ puanları	42
Çizelge 4.10. Hastaların TRSM'den yararlanma özelliklerine göre ÖzİDÖ ve RHİDÖ puanları.....	47
Çizelge 4.11. Hastaların yaş, hastalık süresi, yatış sayısı, TRSM'ye gelme süresi ile ÖzİDÖ ve RHİDÖ puanlarının ilişkisi	51

ŞEKİLLERİN LİSTESİ

Şekil	Sayfa
Şekil 3.1. İş Akış Planı	26



SİMGELER VE KISALTMALAR

Bu çalışmada kullanılan simgeler ve kısaltmalar, açıklamaları ile birlikte aşağıda sunulmuştur.

Simgeler

Açıklamalar

$\bar{X}$	Ortalama
$\tilde{X}$	Ortanca (Medyan)
F	Tek yönlü ANOVA testi
KW	Kruskal Wallis testi
n	Sayı
r	Spearman Rank Korelasyonu
t	Bağımsız örneklem t testi
U	Mann Whitney U testi

Kısaltmalar

Açıklamalar

DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
Max.	Maksimum
Min.	Minimum
ÖzİDÖ	Öznel İyileşmeyi Değerlendirme Ölçeği
RHİDÖ	Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği
SAMHSA	Madde Bağımlılığı ve Ruh Sağlığı Hizmetleri Yönetimi
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SS	Standart Sapma
TRSM	Toplum Ruh Sağlığı Merkezi

1. GİRİŞ

Problem durumu

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), dünya çapında 21 milyondan fazla insanın şizofreni ile mücadele ettiğini bildirmektedir (DSÖ, 2017). Şizofreni cinsiyet farklılığı göstermeyen, ergenlik ve genç yetişkinlik döneminde başlangıç gösteren, %0,28 küresel nokta yaygınlığına sahip olan bir ruhsal bozukluktur. Dünya üzerinde engellilikle kaybedilen yaşam yıllarının %1,7'sini şizofreni karşılamaktadır (Charlson ve diğerleri, 2018). Şizofreni, düşünce ve algılamada bozukluklar ile karakterize olan, yeti yitimine yol açan, etiyolojisi kesin şekilde belirlenemeyen, süregelen ciddi bir ruhsal hastalıktır (Karaağaç Özçelik ve Yıldırım, 2018; Karakuş, Kocal ve Sert, 2017). Tarihsel olarak şizofreni kötü bir son ile birlikte anılmış, zaman içinde araştırmalar tüm şizofreni hastalarında kötüleşen bir seyir olmadığını göstermiştir (Singla, Avasthi ve Grover, 2020). Günümüzde şizofreni hastalarının iyileşme düzeylerinin değerlendirilmesinde semptomların hafiflemesi ya da kaybolması, en az iki yıl nüks olmaması gibi hastalığa ve tedaviye odaklanan klinik temelli yaklaşım hastalığı deneyimleyen kişilerin bakış açılarını ve bireysel değerlerini göz ardı ettiği için eleştirilmektedir (Bellack, 2006; Liberman ve Kopelowicz, 2005). Tüketici odaklı yaklaşım öznel iyileşme kavramını tanıtarak klinik temelli yaklaşımı tamamlamıştır (Yu ve diğerleri; 2020). Öznel iyileşme; semptomlu veya semptomsuz, hastalar tarafından tanımlanan anlamlı ve tatmin edici bir yaşama ulaşmak için çaba gösterilen bireysel süreç olarak tanımlanmaktadır (Temesgen, Chien, Valimaki ve Bressington, 2020). Öznel iyileşme kişiler arası farklılıklara sahip olduğundan dolayı oldukça bireyseldir (Temesgen, Chien ve Bressington, 2019). Şizofreni hastaları iyileşmeyi, sosyal faaliyetlere katılma, başkaları ile iletişim kurma, hastalığın ve benliğin kabulü, umudu yeniden kazanma, semptomları yönetme, güçlenme, hayatta anlam amaca sahip olma, damgalanma ile mücadele gibi bileşenlerle tanımlanmaktadır (Nowak, Waszkiewicz, Świtaj, Sokół-Szawłowska ve Anczewska, 2017; Temesgen ve diğerleri, 2019). Yapılan çalışmalar benlik saygısı (İpçi ve diğerleri, 2020), yaşam kalitesi (Temesgen ve diğerleri, 2020), umut, depresyon (Sari ve diğerleri; 2021), anksiyete (Beck ve diğerleri; 2012), manevi iyilik (Can Öz ve Duran, 2021), sosyal destek (Roosenschoon, Kamperman, Deen, Weeghel ve Mulder, 2019) gibi psikososyal faktörlerin şizofreni hastalarında öznel iyileşmeyi etkilediğini göstermektedir. Ayrıca çalışmalar öznel iyileşmeyi olumsuz etkileyen en önemli

yordayıcının içselleştirilmiş damgalanma olduğunu bildirmektedir (Temesgen ve diğerleri, 2020; Singla ve diğerleri, 2020).

Şizofreni belirtilerinin açıklanamaması ve bilgisizlik (Bilge ve Çam, 2010) hastalığa sahip olan kişilerin toplum tarafından saldırgan ve tehlikeli kişiler olarak algılanmasına yol açmış; ruhsal hastalıklar içinde en çok damgalama ve ayrımcılığa maruz kalan hastalık olmasına neden olmuştur (Koçak ve Taylan, 2018). Hastalık tanısı alma ile başlayan damgalanma süreci devamında hastalar için işsizlik, gelir kaybı, sosyal ve mesleki alanda küçülme gibi durumlara yol açabilmektedir (Açıkgöz ve Akkuş, 2018; Ceylan ve Koçak Uyaroğlu, 2018). Toplum tarafından damgalanan şizofreni hastaları çalışma, evlenme, meslek sahibi olma gibi temel haklardan mahrum kalabilmekte ve damgalanmayı içselleştirebilmektedir. İçselleştirilmiş damgalama toplum tarafından algılan yetersizlik, tehlikelilik gibi kalıp yargıların kişi tarafından özümsemesi olarak tanımlanmaktadır (Çam ve Çuhadar, 2011). İçselleştirilmiş damgalanmayla birlikte şizofreni hastalarında; kendi durumundan utanma, olumsuz otomatik düşüncede artma, yetersizlik hissi, benlik algısında azalma, ümitsizlik duygusu, reddedilme korkusu, sosyal ilişkilerde kaçınma ve bozulma, öz güvenlerini kaybetme, tedavi uyum becerilerinde azalma, tedavi için sağlık kurum ve kuruluşlarına başvurmadan kaçınma gibi duygu, düşünce ve tutumlar görülebilmektedir (Kök ve Demir, 2018; Tel ve Ertekin Pınar, 2012; Özer, Varlık, Çeri, İnce ve Arslan Delice, 2017). Bu özellikleri nedeni ile içselleştirilmiş damgalanma şizofreni hastalarında; ilişkilere, istihdama ve barınmaya girmenin önündeki mevcut engellerin üstesinden gelmeyi zorlaştırır ve iyileşme sürecini ciddi şekilde engeller (Sibitz, Unger, Woppmann, Zidek ve Amering, 2011). İçselleştirilmiş damgalanmanın şizofreni hastalarının öznel ve nesnel yaşam kalitesinin önemli bir yordayıcısı olduğu (Căpățină, ve Micleuția, 2018), iyileşmede kilit bir rol oynadığı bildirilmektedir (Yanos, DeLuca, Roe ve Lysaker, 2020).

Ruh sağlığı hemşiresi sağlık ekibi içinde hasta ile en fazla etkileşimde bulunan ekip üyesi olma özelliği ile şizofreni hastalarının rehabilitasyonunda önemli bir konuma sahiptir (Yıldırım, 2018). Hastaların tıbbi tedavisine uyumunu, ilaç etkilerini, alevlenmeye neden olacak durumları takip eder, taburculuk sonrası topluma uyumun sağlanmasında ve ev programlarının uygulanmasında görev alır, aile ve rehabilitasyon ekibi ile işbirliği yapar (Kök Eren, 2016;888). Hasta ve ailelerine yönelik sosyal beceri eğitimi, psikoeğitim, bilişsel davranışçı terapiler gibi psikososyal müdahaleleri yürütür (Dusseldorp, Goossens ve Achterberg, 2011). Ayrıca ruh sağlığı hemşirelerinin şizofreni hastalarının iyileşmesinde;

sosyal izolasyonu önleme, ruhsal hastalığa karşı damgalama ve ayrımcılıkla mücadele, fırsat eşitliğinin sağlanması ve adil kaynak dağılımının yapılması için kurum ve kuruluşlarla görüşme gibi rol ve sorumlulukları bulunmaktadır (Townsend, 2008/2016; 214).

Araştırmanın amacı ve önemi

Ruhsal hastalıklar içerisinde en çok damgalanan grup şizofreni hastalarıdır (Koçak ve Taylan, 2018). Şizofreni hastaları yüksek içselleştirilmiş damgalanma yaşamaktadır (Olçun ve Şahin Altun, 2017; Picco ve diğerleri, 2016; Pribadi ve diğerleri, 2020; Yılmaz ve Okanlı, 2015). İçselleştirilmiş damgalanma, birey üzerindeki olumsuz etkileri ile iyileşmenin önünde engel oluşturmaktadır (Çam ve Çuhadar, 2011). Şizofreni gibi ağır ruhsal hastalığı olan kişilerin öznel iyileşme düzeylerinin ölçülmesinin küresel iyileşmenin değerlendirilmesinde geçerliliğe sahip olduğu vurgulanmaktadır (Lloyd, King ve Moore, 2010). İlgili literatür incelendiğinde şizofreni hastalarının sahip oldukları öznel iyileşme düzeylerinin incelendiği sınırlı sayıda çalışmaya; Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde (TRSM) takip edilen şizofreni hastalarının öznel iyileşme düzeyleri ile içselleştirilmiş damgalanma düzeylerinin incelendiği yalnızca bir çalışmaya rastlanmıştır. Bu çalışma TRSM’lerde ayaktan takip edilen şizofreni hastalarının öznel iyileşme düzeyleri ile içselleştirilmiş damgalanma düzeylerinin birlikte incelendiği Türkiye’deki ikinci çalışma olma özelliğine sahiptir. Damgalama ve ayrımcılıktan en çok etkilenen psikiyatrik hastalık grubu olarak şizofreni hastalarının sahip olduğu öznel iyileşme ve içselleştirilmiş damgalanmanın belirlenmesi, bu iki olgunun birbiri ile ilişkisinin araştırılması hastaların tedavi ve rehabilitasyonlarında etkin ve yeterli müdahalelerin geliştirilerek uygulanmasına, damgalama ile mücadele programlarının planlanmasına ve iyileşmeyi destekleyerek hastaların toplum katılımlarının desteklenmesine yardımcı olacağı düşünülmektedir. Ayrıca çalışma sonuçlarının, bu alanda çalışan profesyonellere şizofreni hastalarına yönelik destekleyici hizmetlerin gözden geçirilmesi ve geliştirilmesi yönünde ışık tutacağı düşünülmektedir.

Bu çalışmada; TRSM’lerde takip edilen şizofreni hastalarının öznel iyileşme algısı ile içselleştirilmiş damgalanma düzeylerinin belirlenmesi ve ilişkili faktörlerin incelenmesi amaçlanmıştır. Bu amaca yönelik olarak, aşağıda verilen araştırma sorularına yanıt aranmaktadır.

TRSM'lerde takip edilen şizofreni hastalarının;

1. Öznel iyileşme algıları nedir?
2. İçselleştirilmiş damgalanma düzeyleri nedir?
3. Öznel iyileşme algıları ile içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri arasında ilişki var mıdır?
4. Tanımlayıcı özellikleri (sosyodemografik özellikler, hastalık ile ilgili özellikler, hastalığa ilişkin görüşler, TRSM'den yararlanma özellikleri) öznel iyileşme algılarını etkilemekte midir?
5. Tanımlayıcı özellikleri (sosyodemografik özellikler, hastalık ile ilgili özellikler, hastalığa ilişkin görüşler, TRSM'den yararlanma özellikleri) içselleştirilmiş damgalanma düzeylerini etkilemekte midir?

Araştırmanın sınırlılıkları

Araştırma, kurum izni alınan İstanbul ili Avrupa Yakasındaki iki toplum ruh sağlığı merkezinde ayaktan takip edilen şizofreni hastaları ile sınırlıdır. Ayrıca araştırma yüksek lisans tezi olmasından dolayı zaman kısıtlılığına sahiptir. Araştırmanın yürütülmesi için T.C. İstanbul Valiliği İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü ile Gazi Üniversitesi Rektörlüğü arasında protokol imzalanması, kurumlardan izin alma sürecinin uzaması ve coronavirüs pandemisinin görülmesi ile pandemi nedeniyle kurumların araştırma için gerekli izni vermemesi araştırmanın uygulama aşamasında kısıtlılığa neden olmuştur.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Şizofreni

Şizofreni düşünme, algılama, duygulanım, iletişim, benlik algısı ve davranışta bozulmalar ile karakterize olan, yeti yitimine yol açan, süregelen ciddi bir ruhsal hastalıktır (DSÖ, 2019; Karaağaç Özçelik ve Yıldırım, 2018). Dünya Sağlık Örgütü şizofreninin küresel hastalık yüküne sahip ilk 10 hastalıktan biri olduğunu ve en fazla sakatlığa ve ekonomik yükse sahip tıbbi bozukluklar arasında yer aldığını bildirmektedir (Fischer ve Buchanan, 2020). Şizofreni tüm toplumlarda ve her türlü sosyoekonomik düzeyde görülebilen bir ruhsal hastalıktır. Şizofreninin yaşam boyu yaygınlığının %1-1,5 arasında olduğu, Asya ve Avrupa’da görülme sıklığının ‰ 0,85 olduğu bildirilmektedir (Turan, 2016;545). Şizofreni görülme sıklığının farklı coğrafya ve kültürlerde yaklaşık olarak aynı sıklıkta olduğu, kadın ve erkek cinsiyetleri arasında erkek cinsiyetinde biraz daha yüksek olmakla beraber eşit kabul edildiğı, kadın cinsiyetinde başlangıç yaşının 2-3 yıl daha geç olduğu belirtilmektedir (Üçok, 2017:54). Şizofreni, erkek cinsiyetinde 15-40 yaş, kadın cinsiyetinde 25-35 yaş aralığında başlangıç göstermektedir (Turan, 2016;545).

2.2. İyileşme

2.2.1. Ruh sağlığında iyileşme

İyileşme kavramı uluslararası tedavi zorunlulukların odak noktası özelliğine sahip olsa da hala kesin tanımı olmayan bir kavramdır (Jørgensen ve diğerleri, 2015). İyileşme bütüncüldür ve kişinin duygu, düşünce, fizyoloji ve çevresi dahil tüm yaşamını kapsar. İyileşme, öz bakım uygulamaları, mesleki ve eğitim hayatı, klinik tedaviler, birincil basamak sağlık bakım hizmetleri, sosyal ağlar, spiritüalite ve inancı içinde barındırmaktadır. (Townsend, 2008/2016; 206).

Dünya Sağlık Örgütü’ne göre iyileşme; bireyin yaşadıklarına ve hala hayatının bir parçası olabilecek herhangi bir duygusal sıkıntıya rağmen kendi kendini yöneten, güçlenmenin ve yeni bir anlam ve amaç kazanmanın olduğu bir yaşam sürdürebilmedir (DSÖ, 2019). Günümüzde iyileşme; destekleyici ilişkileri içeren, tıbbi ve modern yaklaşımlarla elde

edilebilen, öznel ve nesnel deneyimlerle belirlenebilen, bütünsel ve doğrusal olmayan bir süreç olarak tanımlanmaktadır (Pernice, Biegel, Kim ve Conrad-Garrisi, 2017).

Madde Bağımlılığı ve Ruh Sağlığı Hizmetleri Yönetimi (Substance Abuse and Mental Health Services Administration – SAMHSA)’ne göre iyileşme, bireylerin sağlık ve zindeliklerini geliştirdikleri, öz-yönelimli hayatlar yaşadıkları, tam potansiyellerine erişmek için çaba sarf ettikleri bir değişim sürecidir. İyileşmeyi destekleyen dört temel boyut vardır:

Sağlık: Bireyin sahip olduğu hastalığı ya da hastalık semptomlarını yönetebilmesi/yenmesi ve fiziksel ve duygusal refahı destekleyen bilgi temelli seçimler yapması

Ev: Yaşayabilmek için güvenli ve daimî bir yere sahip olması

Amaç: Bağımsız olarak toplum katılımı sağlama, anlamlı günlük faaliyetlerde bulunma, gelir ve kaynaklara sahip olma

Topluluk: Kişiye destek, sevgi, umut ve arkadaşlık sağlayan sosyal ağlara sahip olma (SAMHSA, 2020).

2.2.2. Şizofreni ve öznel iyileşme

Geleneksel tıbbi yaklaşımla iyileşme, hastalık ve hastalığa bağlı semptomların merkezde tutulduğu bir değerlendirme ile belirlenmektedir (Çam ve Yalçiner, 2018). Bu yaklaşımla şizofreni hastalarının iyileşmesi klinik iyileşme ve fonksiyonel iyileşme olarak iki şekilde tanımlanmaktadır. Klinik açıdan iyileşme şizofreni belirtilerinin hastanın işlevselliğini bozmayacak seviyeye gerilemesinin 6 ay süreyle devam etmesi olarak tanımlanırken (İpçi ve diğerleri, 2020); fonksiyonel iyileşme stabil semptomlara sahip bir hastanın en az 2 yıl süreyle bağımsız yaşaması, sosyal ve mesleki işlevselliğini devam ettirmesi, çalışabilmesi ve antipsikotik ilaç kullanımının olmaması olarak tanımlanmaktadır (Schrack ve Slade, 2007). Hastalığa ve tedavisine dayanan bu klinik tanımlamaların şizofreni gibi uzun süreli kalıcı bir ruhsal hastalığa uygun olmadığı için giderek daha fazla eleştirilmektedir (Bellack, 2006).

Modern tıbbi yaklaşımda iyileşme kavramı geleneksel tıbbi yaklaşıma göre farklılıklar içermektedir. Modern tıbbi yaklaşım ile iyileşme, hastalığın yol açtığı sınırlamalara karşın yaşamı umutlu, doyum verici, yeni bir hedef ve anlam geliştirerek yaşama şeklinde ifade edilmektedir (Kara ve Demir, 2018). Bu yaklaşımda iyileşme sürecinin uzmanı ruh sağlığı

profesyonelleri değil, hastalığa sahip bireylerdir (Çam ve Yalçiner, 2018). İyileşme kavramı, şizofreni hastalığını deneyimleyen kişiler tarafından ruh sağlığı profesyonellerinden farklı şekillerde tanımlanmıştır (İpçi ve diğerleri, 2020). Öznel iyileşme olarak adlandırılan bu kavrama son yıllarda daha fazla vurgu yapılmaktadır (Jose ve diğerleri, 2015). Öznel iyileşme, ruhsal bozukluğun olumsuz kişisel ve sosyal sonuçlarının üstesinden gelmek için devam eden bireysel bir uyum ve gelişim sürecidir (Yu ve diğerleri, 2020). Hedeflere ulaşma, işlevselliğe ve özerkliğe sahip olma, kimliğin yeniden oluşturulması, üretmek ve çalışarak kazanç elde etmeyi içerir (Jose ve diğerleri, 2015; Vass, Sitko, West ve Bentall, 2017). Şizofreni hastaları, hastalığın getirdiği sınırlamaların ötesinde kişisel olarak anlamlı ve katkıda bulunan bir yaşam sürdürebilir ve tam potansiyellerine ulaşmak için çabalayabilirler (Yu ve diğerleri, 2020). Kukla, Lysaker ve Roe (2014), şizofrenide pozitif belirtilerin yaşam kalitesi üzerindeki etkisinde öznel iyileşmenin rolünü araştırdıkları çalışmada; öznel iyileşme varlığında daha yüksek seviyelerde pozitif semptomlar karşısında nispeten daha iyi sosyal işlevsellik seviyelerinin mümkün olduğu ve öznel iyileşmenin koruyucu özellik gösterdiği saptanmıştır. Şizofreni hastaları semptomatik zorluklara ve tedavi eksikliğine rağmen anlamlı ve dolu yaşamlar sürdürebilir, iyi yaşam kalitesine ulaşabilirler (Kukla, Lysaker ve Roe, 2014). Yakın zamanlı bir çalışmalar, klinik iyileşmenin öznel iyileşme için bir önkoşul olmadığını (Roosenschoon ve diğerleri, 2019), şizofreni hastalarının klinik ve fonksiyonel iyileşme düzeylerinden (Rossi ve diğerleri, 2018), semptomatolojilerinin ciddiyetinden ve hastalığın kronikliğinden bağımsız olarak öznel iyileşme sürecine dahil olabileceklerini göstermektedir (Chan, Mak, Chio ve Tong, 2018). Şizofreni hastalarının öznel iyileşme ve klinik iyileşmeleri arasında ilişkinin incelendiği bir çalışmada, bu iki kavramının birbirini tamamlamakla birlikte farklı kavramlar olduğunu ve öznel iyileşme ile klinik iyileşme arasında küçük-orta düzeyde ilişki olduğu saptanmıştır (Lim, Li, Xie, Tan ve Lee, 2019; Van Eck, Burger, Vellinga, Schirmbeck ve Haan, 2018).

Şizofreni hastalarının öznel iyileşme algılarının araştırıldığı çalışmalar incelendiğinde; manevi iyi oluş (Can Öz ve Duran, 2021), yaşam kalitesi, sosyal destekten memnuniyet (Temesgen ve diğerleri, 2020), benlik saygısı (İpçi ve diğerleri, 2020) faktörlerinin öznel iyileşmeyi olumlu yönde yordadıkları; umutsuzluk (İpçi ve diğerleri, 2020), engellilik düzeyi ve içselleştirilmiş damgalanma (Temesgen ve diğerleri, 2020) faktörlerinin ise öznel iyileşmeyi olumsuz yönde yordadıkları bildirilmektedir. Şizofreni hastaları ile yapılan araştırmalarda daha yüksek işlevsellik (Mathew, Nirmala ve Sagar, 2019; Yu ve diğerleri,

2020), algılanan sosyal destek (El-Monshed ve Amr, 2020; Roosenschoon ve diğerleri, 2019), baş etme (Roosenschoon ve diğerleri, 2019), umut (Beck ve diğerleri, 2012); daha düşük engellilik (Yu ve diğerleri, 2020), öz bakım yetersizliği (Singla ve diğerleri, 2020), semptom şiddeti (Mathew ve diğerleri, 2019), depresyon (Beck ve diğerleri, 2012; Sari ve diğerleri, 2021), anksiyete (Beck ve diğerleri, 2012) daha olumlu öznel iyileşme ile ilişkili bulunmuştur. Bhullar, Norman, Klar ve Anderson (2018), yürüttükleri 10 yıllık ileriye dönük kohort çalışmasında hastalık belirtilerinin başlangıcı ile tedavi başlangıcı arasında geçen sürenin artmasının öznel iyileşmeyi azalttığını saptamışlardır (Bhullar, Norman, Klar ve Anderson, 2018).

Öznel iyileşme ile ilgili yürütülen niteliksel bir çalışmada, şizofreni hastalarının iyileşmeyi 5 ana tema altında tanımladıkları görülmüştür. Hastalar iyileşmeyi olumlu öz kimlik geliştirmeyi, anlam ve amaç bulmayı, duygusal iyilik halini içeren ‘iyileşmenin psikolojik boyutu’ ile, başkalarıyla iletişim kurmayı ve sosyal faaliyetlere katılmayı içeren ‘başkaları ile ilişkiler boyutu’ ile, sosyal ve günlük yaşam aktivitelerinde bulunmayı, sağlıklı yaşam tarzı sürdürmeyi, semptomlarla başa çıkmayı içeren ‘sağlık stratejileri boyutu’ ile, semptom eksikliği, hastalık zorluklarının olmaması, önceki sağlık durumuna dönüşü içeren ‘klinik iyileşme anlayışı boyutu’ ile, geçim kaynaklarını ve tatmin edici ruh sağlığı hizmetinin varlığını içeren ‘destek sistemleri boyutu’ ile tanımlamaktadırlar (Nowak ve diğerleri, 2017). Temesgen ve diğerleri (2019), öznel iyileşmenin kavramsallaştırılması ile ilgili yaptıkları sistematik derlemede öznel iyileşmenin ‘sonuç olarak iyileşme’, ‘süreç olarak iyileşme’ ve ‘iyileşme sırasındaki çabalar’ ana temaları altında toplandığını ve ‘birey ile ilgili’, ‘tedavi ile ilgili’, ‘hastalık ile ilgili’ ve ‘sosyal çevre ile ilgili’ faktörlerden etkilendiğini bildirmektedir (Temesgen ve diğerleri, 2019).

Öznel iyileşmenin araştırıldığı nitel çalışmalar incelendiğinde; şizofreni hastaları iyileşmeyi semptomlardan kurtulma, tedaviye aktif katılım sağlama, hastalık ve benlik arasında ayırım yapma, madde ve alkol kullanımını sonlandırma, yaratıcı faaliyetlerde bulunma, (Windell, Norman, Lal ve Malla, 2015), hastalık etkileri ile yaşayabilme, önceki potansiyelleri geri kazanma, üretken olma, aile ile yaşama, aile için çalışma ve aileye katkıda bulunma, sosyal bağlara sahip olma, başkalarıyla etkili iletişim kurma, toplumda kabul görme ve bazı önemli rol ve sorumluluklara sahip olma (Jose ve diğerleri, 2015), daha fazla nüks olmaması, hastalık öncesi aşamaya geri dönmek, hastalıkları veya yaşamları için bir anlam geliştirme, hastalığı veya tedaviyi veya bir kaybı kabul etme, kendini güçlendirme veya başa çıkma,

sosyal desteğe sahip olma (Mathew, Nirmala ve Kommu, 2018) gibi farklı şekillerde tanımlamaktadır.

Tüm bu çalışmalar şizofreni hastalarının iyileşme ölçümlerinin yalnızca klinik ve fonksiyonel iyileşme kriterleri ile ölçülmesinin yetersiz kalacağını, hastaların gözünden anlamlı ve doyum verici bir hayat yaşamının anlamının sorgulanması ve ruhsal tedavi ve rehabilitasyon programlarında bu doğrultuda iyileştirmeler yapılması gerektiğini göstermektedir. Şizofreni hastalarının sahip oldukları öznel iyileşme algılarının belirlenmesinin; hastaların takip ve tedavilerinin yürütülmesinde, toplum temelli ruh sağlığı sisteminin olumlu yönde geliştirilmesi ve yenilenmesinde, hastaların kendi tıbbi ve psikososyal tedavilerine katılımlarının sağlanmasında önemli bir yere sahip olduğu düşünülmektedir.

2.3. İçselleştirilmiş Damgalanma

Damga kelimesi yara, iz, delik gibi anlamlara sahip olsa da içinde yaşadığımız çağda daha çok kara leke anlamında kullanılmaktadır (Asan, 2019; Bilge ve Çam, 2010). Damgalama bir kişi ya da grubun içinde bulunduğu toplumun ‘normal’ olarak sayılan ölçülerin dışında olduğu düşünülerek diğer bireyler tarafından kişi ya da gruba saygınlığını azaltıcı bir atıfta bulunulması, toplum genelinden dışlanması, değersiz görülmesidir (Doğanavşargil Baysal, 2013; Koçak ve Taylan, 2018; Üstün ve Şengün İnan, 2018). Başka bir ifade ile damgalama, kişi ya da grubun sahip olduğu etnik köken, ilaç kötüye kullanımı, fiziksel yetersizlik veya ruhsal hastalık gibi özelliklerine yönelik noksan görülmesi, genel şekilde olumsuzlanmasıdır (Çam ve Çuhadar, 2011; Kök ve Demir, 2018). Damgalamanın temelinde olumsuz inançlar ve önyargılar yatar. Kanseri, AIDS, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, lepra, epilepsi, ilaç ve alkol kötüye kullanımı üzerinde damga bulunan diğer hastalıklarından bazıları olmakla birlikte üzerinde en fazla damga bulunan hastalıkların başında ruhsal hastalıklar gelmektedir (Kök ve Demir, 2018). Erken çağlardan bu yana pek çok durumda kendisini gösteren damgalanma en çok ruhsal hastalığa sahip kişilerde mevcudiyetini korumuştur (Asan, 2019). Bu durumun temelinde hastalık belirtilerinin açıklanamaması ve bilgisizlik yer almaktadır (Bilge ve Çam, 2010). Ruhsal hastalıklar içinde en çok damgalama ve ayrımcılığa maruz kalan hastalık şizofreni hastalığı olagelmıştır. Şizofreni tanılı bireyler toplum tarafından saldırgan ve tehlikeli olarak algılanmaktadır (Koçak ve Taylan, 2018). Şizofreniye yönelik medyada yer alan ‘şizofreninin tedavisi mümkün değildir, şizofreni hastaları çalışamazlar,

bu kişiler tehlikeli, saldırgan ve çocuklara zarar verebilecek kişilerdir' gibi ifadeler toplumda hastalığa, şizofreni hastalarına ve ailelerine yönelik yanlış inanışlara ve damgalamaya neden olabilmektedir (Bilge ve Çam, 2010). Damgalanma sürecinin devamında şizofreni hastaları işsizlik, gelir kaybı, sosyal ve mesleki alanda küçülme gibi durumlarla karşılaşabilirler (Ceylan ve Koçak Uyaroglu, 2018).

Toplum tarafından şizofreni hastası olarak etiketlenmek birey üzerinde olumsuz sonuçlara yol açar (Morgades-Bamba, Fuster-Ruizdeapodaca ve Molero, 2019a). Bu kişilerde damgalamanın en acı ve tahripkâr etkisi toplumun bir ferdi olmadığı duygusunun oluşmasıdır (Kök ve Demir, 2018). Şizofreni hastaları, sosyal reddedilmeyi bekler, yüksek sosyal ayrımcılığa maruz kalır ve kendilerini toplumun değersiz üyeleri olarak görerek kamusal damgalamayı içselleştirme eğilimi gösterirler (Corrigan, Watson, Byrne, ve Davis, 2005; Morgades-Bamba ve diğerleri, 2019a). Kendini damgalama olarak da adlandırılan içselleştirilmiş damgalama, ruhsal hastalık tanısı alma ile bireylerin ruhsal hastalıklara karşı toplumda var olan olumsuz stereotipleri, önyargıları, yanlış inançları özümsemelerinden kaynaklanan sosyal damgalanmanın psikolojik bir sonucudur (Pribadi ve diğerleri, 2020). İçselleştirilmiş damgalanma, öznel bir değersizleştirme, ötekileştirme, utanç ve geri çekilme ile karakterizedir (Boyd, Adler, Otilingam ve Peters, 2014). Bu özellikleri nedeni ile içselleştirilmiş damgalanma şizofreni hastalarında; ilişkilere, istihdama ve barınmaya sahip olmanın önündeki mevcut engellerin üstesinden gelmeyi daha da zorlaştırır ve iyileşme sürecini ciddi şekilde engeller (Sibitz ve diğerleri, 2011).

2.3.1. Şizofreni ve içselleştirilmiş damgalanma

Literatür incelendiğinde şizofreni hastalarının yüksek düzeyde içselleştirilmiş damgalanmaya sahip oldukları görülmektedir (Aukst-Margetić, Jakšić, Maršanić ve Jakovljević, 2014; Karakaş, Okanlı ve Yılmaz, 2016; Olçun ve Şahin Altun, 2017; Picco ve diğerleri, 2016; Pribadi ve diğerleri, 2020; Yılmaz ve Okanlı, 2015). İçselleştirilmiş damgalanma şizofreni hastalarında aktif sosyal kaçınma ve kaçınmacı başa çıkma davranışında artmaya yol açmaktadır. Ayrıca içselleştirilmiş damgalanma sosyal kaçınma üzerindeki aracı etkisi ile pozitif belirti şiddetini olumsuz etkilemekte ve şizofreni hastalarının iyileşmesinde olumsuz sonuçlara neden olmaktadır (Yanos, Roe, Markus ve Lysaker, 2008). Damgalanmanın içselleştirilmesi birçok değişkeni olumsuz etkilemesinden dolayı bireyin yaşamı üzerinde yıkıcı etkiye sahiptir (Morgades-Bamba ve diğerleri, 2019a).

Şizofreni hastaları üzerinde yüksek içselleştirilmiş damgalanmanın; düşük benlik saygısı (Karakaş ve diğerleri, 2016; Yanos ve diğerleri, 2008), düşük yaşam kalitesi ve dayanıklılık (Kim ve Jang, 2019), umutta azalma (Olçun, 2016; Olçun ve Şahin Altun, 2017; Yanos ve diğerleri, 2008), özkıyım riskinde artma (Sharaf, Ossman ve Lachine, 2012), öz yeterlilikte gerileme (Morgades-Bamba, Fuster-Ruizdeapodaca ve Molero, 2019b), sosyal geri çekilmede artma (Alhadidi, Abdullah, Tang, Danaee ve Al Hadid, 2021) gibi istenmedik psikososyal etkileri vardır. Şizofreni hastaları ile yapılan diğer çalışmalar incelendiğinde; hastaların sahip oldukları içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri arttıkça depresif belirti şiddeti (Pellet ve diğerleri, 2019; Yanos ve diğerleri, 2008) ve yalnızlık düzeylerinin arttığı (Yıldırım, 2018); fonksiyonel iyileşme (Çapar ve Kavak, 2019) ve öz merhamet düzeyinin azaldığı (Touriño ve diğerleri, 2018) bildirilmektedir. Ek olarak içselleştirilmiş damgalanma şizofreni hastalarında tıbbi tedavilere ve takiplere uyumsuzluğa ve olumsuz tedavi tutumuna yol açmakta, semptomların tekrarlamasına neden olmaktadır (Wade, Tai, Awenat ve Haddock, 2017; Yılmaz ve Okanlı, 2015). Boyd ve diğerleri (2014), yürüttükleri çok uluslu çalışmada, içselleştirilmiş damgalanmanın daha yüksek depresyon ve semptom şiddeti aynı zamanda daha düşük benlik saygısı ve iyileşme yönelimi ile ilişkili olduğunu saptamıştır (Boyd ve diğerleri, 2014). Şizofreni hastalarının bakış açısından içselleştirilmiş damgalanmanın araştırıldığı bir çalışmada; hastaların utanç ve aşağılık duygusu yaşadıkları, ailelerine yük olmaktan dolayı rahatsız hissettikleri, şizofreni tanısı almaktan dolayı hayal kırıklığı ifade ettikleri görülmüştür. Ayrıca hastalar tuhaf görünmemek için sosyal etkinliklere daha az katıldıklarını ve işveren, arkadaş, komşu, akraba gibi yakın çevreleri tarafından aleni olarak ayrımcılığa maruz bırakıldıklarını bildirmiştir (Wong, Kong, Tu ve Frasso, 2018). Şizofreni hastalarının sosyal etkileşim, algılanan sosyal destek ve sosyal işlevsellik düzeyleri üzerinde içselleştirilmiş damgalanma olumsuz etkisi vardır (Zhang ve diğerleri, 2019). Ek olarak yüksek içselleştirilmiş damgalanmaya sahip şizofreni hastaları daha şiddetli olumsuz belirtiler ve daha kötü sosyal işlevsellik yaşamaktadır (Hill ve Startup, 2013). Aktif sosyal kaçınmayı arttıran içselleştirilmiş damgalanmanın hasta üzerinde mesleki yaşamdan, sosyal ilişkilerden, maneviyattan ve iyileşme çabasından uzaklaşma gibi bir dizi olumsuz etkisi vardır (Kök ve Demir, 2018).

2.4. Toplum Ruh Sağlığı Hizmetleri

Ruh sağlığı hizmetleri, birbirini etkileyen, tamamlayan ve geliştiren hizmetlerdir ve koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici olmak üzere 3 grupta sınıflandırılmaktadır. Toplum

ruh sağlığı ise; bireye ve bireyin içinde bulunduğu çevreye yönelik sunulan ruh sağlığı hizmetleri olarak tanımlanmaktadır (Songur, Saylavcı ve Kıran, 2017).

Toplum ruh sağlığı hizmetleri, ruh sağlığını koruma, ruhsal hastalık gelişimini nleme ve yapılan çalışmaları kamuya sunma (birincil nleme), ruhsal hastalıkların erken teşhisi, tedavisi ve bakımını sağlama (ikincil nleme), ruhsal hastalıkların rehabilitasyonu ve bakımının sürekliğini sağlama ve bunun için sistem oluşturma (ncl koruma) hizmetlerinden oluşmaktadır (Bilge ve diğerleri, 2016).

Dünya’da ruh sağlığı hizmetleri 3 farklı modelde sunulmaktadır.

Hastane Temelli Model

Hastane temelli model; Dünya’da 1800’l yıllardan 1960’lı yıllara kadar yaygın olarak kullanılan en eski ve geleneksel modeldir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011a). Bu dönemde Avrupa’da ve Amerika’da genellikle şehir merkezinin dışında, ortalama 1500-2000 yatak kapasitesine sahip depo hastaneler kurulmuştur (Songur ve diğerleri, 2017; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011a). 1950’li yıllar itibariyle bu hastaneler, yeterli bakım ve tedavi hizmeti sunmaması, hastaların kötü muamele ve işkenceye maruz bırakılması, aşırısı kalabalık ve kötü hijyen şartlarına sahip olması gibi nedenlerle tartışmalara neden olmuştur (Songur ve diğerleri, 2017; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011a). 1960’lı yıllarda hastane temelli model terk edilmeye başlanmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011a).

Ülkemizde hastane temelli sistemde; poliklinik hizmetleri, alevlenme sırası hastane yatışı, yakını olmayan ya da olduğu halde bakıl(a)mayan hastaların uzun seneler süresince hastaneye yatırılarak bakımının sağlanması gibi hizmetler sunulmaktadır. Bu hizmetler ağır ruhsal hastalığı olan bireylerin yalnızca alevlenme dönemlerine odaklanarak hastalık belirtilerinin alevlenmesine zemin hazırlayan biyopsikososyal faktörlere müdahale etme ya da hastanın işlevselliğine katkıda bulunma gibi amaçlar barındırmamaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011a; Bağ, 2012).

Toplum Temelli Model

Toplum temelli ruh sağlığı modeli, İtalya’da ruh sağlığı reformu ile 1961 yılında başlayan ve son otuz yıllık dönemde neredeyse Avrupa ÷lkelerinin tamamında uygulanmaya ge÷ilen DSÖ’nün tavsiye ettiği ruh sağlığı hizmet modelidir (Saru÷ ve Kaya Kılı÷, 2015; Songur ve diğerleri, 2017; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011a). İtalya’da başlayan bu değişim İngiltere, Finlandiya, Fransa ve Almanya gibi ÷lkelerde de eş zamanlı şekilde başlamış ve tamamlanmıştır (Saru÷ ve Kaya Kılı÷, 2015; Songur ve diğerleri, 2017). Son olarak Avrupa Birliği’ne giriş sürecinde Yunanistan ruh sağlığı sistemini değiştirmiştir (Songur ve diğerleri, 2017). Bulgaristan ve Romanya gibi ÷lkelerde değişim programları devam etmektedir (Saru÷ ve Kaya Kılı÷, 2015).

Toplum temelli ruh sağlığı modelinde ağır ruhsal bozukluğa sahip ya da uzun süreli hastane yatışı olan hastaların tıbbi, ekonomik, sosyal ve hukuki boyutta yer alan mevcut ya da olası sorunları ele alınmaktadır. Bu nedenle ruhsal hastalığa sahip bireylerin yalnızca alevlenme dönemlerinde tedavi edildiği, sonrasında toplumda yalnız bırakıldığı hastane temelli modelin terk edilerek toplum temelli modele ge÷ilmesi gerekmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011a).

Modern batı ÷lkelerinde temel sağlık hizmetlerinin unsurlarından olan toplum temelli ruh sağlığı sistemi üç ilke üzerine kurulmuştur. Bunlar:

- a) Hizmetin coğrafi temelli yapılandırılması
- b) Hizmetin ekip anlayışı ile çok yönlü sunulması
- c) Tanımlanmış her bölgeye: sorumlu toplum ruh sağlığı merkezi, koruyucu evler, bakım kurumları, korumalı işyerleri ve genel hastanelerde psikiyatri yataklarının oluşturulması şeklindedir. (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011a).

Toplum-Hastane Denge Modeli

Toplum hastane denge modeli; psikiyatri hastalarına verilen poliklinik ve yataklı tedavi hizmetlerini, hasta olmayan bireylere sağlanan ruh sağlığı hizmetlerini ve ruh sağlığı ile ilgili adli tıp, denetimli serbestlik gibi kurumsal/genel hizmetleri içinde arandıran karma bir modeldir (Kök Eren, 2016;849).

2.4.1. Toplum ruh sağlığı hemşireliği

Toplum ruh sağlığı hemşiresi birey, aile ve toplumun ruh sağlığını koruma, sürdürme, iyileştirme ve geliştirme için bireyin yaşadığı ya da çalıştığı ortamda temel ruh sağlığı hizmeti veren ve bu doğrultuda girişimlerde bulunan sağlık ekip üyesidir (Kök Eren, 2016;888-9; Hallaç, Meydanlıoğlu, Karakaya ve Göral Acar, 2014). Pektaş, Bilge ve Ersoy (2006), Amerikan Hemşireler Birliği'nin toplum ruh sağlığı hemşiresi tanımını çalışmalarında şu şekilde aktarmıştır; 'Toplumun diğer üyeleri ile birlikte ruhsal hastalıkların birincil, ikincil ve üçüncül önleme aşamalarının sürekliliğini sağlayan ruh sağlığı hizmetlerinde tanılama, planlama, uygulama ve değerlendirmeye katılan kişidir.' (Pektaş ve diğerleri, 2006).

Toplum ruh sağlığı hemşiresinin, fiziksel ve ruhsal değerlendirme, eşgüdüm, eğitim, ev ziyaretleri, hasta hakları savunuculuğu, sevk etme, danışmanlık, rehabilitasyon, krize müdahale, vaka yönetimi, risk değerlendirme, ilaç uygulamalarını izleme gibi becerilere sahip olması beklenmektedir (Bağ, 2012; Hallaç ve diğerleri, 2014). Ayrıca toplum ruh sağlığı hemşiresi TRSM dışı günlük bakım merkezleri ve sığınma yerleri gibi ortamlarda *Klinisyen, Terapist, Eğitici, Vaka Yönetici* direkt rollerinde; *Danışman, Vaka Yönetimi Eğitici, Değişim Ajanı* ve *Araştırmacı* indirekt rollerinde ruh sağlığı hizmetini yürütürler (İçel, Özkan ve Aydoğan, 2016).

Ülkemizde TRSM'lerde çalışacak hemşireler için psikiyatri servisinde çalışma tecrübesi ile psikiyatri hemşireliği lisansüstü eğitimi tamamlamış olma şartı aranmamaktadır (İçel ve diğerleri, 2016). Nisan 2011 tarihinde yayınlanan Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik'te *Toplum Ruh Sağlığı Merkezi Hemşiresi* görev yetki ve sorumlulukları Halk Sağlığı Hemşireliği içerisinde tanımlanmıştır (Özbaş ve Buzlu, 2011).

Toplum ruh sağlığı hemşiresinin görevleri arasında; ruhsal sağlığında bozulma riski olan bireyleri (çocuk, ergen, yaşlı, kadın, engelli gibi) saptama ve koruyucu müdahalelerde bulunma, toplumda yaşayan bireylerin biyopsikososyal gelişimlerini takip etme ve riskli davranışlarına yönelik değerlendirmelerini yapma, bireylere sosyal ve durumsal krizler için destek grupları oluşturma ve evlilik, stresle başa çıkma, kriz yönetimi, öfke kontrolü, kişilerarası ilişkilerle ilgili danışmanlık hizmeti verme yer almaktadır (Kök Eren, 2016;888-9; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011b; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011c). Ek olarak TRSM'den ruh

sağlığı hizmeti alan bireylere ve ailelerine yönelik psikososyal müdahaleler yürütme, TRSM faaliyetleri hakkında bilgilendirme yapma, gezici ekip faaliyetlerine katılma, bireylerin genel sağlık durumlarını izleme, tedavi uyumsuzluklarını saptama ve aileler ile temasa geçme, hizmet alanların ihtiyaçlarını ve sorunlarını kanıta dayalı veri toplama araçları ile değerlendirme ve istatistiki veri toplama görevlerini yürütür (Kök Eren, 2016;888-9; Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri İçin Çalışma Rehberi, s:17-18).

2.4.2. Ruh sağlığı hemşireliği ve şizofrenide iyileşme

Ruh sağlığı hemşireleri ruhsal hastalık tanısına sahip bireylerin mümkün olduğu derece bağımsızlıklarını kazanmalarında, hastalık semptomlarının farkında olma ve semptom yönetiminde, tekrarlı hastane yatışlarını azaltmada, sosyal yaşam içerisinde bulunmada ve bireyleri desteklemede aktif rol alan sağlık profesyonellerindendir (Townsend, 2008/2016; 214). Ruh sağlığı hemşiresi sağlık ekibi içinde hasta ile en fazla etkileşimde bulunan ekip üyesidir. Bu nedenle şizofreni hastalarının rehabilitasyonunda önemli bir konuma sahiptir (Yıldırım, 2018). Şizofreni hastalarının tıbbi tedavi ve rehabilitasyonunun sağlanmasında destekleyici bir terapötik ilişkinin kurulmasını sağlar (Dusseldorp ve diğerleri, 2011). Hastalardaki ilaç etkilerini izleme, hasta ve ailesine ilaç bilgisi verme görevleri ile hastaların ilaçlarıyla ilgili bilinçli kararlar vermelerine destek olur. Ayrıca şizofreni hastalarının depo ilaçlarının yönetiminden sorumludur (Muir-Cochrane, 1998). Ruh sağlığı hemşireleri, şizofreni hastalarının tıbbi tedaviye uyumlarını desteklemede (Dusseldorp ve diğerleri, 2011) ve sıkıntılı psikotik semptomları ve bunlarla ilişkili sorunları değerlendirme ve yönetmede aktif olarak çalışır (Chan ve Leung, 2002). Nüks önleme planlarını hazırlar (Dusseldorp ve diğerleri, 2011). Bu kapsamda alevlenme belirtilerini izler (Kök Eren, 2016;889), nükse neden olabilecek tedavi uyumsuzluğu, bilgi eksikliği gibi durumları saptar ve önlemede aile ve sağlık ekibi ile birlikte çalışır (Elgit, 2018).

Şizofreni gibi ağır ruhsal hastalıklarda tıbbi tedavinin hastalık belirtilerinde azalmayı sağladığı ancak tek başına yeterli olmadığı vurgulanmaktadır (Bekiroğlu ve Attepe Özden, 2021). Ruh sağlığı hemşireleri psikososyal girişimleri yürütmeleri ile şizofreni hastalarının rehabilitasyonunda önemli konuma sahiptir (Candan, 2019). Bakım planlamasının yapılmasından ve bakım korrdinasyonunun sağlanmasından sorumlu olan ruh sağlığı hemşireleri, hastalara ve ailelere güçlü yönlerini keşfetmede ve başa çıkma becerilerini geliştirmede katkıda bulunur (Ameel, Kontio ve Välimäki, 2019). Şizofreni hastalarının

rehabilitasyonunda ve bireysel, grup ve aile psikoterapi uygulamalarında kilit rol oynar (Chan ve Leung, 2002). Ruh sağlığı hemşiresi hastalık öncesi yaşamın geri kazanılmasında ve sosyal işlevselliğin arttırılmasında hasta ve aileye destek olur, hastanın ve ailenin ihtiyaçlarına yönelik sosyal beceri eğitimi, psikoeğitim ve rehberlik programlarının oluşturulmasında etkin rol oynar (Dusseldorp ve diğerleri, 2011). Bunlarla birlikte, ruh sağlığı hemşiresi bireylerin hastane taburculuğu sonrasında ev programlarına katılımını ve topluma uyumunu sağlamada birey ve aileyi destekler, rehabilitasyon ekibi ile iş birliği sağlar (Kök Eren, 2016;888-9; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011b). Şizofreni hastaları ile yürütülen bilişsel davranışçı terapi, psikoeğitim, sosyal beceri eğitimi, aile eğitimi gibi psikososyal girişimlerin hastaların iyileşmesinde ve toplumla bütünleşmesinde yararlı olduğu bildirilmektedir (Candan, 2019). Ruh sağlığı hemşireleri, hasta ve ailelerine yönelik yürüttükleri yaşam ve sosyal beceri eğitimleri, psikoeğitimler, bilişsel davranışçı terapiler gibi psikososyal müdahaleler ile hastaların iyileşmesinde, işlevselliklerinin artmasında ve toplumla kaynaşmalarında önemli bir rol oynar (Dusseldorp ve diğerleri, 2011).

2.4.3. Ruh sağlığı hemşireliği ve şizofrenide damgalama

Şizofreni tanılı birey ve ailesi damgalanmanın birçok olumsuz sonucunu deneyimlemektedirler. Şizofreni tanılı bireyler ve aileleri için damgalanmanın azaltılmasında;

- Din adamları, medya çalışanları, öğretmenler, polisler, muhtarlar ve sağlık görevlileri gibi toplum lideri konumuna sahip olan meslek gruplarının hastalıkla ilgili eğitilmesi ve damgalanma ile mücadele programlarına katılmaları için desteklenmesi, (Açıkgöz ve Akkuş, 2018).
- Rehberlik ve danışmanlık birimlerinin kurulması, öğretmenler ile işbirliği yapılarak okullarda şizofreniye yönelik eğitim programlarının hazırlanması ve uygulanması (Çam ve Bilge, 2013)
- Ruh Sağlığı Yasası'nın çıkarılması,
- Hastalara ve hastalığa yönelik var olan yanlış inanç ve tutumların, basmakalıp düşüncelerin değiştirilmesi için toplum geneli eğitim programlarının planlanması ve uygulanması,
- Damgalanma ile mücadele için gerekli araştırmaların yapılması,

- Hastalık belirtilerini ve ilaç yan etkilerini azaltan tedavi programlarının oluşturulması ve uygulanması,
- Ruh sağlığını koruma ve geliştirmede toplum katılımının artırılması,
- Sağlıklı çevre oluşturma, stresle mücadele etme ve risk faktörlerine yönelik halkı bilgilendirme eğitimlerinin yapılması, (Bilge ve Çam, 2010)
- Tıp ve hemşirelik eğitiminde ruhsal hastalıklara karşı damgalanma ve mücadelesi konusuna yer verilmesi, (Işık, Savaş ve Kılıç, 2019) gibi girişimler uygulanabilir. Toplum ruh sağlığı hemşiresi yukarıdaki girişimlere; *Klinisyen, Terapist, Eğitici, Vaka Yönetici, Danışman, Değişim Ajanı ve Araştırmacı* direkt ve indirekt rolleri ile katkıda bulunur, ruh sağlığı hizmetlerini yürütür (İçel ve diğerleri, 2016).

Ruh sağlığı hemşirelerinin şizofreni hastalarının iyileşmesinde ve damgalamanın azaltılmasında; sosyal izolasyonu önleme, fırsat eşitliğini ve adil kaynak dağılımını sağlama gibi rol ve sorumlulukları bulunmaktadır (Townsend, 2008/2016; 214). Bu rol ve sorumluluklar doğrultusunda ruh sağlığı hemşiresi; şizofreni hastalarının topluma kazandırılması ve damgalanmanın azaltılması için sivil toplum kuruluşları, toplum liderleri, basın ve medya kuruluşları, dernekler, ve işverenlerle işbirliği yapar, damgalanma ile mücadele programları yürütür, toplumu ruhsal hastalıklar konusunda bilgilendirir (Kök Eren, 2016;888-9; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011b). Tüm bunlara ek olarak ruh sağlığı hemşiresi şizofreni hastalarının içselleştirilmiş damgalanma düzeylerini ve ilişkili faktörleri belirlemede, içselleştirilmiş damgalanmanın azaltılmasına yönelik psikososyal müdahaleler geliştirmede ve uygulanmasında rol alarak hastayı ve ailesini destekleyebilir, iyileşmeye katkıda bulunabilir.



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Araştırma, bir ildeki iki Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde takip edilen şizofreni hastalarının öznel iyileşme algıları ile içselleştirilmiş damgalanma düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yapılan tanımlayıcı türde bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, İstanbul ili Avrupa Yakasında bünyesinde TRSM bulunan 6 (altı) devlet hastanesinin hastane poliklinikleri ile TRSM'lerinde yürütülmesi planlanmıştır. Ancak bu hastanelerin 4 (dört) tanesinden araştırma için gerekli olan kurum izni alınamamıştır (EK-7). Kurumlara etik izin öncesi başvurulduğunda resmi yazışmalardan önce herhangi bir bilgi veremeyeceklerini bildirmişlerdir. Gerekli izinler alındıktan sonra hastanelerin poliklinikleri gezilmiş ancak polikliniklerde şizofreni hastalarının takiplerinin yeterli sayıda hekim olmaması, uygun fiziki ortamın olmaması, poliklinikte görevli yeterli hemşire, psikolog, iş uğraşı terapisti, müzik/spor/sanat eğitmeni olmaması gibi nedenlerden dolayı yapılamadığı, hastaların TRSM'lere yönlendirilerek takip ve tedavilerinin TRSM ekibi tarafından yürütüldüğü bilgisi alınmıştır. Bu nedenlerden dolayı çalışmanın izin alınan kurumların TRSM'lerinde yürütülmesine karar verilerek araştırmanın başlığının değiştirilmesi ve polikliniklerin araştırma evreninden çıkarılması için Ocak 2020 tarihinde Gazi Üniversitesi Etik Komisyonu'na ikinci kez başvuru yapılmıştır. Bu süre içerisinde TRSM'lerden veri toplamaya devam edilmiştir. Araştırmada veri toplama süreci devam ederken Mart 2020 tarihinde Türkiye'de koronavirüs vakası görülmesiyle birlikte ilk başvuruda kurum izni veren hastanelerden 1 (bir) tanesi pandemi nedeniyle çalışmanın yürütülmesinin uygun bulunmadığını bildirmiştir (EK-7). Sonuç olarak araştırma kurum izni alınan iki TRSM'de Kasım 2019 – Mart 2020 tarihleri arasında yürütülmüştür.

3.3. Araştırma Yeri ve Özellikleri

TRSM A

Araştırmanın yürütüldüğü Toplum Ruh Sağlığı Merkezi A'nın fiziki yapısı içinde hastaların karşılandığı ve tıbbi kayıtlarının tutulduğu tıbbi sekreter masası, bekleme salonu, kütüphane, iş uğraşı odası, ekip görüşme odası, doktor odası, psikolog odası, iki adet hemşire odası, tıbbi girişim odası (kan alma ve enjeksiyon uygulamaları için) müzik odası, mutfak, kadın ve erkekler için ayrı duş ve tuvaletler bulunmaktadır. TRSM'nin bulunduğu konum gereği hastaların kolay ulaşım sağlamaları için hastanenin merkez binası önünden hafta içi her gün saat 10:00'da hastaları TRSM'ye getiren ve 15:00'da tekrar hastane önüne bırakan bir servis aracı hizmet vermektedir. TRSM'de bir uzman doktor, iki hemşire, bir psikolog, bir sosyal hizmet uzmanı, üç iş uğraş terapisti, bir tıbbi sekreter, bir güvenlik görevlisi, bir yardımcı personel, hastane binasından öğle yemeğini getiren servis elemanları ile servis saatlerinde ve ev ziyareti günlerinde çalışan bir şoför çalışmaktadır. Uzman doktor TRSM'nin genel işleyiş organizasyonundan sorumlu olup hastaların tıbbi tedavilerinin takibini yapmaktadır. Hemşireler, sosyal hizmet uzmanı ve psikolog TRSM'de takip edilen hastalara bireysel danışmanlık hizmeti verme (ilaç yan etkileri, alevlenme belirtilerini takip etme gibi), ev ziyaretlerinde bulunma, hasta ve ailelerine yönelik psikososyal müdahaleleri yürütme, hasta ile ilgili bilgileri ve klinik takibi kayıt altına alma, TRSM randevularına gelmeyen hastaların kendileri ya da aileleri ile temasa geçerek hasta ile TRSM arasındaki bağlantıyı sürdürme, damgalanma ile mücadele gibi faaliyetlerde bulunmaktadır. TRSM'de çalışan hemşirelerin çalışma saatleri 08:00-17:00 şeklindedir. TRSM'de çalışan iş uğraş terapistleri yağlı boya, ahşap boyama, takı tasarımı, el işleri gibi uğraşları yürütmektedir.

TRSM B

Araştırmanın yürütüldüğü Toplum Ruh Sağlığı Merkezi B iki katlı bir binadan oluşmaktadır. Merkezin fiziki yapısı içerisinde giriş katında; karşılama alanı, güvenlik görevlisi masası, bekleme salonu, yemek salonu, oyun odası ve mutfak; ikinci katta kayıtların yapıldığı ve hastaların yönlendirildiği karşılama alanı ve bekleme salonu, doktor odası, hemşire odası, psikolog odası, iş uğraşı odası, psikoeğitim odası, televizyon odası, görevliler ve ziyaretçiler için ayrı tuvaletler bulunmaktadır. TRSM şehir merkezinden uzak ve ulaşımı zor olan bir konumda hizmet vermektedir ve TRSM bünyesinde çalışan bir hasta servis aracı

bulunmamaktadır. TRSM’de bir uzman doktor ve bir psikolog rotasyon halinde; bir hemşire, bir güvenlik görevlisi ve bir yardımcı personel tam zamanlı olarak çalışmaktadır. Yemek saatlerinde bağlı bulunan hastaneden yemek servisi için gelen iki servis elemanı vardır. Uzman doktor TRSM’nin genel işleyişinden sorumlu olup hastaların tıbbi tedavi ve takiplerini yürütmektedir. Psikolog TRSM’de takip edilen hastalara yönelik psikoeğitim programını yürütmektedir. Hemşire TRSM’de takip edilen hastalara bireysel danışmanlık hizmeti verme, hasta ile ilgili bilgileri ve klinik takibi kayıt altına alma, takip randevularına gelmeyen hasta ve aileleri ile iletişime geçme faaliyetlerini yürütmektedir.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, İstanbul Avrupa yakasındaki iki Toplum Ruh Sağlığı Merkezi bünyesinde ayaktan takip edilen remisyondaki şizofreni hastaları oluşturmaktadır. TRSM’lerden 2019 kayıtları doğrultusunda alınan bilgilere göre; araştırmanın evrenini 200 hasta oluşturmaktadır.

Araştırmanın örneklemi seçim kriterlerini karşılayan ve çalışmaya katılmaya gönüllü yazılı onam veren hastalar oluşturmaktadır. Araştırmada ulaşılabilen ve işleme kriterlerini karşılayan tüm hastalara ulaşılmaya çalışılmış ve 146 hasta ile araştırma tamamlanmıştır. Araştırma evreninde yer alan ve çalışmaya dahil edilmeyen 54 hastanın;

- 27’si veri toplama sürecinde hizmet alımı için TRSM’ye gelmediği,
- 7’si çalışmaya katılmaya gönüllü onam vermediği,
- 11’i ek psikiyatrik tanıya sahip olduğu,
- 6’sı organik mental bozukluğa sahip olduğu,
- 3’ü okuma-yazma bilmediği için araştırmaya dahil edilmemiştir.

3.5. İşleme ve Dışlama Kriterleri

Araştırmaya katılımda gönüllülük esas alınmakla birlikte aşağıdaki kriterler gözetilmiştir.

İşleme kriterleri:

- 18 yaş ve üstü olmak,

- Okur yazar olmak,
- Şizofreni tanısı almış olmak,
- Şizofreni hastalığına özgü şikayetleri en az 6 ay önce başlamış olmak,
- En az bir atak geçirmiş ve yatarak tedavi görmüş olmak,
- Oral ya da enjektabl antipsikotik ilaç kullanıyor olmak (sürdürüm tedavisi devam eden).

Dışlama kriterler:

- Ek ruhsal sağlık sorunu tanısına sahip olmak,
- Organik mental bozukluğa sahip olmak,
- Çalışmaya katılmayı engelleyecek bilişsel yıkım, zekâ geriliği, dil ve konuşma sorununa sahip olmak.

3.6. Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri ‘Katılımcı Bilgi Formu’, ‘Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği’ ve ‘Özel İyileştirmeyi Değerlendirme Ölçeği’ kullanılarak toplanmıştır.

3.6.1. Katılımcı bilgi formu

Araştırmacı tarafından literatür ışığında oluşturulan formda hastaların; sosyodemografik özellikleri (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, yaşadığı yer, çalışma durumu), hastalığa ve tedavisine dair özellikleri (hastalık süresi, hastaneye yatış sayısı, ilaç kullanım düzeni, hastalıkla ilgili düşünceleri, TRSM’ye gelme düzeni, TRSM’ye gelme sıklığı, TRSM’de etkinliklere katılma durumu, TRSM’ye gelme süresi) ve çevresi ile sahip olduğu ilişki özelliklerine (destek olan kişiler, aile içinde/arkadaşlar ve çevre ile yaşanan sorunlar, birlikte yaşadığı kişiler) yönelik toplam 23 sorudan oluşmaktadır (EK-1) (Kalı, 2018; Kavak, 2011; Sarıkaya Varlık, 2014). Bu sorulardan 12 tanesinden 5 tanesi katılımcıların hastalığa yönelik görüşlerini; kalan 7 tanesi tanımlayıcı özelliklerini saptamaya yönelik açık uçlu sorulardır.

3.6.2. Ruhsal hastalıkların içselleştirilmiş damgalanması ölçeği (RHİDÖ)

Ritsher ve ark. (2003) tarafından geliştirilmiş olan Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği (RHİDÖ), 29 maddeden oluşan ve içsel damgalanmayı değerlendiren bir öz-bildirim ölçeğidir (EK-2). RHİDÖ’nde yer alan maddeler ‘kesinlikle aynı fikirde değilim’ (1 puan), ‘aynı fikirde değilim’ (2 puan), ‘aynı fikirdeyim’ (3 puan) ‘kesinlikle aynı fikirdeyim’ (4 puan) şeklinde dördümlü bir Likert tipi ölçek üzerinde yanıtlanmaktadır. Ölçeğin; ‘Yabancılaşma’, ‘Kalıp Yargıların Onaylanması’, ‘Algılanan Ayrımcılık’, ‘Sosyal Geri Çekilme’ ve ‘Damgalanmaya Karşı Direnç’ olmak üzere beş alt ölçeği bulunmaktadır.

Alt ölçekler

Yabancılaşma: Bu alt ölçek, bireyin toplumun noksansız bir üyesinden daha az olma veya ‘bozulmuş bir kimliğe’ sahip olmanın öznel deneyimini ölçer. 6 maddeden (1,5,8,16,17,21) oluşur. Yabancılaşma alt ölçeğinden en düşük 6 en yüksek 24 puan alınabilir.

Kalıp Yargıların Onaylanması: Bu alt ölçek bireyin akıl hastalığı olan kişilerle ilgili yaygın stereotiplere katılma derecesini ölçer. 7 maddeden (2,6,10,18,19,23,29) oluşur. Kalıp Yargıların Onaylanması alt ölçeğinden en düşük 7 en yüksek 28 puan alınabilir.

Algılanan Ayrımcılık: Bu alt ölçek bireyin başkaları tarafından nasıl muamele görme eğiliminde olduğunu ölçer. 5 maddeden (3,15,22,25,28) oluşur. Algılanan Ayrımcılık alt ölçeğinden en düşük 5 en yüksek 20 puan alınabilir.

Sosyal Geri Çekilme: Bu alt ölçek bireyin akıl hastalığına sahip olmasından dolayı toplumsal hayattan geri çekilme, kendini soyutlama derecesini ölçer. 6 maddeden (4,9,11,12,13,20) oluşur. Sosyal Geri Çekilme alt ölçeğinden en düşük 6 en yüksek 24 puan alınabilir.

Damgalanmaya Karşı Direnç: Bu alt ölçek bireyin içselleştirilmiş damgalanmaya direnme ve bunlardan etkilenmeme deneyimini ölçer. 5 maddeden (7,14,24,26,27) oluşur. Damgalanmaya Karşı Direnç alt ölçeğinden en düşük 5 en yüksek 20 puan alınabilir (Ritsher, Otilingam ve Grajales, 2003).

‘Damgalanmaya Karşı Direnç’ alt ölçeğinin maddeleri ters olarak puanlanmaktadır. Beş alt ölçeğe ait puanların toplanmasıyla elde edilen toplam RHİDÖ puanı 29 ile 116 puan arasında

değişmektedir. RHİDÖ’nde yüksek puanlar, kişinin içselleştirilmiş damgalanmasının olumsuz yönde daha şiddetli olduğu anlamına gelmektedir. Ölçeğin bir kesme puanı yoktur. Ölçeğin Türkçe’ye uyarlama çalışması Ersoy ve Varan (2007) tarafından yapılmıştır. Güvenilirlik ve geçerlilik çalışmasında RHİDÖ alt ölçek Cronbach’s Alpha değerleri sırasıyla; Yabancılaşma .84, Kalıp Yargıların Onaylanması .71, Algılanan Ayrımcılık .87, Sosyal Geri Çekilme .85, Damgalanmaya Karşı Direnç .63’tür. Tüm ölçek için Cronbach’s Alpha katsayısı .93 olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin iki-yarım güvenirliği .89 olarak hesaplanmıştır (Ersoy ve Varan, 2007). Çalışmamızda RHİDÖ alt ölçeklerine ait Cronbach’s Alpha değerleri sırasıyla; Yabancılaşma .82, Kalıp Yargıların Onaylanması .74, Algılanan Ayrımcılık .82, Sosyal Geri Çekilme .82, Damgalanmaya Karşı Direnç .73’tür. Tüm ölçek için Cronbach’s Alpha katsayısı .93 olarak bulunmuştur.

3.6.3. Öznel iyileştirmeyi değerlendirme ölçeği (ÖZİDÖ)

Yıldız ve diğerleri (2018) tarafından şizofreni hastaları tarafından algılanan öznel iyileşmeyi belirlemek amacıyla geliştirilen 17 maddelik Likert tipi bir öz bildirim ölçeğidir (EK-3). Ölçekte yer alan her bir madde 1’den 5’e kadar puanlanmaktadır. Toplam puan 17-85 arasında değişmektedir. Ölçeğin değerlendirmesi toplam puan üzerinden yapılmaktadır. Ölçekten alınan yüksek puanlar bireyin kendisini daha iyileşmiş olarak algıladığını göstermektedir. Ölçeğin Cronbach’s Alpha katsayısı .98, madde toplam puan korelasyon katsayısı ise .83 ile .94 arasında hesaplanmıştır. Ölçek tek faktörlü bir yapıya sahiptir. Test-tekrar güvenirliği .98 olarak bulunmuştur. Ölçeğin bir kesme puanı yoktur (Yıldız ve diğerleri, 2018). Çalışmamızda ölçeğin Cronbach’s Alpha değeri .92 olarak bulunmuştur.

3.7. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Araştırma, ölçek sahiplerinden ve etik komisyondan izin alındıktan sonra, kurum izni alınan TRSM’lerde ayaktan takip edilen remisyondaki şizofreni hastaları ile yürütülmüştür. Bu çalışmada veri toplama araçları; sözlü ve yazılı bilgilendirilmiş onam alınarak araştırmacı gözetiminde hastalar tarafından doldurulmuştur. Veri toplama araçlarının katılımcılar tarafından doldurulmasında; TRSM’lerin kütüphane, hemşire ve psikoeğitim odalarının uygunlukları TRSM ekibinin yönlendirmeleri ile saptanmış, araştırmacı ve katılımcının yalnız olması sağlanarak etik ilkeler gözetilmiştir. TRSM’lerde işleme kriterlerine uyan hastaların saptanmasında ve araştırmacıya yönlendirilmesinde çalışan doktor ve

hemşirelerden destek alınmıştır. Ek olarak katılımcıların ‘Çalışmaya katılmayı engelleyecek bilişsel yıkım, zekâ geriliği, dil ve konuşma sorununa sahip olmak.’ dışlama kriterini karşılayıp karşılamadığının belirlenmesinde TRSM hekim ve hemşirelerinden destek alınmıştır. Araştırmacı, hastalara hafta içi 08:00-16:00 saatleri arasında ulaşmıştır. Veri toplama formlarının hastalar tarafından doldurulması yaklaşık 15 dakika sürmüştür. Araştırmanın uygulanması Kasım 2019 – Mart 2020 tarihleri arasında gerçekleşmiştir. Araştırmanın iş akış planı şekil 3.1’de verilmiştir.





Şekil 3.1. İş Akış Planı

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmaya ait istatistikler IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) V25 programı ile yapılmıştır. Araştırmada, değişkenlere ait tanımlayıcı istatistikler sayı (n) ve yüzde (%) değerleriyle, sürekli değişkenlere ait istatistikler; ortalama ($\bar{X}$), standart sapma (SS), medyan ($\tilde{X}$), minimum ve maksimum değerleriyle sunulmuştur. Sürekli değişkenlerin

gruplarda normal dağılıma uygunlukları kontrol edilerek normallik varsayımının sağlandığı durumlarda parametrik; sağlanmadığı durumlarda ise nonparametrik testler kullanılmıştır. Bağımsız iki grup karşılaştırmalarında bağımsız örneklem t testi/Mann Whitney U testi ile değerlendirmeler yapılmıştır. Çoklu grup karşılaştırmalarında tek yönlü ANOVA/Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Post hoc karşılaştırmalarda Bonferroni/Dunn testi ile ikililer arasındaki istatistiksel anlamlılıklar saptanmıştır. Sürekli değişkenlerin ilişkilerinin değerlendirilmesinde Spearman Rank Korelasyonu kullanılmıştır. İstatistik anlamlılık $p < 0,05$ önem düzeyinde gerçekleştirilmiştir. Post hoc testlerde sonuçlar p düzeltilmeli olarak sunulmuştur.

3.9. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmaya başlamadan önce Gazi Üniversitesi Etik Komisyonu'ndan (EK-5), araştırmanın yürütüleceği kurumlardan yazılı izin alınmıştır (EK-7). Araştırma izinlerinin alınmasıyla birlikte çalışmaya başlanmış, çalışma sürecinde araştırmanın başlığının değiştirilmesi ve hastane polikliniklerinin araştırmadan çıkarılarak araştırmanın yalnızca TRSM'lerde yürütülebilmesi için Gazi Üniversitesi Etik Komisyonu'ndan ikinci kez izin alınmıştır (EK-6). Araştırma süreci boyunca etik ilkeler (mahremiyet, gizlilik, kişisel verilerin korunması, aydınlatılmış onam) gözetilmiştir. Katılımcılardan çalışma öncesi yazılı bilgilendirilmiş onam alınmıştır (EK-4). Veri toplama araçlarından 'Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği' (EK-2) ile 'Özel İyileştirmeyi Değerlendirme Ölçeği'nin (EK-3) kullanılabilmesi için ölçek sahiplerinden gerekli izinler alınmıştır (sırasıyla EK-8, EK-9).



4. BULGULAR

Toplum ruh sağlığı merkezinde takip edilen şizofreni hastalarında öznel iyileşme algısını ve içselleştirilmiş damgalanmayı belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmadan elde edilen bulgular aşağıda belirtilen başlıklar altında sunulmuştur.

1. Hastaların tanımlayıcı özelliklerine ilişkin bulgular
2. Hastaların ÖZİDÖ ve RHİDÖ puanlarına ilişkin bulgular
3. ÖZİDÖ ve RHİDÖ puanlarının ilişkisi
4. Hastaların tanımlayıcı özelliklerine göre ÖZİDÖ ve RHİDÖ puanları

4.1. Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Çizelge 4.1. Hastaların sosyodemografik özellikleri

	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} [\min - \max]$
Yaş	45,89±11,79	44[19-74]
	n	%
Cinsiyet		
Kadın	48	32,9
Erkek	98	67,1
Eğitim Durumu		
İlkokul	56	38,4
Ortaokul	36	24,7
Lise	37	25,3
Üniversite	17	11,6
Medeni Durum		
Eyli	44	30,1
Bekar	102	69,9
Yaşadığı Yer		
Kendi evi	108	74,0
Yatılı bakım merkezi/Korumalı ev	38	26,0
Birlikte Yaşadığı Kişiler		
Ebeveynler ile	42	28,8
Eş ve çocuklar ile	33	22,6
Kardeşinin/Çocuğunun ailesi ile	26	17,8
Yalnız	8	5,5
Kurumda	37	25,3
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	18	12,3
Çalışmıyor	128	87,7
En Uzun Süre Yaşanılan Yer		
Kırsal	47	32,2
Kent	99	67,8

$\bar{X}$: Ortalama, SS: Standart sapma, $\bar{X}$: Ortanca (Medyan), Min: Minimum, Max: Maksimum, n: Sayı, %: Yüzde

Çizelge 4.1’de hastaların sosyodemografik özellikleri verilmiştir. Hastaların yaş ortalamasının 45,89±11,79, %67,1’inin erkek, %38,4’ünün ilkokul mezunu, %69,9’unun bekar, %87,7’sinin çalışmadığı, %74’ünün kendi evinde yaşadığı, %28,8’inin ebeveynleri ile birlikte yaşadığı, %67,8’inin en uzun süre il merkezinde yaşadığı belirlenmiştir.

Çizelge 4.2. Hastaların hastalık özelliklerine ilişkin bulgular

	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} [\min - \max]$
Hastalık Süresi (yıl)	19,76±11,37	18[1-50]
Yatış Sayısı	7,11±5,72	5[1-25]
	n	%
Hastalık Süresi		
1-10 yıl	37	25,3
11-20 yıl	48	32,9
21-30 yıl	36	24,7
30 yıl üstü	25	17,1
Yatış Sayısı		
1-3 kez	50	34,2
4-8 kez	48	32,9
9 ve üstü	48	32,9
İlaç Kullanım Düzeni		
Düzenli	128	87,7
Düzensiz	18	12,3
Kontrole Gelme Düzeni		
Düzenli	117	80,1
Düzensiz	29	19,9
Hastalığa Bağlı Yaşanılan Sorunlarda Destek Olan Kişiler		
Aile	97	66,4
Akraba/Arkadaş/Komşu	17	11,6
Sağlık personeli	15	10,3
Hiç kimse destek olmuyor	17	11,6

$\bar{X}$: Ortalama, SS: Standart sapma, $\bar{X}$: Ortanca (Medyan), Min: Minimum, Max: Maksimum, n: Sayı, %: Yüzde

Çizelge 4.2’de hastaların sahip oldukları hastalık özelliklerine ilişkin bulgular verilmiştir. Hastaların %32,9’unun 11-20 yıl arası hastalığa sahip olduğu, %34,2’sinin 1-3 kez hastane yatışı olduğu, %87,7’sinin düzenli ilaç kullanımına sahip olduğu, %80,1’inin düzenli kontrol randevularına gittiği belirlenmiştir. Hastalığa yönelik yaşanan sorunlarda hastaların %66,4’üne ailesinin, %11,6’sına araba/arkadaş/komşularının, %10,3’üne sağlık personelinin destek olduğu; %11,6’sına hiç kimsenin destek olmadığı bulunmuştur.

Çizelge 4.3. Hastaların hastalığa ilişkin görüşleri

	n	%
Hastalık Nedenine İlişkin Görüşler		
Kötü/zorlayıcı/stresli/olumsuz yaşam deneyimleri	65	44,5
Kaderci yaklaşım	19	13,0
Genetik	26	17,8
Fikrim yok	36	24,7
Hastalığı Tanımlamaya İlişkin Görüşler		
Kolay/normal/tedavi edilebilen bir hastalık	36	24,7
Zor/berbat/kötü/yorucu/tedavi edilemeyen bir hastalık	87	59,6
Bilmiyorum/ Fikrim yok/anlamıyorum	23	15,8
Hastalığa Bağlı Belirtiler		
Duygulanım-duygudurum	18	12,3
Bilişsel belirtiler	36	24,7
Davranışsal belirtiler	10	6,8
Fiziksel belirtiler	18	12,3
Çoklu belirtiler*	20	13,7
Belirti yok/fikrim yok/bilmiyorum/iyiyim	44	30,1
Hastalığa Bağlı Aile İçinde Yaşanan Sorunlar		
Tartışma/geçimsizlik/ huzursuzluk/anlaşamama	39	26,7
Yalnızlık/istenilmeme	27	18,5
Beklenen görevleri yerine getiremediği için eleştirilme/kızma/bağırma/fiziksel şiddet görme /huzursuzluk/geçimsizlik	15	10,3
Sorun yaşamıyorum	65	44,5
Hastalığa Bağlı Arkadaşlar ve Çevre ile Yaşanan Sorunlar		
İnsanların kendisi ile ilişki kurmak istemediğini düşünüyor	35	24,0
İnsanlar ile ilişki kurmak istemiyor	18	12,3
İnsanlar ile ilişki kurmak istiyor ancak başaramıyor	5	3,4
Sorun yaşamıyor	88	60,3

n: Sayı, %: Yüzde

*Bilişsel/Fiziksel/Algılama/Düşünce içeriği/Duygulanım, Fiziksel/Konuşma/Duygulanım, Bilişsel/Fiziksel, Fiziksel/Algılama Davranış/Duygulanım, Algılama/Davranış, Algılama/Düşünce/Duygulanım.

Çizelge 4.3'te hastaların hastalıklarına ilişkin görüşleri verilmiştir. Hastaların %44,5'inin hastalık nedeni olarak kötü/zorlayıcı/stresli/olumsuz yaşam deneyimleri bildirdikleri, %59,6'sının hastalığı zor/berbat/kötü/yorucu/tedavi edilemeyen bir hastalık olarak tanımladığı, %30,1'inin hastalık belirtisinin olmadığı, %44,5'inin hastalığa yönelik aile içinde sorun yaşamadığı, %60,3'ünün hastalığa yönelik arkadaşları ve çevresindeki diğer kişiler ile sorun yaşamadığı belirlenmiştir.

Çizelge 4.4. Hastaların TRSM’den yararlanma özellikleri

	$\bar{X} \pm SS$	$\tilde{X}$ [min – max]
TRSM’ye Gelme Süresi (yıl)	1,94±1,36	2,02[0,06-6,00]
TRSM’ye Gelme Sıklığı (gün)	18,94±21,99	15[1-120]
	n	%
TRSM’ye Gelme Nedeni		
Kontrol için	41	28,1
İlaç yazdırmak için	59	40,4
Terapi seansı için	31	21,2
Hastalığımla ilgili bazı şeyleri danışmak sormak için	15	10,3
TRSM’ye Gelme Süresi		
1 yıl ve altı	34	23,3
1 – 2 yıl	36	24,7
2 – 3 yıl	40	27,4
3 yıl ve üzeri	36	24,7
TRSM’ye Gelme Düzeni		
Düzenli	108	74,0
Düzensiz	38	26,0
TRSM’ye Gelme Sıklığı		
Her gün	32	21,9
Haftada en az 2 en çok 6 kez	37	25,3
2-3 haftada bir kez	25	17,1
Ayda bir kez	41	28,1
1 aydan uzun süreler ile	11	7,5
TRSM Etkinliklerine Katılma Durumu		
Katılıyor*	50	34,2
Katılmıyor	96	65,8

*Müzik/Spor/El işi/el sanatları/oyun aktiviteleri/psikoeğitim/grup terapileri

$\bar{X}$: Ortalama, SS: Standart sapma, $\tilde{X}$: Ortanca (Medyan), Min: Minimum, Max: Maksimum, n: Sayı, %: Yüzde

Çizelge 4.4’te hastaların TRSM’den yararlanma özelliklerine ilişkin bulgular verilmiştir. Hastaların %40,4’ünün ilaç yazdırmak için, %28,1’inin ayda bir kez, %74’ünün düzenli olarak, %27,4’ünün 2-3 yıl süresince TRSM’ye geldikleri belirlenmiştir. Hastaların %65,8’inin etkinliklere katılmadığı bulunmuştur.

4.2. ÖZİDÖ ve RHİDÖ Puanlarına İlişkin Bulgular

Çizelge 4.5. ÖZİDÖ ve RHİDÖ puanları

Ölçek ve alt ölçek puanları		
	$\bar{X} \pm SS$	$\tilde{X}$ [min – max]
ÖZİDÖ	51,37±17,06	50,5 [17-85]
RHİDÖ	Yabancılaşma	14,21±4,65
	Kalıp Yargıların Onaylanması	14,99±4,54
	Algılanan Ayrımcılık	12,08±3,87
	Sosyal Geri Çekilme	13,91±4,55
	Damgalamaya Karşı Direnç	12,77±3,69
	Toplam	67,96±17,97

$\bar{X}$: Ortalama, SS: Standart sapma, $\tilde{X}$: Ortanca (Medyan), Min: Minimum, Max: Maksimum

Çizelge 4.5'te ölçek toplam puanları ve alt ölçek toplam puanlarına ait özellikler verilmiştir. ÖZİDÖ toplam puanına ait ortalama 51,37±17,06 ve medyanı 50,5 [17-85] olarak hesaplanmıştır. RHİDÖ alt ölçeklerinden; Yabancılaşma alt ölçeği puan ortalaması 14,21±4,65 ve medyanı 14 [6-24], Kalıp Yargıların Onaylanması alt ölçeği puan ortalaması 14,99±4,54 ve medyanı 15 [7-28], Algılanan Ayrımcılık alt ölçeği puan ortalaması 12,08±3,87 ve medyanı 12 [5-20], Sosyal Geri Çekilme alt ölçeği puan ortalaması 13,91±4,55 ve medyanı 13 [6-24], Damgalamaya Karşı Direnç alt ölçeği puan ortalaması 12,77±3,69 ve medyanı 13 [5-20] olarak belirlenmiştir. RHİDÖ ölçek toplam puan ortalaması 67,96±17,97 ve medyanı 68 [32-116] olarak hesaplanmıştır.

4.3. ÖZİDÖ ve RHİDÖ Puanlarının İlişkisi

Çizelge 4.6. ÖZİDÖ ve RHİDÖ puanlarının ilişkisi

		RHİDÖ					
ÖZİDÖ		Yabancılaşma	Kalıp Yargıların Onaylanması	Algılanan Ayrımcılık	Sosyal Geri Çekilme	Damgalamaya Karşı Direnç	Toplam
	r	-0,391**	-0,365**	-0,422**	-0,361**	-0,615**	-0,475**
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

r: Spearman rank korelasyonu, p<0,05 Anlamlılık düzeyi, **: p<0,001 anlamlılık düzeyi.

Çizelge 4.6’da ÖZİDÖ ve RHİDÖ puanları arasındaki korelasyonlar verilmiştir. ÖZİDÖ toplam puanları ile Yabancılaşma ($r=-0,391$), Kalıp Yargıların Onaylanması ($r=-0,365$), Algılanan Ayrımcılık ($r=-0,422$), Sosyal Geri Çekilme ($r=-0,361$), Damgalamaya Karşı Direnç ($r=-0,615$) ve RHİDÖ toplam ($r=-0,475$) puanları arasında negatif yönlü orta düzey korelasyon saptanmıştır.

4.4. Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre ÖZİDÖ ve RHİDÖ Puanları

Hastaların tanımlayıcı özelliklerine (sosyodemografik özellikleri, hastalık ile ilgili özellikleri, hastalığa ilişkin görüşleri, TRSM’den yararlanma özellikleri) göre ÖZİDÖ ve RHİDÖ puanlarına ilişkin bulgular bu başlık altında verilmiştir.

Çizelge 4.7. Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre ÖzİDÖ ve RHİDÖ puanları

	ÖzİDÖ			RHİDÖ											
				Yabancılaşma		Kalıp Yargıların Onaylanması		Algılanan Ayrımcılık		Sosyal Geri Çekilme		Damgalamaya Karşı Direnç		Toplam	
	n	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X}$ [min max]	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X}$ [min max]	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X}$ [min max]	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X}$ [min max]	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X}$ [min max]	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X}$ [min max]	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X}$ [min max]
Cinsiyet															
Kadın	48	50±16	48 [25-85]	13,9±4,5	13,5 [6-24]	14,3±4,3	14 [7-24]	11,9±3,8	11,5 [5-20]	13,5±4,3	13 [6-24]	13,2±3,4	13,5 [7-20]	66,9±16,6	66 [32-102]
Erkek	98	52,1±17,6	53,5 [17-85]	14,3±4,8	14,5 [6-24]	15,3±4,6	16 [7-28]	12,2±3,9	12 [5-20]	14,1±4,7	14 [6-24]	12,6±3,8	12 [5-20]	68,5±18,9	69 [35-116]
Test istatistiği; p değeri		U=2153,0 p=0,407		t=-0,486 p=0,628		t=-1,232 p=0,22		t=-0,346 p=0,73		t=-0,802 p=0,424		U=2054,0 p=0,212		t=-0,499 p=0,619	
Eğitim durumu															
İlkokul	56	48,2±15,6	49 [17-80]	14,1±4,1	14 [6-22]	15,5±4,4	15 [7-25]	12,2±3,7	12 [5-20]	13,7±4,6	13 [6-24]	13,1±3,7	13 [5-20]	68,6±16,2	68 [37-102]
Ortaokul	36	52,8±16,6	55 [21-85]	14,5±4,9	14 [6-24]	15,6±4,8	16 [7-28]	12,4±4	12 [5-20]	14,1±4,5	13,5 [6-24]	13,5±3,1	14 [8-20]	70,1±18,7	70 [35-116]
Lise	37	51,3±17,2	51 [17-79]	15,3±4,7	15 [6-24]	14,8±4,3	15 [8-27]	12,2±3,8	12 [5-20]	14,8±4,4	14 [8-24]	12,3±4,1	12 [5-20]	69,5±18,2	69,0 [38-110]
Üniversite	17	59,1±20,8	66 [24-85]	11,8±4,8	11 [6-24]	12,6±4,5	12 [7-25]	10,5±4,3	11 [5-20]	12,1±4,6	12 [6-24]	11,2±3,6	10 [8-20]	58,2±20,0	57 [32-113]
Test istatistiği; p değeri		F=1,93 p=0,127		F=2,367 p=0,073		F=2,036 p=0,112		F=1,125 p=0,341		F=1,406 p=0,244		KW=6,818 p=0,078		F=1,995 p=0,117	
Medeni Durum															
Evli	44	55,4±16,9	53 [25-85]	13,0±4,4	12 [6-24]	14,0±4,5	14 [7-28]	11,2±4,0	11 [5-20]	13,1±4,6	12 [6-24]	12,0±3,8	11 [5-20]	63,2±18,0	63 [32-116]
Bekar	102	49,6±16,9	50 [17-79]	14,8±4,7	15 [6-24]	15,5±4,5	16 [7-27]	12,4±3,8	12 [5-20]	14,3±4,5	14 [6-24]	13,1±3,6	13 [5-20]	70,1±17,7	71 [35-113]
Test istatistiği; p değeri		U=1858,5 p=0,079		t=-2,157 p=0,033*		t=-1,861 p=0,065		U=1820,5 p=0,054		U=1921,5 p=0,136		U=1804,5 p=0,046*		t=-2,152 p=0,033*	
Yaşadığı yer															
Kendi evim	108	51,3±17,7	49,5 [17-85]	14±4,5	14 [6-24]	15,2±4,6	15 [7-28]	12±3,7	12 [5-20]	13,8±4,5	13 [6-24]	12,7±3,7	12 [5-20]	67,7±17,7	68 [32-116]
Yatılı bakım merkezi/Korumalı ev	38	51,7±15,4	52,5 [25-79]	14,7±5,2	15,5 [6-24]	14,5±4,3	15 [7-23]	12,3±4,4	11 [5-20]	14,2±4,7	14 [6-24]	13,1±3,6	13,5 [6-20]	68,8±18,9	67,5 [35-106]
Test istatistiği; p değeri		t=-0,143 p=0,887		t=-0,778 p=0,438		t=-0,737 p=0,463		U=2028,0 p=0,914		U=1960,0 p=0,681		U=1901,0 p=0,499		t=-0,320 p=0,750	
Birlikte yaşadığı kişiler															
Ebeveynler ile	42	52,6±17,5	53 [17-79]	14,8±4,5 ^a	15 [6-24]	16,1±4,4	16 [8-27]	12,4±3,1	12 [7-20]	14,9±4,5	14 [7-24]	12,4±3,4	12 [5-20]	70,5±17,5	71 [38-110] ^a
Eş ve çocuklar	33	57,5±16,2	59 [28-85] ^a	11,8±4 ^{a,b}	12 [6-24]	13,4±4,8	13 [7-28]	10,5±3,7	11 [5-20]	12,4±4,5	12 [6-24]	11,1±3,4	11 [5-20] ^{a,b}	59,2±17,3	61 [32-116] ^{a,b}
Kardeşinin/Çocuğunun ailesi ile	26	47,4±16,3	43,5 [24-76]	15,3±4,4 ^b	15 [6-24]	15,9±4,5	15,5 [7-25]	13,1±3,5	12,5 [5-20]	14,1±4,1	13,5 [6-24]	14±3,6	14 [8-20] ^a	72,4±16,4	71 [38-113] ^b
Yalnız	8	34,4±18,9	29,5 [17-69] ^b	14±4,6	14,5 [6-21]	14,6±3,9	15 [7-19]	12,3±5,5	13,5 [5-20]	12,1±4,5	12 [6-18]	15,5±4,1	15,5 [8-20] ^b	68,5±17,3	70 [38-93]
Kurum	37	51±15	52 [25-79]	14,9±5	16 [6-24]	14,7±4,3	15 [7-23]	12,4±4,4	11 [5-20]	14,3±4,7	14 [6-24]	13,2±3,6	14 [6-20]	69,6±18,5	69 [35-106]
Test istatistiği; p değeri		KW=11,835 p=0,019*		F=3,306 p=0,019*		KW=8,654 p=0,070		KW=7,942 p=0,094		F=1,847 p=0,123		KW=15,510 p=0,004*		KW=11,680 p=0,020*	

$\bar{X}$: Ortalama, SS: Standart sapma, $\bar{X}$: Ortanca (Medyan), Min: Minimum, Max: Maksimum, n: Sayı, t: Bağımsız örneklem t testi, U: Mann Whitney U testi, KW: Kruskal Wallis testi, F: Tek yönlü ANOVA testi, *p<0,05 anlamlılık düzeyi, a/b: Bonferroni/Dunn testine göre ilişki bulunan gruplar.

Çizelge 4.7. (devam) Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre ÖzİDÖ ve RHİDÖ puanları

ÖzİDÖ			RHİDÖ												
			Yabancılaşma		Kalıp Yargıların Onaylanması		Algılanan Ayrımcılık		Sosyal Geri Çekilme		Damgalamaya Karşı Direnç		Toplam		
n	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X}$ [min max]	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X}$ [min max]	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X}$ [min max]	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X}$ [min max]	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X}$ [min max]	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X}$ [min max]	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X}$ [min max]	
Çalışma Durumu															
Çalışıyor	18	64,8±13,3	67[38-85]	11,4±4,5	10,5[6-21]	12,9±4,4	12[7-22]	9,7±3,2	10[5-16]	11,9±4,2	12[6-20]	10,1±2,5	9,5[6-15]	56±15,7	57[32-82]
Çalışmıyor	128	49,5±16,7	49[17-85]	14,6±4,5	14,5[6-24]	15,3±4,5	15[7-28]	12,4±3,8	12[5-20]	14,2±4,5	14[6-24]	13,1±3,7	13[5-20]	69,6±17,7	69[35-116]
Test istatistiği; p değeri	t=3,732 p<0,001*		t=-2,810 p=0,006*		t=-2,070 p=0,040*		U=685,0 p=0,005*		U=809,0 p=0,041*		U=580,0 p=0,001*		t=-3,304 p=0,002*		
En uzun süre yaşanan yer															
Kırsal	47	48,2±14,5	47 [26-84]	14,4±4,2	15 [6-23]	15,1±4,6	16 [7-27]	12,7±4,0	13 [5-20]	13,9±4,7	13 [6-24]	13,3±3,4	13 [7-20]	69,4±17,6	70 [35-110]
Kent	99	52,9±18,0	53 [17-85]	14,1±4,8	13 [6-24]	14,9±4,5	15 [7-28]	11,8±3,8	12 [5-20]	13,9±4,5	13 [6-24]	12,5±3,8	12 [5-20]	67,3±18,2	66 [32-116]
Test istatistiği; p değeri	U=1923,0 p=0,091		U=2181,5 p=0,543		t=0,246 p=0,806		U=2009,0 p=0,182		U=2312,0 p=0,951		U=2024,0 p=0,203		t=0,678 p=0,499		

$\bar{X}$: Ortalama, SS: Standart sapma, $\bar{X}$: Ortanca (Medyan), Min: Minimum, Max: Maksimum, n: Sayı, t: Bağımsız örneklem t testi, U: Mann Whitney U testi, KW: Kruskal Wallis testi, F: Tek yönlü ANOVA testi, *p<0,05 anlamlılık düzeyi.

Çizelge 4.7’de hastaların sosyodemografik özellikleri ile ÖzİDÖ ve RHİDÖ puanlarının karşılaştırılması verilmiştir.

Hastaların evde birlikte yaşadıkları kişilere göre ÖzİDÖ puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (KW=11,835, $p=0,019$). Farkın kaynaklandığı grupları belirlemek için yapılan post hoc karşılaştırmalarda yalnız yaşayan hastalar ile eşi ve çocukları ile yaşayan hastaların puan ortancaları arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,019$). Yalnız yaşayan hastaların ÖzİDÖ puan ortancaları anlamlı olarak düşük bulunmuştur.

Hastaların çalışma durumlarına göre ÖzİDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($t=3,732$, $p<0,001$). Düzenli gelir getiren bir işte çalışmayan hastaların puan ortalamaları anlamlı olarak düşük bulunmuştur.

Hastaların medeni durumlarına göre RHİDÖ puanları karşılaştırıldığında; Yabancılaşma ($t=-2,157$ $p=0,033$), Damgalanmaya Karşı Direnç ($U=1804,5$ $p=0,046$) alt ölçeklerinde ve RHİDÖ toplam puanında ($t=-2,152$ $p=0,033$) istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Bekar olan hastaların Yabancılaşma, Damgalanmaya Karşı Direnç alt ölçek puan ortalaması ve ortancaları ile RHİDÖ toplam puan ortalamaları evli olan hastalara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Hastaların evde birlikte yaşadıkları kişilere göre RHİDÖ puanları karşılaştırıldığında; Damgalamaya Karşı Direnç (KW=15,510, $p=0,004$), Yabancılaşma ($F=3,306$, $p=0,019$) alt ölçekleri ve RHİDÖ toplam (KW=11,680, $p=0,020$) puan ortalaması ve ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Damgalamaya Karşı Direnç alt ölçeğinde farkın kaynaklandığı grupları belirlemek için yapılan post hoc karşılaştırmalarda eşi ve çocukları ile yaşayan hastalar ile kardeşinin/çocuğunun ailesi ile yaşayan hastaların puan ortancaları arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,017$). Kardeşinin/çocuğunun ailesi ile birlikte yaşayan hastaların puan ortancaları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Aynı alt ölçekte yalnız yaşayan hastalar ile eşi ve çocukları ile yaşayan hastaların puan ortancaları arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,026$). Yalnız yaşayan hastaların puan ortancaları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Yabancılaşma alt ölçeğinde farkın kaynaklandığı grupları belirlemek için yapılan post hoc karşılaştırmalarda eşi ve çocukları ile yaşayan hastalar ile ebeveynleri ile yaşayan hastaların puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmıştır.

($p=0,049$). Ebeveynleri ile birlikte yaşayan hastaların puan ortalamaları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Aynı alt ölçekte eşi ve çocukları ile yaşayan hastalar ile kardeşinin/çocuğunun ailesi ile yaşayan hastaların puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,033$). Kardeşinin/çocuğunun ailesi ile yaşayan hastaların puan ortalamaları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. RHİDÖ toplam puanında farkın kaynaklandığı grupları belirlemek için yapılan post hoc karşılaştırmalarda; eşi ve çocukları ile yaşayan hastalar ile ebeveynleri ile yaşayan hastaların puan ortancaları arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,040$). Ebeveynleri ile yaşayan hastaların puan ortancaları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Ek olarak RHİDÖ toplam puanında eşi ve çocukları ile yaşayan hastalar ile kardeşinin/çocuğunun ailesi ile birlikte yaşayan hastaların puan ortancaları arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,036$). Kardeşinin/çocuğunun ailesi ile birlikte yaşayan hastaların puan ortancaları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

Hastaların çalışma durumlarına göre RHİDÖ puanları karşılaştırıldığında; Yabancılaşma ($t=2,810$, $p=0,006$), Kalıp Yargıların Onaylanması ($t=2,070$, $p=0,040$), Algılanan Ayrımcılık ($U=685,0$, $p=0,005$), Sosyal Geri Çekilme ($U=809,0$, $p=0,041$), Damlamaya Karşı Direnç ($U=580,0$, $p=0,001$) alt ölçek puan ortalama ve ortancaları, RHİDÖ toplam ($t=3,304$, $p=0,002$) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Düzenli gelir getiren bir işte çalışmayan hastaların RHİDÖ puan ortalama ve ortancaları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

Hastaların cinsiyeti, eğitim durumu, yaşadıkları yer özelliklerine (barınma özellikleri, en uzun süre yaşadıkları yer) göre ÖZİDÖ ve RHİDÖ alt ölçek ve toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Hastaların medeni durumuna göre ÖZİDÖ puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$).

Çizelge 4.8. Hastaların hastalık özelliklerine göre ÖzİDÖ ve RHİDÖ puanları

ÖzlDÖ			RHİDÖ												
			Yabancılaşma		Kalıp Yargıların Onaylanması		Algılanan Ayrımcılık		Sosyal Geri Çekilme		Damgalamaya Karşı Direnç		Toplam		
	n	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X}$ [min max]	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X}$ [min max]	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X}$ [min max]	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X}$ [min max]	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X}$ [min max]	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X}$ [min max]	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X}$ [min max]
Hastalık Süresi (yıl)															
1-10	37	56,7±17 ^a	61[24-85]	14,3±5,1	14[6-24]	15,1±4,8	15[8-27]	12,2±4,3	12[5-20]	14±4,8	13[6-24]	13±4,1	13[6-20]	68,6±20,1	66[36-113]
11-20	48	52,7±16,9	52,5[21-81]	14,2±5	13,5[6-24]	14,4±4,5	15[7-24]	11,9±4	12[5-20]	14±4,4	14[6-24]	12,9±3,4	12,5[7-20]	67,3±18,6	68,5[32-106]
21-30	36	50,6±16,2	48,5[17-79]	14,7±4,5	14[6-24]	16,2±4,9	16[7-28]	12,3±3,5	12[5-20]	14,2±4,9	13[6-24]	12,2±3,7	12[5-20]	69,5±18,3	68[35-116]
30 yıl üstü	25	42±15,6 ^a	42[17-84]	13,4±3,4	14[6-19]	14,2±3,2	14[8-19]	12±3,6	12[5-20]	13,3±3,9	14[6-20]	13±3,7	13[8-20]	66±13,1	69[42-91]
Test istatistiği; p değeri	F=4,042 p=0,009*			F=7,544 p=0,793		F=1,374 p=0,253		F=0,116 p=0,950		F=0,182 p=0,909		KW=0,540 p=0,763		F=0,228 p=0,877	
Yatış Sayısı															
1-3 kez	50	55,7±17,9	61,5 [17-85] ^a	13,9±4,5	14 [6-24]	14,7±4,2	15 [7-27]	11,9±3,7	11,5 [5-20]	13,5±4,2	13 [6-24]	12,6±3,7	12 [6-20]	66,6±18	67 [32-110]
4-8 kez	48	52,2±16	51 [24-85]	14,1±4,6	14 [6-24]	14,5±4,9	14 [7-25]	11,5±3,9	11 [5-20]	14±4,6	13 [6-24]	12,2±3,9	11 [5-20]	66,3±18,4	67 [38-113]
9 ve üstü	48	46±16	44 [17-79] ^a	14,7±4,9	14,5 [6-24]	15,8±4,6	16 [7-28]	12,8±3,9	12 [5-20]	14,2±5	14 [6-24]	13,6±3,4	13,5 [8-20]	71,1±17,5	69,5 [35-116]
Test istatistiği; p değeri	KW=8,305 p=0,016*			F=0,400 p=0,671		F=1,081 p=0,342		KW=3,030 p=0,220		F=0,298 p=0,742		F=1,791 p=0,170		F=1,070 p=0,346	
İlaç Kullanım Düzeni															
Düzenli	128	51,1±17,1	50 [17-85]	14,1±4,7	14 [6-24]	14,8±4,5	15 [7-28]	12±3,9	12 [5-20]	13,9±4,5	13 [6-24]	12,8±3,7	13 [5-20]	67,5±18,1	68 [32-116]
Düzensiz	18	53±17,2	52 [24-80]	14,9±4,2	15 [9-24]	16,1±4,5	15,5 [9-25]	12,8±3,8	12,5 [6-20]	14,3±4,7	13 [7-24]	12,8±4	12 [7-20]	70,9±16,9	71,5 [43-113]
Test istatistiği; p değeri	t=-0,432 p=0,667			t=-0,665 p=0,507		t=-1,062 p=0,290		U=1013,5 p=0,408		U=1116,0 p=0,830		U=1139,0 p=0,938		t=-0,738 p=0,462	
Kontrolle Gelme Düzeni															
Düzenli	117	53,5±17,3	54 [17-85]	13,5±4,5	13 [6-24]	14,5±4,5	15 [7-28]	11,5±3,6	11 [5-20]	13,6±4,4	13 [6-24]	12,3±3,5	12 [5-20]	65,4±17,3	65 [32-116]
Düzensiz	29	42,9±13,2	43 [21-80]	17,1±4,2	17 [10-24]	16,9±4,2	16 [9-25]	14,2±4,1	14 [5-20]	15,2±4,9	14 [6-24]	14,8±3,7	14 [7-20]	78,1±17,2	75 [43-113]
Test istatistiği; p değeri	U=1073,0 p=0,002*			t=-3,881 p<0,001*		t=-2,524 p=0,013*		U=1041,0 p=0,001*		U=1389,0 p=0,130		U=1053,5 p=0,002*		t=-3,528 p=0,001*	
Hastalığa bağlı yaşanan sorunlarda destek olan kişiler															
Ailem	97	52,9±16,3	53 [17-85]	13,6±4,7	13 [6-24]	14,6±4,6	15 [7-27]	11,4±3,6	11 [5-20] ^a	13,7±4,7	13 [6-24]	12,2±3,4	12 [5-20] ^a	65,6±18,5	66 [32-113]
Akraba/Arkadaş/Komşu	17	44,1±20,6	38 [17-79]	15,6±3,9	16 [10-24]	17,3±4	17 [9-28]	13,4±3,7	13 [5-20]	14,4±4,2	14 [6-24]	15,4±3,7	15 [9-20] ^a	76±14,6	75 [55-116]
Sağlık personeli	15	58,8±16,3	63 [25-79]	14,5±4,4	14 [8-24]	14,9±4	14 [10-22]	11,4±3	11 [6-17]	13,6±3,5	14 [9-20]	12,4±3,9	11 [8-20]	66,8±12,9	70 [48-89]
Hiç kimse destek olmuyor	17	43,4±13,9	43 [26-80]	16,1±4,8	17 [7-24]	14,8±4,9	14 [7-24]	15,1±4,8	16 [6-20] ^a	14,9±4,8	15 [7-24]	13,6±3,9	14 [7-20]	74,5±19,2	71 [43-103]
Test istatistiği; p değeri	F=3,651 p=0,014*			F=2,093 p=0,104		F=1,700 p=0,170		KW=12,938 p=0,005*		KW=0,965 p=0,810		KW=10,317 p=0,016*		F=2,651 p=0,057	

$\bar{X}$: Ortalama, SS: Standart sapma, $\tilde{X}$: Ortanca (Medyan), Min: Minimum, Max: Maksimum, n: Sayı, t: Bağımsız örneklem t testi, U: Mann Whitney U testi, KW: Kruskal Wallis testi, F: Tek yönlü ANOVA testi, *p<0,05 anlamlılık düzeyi, a: Bonferroni/Dunn testine göre ilişki bulunan gruplar.

Çizelge 4.8’de hastaların hastalık özellikleri ile ÖzİDÖ ve RHİDÖ puanlarının karşılaştırılması verilmiştir.

Hastaların sahip oldukları hastalık süresine göre ÖzİDÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($F=4,042$, $p=0,009$). Farkın kaynaklandığı grupları belirlemek için yapılan post hoc karşılaştırmalarda 1-10 yıl arası ile 30 yıl ve üstü hastalık süresine sahip hastaların puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,005$). 30 yıl ve üstü hastalık süresine sahip olan hastaların puan ortalamaları anlamlı olarak düşük bulunmuştur.

Hastaların hastane yatış sayılarına göre ÖzİDÖ puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($KW=8,305$, $p=0,016$). Farkın kaynaklandığı grupları belirlemek için yapılan post hoc karşılaştırmalarda hastaneye 1-3 kez yatan hastalar ile 9 ve üzeri yatış sayısına sahip olan hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,012$). 9 ve üzeri yatış sayısına sahip olan hastaların puan ortancası anlamlı olarak düşük bulunmuştur.

Hastaların kontrollere gitme düzenine göre ÖzİDÖ puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($U=1073,0$, $p=0,002$). Kontrollere düzenli olarak gelmeyen hastaların puan ortancaları anlamlı olarak düşük bulunmuştur.

Hastalara, hastalıkları ile ilgili yaşadıkları sorunlarda destek olan kişilere göre ÖzİDÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanırken ($F=3,651$, $p=0,014$); farkın kaynaklandığı grupları belirlemek için yapılan post hoc karşılaştırmalarda gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Hastaların ilaç kullanma düzenlerine göre ÖzİDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Hastalara, hastalıkları ile ilgili yaşadıkları sorunlarda destek olan kişilere göre RHİDÖ puanları karşılaştırıldığında; Algılanan Ayrımcılık ($KW=12,938$, $p=0,005$) ve Damgalamaya Karşı Direnç ($KW=10,317$, $p=0,016$) alt ölçek puan ortancalarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Algılanan Ayrımcılık alt ölçeğinde farkın kaynaklandığı grupları belirlemek için yapılan post hoc karşılaştırmalarda ailesi destek olan hastalar ile hiç kimsenin destek olmadığını bildiren hastaların puan ortancaları arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,005$). Hastalıkla ilgili yaşanan sorunlarda hiç

kimsenin destek olmadığını bildiren hastaların puan ortancaları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Damgalamaya Karşı Direnç alt ölçeğinde farkın kaynaklandığı grupları belirlemek için yapılan post hoc karşılaştırmalarda ailesi destek olan hastalar ile akraba/arkadaş/komşu desteği alan hastalar arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,016$). Hastalıkla ilgili yaşanan sorunlarda akraba/arkadaş/komşu desteği alan hastaların puan ortancaları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

Hastaların kontrollere gitme düzenine göre RHİDÖ puanları karşılaştırıldığında; Yabancılaşma ($t=3,881$, $p<0,001$), Kalıp Yargıların Onaylanması ($t=2,524$, $p=0,013$), Algılanan Ayrımcılık ($U=1041,0$, $p=0,001$), Damgalamaya Karşı Direnç ($U=1053,5$, $p=0,002$) ve RHİDÖ toplam ($t=3,528$, $p=0,001$) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Kontrollere düzenli olarak gelmeyen hastaların Yabancılaşma, Kalıp Yargıların Onaylanması, Algılanan Ayrımcılık, Damgalamaya Karşı Direnç alt ölçekleri ile RHİDÖ toplam puan ortalama ve ortancaları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

Hastaların sahip oldukları hastalık süresine, ilaç kullanma düzenlerine, hastane yatış sayısına göre RHİDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 4.9. Hastaların hastalığa ilişkin görüşlerine göre ÖZİDÖ ve RHİDÖ puanları

ÖzİDÖ			RHİDÖ												
			Yabancılaşma		Kalıp Yargıların Onaylanması		Algılanan Ayrımcılık		Sosyal Geri Çekilme		Damgalamaya Karşı Direnç		Toplam		
n	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X}$ [min max]	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X}$ [min max]	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X}$ [min max]	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X}$ [min max]	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X}$ [min max]	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X}$ [min max]	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X}$ [min max]	
Hastalık nedenine ilişkin görüşler															
Kötü/zorlayıcı/stresli/olumsuz yaşam deneyimleri	65	48,6±17,7	47 [17-80]	15±5,4	16 [6-24]	16±5,2 ^a	16 [7-28]	12,8±4,4	13 [5-20]	14,9±5,3	15 [6-24]	13,5±4,3	14 [5-20]	72,2±21,6 ^a	73 [35-116]
Kaderci yaklaşım	19	49,5±15,7	48 [25-79]	14,9±4,2	14 [8-24]	14,8±3,5	15 [9-23]	12±3,7	11 [5-20]	14,1±4,3	14 [6-24]	13,6±2,6	13 [10-20]	69,3±14,6	70 [46-104]
Genetik	26	59,3±18,9	64,5 [17-85]	12,3±3,9	12,5 [6-21]	12,6±3,3 ^a	12 [7-19]	10,6±3,6	10,5 [5-20]	11,8±3,3	12,5 [6-18]	11,6±3,2	11 [8-20]	58,9±14,1 ^a	61,5 [32-86]
Fikrim yok	36	51,6±13,7	50 [17-79]	13,7±3,5	13,5 [6-21]	15±4	15 [7-25]	11,8±2,8	12 [5-20]	13,6±3,3	13 [6-20]	11,9±3	11,5 [5-20]	66±11,5	68,5 [38-89]
Test istatistiği; p değeri	KW=7,457 p=0,059		F=2,561 p=0,057		F=3,690 p=0,013*		F=2,173 p=0,094		KW=7,086 p=0,069		KW=7,565 p=0,056		F=3,055 p=0,030*		
Hastalığı tanımlamaya ilişkin görüşler															
Kolay/normal/tedavi edilebilen bir hastalık	36	51,6±18,6	52 [17-85]	12,8±4,4	12,5 [6-24]	13,9±4,1	14 [7-25]	10,4±3,6 ^a	11 [5-20]	12,7±4,5	13 [6-24]	11,9±3,6	11,5 [5-20]	61,8±17,1 ^a	62 [32-113]
Zor/ berbat/ kötü/ yorucu/tedavi edilemeyen bir hastalık	87	50,7±16,4	50 [25-85]	14,8±4,5	15 [6-24]	15,2±4,5	16 [7-28]	12,7±3,8 ^a	12 [5-20]	14,4±4,5	14 [6-24]	13,4±3,6	14 [6-20]	70,5±17,7 ^a	70 [35-116]
Bilmiyorum/ fikrim yok/ anlamıyorum	23	53,7±17,5	52 [25-79]	14±5,2	13 [6-24]	16±5	15 [9-27]	12,3±3,9	12 [6-20]	14±4,5	13 [6-24]	11,9±4	11 [5-20]	68,2±18,8	66 [37-110]
Test istatistiği; p değeri	F=0,284 p=0,753		KW=5,909 p=0,052		F=1,170 p=0,174		F=4,522 p=0,012*		F=1,903 p=0,153		KW=5,824 p=0,054		F=3,080 p=0,049*		
Hastalığa bağlı belirtiler															
Duygulanım - duygudurum	18	49,2±20,2	45 [17-84]	15,8±4,8	16,5 [9-24]	15,7±3,8	16 [8-23]	12,3±3,2	12 [6-18]	14,5±4,5	14,5 [7-24]	13,6±4	13,5 [6-20]	71,9±16,9	71,5 [38-104]
Bilişsel	36	52,5±17,4	52 [25-85]	14,1±4,9	14 [6-24]	14,3±5,3	13 [7-28]	12,1±4,3	12 [5-20]	13,7±5,4	14 [6-24]	12,8±3,3	13 [8-20]	67±20,4	65,5 [35-116]
Davranış	10	51,8±12,5	50,5 [33-71]	14,4±5,4	15,5 [6-24]	14,8±4	16 [7-19]	12,5±4,5	13,5 [5-20]	13,1±4,7	13 [6-21]	12,8±3,8	12,5 [8-20]	67,6±20,2	73 [32-98]
Fiziksel	18	53,2±16,9	57 [25-76]	14,1±3,5	14,5 [9-22]	15,5±3,6	17 [9-19]	11,9±3,4	11,5 [6-20]	14,6±4,2	14,5 [8-24]	11,9±3,9	12 [5-19]	68±14,5	68,5 [39-101]
Çoklu belirtiler**	20	49,5±17	49 [24-80]	16,2±5,2	17 [6-24]	16,6±5,3	16 [7-25]	13,8±4,4	15 [6-20]	15,7±4,8	17 [7-24]	14±4,5	13,5 [7-20]	76,2±20,6	79,5 [36-113]
Belirti yok/ fikrim yok/ bilmiyorum/ iyiyim	44	51,4±17,2	50,5 [17-81]	12,8±4	12 [6-24]	14,4±4,2	14 [7-27]	11,1±3,4	11 [5-20]	13±3,6	12,5 [6-23]	12,3±3,3	12 [5-20]	63,5±14,9	63 [38-110]
Test istatistiği; p değeri	F=0,174 p=0,972		F=2,133 p=0,065		KW=6,605 p=0,252		F=1,356 p=0,245		KW=5,785 p=0,328		KW=3,244 p=0,662		KW=9,964 p=0,076		

**Bilişsel/Fiziksel/Algılama/Düşünce içeriği/Duygulanım, Fiziksel/Konuşma/Duygulanım, Bilişsel/Fiziksel, Davranış/Duygulanım, Algılama/Davranış, Algılama/Düşünce/Duygulanım, Fiziksel/Algılama,

$\bar{X}$: Ortalama, SS: Standart sapma, $\bar{X}$: Ortanca (Medyan), Min: Minimum, Max: Maksimum, n: Sayı, t: Bağımsız örneklem t testi, U: Mann Whitney U testi, KW: Kruskal Wallis testi, F: Tek yönlü ANOVA testi, *p<0,05 anlamlılık düzeyi, a: Bonferroni/Dunn testine göre ilişki bulunan gruplar.

Çizelge 4.9. (devam) Hastaların hastalığa ilişkin görüşlerine göre ÖzİDÖ ve RHİDÖ puanları

ÖzİDÖ			RHİDÖ											
			Yabancılaşma		Kalıp Yargıların Onaylanması		Algılanan Ayrımcılık		Sosyal Geri Çekilme		Damgalamaya Karşı Direnç		Toplam	
n	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X}$ [min max]	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X}$ [min max]	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X}$ [min max]	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X}$ [min max]	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X}$ [min max]	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X}$ [min max]	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X}$ [min max]
Hastalığa bağlı aile içinde yaşanan sorunlar														
Tartışma/ geçimsizlik/ huzursuzluk/ anlaşılamama	39	51,3±16	53 [25-85]	14,6±5	15 [6-24]	15,6±4,6	16 [7-27]	12,3±3,4	12 [5-20]	14,2±4,6	13 [6-24]	13,3±3,1	13 [6-20]	70,1±18 68 [38-110]
Yalnızlık/istenilmeme	27	45,1±16,3	43 [17-77]	15,7±4,7 ^a	16 [7-24]	15,6±4,2	16 [7-28]	13,6±4,6 ^a	13 [5-20]	14,3±4,5	14 [6-24]	14,9±3,6	14 [8-20] ^a	74±17 ^a 75 [43-116]
Beklenen görevleri yerine getiremediği için eleştirilme/ kızma/ bağırma/fiziksel şiddet görme/huzursuzluk/ geçimsizlik	15	47,5±17,2	43 [24-79]	16,3±4,4 ^b	16 [9-24]	15,8±4,8	15 [9-25]	13,9±3,1 ^b	13 [10-20]	14,9±4,1	15 [7-24]	13,4±4,4	13 [8-20]	74,3±16,8 70 [45-113]
Sorun yaşamıyor	65	54,9±17,4	55 [17-85]	12,8±4,1 ^{a,b}	13 [6-24]	14,2±4,5	14 [7-24]	10,8±3,6 ^{a,b}	11 [5-20]	13,4±4,7	13 [6-24]	11,5±3,4	11 [5-20] ^a	62,7±17,4 ^a 63 [32-106]
Test istatistiği; p değeri	F=2,454 p=0,066		F=4,158 p=0,007*		F=1,304 p=0,276		F=5,281 p=0,002*		F=0,633 p=0,595		KW=17,722 p=0,001*		F=3,924 p=0,010*	
Hastalığa bağlı arkadaşlar ve çevre ile yaşanan sorunlar														
Sorun yaşamıyor	88	53,9±16,6	53 [17-85]	13,9±4,5	14 [6-24]	14,9±4,5	15 [7-28]	11,6±3,5	11 [5-20]	13,4±4,4	13 [6-24]	12,3±3,8	11 [5-20]	66,2±17,2 66 [32-116]
Sorun yaşıyor	58	47,5±17,2	46,5 [17-80]	14,7±4,9	15,5 [6-24]	15,1±4,6	15 [7-25]	12,7±4,3	12,5 [5-20]	14,6±4,8	14 [6-24]	13,4±3,4	14 [6-20]	70,6±18,9 71 [35-106]
Test istatistiği; p değeri	U=2010,5 p=0,030*		t=-1,022 p=0,309		U=2474,5 p=0,756		U=2113,0 p=0,078		t=-1,576 p=0,117		U=2001,5 p=0,027*		t=-1,459 p=0,147	

$\bar{X}$: Ortalama, SS: Standart sapma, $\bar{X}$: Ortanca (Medyan), Min: Minimum, Max: Maksimum, n: Sayı, t: Bağımsız örneklem t testi, U: Mann Whitney U testi, KW: Kruskal Wallis testi, F: Tek yönlü ANOVA testi, *p<0,05 anlamlılık düzeyi, a/b: Bonferroni/Dunn testine göre ilişki bulunan gruplar.

Çizelge 4.9’da hastaların hastalığa ilişkin görüşleri ile ÖzİDÖ ve RHİDÖ puanlarının karşılaştırılması verilmiştir.

Hastaların hastalığa bağlı arkadaşları ve çevresi ile sorun yaşama durumuna göre ÖzİDÖ puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($U=2010,5$, $p=0,030$). Hastalığa bağlı arkadaşları ve çevresi ile sorun yaşayan hastaların puan ortancaları anlamlı olarak düşük bulunmuştur.

Hastaların hastalık nedeni hakkındaki görüşlerine, hastalıklarının nasıl olduğu ile ilgili görüşlerine, sahip oldukları hastalık belirtilerine, aile içinde yaşanan sorunlara göre ÖzİDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Hastaların hastalık nedeni hakkındaki görüşlerine göre RHİDÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında; Kalıp Yargıların Onaylanması alt ölçek ($F=3,690$, $p=0,013$) ve RHİDÖ toplam ($F=3,055$, $p=0,030$) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Kalıp Yargıların Onaylanması alt ölçeğinde farkın kaynaklandığı grupları belirlemek için yapılan post hoc karşılaştırmalarda hastalığın nedeni olarak kötü/zorlayıcı/stresli/olumsuz yaşam deneyimleri bildiren hastalar ile genetik olduğunu bildiren hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,006$). RHİDÖ toplam puanında farkın kaynaklandığı grupları belirlemek için yapılan post hoc karşılaştırmalarda hastalığın nedeni olarak kötü/zorlayıcı/stresli/olumsuz yaşam deneyimleri bildiren hastalar ile genetik olduğunu bildiren hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,030$). Hastalığın nedeni ile ilgili kötü/zorlayıcı/stresli/olumsuz yaşam deneyimleri bildiren hastaların puan ortalamaları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

Hastaların hastalıklarının nasıl olduğu ile ilgili görüşlerine göre RHİDÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında; Algılanan Ayrımcılık alt ölçek puan ortalamaları ($F=4,522$, $p=0,012$) ve RHİDÖ toplam ($F=3,080$, $p=0,049$) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Algılanan Ayrımcılık alt ölçeğinde farkın kaynaklandığı grupları belirlemek için yapılan post hoc karşılaştırmalarda hastalığı zor/berbat/kötü/yorucu/tedavi edilmeyen bir hastalık olarak tanımlayan hastalar ile kolay/normal/tedavi edilen bir hastalık olarak tanımlayan hastaların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,009$). RHİDÖ toplam puanında farkın kaynaklandığı grupları belirlemek için yapılan post hoc karşılaştırmalarda hastalığı zor/berbat/kötü/yorucu/tedavi edilmeyen

bir hastalık olarak tanımlayan hastalar ile kolay/normal/tedavi edilen bir hastalık olarak tanımlayan hastaların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,038$). Hastalığı zor/berbat/kötü/yorucu/tedavi edilmeyen bir hastalık olarak tanımlayan hastaların puan ortalamaları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

Hastaların hastalığa bağlı aile içinde yaşadıkları sorunlara göre RHİDÖ puanları karşılaştırıldığında; Yabancılaşma ($F=4,158$, $p=0,007$), Algılanan Ayrımcılık ($F=5,281$, $p=0,002$), Damgalamaya Karşı Direnç ($KW=17,722$, $p=0,001$) alt ölçek puanları ve RHİDÖ toplam puan ortalamaları ($F=3,924$, $p=0,010$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Yabancılaşma alt ölçeğinde farkın kaynaklandığı grupları belirlemek için yapılan post hoc karşılaştırmalarda yalnızlık/istenilmeme sorunları bildiren hastalar ile sorun yaşamadığını bildiren hastaların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,035$). Hastalığa bağlı aile içinde yalnızlık/istenilmeme sorunları bildiren hastaların puan ortalamaları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Aynı alt ölçekte beklenen görevleri yerine getiremediği için eleştirilme/kızma/bağırma/fiziksel şiddet görme/huzursuzluk/geçimsizlik sorunları bildiren hastalar ile sorun yaşamadığını bildiren hastaların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,038$). Hastalığa bağlı aile içinde beklenen görevleri yerine getiremediği için eleştirilme/kızma/bağırma/fiziksel şiddet görme/huzursuzluk/geçimsizlik sorunları bildiren hastaların puan ortalamaları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Algılanan Ayrımcılık alt ölçeğinde farkın kaynaklandığı grupları belirlemek için yapılan post hoc karşılaştırmalarda yalnızlık/istenilmeme sorunları bildiren hastalar ile sorun yaşamadığını bildiren hastaların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,007$). Hastalığa bağlı aile içinde yalnızlık/istenilmeme sorunları bildiren hastaların puan ortalamaları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Aynı alt ölçekte beklenen görevleri yerine getiremediği için eleştirilme/kızma/bağırma/fiziksel şiddet görme/huzursuzluk/geçimsizlik sorunları bildiren hastalar ile sorun yaşamadığını bildiren hastaların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,022$). Hastalığa bağlı aile içinde beklenen görevleri yerine getiremediği için eleştirilme / kızma / bağırma / fiziksel şiddet görme / huzursuzluk / geçimsizlik sorunları bildiren hastaların puan ortalamaları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Damgalamaya Karşı Direnç alt ölçeğinde farkın kaynaklandığı grupları belirlemek için yapılan post hoc karşılaştırmalarda yalnızlık/istenilmeme sorunları bildiren hastalar ile sorun yaşamadığını bildiren hastaların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,001$). Hastalığa bağlı aile içinde yalnızlık/istenilmeme

sorunları bildiren hastaların puan ortancaları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. RHİDÖ toplam puanında farkın kaynaklandığı grupları belirlemek için yapılan post hoc karşılaştırmalarda yalnızlık/istenilmeme sorunları bildiren hastalar ile sorun yaşamadığını bildiren hastaların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,026$). Hastalığa bağlı aile içinde yalnızlık/istenilmeme sorunları bildiren hastaların puan ortalamaları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

Hastaların hastalığa bağlı arkadaşları ve çevresi ile sorun yaşama durumuna göre RHİDÖ puanları karşılaştırıldığında Damgalamaya Karşı Direnç alt ölçeği puan ortancalarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($U=2001,5$, $p=0,027$). Hastalığa bağlı arkadaşları ve çevresi ile sorun yaşayan hastaların puan ortancaları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

Hastaların sahip oldukları hastalık belirtilerine göre RHİDÖ puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 4.10. Hastaların TRSM'den yararlanma özelliklerine göre ÖzİDÖ ve RHİDÖ puanları

ÖzİDÖ	RHİDÖ														
	n	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X}$ [min max]	Yabancılaşma		Kalıp Yargıların Onaylanması		Algılanan Ayrımcılık		Sosyal Geri Çekilme		Damgalamaya Karşı Direnç		Toplam	
	n	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X}$ [min max]	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X}$ [min max]	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X}$ [min max]	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X}$ [min max]	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X}$ [min max]	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X}$ [min max]	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X}$ [min max]
TRSM'ye Gelme Nedeni															
Kontrol için	41	47,8±16,8	45 [25-81] ^a	13,5±5,1	13 [6-24]	13,9±4,6	14 [7-24]	11,5±4,1	11 [5-20]	12,5±4,7	12 [6-24]	13,7±3,9	14 [6-20]	65±19,2	63 [35-104]
İlaç yazdırmak için	59	49,5±16,8	52 [17-84]	14,3±4,5	14 [6-24]	16,1±4,6	16 [8-28]	12,3±4	12 [5-20]	14,5±4,5	14 [6-24]	13±3,8	13 [5-20]	70,2±18,4	70 [36-116]
Terapi seansı için	31	54,3±17,2	53 [17-85]	14,7±4,7	14 [6-24]	14±4,1	14 [7-23]	12,2±3,9	11 [5-20]	13,9±4,5	14 [6-24]	11,9±3,3	12 [7-20]	66,7±17,5	65 [32-106]
Hastalığımla ilgili bazı şeyleri danışmak ve sormak için	15	62,3±14,2	63 [37-85] ^a	14,8±4,2	15 [7-21]	15,9±4	15 [10-24]	12,5±2,8	12 [5-18]	15,5±4	16 [6-23]	11,1±2,9	11 [5-18]	69,8±13,4	69 [36-98]
Test istatistiği; p değeri	KW=9,623 p=0,022*			F=0,555 p=0,645		F=2,781 p=0,043*		KW=1,931 p=0,587		KW=8,688 p=0,034*		F=2,603 p=0,054		F=0,758 p=0,519	
TRSM'ye Gelme Süresi															
1 yıl ve altı	34	58,3±18,8	61,5 [25-85] ^a	13,6±5	12 [6-24]	14,3±4,4	13,5 [8-24]	12,2±4,1	12 [5-20]	13±4,6	12 [6-24]	12,3±4	12 [6-20]	65,4±18	63 [36-102]
1 – 2 yıl	36	48,9±16,1	50 [17-84]	14,9±4,4	15 [6-24]	16±4,7	16 [7-27]	12,6±4,1	12 [5-20]	14,9±4,6	15 [6-24]	13,1±3,7	14 [5-20]	71,6±18	70 [38-110]
2 – 3 yıl	40	45,4±16,5	45,5 [17-80] ^a	13,4±4,9	13 [6-24]	14,2±4,7	14,5 [7-28]	11,4±4	11 [5-20]	13,1±4,6	13 [6-24]	13,8±3,4	13 [7-20]	65,8±19,5	63,5 [36-116]
3 yıl ve üzeri	36	54±14,4	55 [25-77]	14,9±4,1	15 [6-24]	15,6±4,1	16 [7-25]	12,2±3,3	12 [5-20]	14,7±4,3	14,5 [6-24]	11,8±3,5	11 [5-20]	69,2±16,1	70,5 [32-104]
Test istatistiği; p değeri	KW=11,090 p=0,011*			KW=4,831 p=0,185		KW=5,463 p=0,141		KW=1,785 p=0,618		KW=6,644 p=0,084		KW=6,621 p=0,085		F=0,954 p=0,416	
TRSM'ye Gelme Düzeni															
Düzenli	108	54,2±17,6	57,5 [17-85]	13,4±4,5	13 [6-24]	14,3±4,6	14 [7-28]	11,5±3,7	11 [5-20]	13,5±4,5	13 [6-24]	12,2±3,6	12 [5-20]	64,8±17,6	64,5 [32-116]
Düzensiz	38	43,4±12,4	43 [21-80]	16,6±4,3	16,5 [8-24]	16,9±3,7	16,5 [10-25]	13,7±4	14 [5-20]	15,2±4,5	14,5 [6-24]	14,4±3,4	14 [7-20]	76,8±16,2	75 [43-113]
Test istatistiği; p değeri	U=1285,5 p=0,001*			t=-3,781 p<0,001*		t=-3,184 p=0,002*		U=1354,5 p=0,002*		t=-1,985 p=0,049*		U=1309,0 p=0,001*		t=-3,694 p<0,001*	

$\bar{X}$: Ortalama, SS: Standart sapma, $\bar{X}$: Ortanca (Medyan), Min: Minimum, Max: Maksimum, n: Sayı, t: Bağımsız örneklem t testi, U: Mann Whitney U testi, KW: Kruskal Wallis testi, F: Tek yönlü ANOVA testi, *p<0,05 anlamlılık düzeyi, a: Bonferroni/Dunn testine göre ilişki bulunan gruplar.

Çizelge 4.10. (devam) Hastaların TRSM’den yararlanma özelliklerine göre ÖzİDÖ ve RHİDÖ puanları

ÖzİDÖ			RHİDÖ												
			Yabancılaşma		Kalıp Yargıların Onaylanması		Algılanan Ayrımcılık		Sosyal Geri Çekilme		Damgalamaya Karşı Direnç		Toplam		
	n	$\bar{X} \pm SS$	$\tilde{X}$ [min max]	$\bar{X} \pm SS$	$\tilde{X}$ [min max]	$\bar{X} \pm SS$	$\tilde{X}$ [min max]	$\bar{X} \pm SS$	$\tilde{X}$ [min max]	$\bar{X} \pm SS$	$\tilde{X}$ [min max]	$\bar{X} \pm SS$	$\tilde{X}$ [min max]	$\bar{X} \pm SS$	$\tilde{X}$ [min max]
TRSM'ye Gelme Sıklığı															
Her gün	32	52,1±18	55,5 [17-79]	13,8±4,9	13,5 [6-24]	14,7±4,3	15 [7-24]	11,8±4	11 [5-20]	13,7±4,5	13 [6-24]	11,9±3,5	10,5 [6-20]	65,8±17,4	65,5 [32-104]
Haftada en az 2 kez	37	54,4±16,8	53 [28-85]	13,5±4,3	14 [6-23]	14,9±4,2	15 [8-27]	12,1±3,2	12 [5-20]	14,4±4,6	15 [6-24]	11,7±3,6	11 [5-20]	66,6±16,8	65 [36-110]
2-3 haftada 1 kez	25	52,4±19,2	54 [17-84]	14,1±4,4	15 [6-24]	15,2±5,3	16 [7-28]	12,1±3,9	12 [5-20]	13,5±4,1	13 [7-24]	14,1±3,8	14 [7-20]	69,1±18,4	70 [42-116]
Ayda 1 kez	41	49,3±16,1	49 [21-80]	14,8±4,8	15 [6-24]	14,9±4,8	15 [7-25]	11,8±4,3	12 [5-20]	13,4±4,9	13 [6-24]	13,5±3,4	14 [6-20]	68,4±19	70 [35-113]
1 aydan uzun süreler ile	11	44,8±13,7	44 [28-79]	15,7±5,1	16 [6-24]	16±4,3	17 [9-23]	14,1±3,9	13 [7-20]	15,6±4,2	15 [9-23]	12,9±4,3	15 [8-18]	74,4±20,1	75 [39-106]
Test istatistiği; p değeri	KW=3,568 p=0,468			F=14,295 p<0,001*		F=10,137 p=0,002*		F=10,068 p=0,002*		F=3,939 p=0,049*		KW=10,349 p=0,035*		F=13,649 p<0,001*	
TRSM Etkinliklerine Katılma Durumu															
Katılıyor	50	55,7±17,6	59,5 [17-85]	14,9±4,3	15 [7-24]	15,7±4,4	16 [8-27]	12,7±3,5	12,5 [5-20]	15±4,4	16 [6-24]	11,7±3,5	11 [5-20]	70±16,4	70,5 [36-110]
Katılmıyor	96	49,1±16,4	49 [17-85]	13,9±4,8	13 [6-24]	14,6±4,6	15 [7-28]	11,7±4	11,5 [5-20]	13,3±4,5	13 [6-24]	13,3±3,7	13,5 [6-20]	66,9±18,7	67 [32-116]
Test istatistiği; p değeri	t=2,223 p=0,028*			t=1,230 p=0,221		t=1,441 p=0,152		U=2016,5 p=0,112		U=1849,0 p=0,023*		U=1785,0 p=0,235		t=1,010 p=0,314	

$\bar{X}$: Ortalama, SS: Standart sapma, $\tilde{X}$: Ortanca (Medyan), Min: Minimum, Max: Maksimum, n: Sayı, KW: Kruskal Wallis testi, F: Tek yönlü ANOVA testi, t: Bağımsız örneklem t testi, U: Mann Whitney U testi, *p<0,05 anlamlılık.

Çizelge 4.10'da hastaların TRSM'den yararlanma özellikleri ile ÖzİDÖ ve RHİDÖ puanlarının karşılaştırılması verilmiştir.

Hastaların TRSM'ye gelme nedenlerine göre ÖzİDÖ puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (KW=9,623, $p=0,022$). Farkın kaynaklandığı grupları belirlemek için yapılan post hoc karşılaştırmalarda kontrol için geldiğini ifade eden hastalar ile hastalığı ile ilgili bazı şeyleri sormak, danışmak için geldiğini ifade eden hastaların puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,026$). Kontrol için geldiğini ifade eden hastaların puan ortancaları anlamlı olarak düşük bulunmuştur.

Hastaların TRSM'ye gelme sürelerine göre ÖzİDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (KW=11,090, $p=0,011$). Farkın kaynaklandığı grupları belirlemek için yapılan post hoc karşılaştırmalarda TRSM'ye 2-3 yıl arası gelen hastalar ile 1 yıldan az süre ile gelen hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,013$). TRSM'ye 2-3 yıl arası gelen hastaların puan ortancaları anlamlı olarak düşük bulunmuştur.

Hastaların TRSM'ye düzenli gelme durumlarına göre ÖzİDÖ puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (U=1285,5, $p=0,001$). TRSM'ye düzenli olarak gelmeyen hastaların puan ortancaları anlamlı olarak düşük bulunmuştur.

Hastaların TRSM etkinliklerine katılma durumlarına göre ÖzİDÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($t=2,223$, $p=0,028$). TRSM etkinliklerine katılmayan hastaların puan ortalamaları anlamlı olarak düşük bulunmuştur.

Hastaların TRSM'ye gelme sıklıklarına göre ÖzİDÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Hastaların TRSM'ye düzenli gelme durumlarına göre RHİDÖ puanları karşılaştırıldığında; Yabancılaşma ($t=3,781$, $p<0,001$), Kalıp Yargıların Onaylanması ($t=3,184$, $p=0,002$), Algılanan Ayrımcılık (U=1354,5, $p=0,002$), Sosyal Geri Çekilme ($t=1,985$, $p=0,049$), Damgalamaya Karşı Direnç (U=1309,0, $p=0,001$) ve RHİDÖ toplam ($t=3,694$, $p<0,001$) puan ortalama ve ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). TRSM'ye düzenli olarak gelmeyen hastaların Yabancılaşma, Kalıp Yargıların Onaylanması,

Algılanan Ayrımcılık, Damgalamaya Karşı Direnç, Sosyal Geri Çekilme ve RHİDÖ toplam puan ortalama ve ortancaları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

Hastaların TRSM etkinliklerine katılma durumlarına göre RHİDÖ puanları karşılaştırıldığında; Sosyal Geri Çekilme alt ölçeği puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($U=1849,0$, $p=0,023$). TRSM etkinliklerine katılan hastaların puan ortancaları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

Hastaların TRSM'ye gelme nedenlerine göre RHİDÖ puanları karşılaştırıldığında; Kalıp Yargıların Onaylanması ($F=2,781$, $p=0,043$) ve Sosyal Geri Çekilme ($KW=8,688$, $p=0,034$) alt ölçek puanlarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Sosyal Geri Çekilme ve Kalıp Yargıların Onaylanması alt ölçeklerinde farkın kaynaklandığı grupları belirlemek için yapılan post hoc karşılaştırmalarda gruplar arası anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Hastaların TRSM'ye gelme sıklıklarına göre RHİDÖ puanları karşılaştırıldığında; Yabancılaşma ($F=14,295$, $p<0,001$), Kalıp Yargıların Onaylanması ($F=10,137$, $p=0,002$), Algılanan Ayrımcılık ($F=10,068$, $p=0,002$), Damgalamaya Karşı Direnç ($KW=10,349$, $p=0,035$), Sosyal Geri Çekilme ($F=3,939$, $p=0,049$) ve RHİDÖ toplam ($F=13,649$, $p<0,001$) puan ortalama ve ortancalarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). RHİDÖ puanları arasında farkın kaynaklandığı grupları belirlemek için yapılan post hoc karşılaştırmalarda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Hastaların TRSM'ye gelme sürelerine göre RHİDÖ puanları arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 4.11. Hastaların yaş, hastalık süresi, yatış sayısı, TRSM'ye gelme süresi ile ÖZİDÖ ve RHİDÖ puanlarının ilişkisi

		ÖZİDÖ		RHİDÖ				
			Yabancılaşma	Kalıp Yargıların Onaylanması	Algılanan Ayrımcılık	Sosyal Geri Çekilme	Damgalamaya Karşı Direnç	Toplam
Yaş	r	-,192*	-0,10	-0,05	-0,12	-0,13	0,00	-0,10
	p	0,02	0,21	0,52	0,16	0,11	0,97	0,22
TRSM'ye gelme süresi	r	-0,09	0,10	0,09	-0,02	0,11	-0,03	0,07
	p	0,30	0,23	0,28	0,82	0,17	0,70	0,37
Hastalık süresi	r	-,292**	0,00	0,03	0,03	-0,01	-0,01	0,00
	p	<0,001	0,97	0,73	0,68	0,92	0,91	0,98
Yatış sayısı	r	-,203*	0,05	0,08	0,07	0,00	0,10	0,06
	p	0,01	0,56	0,31	0,39	0,99	0,24	0,47

r: Spearman Rank korelasyonu, *: $p < 0,05$, **: $p < 0,001$ anlamlılık düzeyi.

Çizelge 4.11’de hastaların yaş, hastalık süresi, yatış sayısı ve TRSM’ye gelme süresi ile ÖzİDÖ ve RHİDÖ puanlarının ilişkisi verilmiştir. Yaş, hastalık süresi ve yatış sayısı ile ÖzİDÖ puanları arasında negatif yönlü zayıf korelasyon (sırasıyla $r=-0,192$, $r=0,292$, $r=0,203$) saptanmıştır. TRSM’ye gelme süresi ile ÖzİDÖ puanları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). Hastaların yaş, hastalık süresi, yatış sayısı ve TRSM’ye gelme süresi ile RHİDÖ puanları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).



5. TARTIŞMA

Toplum ruh sağlığı merkezinde takip edilen şizofreni hastalarında öznel iyileşme algısını ve içselleştirilmiş damgalanmayı belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmadan elde edilen bulgular aşağıda belirtilen başlıklar altında tartışılmıştır.

1. Hastaların öznel iyileşme algısı, içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri ve aralarındaki ilişki
2. Hastaların tanımlayıcı özelliklerine göre öznel iyileşme algısı
3. Hastaların tanımlayıcı özelliklerine göre içselleştirilmiş damgalanma düzeyi

5.1. Hastaların Öznel İyileşme Algısı, İçselleştirilmiş Damgalanma Düzeyleri ve Aralarındaki İlişki

Hastaların öznel iyileşme algıları, içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri, öznel iyileşme ile içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri arasındaki ilişki bu başlık altında tartışılmıştır.

Çalışmamıza katılan hastalar orta düzeyde öznel iyileşme algısına sahiptir. Şizofreni hastalarının öznel iyileşme düzeylerinin incelendiği çalışmalarda, hastaların orta düzeyde (Candan, 2019; İpçi, 2019; İpçi, İncidere, Kiras ve Yıldız, 2018; Kaşlı, Al ve Bademli, 2020) ve orta düzeyin üzerinde (Kukla ve diğerleri, 2014) öznel iyileşmeye sahip olduğu görülmektedir. Hastaların öznel iyileşme algı düzeyleri açısından çalışma sonuçlarımız diğer çalışma sonuçları ile benzerdir.

Çalışmamıza katılan şizofreni hastalarının orta düzeyde içselleştirilmiş damgalanmaya sahip oldukları bulunmuştur. Uluslararası literatür incelendiğinde şizofreni hastalarının orta ve yüksek düzeylerde içselleştirilmiş damgalanmaya sahip oldukları görülmektedir (Adewuya, Owoeye, Erinfolami ve Ola, 2011; Assefa, Shibre, Asher ve Fekadu; 2012; Brohan ve diğerleri, 2010; Hill ve Startup, 2013; Lv, Wolf ve Wang; 2013) Türkiye’de yürütülen çalışmalarda da şizofreni hastalarının orta ve yüksek seviyelerde içselleştirilmiş damgalanmaya sahip oldukları saptanmıştır (Çelik, 2020; Gevher, 2018; Karakaş ve diğerleri, 2016; Karaağaç Özçelik ve Yıldırım, 2018; Olçun ve Şahin Altun, 2017; Yılmaz ve Okanlı, 2015) Bu araştırma sonuçları çalışma bulgularımız ile benzerdir.

Kalıp Yargıların Onaylanması'nın en çok etkilenen RHİDÖ alt ölçeği olduğu bulunmuştur. Türkiye'de şizofreni hastaları ile yürütülen birçok çalışmada da en çok etkilenen alt ölçeğin kalıp yargılan onaylanması olduğu bildirilmiştir (Albayrak, 2019; Karakaş ve diğerleri, 2016; Koçak ve Taylan, 2018; Olçun ve Şahin Altun, 2017; Yılmaz ve Okanlı, 2015). Ancak uluslararası literatür incelendiğinde kalıp yargıların onaylanması'nın en az etkilenen alt ölçek olduğu görülmektedir (Adewuya ve diğerleri, 2011; Assefa ve diğerleri, 2012; Mosanya, Adelufosi, Adebawale, Ogunwale ve Adebayo, 2014; Pribadi ve diğerleri, 2020; Uhlmann ve diğerleri, 2014). Bu farklılık çalışmaların yürütüldüğü bölgeler arasındaki kültürel farklılıklardan kaynaklanmış olabilir. Şizofreni hastalarında içselleştirilmiş damgalanmanın azaltılması ve iyileşmenin sağlanması için kültüre özgü psikososyal müdahalelerin geliştirilmesi gerektiğini vurgulamaktadır (Hofer ve diğerleri, 2016). Türkiye'de şizofreni hastalarının tehlikeli ve saldırgan kişiler, akıl hastalığının ise bir ceza olarak görülmesi (Çam ve Bilge, 2013); hastaların diğer kültürlerdeki şizofreni hastalarına göre kalıp yargıları daha fazla kabullenmelerine yol açmış olabilir. Ülkemizde damgalama karşıtı müdahalelerin istendik düzeyde olmaması da bir diğer olası nedeni oluşturabilir.

Çalışmamızda öznel iyileşme ile içselleştirilmiş damgalanma arasında negatif yönlü orta düzey korelasyon saptanmıştır. Şizofreni hastalarında içselleştirilmiş damgalanmanın uzun dönem etkilerinin araştırıldığı bir çalışmada, öznel iyileşme ve içselleştirilmiş damgalanma arasında negatif yönlü orta düzey ilişki olduğu bulunmuştur (Vass ve diğerleri, 2017). Literatürde, öznel iyileşme ile içselleştirilmiş damgalanma arasında negatif yönlü zayıf-orta düzeyde (İpçi ve diğerleri, 2020), ve yüksek düzeyde ilişki (Kaşlı ve diğerleri, 2020) bulan çalışmalar da mevcuttur. İçselleştirilmiş damgalanmanın öznel iyileşmenin olumsuz bir yordayısı olduğu (Temesgen ve diğerleri, 2020) ve öznel iyileşmeyi olumsuz yönde etkileyen en önemli değişkenin içselleştirilmiş damgalanma olduğu (Singla ve diğerleri, 2020) bildirilmektedir. Şizofreni hastalarında öznel iyileşmeyi etkileyen faktörlerin araştırıldığı bir çalışmada, benlik saygısı ve umutsuzluğun öznel iyileşmenin önemli yordayıcıları olduğu; içselleştirilmiş damgalanmanın umutsuzluğu arttırarak öznel iyileşmeyi olumsuz etkileyebileceği ve iyileşmeyi engelleyebileceği vurgulanmaktadır (İpçi ve diğerleri, 2020). Şizofreni hastalarında öznel ve klinik iyileşmenin incelendiği bir çalışmada, hastaların iyileşmelerinin sağlanmasında ruh sağlığı hizmetinin içselleştirilmiş damgalanmayı azaltma, iyileşme stillerini geliştirme yönünde olması gerektiği vurgulanmıştır (Rossi ve diğerleri, 2018). Öznel iyileşmenin incelendiği nitel çalışmalar, hastaların en çok içselleştirilmiş damgalanmadan muzdarip olduklarını (Lam ve diğerleri,

2011), öznel iyileşmeyi engelleyen en önemli faktörün içselleştirilmiş damgalanma olduğunu göstermektedir (Windell ve Norman, 2013). İçselleştirilmiş damgalanmanın şizofreni hastalarında öznel yaşam kalitesini azalttığı (Căpățînă, ve Micleuța, 2018), hastaların iyileşmesinde kilit bir rol oynadığı (Yanos ve diğerleri, 2020) ve hasta üzerindeki etkileri ile iyileşmede engel teşkil ettiği bildirilmektedir (Çam ve Çuhadar, 2011; Sibitz ve diğerleri, 2011). Şizofreni hastalarının içselleştirilmiş damgalanma düzeylerindeki artışın hastaların öznel iyileşme algılarını olumsuz düzeyde etkileyerek azalttığı sonucumuz literatür bilgisi ile uyumludur.

5.2. Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Öznel İyileşme Algısı

Hastaların sosyodemografik özellikleri, hastalık özellikleri, hastalığa ilişkin görüşleri ve TRSM'den yararlanma özelliklerine göre öznel iyileşme algısının etkilenme durumu bu başlık altında incelenmiştir.

Yalnız yaşayan hastaların eşi ve çocukları ile yaşayan hastalara göre daha düşük öznel iyileşme algısına sahip olduğu bulunmuştur. El-Monshed ve Amr (2020) şizofreni hastalarında yürüttükleri çalışmada boşanmış, bekar, eşi vefat eden hastaların evli hastalara göre, yalnız yaşayan hastaların aileleri ile birlikte yaşayan hastalara göre daha düşük öznel iyileşmeye sahip olduklarını belirtmektedir (El-Monshed ve Amr, 2020). Ülkemizde şizofreni hastaları ile yapılan çalışmalar incelendiğinde öznel iyileşme algısının yaşama ortamından etkilenmediği görülmektedir (Candan, 2019; İpçi, 2019). Şizofreni hastalarında aile ile yaşamama daha yüksek sosyal işlevsellik ile ilişkilidir (Li ve diğerleri, 2015) ve daha yüksek sosyal işlevsellik hastalarda daha düşük öznel iyileşmeye neden olur (İpçi ve diğerleri, 2020; Mathew ve diğerleri, 2019). Evli olmak, aile ile yaşamak şizofreni hastalarına iyi düzeyde sosyal destek sağlar ve iyileşme sürecinde hayati rol oynar (El-Monshed ve Amr, 2020). Duygusal katılıma sahip, samimi aile ortamının psikoz başlangıcı riski taşıyan bireylerde hastalık semptomlarında azalma ve sosyal işlevsellikte artma sağladığı bildirilmektedir (O'Brien ve diğerleri, 2006). Ayrıca şizofreni tanısı alma ile bireylerin sosyal ağları küçülerek aileleri ile sınırlı kalabilmektedir. Bu durum hastaların sahip oldukları aile ortamının önemini arttırmaktadır (Gretchen-Doorly ve diğerleri, 2011). Bu bilgiler doğrultusunda yalnız yaşayan hastaların daha düşük öznel iyileşme algısına sahip olmaları; sosyal destek sistemlerinin olmaması, hastalıkla mücadelede destekleyici ve iyileştirici aile ortamına sahip olmamaları ile açıklanabilir.

Düzenli gelir getiren bir işte çalışmayan hastaların çalışan hastalara göre daha düşük öznel iyileşme algısına sahip olduğu bulunmuştur. Literatür incelendiğinde, çalışmayan şizofreni hastalarının çalışan hastalara göre daha düşük öznel iyileşmeye sahip olduğunu bildiren çalışmalar olmakla birlikte (El-Monshed ve Amr, 2020; Yu ve diğerleri, 2020), çalışma durumu ile öznel iyileşme algısı arasında anlamlı ilişkinin bulunmadığını bildiren çalışmalar da mevcuttur (Candan, 2019; İpçi, 2019). Çalışan şizofreni hastalarının işyeri aracılığı ile sosyal bağlara sahip olması daha iyi sosyal destekleri olmasına yol açarak öznel iyileşmenin daha olumlu olmasını sağladığı varsayılabilir. İstihdamın şizofreni hastalarında öznel iyileşmenin güçlü bir öngörücüsü olduğu vurgulanmaktadır (Chan, Hui, Chang, Lee ve Chen, 2019; Charzyńska, Kucharska ve Mortimer, 2015). Çalışmayanların daha düşük öznel iyileşmeye sahip olmaları, ekonomik olarak bağımlı olmaları nedeniyle hastaların otonomi duyguları ve iyileşmeye olan inançları sarsılmış, umut düzeyleri azalmış olabilir. Azalan umut düzeyi artan içselleştirilmiş damgalanma ile ilişkilidir (Olçun, 2016) ve içselleştirilmiş damgalanmanın iyileşme önünde bir engel olduğu bilinmektedir (Çam ve Çuhadar, 2011). Çalışmayan şizofreni hastaları azalan umut ve artan içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri nedeniyle daha düşük öznel iyileşme algısına sahip olabilirler. Çalışmamızda düzenli gelir getiren bir işte çalışmayan hastaların daha yüksek içselleştirilmiş damgalanmaya sahip olmaları sonucu da söz konusu durumu destekler niteliktedir.

Hastaların yaş, hastalık süresi, yatış sayısı arttıkça öznel iyileşme algılarının azaldığı bulunmuştur. Yapılan çalışmalar artan yaş (Beck ve diğerleri, 2012; El-Monshed ve Amr, 2020; Yu ve diğerleri, 2020), hastalık süresi ve yatış sayısının (El-Monshed ve Amr, 2020) şizofreni hastalarında öznel iyileşmeyi azaltan faktörler olarak bulunmuştur. Bununla birlikte yapılan diğer çalışmalar incelendiğinde, şizofreni hastalarında yaş (Kaşlı ve diğerleri, 2020; Singla ve diğerleri, 2020), hastalık süresi (Candan, 2019; İpçi, 2019; İpçi ve diğerleri, 2020) ve yatış sayısı (İpçi, 2019) ile öznel iyileşme algısı arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmadığı görülmüştür. Şizofreni hastalarında daha genç yaş ve daha kısa hastalık süresi iyileşme üzerinde olumlu etki gösterebileceği vurgulanmaktadır (Windell ve Norman, 2013). Yaşın ve paralelinde hastalık süresinin artması birey üzerinde iyileşmeye olan inancın ve umudun azalması gibi olumsuz duygu ve düşüncelerin oluşmasına yol açarak öznel iyileşme algısını olumsuz etkileyebilir. Ek olarak şizofreni hastaları için iyileşme daha fazla nüksün olmaması, hastalık öncesi aşamaya geri dönme ve sosyal desteğe sahip olma anlamlarına gelmektedir (Mathew ve diğerleri, 2018). Daha fazla yatış sayısı hastaların sosyal destek sistemlerini olumsuz etkileyebilir ve hastalar için iyileşmenin bu anlamlarını

karşılamayabilir. Böyle bir durumun da hastaların daha düşük öznel iyileşmeye sahip olmalarına neden olması olasıdır.

Hastalığa bağlı arkadaşları ve çevresi ile sorun yaşadığını bildiren hastalar sorun yaşamayan hastalara göre daha düşük öznel iyileşmeye sahiptir. Aileden ve arkadaşlardan algılanan daha yüksek sosyal destek daha yüksek öznel iyileşme ile ilişkili bulunmuştur (El-Monshed ve Amr, 2020). Sosyal destekten memnuniyetin öznel iyileşmenin olumlu bir yordayıcısı olduğu (Temesgen ve diğerleri, 2020), daha yüksek sosyal işlevsellik (İpçi ve diğerleri, 2020) ve sosyal desteğin (Roosenschoon ve diğerleri, 2019) daha yüksek öznel iyileşme ile ilişkili olduğu bildirilmektedir. Şizofreni hastalarının nesnel ve öznel iyileşme alanları arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada, bildirilen öznel iyileşmenin boyutu; daha yüksek sosyal destek ve daha düşük yalnızlık düzeyi ile ilişkili olduğu görülmüştür (Roe, Mashlach-Eizenberg ve Lysaker, 2011). Arkadaşları ve çevresi ile sorun yaşayan hastaların daha düşük öznel iyileşmeye sahip olmaları yeterli sosyal desteğe sahip olmamalarından kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir.

Kontrol randevularına düzenli gelmeyen hastalar ile TRSM'ye düzenli gelmeyen hastaların öznel iyileşme algılarının daha düşük olduğu bulunmuştur. Ek olarak çalışmamızda kontrol randevularına düzenli gelmeyen hastalar ile TRSM'ye düzenli gelmeyen hastaların daha yüksek içselleştirilmiş damgalanmaya sahip oldukları bulunmuştur. İçselleştirilmiş damgalanmanın şizofreni hastalarında; tedavi uyum becerilerinde azalmaya, tedavi için sağlık kurum ve kuruluşlarına başvurmadan kaçınmaya neden olduğu bilinmektedir. (Özer ve diğerleri, 2017). Hastaların var olan yüksek içselleştirilmiş damgalanması tedavi uyum becerilerini olumsuz etkileyerek kontrol randevularına ve TRSM'ye düzenli gitmemelerine yol açmış olabilir. Hastaların gerekli olan tıbbi tedavi ve bakımdan uzak kalmaları semptom şiddetinin arttırarak ve işlevselliği bozarak iyileşme algısının olumsuz etkilenmesi ile sonuçlanmış olabilir. Yapılan bir çalışmada bulunan öznel iyileşmenin semptom şiddeti ile negatif; işlevsellik ile pozitif ilişkisi (Mathew ve diğerleri, 2019) bu varsayımımızı güçlendirmektedir.

TRSM etkinliklerine katılmayan hastaların öznel iyileşme algılarının daha düşük olduğu bulunmuştur. Ayrıca çalışmamızda TRSM etkinliklerine katılmayan hastaların daha yüksek sosyal geri çekilmeye sahip oldukları görülmüştür. İçselleştirilmiş damgalanmanın şizofreni hastalarında sosyal ilişkilerde kaçınmaya ve bozulmaya neden olduğu bildirilmektedir (Tel

ve Ertekin Pınar, 2012). Şizofreni hastalarının kendilerini sosyal ilişkilerde yetersiz hissettikleri, sosyal etkileşimlerden izole ettikleri ve bu durumun öznel iyileşmeyi olumsuz etkilediği bilinmektedir (Temesgen ve diğerleri, 2020). Şizofreni hastalarının TRSM etkinliklerine katılmamaları, yüksek içselleştirilmiş damgalanmaya ve düşük öznel iyileşme algısına sahip olmaların bir sonucu olabilir.

TRSM'ye kontrol için gelen hastalar daha düşük öznel iyileşme algısına sahiptir. Araştırma süresince hastaların tıbbi tedavi işlemleri (kontrol randevusu, reçete işlemleri, kan numunesi verme vb.) sonrasında etkinliklere katılmadan TRSM'den ayrıldıkları gözlemlenmiştir. Aile üyelerinin hastalık belirtileri ile başa çıkabilmek için tedavi sürecine katıldığı ve TRSM hizmetlerinden yararlanan hastaların sosyal işlevselliklerinin arttığı bildirilmektedir (Şahin ve Elboğa, 2019). Hastalar aileleri tarafından kontrol randevusu için TRSM'ye getiriliyor ve tıbbi işlemler sonrası TRSM'den ayrılıyor olabilirler. TRSM etkinliklerine katılmamaları hastaların sosyal etkileşimlerini sınırlı tutarak sosyal işlevselliklerinin azalmasına (Şahin ve Elboğa, 2019) ve böylelikle öznel iyileşme algılarının olumsuz şekilde etkilenmesine (İpçi ve diğerleri, 2020) yol açmış olabilir.

Hastaların cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, en uzun süre yaşanan yer, ilaç kullanım düzeni, TRSM'ye gelme sıklığı özelliklerinin öznel iyileşme algılarını etkilemediği bulunmuştur.

5.3. Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre İçselleştirilmiş Damgalanma Düzeyi

Hastaların sosyodemografik özellikleri, hastalık özellikleri, hastalığa ilişkin görüşleri ve TRSM'den yararlanma özelliklerine göre içselleştirilmiş damgalanma düzeyinin etkilenme durumu bu başlık altında incelenmiştir.

Bekar olan hastaların daha yüksek yabancılaşmaya, damgalanma direncine ve içselleştirilmiş damgalanmaya sahip oldukları bulunmuştur. Etiyopya'da yürütülen bir çalışmada bekar medeni durumun içselleştirilmiş damgalanmanın önemli bir olumsuz yordayıcısı olduğu bulunmuştur. Aynı çalışmada, kırsal bölgede yaşama ve belirgin psikotik belirtilerin içselleştirilmiş damgalanmanın diğer önemli yordayıcıları olduğu, yüksek içselleştirilmiş damgalanmanın özkıyım öyküsü ile güçlü, düşük eğitim seviye ile zayıf ilişkisi olduğu saptanmıştır (Assefa ve diğerleri, 2012). Literatür incelendiğinde medeni

durum ile içselleştirilmiş damgalama arasında farklı ilişki sonuçlarının yer aldığı görülmektedir. Bekar olmanın şizofreni hastalarında daha yüksek (Pribadi ve diğerleri; 2020; Yılmaz, 2012) ve daha düşük (Beyazyüz, Beyazyüz, Albayrak, Baykal ve Göka, 2015) içselleştirilmiş damgalamaya yol açtığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Bununla birlikte çoğu çalışma medeni durumun içselleştirilmiş damgalanmayı etkilemediğini bildirmektedir (Çapar ve Kavak, 2018; Pellet ve diğerleri, 2019; Touriño ve diğerleri, 2018; Vrbova ve diğerleri, 2016). Şizofreni tanısına sahip olmak bireylerin evlilik şansını düşürür (Wong ve diğerleri, 2018). Şizofreni hastalarının benlik saygısı (Karakaş ve diğerleri, 2016; Kim ve Jang, 2019), umut düzeyi (Olçun ve Şahin Altun, 2017), sosyal destek seviyeleri azaldıkça sahip oldukları içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri artmaktadır. Bekar olma hastaların sosyal desteklerinin ve umutlarının azalmasına yol açarak benlik saygılarını olumsuz etkilemiş ve hastalarda daha çok içselleştirilmiş damgalanmaya yol açmış olabilir.

Düzenli gelir getiren bir işte çalışmayan hastalar, daha yüksek yabancılaşmaya, kalıp yargıları onaylamaya, ayrımcılık algısına, sosyal geri çekilmeye, damgalanma direncine ve içselleştirilmiş damgalanmaya sahiptir. Endonezya’da yürütülen çalışmada, daha genç yaşa ve psikotik belirtilere sahip olan, çalışmayan şizofreni hastalarının daha yüksek içselleştirilmiş damgalanma bildirdikleri bulunmuştur (Pribadi ve diğerleri, 2020). Literatür incelendiğinde çalışmayan hastaların daha yüksek içselleştirilmiş damgalanmaya sahip olduğu görülmektedir (Lv, Wolf ve Wang, 2013; Mosanya ve diğerleri, 2014; Pribadi ve diğerleri, 2020; Yıldırım, 2018; Yılmaz, 2012). Çalışma sonuçlarımız literatür bilgisi ile uyumludur. Çalışmayan şizofreni hastalarında içselleştirilmiş damgalanmanın yüksek olması beklendiği bir durumdur. Çünkü istihdam bireyde öz saygıyı artırır, gelir sağlar ve sosyalleşme fırsatı verir (Mosanya ve diğerleri, 2014). Benlik saygısının damgalanmanın etkisini azaltan önemli bir belirleyici olduğu vurgulanmaktadır (Vass ve diğerleri, 2015). Çalışarak sosyal katılıma sahip olan hastalarda artan benlik saygısı içselleştirilmiş damgalanmaya karşı bireyi korur (Karakaş ve diğerleri, 2016; Kim ve Jang, 2019). Çalışmayan hastalarda yetersiz hissetme, durumundan utanma, benlik saygısında azalma gibi olumsuz duygu ve düşünceler gelişerek içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri artmış olmuş olabilir.

Yalnız yaşayan hastaların daha yüksek damgalanmaya karşı dirence sahip oldukları bulunmuştur. Bağımsız şekilde yalnız yaşayan şizofreni hastalarının daha az hastalık semptomuna, daha yüksek klinik ve psikososyal işlevselliğe sahip olduğu bildirilmektedir

(Tsai, Stroup ve Rosenheck, 2011). Toplum içinde yaşayan şizofreni hastalarında öznel yaşam kalitesi ve sosyal ağ arasındaki ilişkinin araştırıldığı bir çalışmada; yalnız yaşayan hastaların aile ve yakınları ile yaşayan hastalara göre bağımsızlıklarından ve mahremiyetlerinden daha memnun oldukları görülmüştür (Hansson ve diğerleri, 2002). Yalnız yaşayan şizofreni hastalarının bağımsız bir yaşam sürdürebilme becerisine sahip olmaları damgalamaya karşı daha yüksek direnç geliştirmelerine yol açmış olabilir.

Birlikte yaşanan kişilere göre damgalanma puanları incelendiğinde; ebeveynleri ile birlikte yaşayan hastaların daha yüksek yabancılaşmaya ve içselleştirilmiş damgalanmaya sahip oldukları bulunmuştur. TRSM’de yürütülen bir çalışmada, ebeveynleri ile yaşayan hastaların daha fazla yalnızlığa, yabancılaşma ve içselleştirilmiş damgalanmaya sahip oldukları saptanmıştır (Yıldırım, 2018). Şizofreni hastaları ile yapılan nitel bir çalışmada, hastaların ailelerine yük olduklarını bu nedenle utanç, hayal kırıklığı ve aşağılık duygusu dile getirdikleri görülmüştür (Wong ve diğerleri, 2018). Ebeveynleri ile birlikte yaşayan hastaların daha yüksek yabancılaşma ve içselleştirilmiş damgalanmaya sahip olmaları ailelerine yük olduklarını düşüncelerinden ve beraberinde gelen olumsuz duygulanımdan kaynaklanmış olabilir.

Kardeşinin/çocuğunun ailesi ile birlikte yaşayan hastaların daha yüksek yabancılaşmaya, damgalamaya karşı direnç ve içselleştirilmiş damgalanmaya sahip oldukları görülmüştür. Diyarbakır’da yürütülen bir çalışmada; akrabası ile birlikte yaşayan hastaların daha yüksek yabancılaşmaya, içselleştirilmiş damgalanmaya ve daha fazla yalnızlık düzeyine sahip oldukları bulunmuştur (Yıldırım, 2018). Yapılan bir çalışma, şizofreni hastalarının akrabalarından aleni olarak ayrımcılığa maruz kaldıklarını bildirmektedir (Wong ve diğerleri, 2018). Hastalığa ve beraberinde gelen toplumsal damgalamaya bağlı olarak bağımsız bir yaşam kuramayan, kardeşi/çocuğunun ailesi ile yaşamak durumunda kalan hastaların daha fazla yalnızlık hissederek daha yüksek içselleştirilmiş damgalanma yaşıyor olabilecekleri düşünülebilir.

Hastalara hastalıkları ile ilgili yaşadıkları sorunlarda destek olan kişilere göre içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri incelendiğinde; hiç kimsenin destek olmadığını bildiren hastaların daha yüksek algılanan ayrımcılığa sahip oldukları bulunmuştur. Yakın zamanlı yapılan bir çalışmada arkadaşı olmayan şizofreni hastalarının daha yüksek içselleştirilmiş damgalanmaya sahip oldukları ve içselleştirilmiş damgalanma düzeyini en çok arttıran

faktörün ayrımcılık olduğu belirlenmiştir (Pribadi ve diğerleri, 2020). Çin’de yürütülen bir çalışmada algılanan sosyal destek ve sosyal etkileşim ile içselleştirilmiş damgalanma arasında negatif ilişki saptanmıştır (Zhang ve diğerleri, 2019). Başka bir çalışmada, aileden ve arkadaşlardan algılanan sosyal destek miktarı azaldıkça öznel damgalanmanın arttığı görülmüştür (Pernice ve diğerleri, 2017). Çalışmamızda hastalığa bağlı yaşanan sorunlarda hiç kimsenin desteğine sahip olmayan hastaların daha yüksek algılanan ayrımcılığa sahip olmaları sosyal desteklerinin olmaması ile ilişkili olup literatür bilgisi ile uyumludur.

Hastalara hastalıkları ile ilgili yaşadıkları sorunlarda destek olan kişilere göre içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri incelendiğinde; akraba/arkadaş/komşu desteği bildiren daha yüksek damgalanmaya karşı dirence sahip oldukları bulunmuştur. Şizofreni hastalarında sosyal destek seviyesi arttıkça içselleştirilmiş damgalanmanın azaldığı (Alhadidi ve diğerleri, 2021), sosyal destekten memnuniyet azaldıkça iyileşmenin olumsuz etkilendiği (Temesgen ve diğerleri, 2020) bildirilmektedir. Şizofreni hastaları ile yapılan bir çalışmada, damgalanmaya karşı direnç ile yalnızlık arasında negatif yönlü güçlü ilişki saptanmıştır (Yıldırım ve Kavak Budak, 2020). Ayrıca arkadaşlardan algılanan sosyal destek seviyesi arttıkça akıl hastalığıyla ilişkili öznel damgalanma deneyiminin azalacağı vurgulanmaktadır (Pernice ve diğerleri, 2017). Bu doğrultuda, akraba/arkadaş/komşu desteğine sahip olan hastaların daha yüksek damgalanma direncine sahip olmaları; daha az yalnızlık, daha yüksek sosyal destek seviyesine sahip olmaları ile açıklanabilir.

Hastalığın nedeni olarak kötü/zorlayıcı/stresli/olumsuz yaşam deneyimleri bildiren hastaların daha yüksek kalıp yargıları onaylama ve daha yüksek içselleştirilmiş damgalanmaya sahip oldukları bulunmuştur. Türkiye’de şizofreni hastalarının görüşlerinin araştırıldığı bir çalışmada, hastaların hastalık nedeni olarak ekonomik zorluklar, stres, çocukluk döneminde aşırı çalışma, depresif baskıcı ortamlar, kötü muameleye maruz kalma, sevdiklerini kaybetme, akademik başarısızlık ve ağır koşullar altında çalışma gibi bir dizi kötü/zorlayıcı/stresli/olumsuz yaşam deneyimi bildirdikleri, hastalığın nedenini anlamadıkları, iyileşme konusunda kafa karışıklıklarının olduğu görülmüştür (Güner, 2014). Hastalığa sahip bireyler içinde bulundukları sıkıntılı durumunun sona ermesi ile hastalığın/hastalık belirtilerinin de sona ereceğini düşünerek tıbbi tedavi arayışına girmemiş olabilirler. Bu da tıbbi müdahalenin gecikmesine, hastalık şiddetinin artarak kronikleşmesine, kalıp yargıların daha fazla onaylanmasına ve içselleştirilmiş damgalanmanın artmasına yol açmış olabilir. Söz konusu durum 41 yaşındaki erkek

hastanın: *'Ağır şeyler yaşadım gençliğimde, kaldıramadım hastalandım. Kötü şeyler yaşamasaydım hastalanmazdım.'* ifadesi ile; 36 yaşındaki başka bir erkek hastanın: *'Askerliğimi doğuda yaptım. Çok ağır geldi orası. Doğu, askerlik, sıkıntılar... kaldıramadım.'* ifadesi ile; 39 yaşındaki kadın hastanın: *'Çocuğum ile yaşadığım sıkıntılar sonrası kocam cezaevine girdi. İçeriden çıktıktan sonra başka kadına gitti. Yaşadığım sıkıntılar hasta etti beni.'* ifadesi ile açıklanabilir.

Hastalığı zor/berbat/kötü/yorucu/tedavi edilmeyen bir hastalık olarak tanımlayan hastaların daha yüksek algılanan ayrımcılık ve içselleştirilmiş damgalanmaya sahip oldukları saptanmıştır. Şizofreni hastaları ile yürütülen bir çalışmada; hastaların umut düzeyleri azaldıkça işlevsel iyileşme düzeylerinin de azaldığı bulunmuştur (Coşkun, 2017). Şizofreni hastaların sahip oldukları umut düzeylerindeki azalmanın içselleştirilmiş damgalanma düzeylerinde artmaya yol açtığı bildirilmektedir (Olçun, 2016; Olçun ve Şahin Altun, 2017). Hastaların şizofreniyi zor/berbat/kötü/yorucu/tedavi edilmeyen bir hastalık olarak kabul etmeleri umut düzeylerinde ve işlevsel iyileşmelerinde azalmaya, içselleştirilmiş damgalanma düzeylerinde artmaya yol açması olasıdır. Hastalar şizofreniyi tuhaf, zor, rahatsız edici, iyileşmenin olmadığı, özkıyım düşüncelerini harekete geçirecek kadar şiddetli duygusal acıya neden olan bir hastalık olarak tanımlamış, hastalığın kendilerini talihsiz hissetmelerine, dayanılmaz bir yaşam ve kayıp bir hayat sürmelerine neden olduğunu bildirmiştir. Ek olarak hastalar topluma ve devlete yük oldukları için 'itilip kakıldıklarını', hastalık nedeniyle büyük acı ve öfke yaşadıklarını, mesleki, eğitim ve evlilik yaşamlarının olmadığını, hastalığın sahip oldukları her şeyi ellerinden aldığını ifade etmişlerdir (Güner, 2014). Bu çalışma ülkemizde yapıldığı ve benzer kültürel ve sosyal özelliklere sahip hastaları kapsadığı için çalışmamızda elde edilen bulgular için önemli bir destek sağlamaktadır. Şizofreninin, hastalığa sahip bireyler tarafından zor/kötü/yorucu/tedavi edilmeyen bir hastalık olarak algılanması hastalığın düzeleceğine dair inancı, umudu olumsuz etkileyerek iyileşmenin önünde engel oluşturduğu ve daha yüksek algılanan ayrımcılığa ve içselleştirilmiş damgalanmaya neden olduğu düşünülebilir. Bu durum 46 yaşındaki erkek hastanın: *'Berbat bir hastalık. Hayatımı berbat etti. Evlenemedim, iş bulamadım. Hayatımı istediğim gibi yaşayamadım.'* ifadesi ile; 36 yaşındaki başka bir erkek hastanın: *'Çok zor bir hastalık. Çaresi, çözümü olmayan, asla bitmeyecek bir çile.'* ifadesi ile, 50 yaşındaki kadın bir hastanın: *'Korkunç bir hastalık. Ölmeyi isteyecek kadar korkunç bir hastalık.'* ifadesi ile; 46 yaşındaki başka bir kadın hastanın: *'Zor tabi ama ilaçları alınca,*

tedaviye uyunca baş edilebilecek bir hastalık. Ama bu hastalığın adı yetiyor yalnız kalmaya.’ ifadesi ile açıklanabilir.

Hastalığa bağlı aile içinde yaşanan sorunların içselleştirilmiş damgalanma üzerindeki etkisi incelendiğinde; aile içinde yalnızlık/istenilmeme sorununa sahip hastaların daha yüksek yabancılaşma, algılanan ayrımcılık, damgalanmaya karşı direnç ve içselleştirilmiş damgalanmaya sahip oldukları saptanmıştır. Aileden ve arkadaşlardan algılanan sosyal destek seviyesi arttıkça akıl hastalığıyla ilişkili öznel damgalanma deneyiminin azalacağı (Pernice ve diğerleri, 2017), öznel iyileşme algısının olumlu biçimde artacağı (El-Monshed ve Amr, 2020) bildirilmektedir. Şizofreni tanısı alan bireylerin sağlıklı bireylere göre sosyal ağları daha küçük ve daha çok aile bireylerinden oluşma eğilimindedir. Bu durum şizofreni hastalarının hastalıkla mücadele etmelerinde aile ortamının önemini arttırmaktadır (Gretchen-Doorly ve diğerleri, 2011). Hastalık tanısı alma ile sosyal ağı küçülen ve iletişimi daha çok aile üyeleri ile sınırlı kalan hastaların hastalığa bağlı olarak aile içinde yalnızlık/istenilmeme sorunlarına sahip olmaları daha fazla içselleştirilmiş damgalanma hissetmelerine yol açmış olabilir.

Hastalığa bağlı aile içinde yaşanan sorunların içselleştirilmiş damgalanma üzerindeki etkisi incelendiğinde; kendisinden beklenen görevleri yerine getiremediği için eleştirilme/bağırma/kızma/ fiziksel şiddet görme/huzursuzluk/geçimsizlik sorununa sahip olan hastaların daha yüksek yabancılaşma ve algılanan ayrımcılığa sahip oldukları bulunmuştur. Şizofreni tanısının alınmasıyla birlikte aile ilişkilerinin dengesizliklere ve krizlere maruz kalma eğiliminde olduğu, hastalıkla başa çıkamama korku ve endişesinin aile içinde istikrarsızlığa ve ıstırap yüklü duygulara yol açtığı bildirilmektedir. Aileler tüm bu sorunlar ile başa çıkmak için gerekli araçlara, stratejilere ve desteğe (tıbbi ve sosyal) sahip olmadıkları zaman yaşam kalitelerini ve ilişkilerini bozabilecek veya onu parçalayabilecek çatışmalar yaşamaktadır (Martínez-Cardona, González, Vélez-Velásquez, Muñoz-Avendaño, ve Peláez, 2020). Çatışmaların, ihmal ve şiddetin uzun süreli mevcut olduğu stresli aile ortamlarının allostatik yük oluşturarak olumsuz sağlık sonuçlarına yol açtığı bildirilmektedir (Walder, Faraone, Glatt, Tsuang ve Seidman 2014). Şizofreni hastaları ile yapılan bir çalışmada, hastaların kendilerinden yerine getirmeleri beklenen rolleri, sorumlulukları ve davranışları gerçekleştirmeyi zor buldukları saptanmıştır. Aynı çalışmada içselleştirilmiş damgalanmanın şizofreni hastalarının iyileşmeleri önünde bir engel oluşturduğu bulunmuştur (Temesgen ve diğerleri, 2020). Aile üyelerinin hastalara yönelik

daha yüksek düzeylerdeki eleştirel tutumu hastaların daha yüksek olumsuz öz değerlendirme geliştirmelerine neden olmaktadır. Ek olarak ailenin eleştirel tutumunun olumsuz öz değerlendirme ile pozitif semptomların güçlü ilişkisine aracı etkisi vardır (Barrowclough ve diğerleri, 2003). Hastaların beklenen görevleri yerine getiremedikleri için aile üyeleri tarafından eleştirilme/bağırma/kızma gibi olumsuz tutumlara maruz kalmaları hastalar üzerinde olumsuz öz değerlendirmeye yol açarak daha fazla yabancılaşma ve algılanan ayrımcılık deneyimlemelerine yol açtığı düşünülebilir.

Hastalığa bağlı arkadaşları ve çevresi ile sorun yaşadığını ifade eden hastaların daha yüksek damgalanmaya karşı dirence sahip oldukları saptanmıştır. Yapılan bir çalışmada, şizofreni hastalarının içselleştirilmiş damgalanması ile iç görüşü arasında negatif yönlü ilişki olduğu bulunmuştur (Dikeç ve Kutlu, 2014). Damgalanmaya Karşı Direnç alt ölçeğinin ters puanlandığı ve içselleştirilmiş damgalanma düzeyini azalttığı göz önüne alındığında, arkadaş ve çevresi ile sorun yaşayan hastaların daha yüksek damgalanmaya karşı dirence sahip olmaları iç görüşlerinin yüksek olması ile ilişkili olabilir.

Kontrollere düzenli olarak gelmeyen hastaların daha yüksek yabancılaşmaya, kalıp yargıları onaylamaya, algılanan ayrımcılığa, damgalanmaya karşı dirence ve içselleştirilmiş damgalanmaya sahip oldukları saptanmıştır. Ek olarak; TRSM'ye düzenli olarak gelmeyen hastaların daha yüksek yabancılaşmaya, kalıp yargıları onaylamaya, algılanan ayrımcılığa, sosyal geri çekilmeye, damgalanmaya karşı dirence ve içselleştirilmiş damgalanmaya sahip oldukları bulunmuştur. Şizofreni hastalarında yüksek içselleştirilmiş damgalanmanın tedavi uyumsuzluğunda ve tedaviye yönelik olumsuz tutumda artmaya neden olduğu gözlenmiştir (Yılmaz ve Okanlı, 2015). Şizofreni hastalarının damgalanma ile birlikte sağlık kurum ve kuruluşlarına başvurmadan kaçındığı ve tedaviye uyum becerilerinin azaldığı ve bu durumun iyileşmelerini engellediği bildirilmektedir (Asan, 2019; Ceylan ve Koçak Uyaroglu, 2018; Çam ve Bilge, 2013; Karaağaç Özçelik ve Yıldırım, 2018; Özer ve diğerleri, 2017). Hastaların kontrol randevularına ve TRSM'ye düzenli olarak gelmemesi tıbbi tedavilerinin aksamasına, hastalığın kronikleşmesine, alevlenme belirtilerini fark edilememesine, hastalık belirtileri ve hastalığa bağlı yaşanan sorunlar ile tek başına mücadele etmelerine ve toplumsal ve sosyal işlevselliğin artmasına katkı sunan psikososyal destek müdahalelerinden uzak kalmalarına yol açarak daha yüksek içselleştirilmiş damgalanma yaşamalarına neden olmuş olabilir. Ayrıca kontrol randevularına ve TRSM'ye düzenli olarak gelmeyen hastalarda daha yüksek içselleştirilmiş damgalanmanın varlığı bir

sonuç değil; tedavi uyumsuzluğuna yol açan bir neden olabilir. Bu varsayımımız, içselleştirilmiş damgalanmanın aktif sosyal kaçınmayı ve pozitif semptom şiddetini arttırıcı güçlü ilişkisi ile desteklenebilir (Vass ve diğerleri, 2015). Hastalarda mevcut olan yüksek içselleştirilmiş damgalanma hastalık belirtilerinin artmasına, sosyal kaçınmaya neden olarak hastaların kontrol randevularına ve TRSM'ye düzensiz gitmelerine yol açmış olabilir.

TRSM etkinliklerine katılan hastaların daha yüksek sosyal geri çekilmeye sahip oldukları saptanmıştır. Şizofreni hastalarının hastalık semptomlarının bir sonucu olarak kişiler arası etkileşimlerde kayıp hissi yaşadıkları, yetersiz iletişim becerilerinin ilişki kurmalarında zorluklara yol açtığı, hastalarda var olan aşağılık hissi, bilişsel ve fiziksel yetersizlikler, sosyal becerilerdeki sınırlamaların kişilerarası etkileşim kurmalarını olumsuz etkilediği belirtilmektedir (Chen, Huang ve Cheng, 2020). Şizofreni hastalarında içselleştirilmiş damgalanmanın uzun dönem etkilerinin incelendiği bir çalışmada, hastaların başkalarından olumsuz tepki alma düşünceleri ile içselleştirilmiş damgalanma geliştirdikleri ve sosyal etkileşimden uzak durma davranışı geliştirdikleri bulunmuştur (Vass ve diğerleri, 2015). Şizofreninin, bilişsel yıkım ve yeti yitimi ile karakterize olan, bireylerde soyut öğrenme yetisini bozan, dikkat eksikliğine yol açan, ani ve beklenmedik davranışlara neden olan, sosyal ve yönetici işlevlerde gerilemeye yol açan doğası (Ercan ve Demir, 2019; Işık ve diğerleri, 2019) hastalar üzerinde sosyal ilişkilerde yetersizliğe ve sosyal etkileşimde bozulmaya yol açar (Temesgen ve diğerleri, 2020). Hastalar etkinliklere katılmalarına rağmen hastalığın olumsuz etkileri nedeniyle; grup etkinliklerine uyum sağlamada ve etkinlikleri sürdürmede zorluk yaşıyor, yetersizlik ve utanç duygusu hissediyor olabilirler. Böylesi bir durum da hastaların daha yüksek sosyal geri çekilme yaşamalarına yol açabilir.

Hastaların yaş, cinsiyet, eğitim durumu, en uzun süre yaşanan yer, hastalık süresi, hastalık belirtileri, hastane yatış sayısı, ilaç kullanım düzeni, TRSM'ye gelme sıklıkları ve süreleri özelliklerinin içselleştirilmiş damgalanma düzeylerini etkilemediği bulunmuştur. Ayaktan takip edilen şizofreni hastaları ile yapılan bir çalışmada, hastaların sahip oldukları yaş, yatış sayısı, hastalık süresi ile içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri arasında anlamlı ilişkiye rastlanmamıştır (Gevher, 2018). Başka bir çalışmada ise, hastaların cinsiyetine göre içselleştirilmiş damgalanma düzeylerinin etkilenmediği bulunmuştur (Sevinik, 2016). Bu çalışma sonuçları elde edilen sonuçlar ile benzerdir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde takip edilen şizofreni hastalarının öznel iyileşme algıları ile içselleştirilmiş damgalanma düzeylerini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmadan elde edilen sonuçlar şu şekildedir:

- Çalışmamızda, ÖZİDÖ toplam puanı ortalaması $51,37 \pm 17,06$ olarak bulunmuştur. Hastalar orta düzeyde öznel iyileşme algısına sahiptir.
- Çalışmamızda, RHİDÖ ölçek toplam puan ortalaması $67,96 \pm 17,97$ olarak hesaplanmıştır. Hastalar orta düzeyde içselleştirilmiş damgalanmaya sahiptir.
- ÖZİDÖ ile RHİDÖ toplam puan ve alt ölçekleri arasında negatif yönde orta düzey ilişki saptanmıştır. Hastaların içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri arttıkça öznel iyileşme algıları olumsuz şekilde azalmaktadır.
- Yalnız yaşayan, düzenli gelir getiren bir işte çalışmayan, kontrol randevularına düzenli gelmeyen, hastalığa bağlı olarak arkadaşları ve çevresi ile sorun yaşayan hastaların daha düşük öznel iyileşme algısına sahip oldukları bulunmuştur.
- Yaş, hastalık süresi, yatış sayısı arttıkça öznel iyileşme algısının azaldığı saptanmıştır.
- Ebeveynleri ile yaşayan, kardeşinin/çocuğunun ailesi ile yaşayan, düzenli gelir getiren bir işte çalışmayan, kontrol randevularına ve TRSM'ye düzenli olarak gelmeyen hastaların daha yüksek içselleştirilmiş damgalanmaya sahip oldukları bulunmuştur.
- Hastalık ile ilgili yaşanan sorunlarda hiç kimsenin destek olmadığını bildiren hastaların daha yüksek algılanan ayrımcılığa, akraba/arkadaş/komşu desteğine sahip olan hastaların daha yüksek damgalanmaya karşı dirence sahip oldukları bulunmuştur.
- Hastalığı zor/berbat/kötü/yorucu/tedavi edilmeyen bir hastalık olarak tanımlayan, hastalık nedenini kötü/zorlayıcı/stresli/olumsuz yaşam deneyimleri ile açıklayan hastaların daha yüksek içselleştirilmiş damgalanmaya sahip oldukları bulunmuştur.
- Aile içinde yalnızlık/istenilmeme sorununa sahip olan hastaların daha yüksek içselleştirilmiş damgalanmaya; hastalığa bağlı arkadaş ve çevresi ile sorun yaşadığını bildiren hastaların ise daha yüksek damgalanmaya karşı dirence sahip oldukları bulunmuştur.
- TRSM etkinliklerine katılan hastaların daha yüksek sosyal geri çekilmeye sahip oldukları bulunmuştur.

- Hastaların cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, ilaç kullanım düzeni, en uzun süre yaşadıkları yer, TRSM'ye gelme sıklığı özelliklerinin öznel iyileşme algılarını etkilemediği bulunmuştur.
- Hastaların; hastalığın nedenine ilişkin düşüncelerine, hastalığı tanımlama biçimlerine, hastalık belirtilerine, hastalığa bağlı ailesi içinde, arkadaş ve çevresindeki diğer kişiler ile yaşadıkları sorunlara göre öznel iyileşme algılarının etkilenmediği bulunmuştur.
- Hastaların yaş, hastalık süresi, hastalık belirtileri, ilaç kullanma düzeni, hastane yatış sayısı, TRSM'ye gelme süre ve sıklık özelliklerinin içselleştirilmiş damgalanma düzeylerini etkilemediği bulunmuştur.

Çalışma sonuçları doğrultusunda,

- Bekar, yalnız yaşayan, uzun hastalık süresine ve yüksek yatış sayısına sahip olan hastalar için tedavi müdahaleleri başlatılmadan önce, bireylerin karşılaştıkları zorlukların anlaşılması
- Şizofreni hastalarının çalışabilmesi ve sosyal yaşama katılımlarının sağlanabilmesi için gerekli olan girişimlerin geliştirilmesi
- Hastaların işlevselliklerini ve toplumsal katılımlarını destekleyen Mavi At Cafe gibi oluşumların sayısının arttırılarak damgalanma ile mücadele programlarının geliştirilmesi
- Ailelere yönelik kişiler arası iletişim, öfke kontrolü, hastalık bilgilendirme toplantıları gibi eğitim programlarının oluşturularak uygulanması
- Hastaların tıbbi takip ve tedavi programlarına aile üyelerinin katılımlarının desteklenmesi
- TRSM etkinliklerinin hastaların ilgisini çekebilecek ve katılımlarını arttırabilecek yönde çeşitlendirilmesi ve geliştirilmesi
- Kontrol randevularına, TRSM'ye düzenli gelmeyen hastaların tedavi uyumsuzlukları nedenlerinin tespit edilerek uygun müdahalelerin geliştirilmesi,
- Şizofreni tanısına sahip bireylerin öznel iyileşme ve içselleştirilmiş damgalanma düzeylerinin birey üzerindeki etkilerinin belirlenebilmesine yönelik nitel çalışmaların yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Açıkgöz, F., ve Akkuş, D. (2018). Ruhsal hastalıklarda damgalama ile mücadele: anahtar rol üstlenen meslekler. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 8(3), 142-146.
- Adewuya, A.O., Owoeye, A.O., Erinfolami, A.O., and Ola, B.A. (2011). Correlates of self-stigma among outpatients with mental illness in Lagos, Nigeria. *International Journal of Social Psychiatry*, 57(4), 418-427.
- Albayrak, E. (2019). *Toplum ruh sağlığı merkezine kayıtlı olan hastaların içselleştirilmiş damgalanma ve iyileşme düzeylerinin incelenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum, 40.
- Alhadidi, M., Abdullah, K.L., Tang, L.Y., Danaee, M., and Al Hadid, L.A.R. (2021). Knowledge about schizophrenia, insight into illness, and internalized stigma and their associated factors among people diagnosed with schizophrenia in a long-term care facility. *Perspectives in Psychiatric Care*, 57(1), 225– 234.
- Ameel, M., Kontio, R., and Välimäki, M. (2019). Interventions delivered by nurses in adult outpatient psychiatric care: An integrative review *Journal Of Psychiatric And Mental Health Nursing*, 26(9-10), 301-322. doi: 10.1111/jpm.12543.
- Aukst-Margetić, B., Jakšić, N., Boričević Maršanić, V., and Jakovljević, M. (2014). Harm avoidance moderates the relationship between internalized stigma and depressive symptoms in patients with schizophrenia. *Psychiatry Research*, 219(1), 92-44. doi: 10.1016/j.psychres.2014.05.009.
- Asan, Ö. (2019). Ruhsal hastalıklar ve damgalama; toplumda, medyada, sağlık çalışanlarında, her yerde... *Sakarya Tıp Dergisi*, 9(2), 199-205.
- Assefa, D., Shibire, T., Asher, L., and Fekadu, A. (2012). Internalized stigma among patients with schizophrenia in Ethiopia: a cross-sectional facility-based study. *BMC Psychiatry*, 12, 239. doi: 10.1186/1471-244X-12-239.
- Bag, B. (2012). Toplum ruh sağlığı merkezlerinde hemşirenin rolü: İngiltere örneği. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 4(4), 465-485.
- Barrowclough, C., Tarrier, N., Humphreys, L., Ward, J., Gregg, L., and Andrews, B. (2003). Self-esteem in schizophrenia: relationships between self-evaluation, family attitudes, and symptomatology. *Journal of Abnormal Psychology*. 112(1), 92-99.
- Beck, R., Heffernan, S., Law, H., McCusker, M., Bentall, R. P., Morrison, A. P. (2012). Subjective judgements of perceived recovery from psychosis. *Journal of Mental Health*, 21(6), 556-566. doi: 10.3109/09638237.2012.710765.
- Bekiroğlu, S., ve Attepe Özden, S. (2021). Türkiye’de ağır ruhsal hastalığa sahip bireylere ve ailelerine yönelik psikososyal müdahaleler: sistematik bir inceleme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 13(1), 52-76.

- Bellack, A.S. (2006). Scientific and consumer models of recovery in schizophrenia: concordance, contrasts, and implications. *Schizophrenia Bulletin*, 32(3), 432-442. doi: 10.1093/schbul/sbj044.
- Beyazyüz, M., Beyazyüz, E., Albayrak, 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.
- Bhullar, G., Norman, R.M.G., Klar, N. and Anderson, K. K. (2018). Untreated illness and recovery in clients of an early psychosis intervention program: a 10-year prospective cohort study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 53, 171–182. <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1464-z>
- Bilge, A., ve Çam, O. (2010). Ruhsal hastalığa yönelik damgalama ile mücadele. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 9(1), 71-78.
- Bilge, A., Mermer, G., Çam, M. O., Çetinkaya, A., Erdoğan, E., ve Üçkuyu, N. (2016). Türkiye’deki toplum ruh sağlığı merkezlerinin 2013-2015 yıllarının profili. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(2), 1-5.
- Boyd, J.E., Adler, E.P., Otilingam, P.G., and Peters, T. (2014). Internalized stigma of mental illness (ISMI) scale: a multinational review. *Comprehensive Psychiatry*, 55(1), 221-231. doi: 10.1016/j.comppsy.2013.06.005.
- Brohan, E., Elgie, R., Sartorius, N., Thornicroft, G., and 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. doi: 10.1016/j.schres.2010.02.1065. Epub 2010 Mar 26. PMID: 20347271.
- Can Öz, Y., and Duran, S. (2021). The effect of spirituality on the subjective recovery of psychiatric patients. *Journal of Religion and Health*, Epub 2021 March 22, doi.org/10.1007/s10943-021-01226-5
- Candan, İ. E. (2019). *Kronik Şizofreni Hastalarında Bilişsel İçgörü, Yeti Yitimi ve Öznel İyileşmenin Değerlendirilmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 25-31.
- Chan, S. K. W., Hui, C. L. M., Chang, W. C., Lee, E. H. M., and Chen, E. Y. H. (2019). Ten-year follow up of patients with first-episode schizophrenia spectrum disorder from an early intervention service: Predictors of clinical remission and functional recovery. *Schizophrenia Research*, 204, 65–71.
- Charzyńska, K., Kucharska, K., and Mortimer, A. (2015). Does employment promote the process of recovery from schizophrenia? A review of the existing evidence. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 28(3), 407-418. doi: 10.13075/ijom.1896.00341.
- Chen, S.-H., Huang, X.-Y., and Cheng, J.-F. (2020). Experiences of interpersonal interaction among patients with chronic schizophrenia: A phenomenological study. *Perspectives in Psychiatric Care*, 56(3), 508–514.

- Căpățînă, O., and Micluța, I. (2018). Internalized stigma as a predictor of quality of life in schizophrenia. *Journal of Evidence-Based Psychotherapies*, 18(2), 35–53.
- Ceylan, B., ve Koçak Uyaroğlu, A. (2018). Psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin şizofreni hastalarına yönelik damgalamaya ilişkin görüşleri ve önerileri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 21(2), 97-103.
- Charlson, F. J., Ferrari, A. J., Santomauro, D. F., Diminic, S., Stockings, E., Scott, J. G., McGrath, J. J., and Whiteford, H. A. (2018). Global epidemiology and burden of schizophrenia: findings from the global burden of disease study 2016. *Schizophrenia Bulletin*, 44(6), 1195–1203. <https://doi.org/10.1093/schbul/sby058>
- Chan, S.W.-C., and Leung, J.K.-Y. (2002). Cognitive behavioural therapy for clients with schizophrenia: implications for mental health nursing practice. *Journal of Clinical Nursing*, 11, 214-224.
- Chan, R.C.H., Mak, W.W.S., Chio, F.H.N., and Tong, A.C.Y. (2018). Flourishing with psychosis: a prospective examination on the interactions between clinical, functional, and personal recovery processes on well-being among individuals with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 44(4), 778-786. doi: 10.1093/schbul/sbx120.
- Corrigan, P.W., Watson, A.C., Byrne, P., and Davis, K.E. (2005). Mental illness stigma: problem of public health or social justice? *Social Work*, 50(4):363-368. doi: 10.1093/sw/50.4.363.
- Coşkun, E. (2017). *Şizofreni hastalarının umut düzeyi ile işlevsel iyileşme arasındaki ilişki*, Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum, 31-38.
- Çağlar, A. (2018). Şizofreni tanısı alan bireylerin algıladıkları duygu dışavurumu ile içselleştirilmiş damgalanma arasındaki ilişki, Yüksek Lisans Tezi, Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 37-53.
- Çam, O., ve Bilge, A. (2013). Türkiye'de ruhsal hastalığa/hastaya yönelik inanç, tutum ve damgalama süreci: sistematik derleme. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 4(2), 91-101.
- Çam, O., ve Çuhadar, D. (2011). Ruhsal hastalığa sahip bireylerde damgalama süreci ve içselleştirilmiş damgalama. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2(3), 136-140.
- Çam, O., ve Yalçiner, N. (2018). Ruhsal hastalık ve iyileşme. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 9(1), 55-60.
- Çapar, M., and Kavak, F. (2019). Effect of internalized stigma on functional recovery in patients with schizophrenia. *Perspectives in Psychiatric Care*, 55(1), 103-111.
- Çelik, B. (2020). Şizofreni hastalarının üstbiliş kapasitesinin, duygusal farkındalığının, içselleştirilmiş damgalanmanın ve benlik saygısının incelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 16-27.
- Dikeç, G., ve Kutlu, Y. (2014). Bir grup şizofreni hastasında tedaviye uyum ve etkileyen etmenlerin belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 5(3), 143-148.

- Doğanavşargil Baysal, G. Ö. (2013). Damgalanma ve ruh sağlığı. *Arşiv Kaynaklı Tarama Dergisi*, 22(2), 239-251.
- Dusseldorp, L., Goossens, P., and Achterberg, T. (2011). Mental health nursing and first episode psychosis, *Issues in Mental Health Nursing*, 32(1), 2-19.
- Dünya Sağlık Örgütü. (2017). Ruhsal bozukluklar ve başlıca bulaşıcı olmayan hastalıklar arasındaki komorbiditeyi ele almak. DSÖ Avrupa Ruh Sağlığı Eylem Planı 2013–2020 ve DSÖ bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi ve kontrolü için Avrupa Eylem Planı 2016–2025'in uygulanmasını destekleyen arka plan teknik raporu. *Geneva: Dünya Sağlık Örgütü*, 5-6. ISBN: 9789289052535
- Dünya Sağlık Örgütü. (2019). İyileşme ve sağlık hakkı: DSÖ kalite hakları temel eğitimi: ruh sağlığı ve sosyal hizmetler: kurs kılavuzu. *Geneva: Dünya Sağlık Örgütü*, 17-23. ISBN: 9789241516723.
- Elgit, Ö. (2018). *Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'ndeki Şizofreni Tanısı Almış Bireylerde Uygulanan Yönlendirilmiş İmgeleme Yönteminin Bireylerin İşlevselliğine Etkisi*, Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 8-9.
- El-Monshed, A., and Amr, M. (2020). Association between perceived social support and recovery among patients with schizophrenia. *International Journal of Africa Nursing Sciences*, 13, 100236. doi.org/10.1016/j.ijans.2020.100236.
- Ercan, F., ve Demir, S. (2019). Şizofreni tanılı hastalarda yaşanan sorunlar, işitsel varsanılar ve algılanan sosyal destek. *Cukurova Medical Journal*, 44(1), 7-17. DOI: 10.17826/cumj.435354
- Ersoy, M. A. ve Varan, A. (2007). Ruhsal hastalıklarda içselleştirilmiş damgalanma ölçeği Türkçe formu'nun güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18(2), 163-171.
- Gevher, E. E. (2018). *Toplum ruh sağlığı merkezinde ve poliklinikte takip edilen remisyondaki şizofreni hastalarının içselleştirilmiş damgalanma ve çocukluk çağı travması açısından değerlendirildiği karşılaştırmalı bir çalışma*, Tıpta Uzmanlık Tezi, T.C. Sağlık Bakanlığı İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, İzmir, 40-49.
- Gretchen-Doorly, D., Detore, N. R., Ventura, J., Hellemann, G., Subotnik, K. L. and Nuechterlein, K. H. (2011). Relationships between perceptions of the family environment and of negative life events in recent-onset schizophrenia patients. *Schizophrenia Research*, 127(1-3), 266–267.
- Güner, P. (2014). Illness perception in Turkish schizophrenia patients: A qualitative explorative study. *Archives of Psychiatric Nursing*, 28(6), 405–412.
- Hallaç, S., Meydanlıoğlu, A., Karakaya, D., ve Göral Acar, G. (2014). Toplum ruh sağlığı hemşireliği: öğrenci uygulama örneği. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 30-43.

- Hansson, L., Middelboe, T., Sørgeard, K. W., Bengtsson, T. A., Bjarnason, O., Merinder, L., Nilsson, L., Sandlund, M., Korkeila, J., and Vinding, H. R. (2002). Living situation, subjective quality of life and social network among individuals with schizophrenia living in community settings. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106(5), 343–350.
- Hill, K., and Startup, M. (2013). The relationship between internalized stigma, negative symptoms and social functioning in schizophrenia: the mediating role of self-efficacy. *Psychiatry Research*, 206(2-3), 151-157. doi: 10.1016/j.psychres.2012.09.056.
- Hofer, A., Mizuno, Y., Frajo-Apor, B., Kemmler, G., Suzuki, T., Pardeller, S., Welte, A. S., Sondermann, C., Mimura, M., Wartelsteiner, F., Fleischhacker, W. W., and Uchida, H. (2016) Resilience, internalized stigma, self-esteem, and hopelessness among people with schizophrenia: Cultural comparison in Austria and Japan. *Schizophrenia Research*, 171(1-3), 86-91. doi: 10.1016/j.schres.2016.01.027. Epub 2016 Jan 21. PMID: 26805413.
- Işık, I., Savaş, G., ve Kılıç, N. (2019). Şizofreni hastalığına sahip bireylerin çalışma hayatı konusunda yaşadıkları güçlükler. *ACU Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(3), 399-408.
- İçel, S., Özkan, B., ve Aydoğan, A. (2016). Toplum ruh sağlığı merkezlerinde hemşirenin rolü. *Ankara Medical Journal*, 16(2), 208-214.
- İnternet: Fischer, B.A. and Buchanan, R.W. (November, 2020). Schizophrenia in adults: Epidemiology and pathogenesis. Web: <https://www.uptodate.com/contents/schizophrenia-in-adults-epidemiology-and-pathogenesis> adresinden 10 Nisan 2021’de alınmıştır.
- İnternet: SAMHSA: Substance Abuse And Mental Health Services Administration. (April, 2020). Recovery and recovery support. Web: <https://www.samhsa.gov/find-help/recovery> adresinden 16 Aralık 2020’de alınmıştır.
- İnternet: Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri İçin Çalışma Rehberi. Web: http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/sb/tedk/pdf/TRSM_rehber.pdf adresinden 3 Nisan 2021’de alınmıştır.
- İnternet: World Health Organization. (October, 2019). Schizophrenia. Web: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia> adresinden 5 Nisan 2021’de alınmıştır.
- İpçi, K., İncidere, A., Kiras, F., ve Yıldız, M. (2018). Şizofreni hastalarında öznel iyileşme ile bilişsel içgörü arasındaki ilişkinin araştırılması. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(1), 1-4.
- İpçi, K. (2019). *Şizofreni Hastalarında İyileşme: Öznel İyileşme ile Nesnel İyileşme Arasındaki İlişkinin Araştırılması*, Bilim Uzmanlığı Tezi, Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kocaeli, 20-25.
- İpçi, K., Yıldız, M., İncidere, A., Kiras, F., Esen, D., and Gürçan, M. B. (2020). Subjective recovery in patients with schizophrenia and related factors. *Community Mental Health Journal*, 56, 1180-1187.

- Jose, D., Ramachandra, Lalitha, K., Gandhi, S., Desai, G., and Nagarajaiah. (2015). Consumer perspectives on the concept of recovery in schizophrenia: a systematic review. *Asian Journal of Psychiatry*, 14, 13-18.
- Jørgensen, R., Zoffmann, V., Munk-Jørgensen, P., Buck, K. D., Jensen, S. O. W., Hansson, L., and Lysaker, P. H. (2015). Relationships over time of subjective and objective elements of recovery in persons with schizophrenia. *Psychiatry Research*, 228(1), 14-19.
- Kalı, A.H. (2018). *Pozitif ve negatif belirtilerle seyreden şizofreni hastalarında tedavi uyumu ve yaşam kalitesi*. Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep.
- Kara, C. ve Demir, S. (2018, 20-23 Kasım). *Şizofreni tanılı bireylerde öznel iyileşme algısı ve içselleştirilmiş damgalanma*. V. Uluslararası IX. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi'nde poster bildirisi olarak sunuldu. Antalya.
- Karaağaç Özçelik, E., ve Yıldırım, A. (2018). Şizofreni hastalarında aile ortamı, içselleştirilmiş damgalanma ve yaşam kalitesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 9(2), 80-87.
- Karakaş, S.A., Okanlı, A., and Yılmaz, E. (2016). The effect of internalized stigma on the self esteem in patients with schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30(6), 648-652. doi: 10.1016/j.apnu.2016.02.006.
- Karakuş, G., Kocal, Y., ve Sert, D. (2017). Şizofreni: Etiyoloji, Klinik Özellikler ve Tedavi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 26(2), 251-267. doi: 10.17827/aktd.303574
- Kaşlı, S., Al, O., and Bademli, K. (2020). Internalized stigmatization and subjective recovery in individuals with chronic mental illness. *International Journal of Social Psychiatry*, 1-6.
- Kavak, F. (2011). Kendi evlerinde yaşayan ve korumalı evlerde yaşayan şizofreni hastalarının yaşam niteliklerinin ve işlevsel iyileşme düzeylerinin karşılaştırılması. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.
- Kim, E.Y., and Jang, M.H. (2019). The mediating effects of self-esteem and resilience on the relationship between internalized stigma and quality of life in people with schizophrenia. *Asian Nursing Research*, 13(4), 257-263. doi:10.1016/j.anr.2019.09.004.
- Koçak, Z., ve Taylan, H. H. (2018). Şizofreni hastalarında içselleştirilmiş damgalanmanın yaşam kalitesi üzerindeki etkisi. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 6(78), 621-640.
- 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.
- Kök Eren, H. (2016). Ruh sağlığına yönelik Dünya'daki ve Türkiye'deki mevcut uygulamalar., N. Gürhan. (Editör). *Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği*, Ankara. Nobel Tıp Kitabevleri, s. 843-870.

- Kukla, M., Lysaker, P. H., and Roe, D. (2014). Strong subjective recovery as a protective factor against the effects of positive symptoms on quality of life outcomes in schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 55(6), 1363-1368. doi: 10.1016/j.comppsy.2014.04.022. Epub 2014 May 6. PMID: 24939703.
- Lam, M. M., Pearson, V., Ng, R. M., Chiu, C. P., Law, C. W., and Chen, E. Y. (2011). What does recovery from psychosis mean? Perceptions of young first-episode patients. *International Journal of Social Psychiatry*, 57(6), 580-587. doi: 10.1177/0020764010374418. Epub 2010 Jul 5. PMID: 20603266.
- Li, X., Wu, J., Liu, J., Li, K., Wang, F., Sun, X., and Ma, S. (2015). The influence of marital status on the social dysfunction of schizophrenia patients in community. *International Journal of Nursing Sciences*, 2(2), 149–152.
- Lieberman, R.P., and Kopelowicz, A. (2005). Recovery from schizophrenia: a concept in search of research. *Psychiatric Services*, 56(6), 735-742. doi: 10.1176/appi.ps.56.6.735.
- Lim, M., Li, Z., Xie, H., Tan, B.L., and Lee, J. (2019). An Asian study on clinical and psychological factors associated with personal recovery in people with psychosis. *BMC Psychiatry*, 19, 256. doi.org/10.1186/s12888-019-2238-9.
- Lloyd, C., King, R., and Moore, L. (2010). Subjective and onjective indicators of recovery in severe mental illness: a cross-sectional study. *International Journal of Social Psychiatry*, 56(3), 220-229.
- Lv, Y., Wolf, A., and Wang, X. (2013). Experienced stigma and self-stigma in Chinese patients with schizophrenia. *General Hospital Psychiatry*, 35(1), 83-88. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2012.07.007.
- Martínez-Cardona, M. del C., González, C. E., Vélez-Velásquez, A. L., Muñoz-Avendaño, N., and Peláez, J. L. (2020). Relaciones de familia en pacientes con esquizofrenia. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 39(5), 643–650.
- Mathew, S.T., Nirmala, B.P. and Kommu, J.V.S. (2018). Meaning of recovery among persons with schizophrenia: a literature review. *Journal of Psychosocial Rehabilitation and Mental Health*, 5, 73–81.
- Mathew, S.T., Nirmala, B.P., and Sagar, K.J.V. (2019). Measuring subjective recovery in people with schizophrenia and exploring its relationship with symptom severity, functioning, and well-being. *Indian Journal of Health and Wellbeing*, 10(4-6), 98-102.
- Morgades-Bamba, C.I., Fuster-Ruizdeapodaca, M.J., and Molero, F. (2019a). The impact of internalized stigma on the well-being of people with Schizophrenia. *Psychiatry Research*, 271, 621-627.
- Morgades-Bamba, C.I., Fuster-Ruizdeapodaca, M.J., and Molero, F. (2019b). Internalized stigma and its impact on schizophrenia quality of life. *Psychology, Health and Medicine*. 24(8), 992-1004. doi: 10.1080/13548506.2019.1612076.

- Mosanya, T.J., Adelufosi, A.O., Adebawale, O.T., Ogunwale, A., and Adebayo, O.K. (2014). Self-stigma, quality of life and schizophrenia: an outpatient clinic survey in Nigeria. *International Journal of Social Psychiatry*, 60(4), 377-386. doi: 10.1177/0020764013491738.
- Muir-Cochrane, E.C. (1998), The role of the community mental health nurse in the administration of depot neuroleptic medication: 'Not just the needle nurse!'. *International Journal of Nursing Practice*, 4, 254-260. <https://doi.org/10.1046/j.1440-172X.1998.00098.x>
- Nowak, I., Waszkiewicz, J., Świtaj, P., Sokół-Szawłowska, M., and Anczewska, M. (2017). A qualitative study of the subjective appraisal of recovery among people with lived experience of schizophrenia in Poland. *Psychiatric Quarterly*, 88, 435-446. <https://doi.org/10.1007/s11126-016-9459-6>
- O'Brien, M. P., Bearden, C. E., Kopelowicz, A., Cannon, T. D. Gordon, J. L., and Lopez, S. R., (2006). Positive family environment predicts improvement in symptoms and social functioning among adolescents at imminent risk for onset of psychosis. *Schizophrenia Research*, 81(2-3), 269-275.
- Olçun, Z. (2016). *Şizofreni hastalarının içselleştirilmiş damgalanma ve umut düzeyleri arasındaki ilişki*, Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum, 35-42.
- Olçun, Z., and Şahin Altun, Ö. (2017). The correlation between schizophrenic patients' level of internalized stigma and their level of hope. *Archives of Psychiatric Nursing*, 31(4), 332-337.
- Özbaş, D., ve Buzlu, S. (2011). Geçmişten günümüze psikiyatri hemşireliği. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 19(3), 187-193.
- Özer, Ü., Varlık, C., Çeri, V., İnce, B., ve Arslan Delice, M. (2017). Değişim bizden başlar: ruh sağlığı çalışanlarında ruhsal hastalıklara yönelik damgalayıcı tutumlar ve damgalayıcı dilin kullanımı. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 30, 224-232.
- Pektaş, İ., Bilge, A., ve Ersoy, M. A. (2006). Toplum ruh sağlığı hizmetlerinde epidemiyolojik çalışmalar ve toplum ruh sağlığı hemşireliğinin rolü. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 7, 43-48.
- Pellet, J., Golay, P., Nguyen, A., Suter, C., Ismailaj, A., Bonsack, A., and Favrod, J. (2019). The relationship between self-stigma and depression among people with schizophrenia-spectrum disorders: A longitudinal study. *Psychiatry Research*, 275, 115-119.
- Pernice, F. M., Biegel, D. E., Kim, J., and Conrad-Garrisi, D. (2017). The mediating role of mattering to others in recovery and stigma. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 40(4), 395-404. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/prj0000269>.

- Picco, L., Pang, S., Lau, Y.W., Jeyagurunathan, A., Satghare, P., Abdin, E., Vaingankar, J.A., Lim, S., Poh, C.L., Chong, S.A., and Subramaniam, M. (2016). Internalized stigma among psychiatric outpatients: associations with quality of life, functioning, hope and self-esteem. *Psychiatry Research*, 246, 500-506. doi: 10.1016/j.psychres.2016.10.041.
- Pribadi, T., Lin, E. C., Chen, P., Lee, S., Fitryasari, R., and 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*, 27(5), 584-594.
- Ritsher, J. B., Otilingam, P. G., and Grajales, M. (2003). Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Research*, 121(1), 31-49. doi: 10.1016/j.psychres.2003.08.008.
- Roe, D., Mashiach-Eizenberg, M., and Lysaker, P. H. (2011). The relation between objective and subjective domains of recovery among persons with schizophrenia-related disorders. *Schizophrenia Research*, 131, 133-138.
- Roosenschoon, B. J., Kamperman, A. M., Deen, M. L., Weeghel, J. V., and Mulder, C.L. (2019). Determinants of clinical, functional and personal recovery for people with schizophrenia and other severe mental illnesses: A cross-sectional analysis. *PLoS One*, 14(9), e0222378. doi: 10.1371/journal.pone.0222378.
- Rossi, A., Amore, M., Galderisi, S., Rocca, P., Bertolino, A., Aguglia, E., Amodeo, G., Bellomo, A., Bucci, P., Buzzanca, A., Carpiniello, B., Comparelli, A., Dell'Osso, L., di Giannantonio, M., Mancini, M., Marchesi, C., Monteleone, P., Montemagni, C., Oldani, L., Roncone, R., Siracusano, A., Stratta, P., Tenconi, E., Vignapiano, A., Vita, A., Zeppegno, P., Maj, M., Italian Network for Research on Psychoses. (2018). The complex relationship between self-reported 'personal recovery' and clinical recovery in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 192, 108-112. doi: 10.1016/j.schres.2017.04.040.
- Sarıkaya Varlık, D. (2014). *Toplum ruh sağlığı merkezlerinde takip edilen şizofreni hastalarında hastane yatışlarını belirleyen faktörler*. Tıpta Uzmanlık Tezi, T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu İstanbul İli Bakırköy Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.
- Sari, S. P., Agustin, M., Wijayanti, D. Y., Sarjana, W., Afrikhah, U., and Choe, K. (2021). Mediating effect of hope on the relationship between depression and recovery in persons with schizophrenia. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 627588.
- Saruç, S., ve Kaya Kılıç, A. (2015). Toplum ruh sağlığı merkezinden hizmet alan hastaların sosyal profili ve merkezde verilen hizmetler. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 26(2), 53-72.
- Schrank, B., and Slade, M. (2007). Recovery in psychiatry. *Psychiatric Bulletin*, 31 (9), 321-325.

- Sharaf, A. Y., Ossman, L. H., and Lachine, O. A. (2012). A cross-sectional study of the relationships between illness insight, internalized stigma, and suicide risk in individuals with schizophrenia. *International Journal of Nursing Studies*, 49(12), 1512-1520. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2012.08.006. Epub 2012 Aug 30. PMID: 22939218.
- Sevinik, H. (2016). *Şizofreni hastalarında içselleştirilmiş damgalanma ve sosyal işlevsellik düzeyi*, Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya, 37-48.
- Sibitz, I., Unger, A., Woppmann, A., Zidek, T., and Amering, M. (2011). Stigma resistance in patients with schizophrenia, *Schizophrenia Bulletin*, 37 (2), 316–323. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbp048>
- Singla, N., Avasthi, A., and Grover, S. (2020). Recovery and its correlates in patients with schizophrenia. *Asian Journal of Psychiatry*, 52, 102162. DOI: 10.1016/j.ajp.2020.102162.
- Songur, C., Saylavcı, E., ve Kıran, Ş. (2017). Avrupa’da ve Türkiye’de ruh sağlığı hizmetlerinin karşılaştırmalı olarak incelenmesi. *Social Sciences Studies Journal*, 3(7), 276-289.
- Şahin, Ş., ve Elboğa, G. (2019). Toplum ruh sağlığı merkezinden yararlanan hastaların yaşam kalitesi, tıbbi tedaviye uyumu, içgörü ve işlevsellikleri. *Cukurova Medical Journal*, 44(2), 431-438.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2011a). *Ulusal ruh sağlığı eylem planı (2011-2023)*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı, 21-33.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2011b). Hemşirelik yönetmeliğinde değişiklik yapılmasına dair yönetmelik. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2011c). Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinin Kurulması ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı.
- Tel, H., ve Ertekin Pınar, Ş. (2012). Ayaktan izlenen psikiyatri hastalarında içselleştirilmiş damgalama ve benlik saygısı. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 3(2), 61-66.
- Temesgen, W.A., Chien, W.T., and Bressington, D. (2019). Conceptualizations of subjective recovery from recent onset psychosis and its associated factors: A systematic review. *Early Intervention in Psychiatry*, 13(2), 181– 193. <https://doi.org/10.1111/eip.12698>.
- Temesgen, W.A., Chien, W.T., Valimaki, M.A., and Bressington, D. (2020). Predictors of subjective recovery from recent-onset psychosis in a developing country: a mixed-methods study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 55(9), 1187-1199. doi: 10.1007/s00127-020-01853-5.
- Touriño, R., Acosta, F. J., Giráldez, A., Álvarez, J., González, J. M., Abelleira, C., Benitez, N., Baena, E., Fernández, J. A., ve Rodriguez, C. J. (2018). Suicidal risk, hopelessness and depression in patients with schizophrenia and internalized stigma. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 46(2), 33-41.

- Townsend, M. C. (2016). *Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliğinin temelleri: kanıta dayalı uygulama bakım kavramları*. (Altıncı Baskı). (Çev. C. T. Özcan ve N. Gürhan). Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi. (Eserin orijinali 2008'de yayımlandı), 15, 335-377.
- Tsai, J., Stroup, T. S., and Rosenheck, R. A. (2011). Housing arrangements among a national sample of adults with chronic schizophrenia living in the United States: a descriptive study. *Journal of Community Psychology*, 39(1), 76–88.
- Turan, N. (2016). Şizofreni ve diğeri psikotik bozukluklar., N. Gürhan. (Editör). *Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği*, Ankara. Nobel Tıp Kitabevleri, s. 539-564.
- Uhlmann, C., Kaehler, J., Harris, M. S., Unser, J., Arolt, V., and Lencer, R. (2014). Negative impact of self-stigmatization on attitude toward medication adherence in patients with psychosis. *Journal of Psychiatric Practice*, 20(5), 405-410. doi: 10.1097/01.pra.0000454787.75106.ae.
- Üçok, A. (2017). Şizofreni, şizofreniform bozukluk ve sanrısız bozukluk., R. Tükel, S. Çakır ve E. Ertekin. (Editörler). *Psikiyatri*. İstanbul. Nobel Tıp Kitabevleri, s.53-61.
- Üstün, B., ve Şengün İnan, F. (2018). Psikiyatri hemşireliği uygulamasına bir örnek: damgalamayla mücadele eğitim programı. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 15(2), 131-135.
- Van Eck, R. M., Burger, T. J., Vellinga, A., Schirmbeck, F., and Haan, L. (2018). The relationship between clinical and personal recovery in patients with schizophrenia spectrum disorders: a systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 44(3), 631-642. doi: 10.1093/schbul/sbx088.
- Vass, V., Morrison, A.P., Law, H., Dudley, J., Taylor, P., Bennett, K.M., and Bentall, R.P. (2015). How stigma impacts on people with psychosis: The mediating effect of self-esteem and hopelessness on subjective recovery and psychotic experiences. *Psychiatry Research*, 230, 487-495.
- Vass, V., Sitko, K., West, S., and Bentall, R. P. (2017). How stigma gets under the skin: the role of stigma, self-stigma and self-esteem in subjective recovery from psychosis. *Psychosis*, 9(3), 235-244.
- Vrbova, K., Prasko, J., Holubova, M., Kamaradova, D., Ociskova, M., Marackova, M., Latalova, K., Grambal, A., Slepecky, M., and Zatkova, M. (2016). Self-stigma and schizophrenia: a cross-sectional study. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 12, 3011-3020. doi: 10.2147/NDT.S120298.
- Vural, F., ve Köroğlu, M. A. (2020). Şizofreni hastalarının sosyal yaşamları ve sosyal hizmet ilişkisi: Kütahya ili örneği. *Optimum Ekonomi ve Yönetim Bilimleri Dergisi*, 7(2), 653-668.
- Wade, M., Tai, S., Awenat, Y., and Haddock, G. (2017). A systematic review of service-user reasons for adherence and nonadherence to neuroleptic medication in psychosis. *Clinical Psychology Review*, 51, 75-95. doi: 10.1016/j.cpr.2016.10.009. Epub 2016 Oct 28. PMID: 27838461.

- Walder, D. J., Faraone, S. V., Glatt, S. J., Tsuang, M. T. and Seidman, L. J. (2014). Genetic liability, prenatal health, stress and family environment: risk factors in the Harvard Adolescent Family High Risk for Schizophrenia Study. *Schizophrenia Research*, 157(1-3), 142-148.
- Windell, D., and Norman, R. M. (2013). A qualitative analysis of influences on recovery following a first episode of psychosis. *International Journal of Social Psychiatry*. 59(5), 493-500. doi: 10.1177/0020764012443751.
- Windell, D.L., Norman, R., Lal, S., and Malla, A. (2015). Subjective experiences of illness recovery in individuals treated for first-episode psychosis. *Social Psychiatry And Psychiatric Epidemiology*, 50(7), 1069-1077. doi: 10.1007/s00127-014-1006-x.
- Wong, YL.I., Kong, D., Tu, L., and Frasso, R. (2018). "My bitterness is deeper than the ocean": understanding internalized stigma from the perspectives of persons with schizophrenia and their family caregivers. *International Journal of Mental Health Systems*, 12, 14. doi.org/10.1186/s13033-018-0192-4.
- Yanos, P. T., Roe, D., Markus, K., and Lysaker, P. H. (2008). Pathways between internalized stigma and outcomes related to recovery in schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatric Services*, 59(12), 1437-42. doi: 10.1176/appi.ps.59.12.1437.
- Yanos, P. T., DeLuca, J. S., Roe, D., and Lysaker, P. H. (2020). The impact of illness identity on recovery from severe mental illness: A review of the evidence. *Psychiatry Research*, 288:112950. doi: 10.1016/j.psychres.2020.112950. Epub 2020 Apr 5. PMID: 32361335.
- Yıldırım, T., and Kavak Budak, F. (2020). The relationship between internalized stigma and loneliness in patients with schizophrenia. *Perspectives in Psychiatric Care*. 56, 168-174. https://doi.org/10.1111/ppc.12399
- Yıldırım, T. (2018). *Şizofreni hastalarında içselleştirilmiş damgalanma ile yalnızlık arasındaki ilişki*, Yüksek Lisans Tezi, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Malatya, 24-32.
- Yılmaz, E. (2012). *Şizofreni hastalarında içselleştirilmiş damgalanmanın tedaviye uyuma etkisi*, Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum, 25-29.
- Yılmaz, E., and Okanlı, A. (2015). The effect of internalized stigma on the adherence to treatment in patients with schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 29(5), 297–301.
- Yildiz, M., Erim, R., Soygur, H., Tural, U., Kiras, F., and Gules, E. (2018). Development and validation of the Subjective Recovery Assessment Scale for patients with schizophrenia. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*, 28(2), 163-169. DOI: 10.1080/24750573.2017.1405579.
- Yu, Y., Xiao, X., Yang, M., Ge, X.P., Li, T.X., Cao, G., and Liao, Y.J. (2020). Personal recovery and its determinants among people living with schizophrenia in China. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 602524. doi: 10.3389/fpsy.2020.602524.

Zhang, T., Wong, I. Y., Yu, Y., Ni, S., He, X., Bacon-Shone, J., Gong, K., Huang, C., Hu, Y., Tang, M., Cao, W., Chan, C. L., Ran, M., and 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, 911-918.







EK-1. Katılımcı Bilgi Formu

Katılımcı Bilgi Formu

1. Cinsiyetiniz?
 1. Kadın
 2. Erkek
2. Yaşınız?
3. Eğitim durumunuz nedir?
 1. İlkokul
 2. Ortaokul
 3. Lise
 4. Üniversite
 5. Lisansüstü
4. Medeni durumunuz nedir?
 1. Evli
 2. Bekar
5. Yaşadığınız yer?
 1. Kendi evim
 2. Korumalı ev
 3. Yatılı bakım merkezi
 4. Diğer (açıklayınız):
6. Evde kimlerle birlikte yaşıyorsunuz? (yalnız, eş, çocuk, anne, baba, kardeş gibi birlikte yaşadığınız kişileri yazınız):
.....
.....
7. Düzenli gelir getiren herhangi bir işte çalışıyor musunuz?
 1. Evet
 2. Hayır
8. En uzun süre yaşadığınız yer?
 1. Köy
 2. İlçe
 3. İl

EK-1. (devam) Katılımcı Bilgi Formu

9. Bugün buraya ne için geldiniz?
1. Kontrol için
 2. İlaç yazdırmak için
 3. Terapi seansı için
 4. Hastalığımla ilgili bazı şeyleri danışmak ve sormak için
 5. Diğer (açıklayınız):
10. Buraya ne kadar süredir geliyorsunuz? yıl, ...ay
11. Bu hastalığınız ne kadar süredir var? yıl, ...ay
12. Hastalığınızın nedeni ile ilgili ne düşünüyorsunuz?

13. Bu hastalıkla ilgili siz ne düşünüyorsunuz? Nasıl bir hastalık?

14. Bu hastalığınızla ilgili sizde hangi belirtiler oluyor? Yazınız.

15. Bu hastalığa bağlı aile içinde yaşadığınız sorunları yazınız.

EK-1. (devam) Katılımcı Bilgi Formu

16. Bu hastalığa bağlı arkadaşlarınızla ve çevrenizdeki diğer kişilerle yaşadığınız sorunları yazınız.

17. Hastalığınızla ilgili yaşadığınız sorunlarda size kim destek oluyor? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

1. Ailem
2. Yakın akrabalarım
3. Arkadaşlarım
4. Komşularım
5. Sağlık personeli (doktor, hemşire, psikolog, sosyal hizmet uzmanı)
6. Hiç kimse destek olmuyor
7. Diğer (açıklayınız):

18. İlacınızı/ilaçlarınızı düzenli olarak kullanıyor musunuz?

1. Evet
2. Hayır

19. Kontrol randevularınıza düzenli olarak gidiyor musunuz?

1. Evet
2. Hayır

20. Toplum Ruh Sağlığı Merkezine düzenli olarak geliyor musunuz?

1. Evet
2. Hayır

21. Toplum Ruh Sağlığı Merkezine ne sıklıkla geliyorsunuz?

22. Toplum Ruh Sağlığı Merkezine geldiğinizde nasıl vakit geçiriyorsunuz, hangi aktivitelere katılıyorsunuz? Yazınız.

.....
.....

EK-2. Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği (RHİDÖ)

İRHDÖ

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

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

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

	Kesinlikle aynı fikirde değilim	Aynı fikirde değilim	Aynı fikirdeyim	Kesinlikle aynı fikirdeyim
1. Ruhsal bir hastalığım olduğu için kendimi bu dünyada bir yabancı gibi hissediyorum.	1	2	3	4
2. Ruhsal hastalığı olan kişiler saldırgan olmaya eğilimlidirler.	1	2	3	4
3. Ruhsal bir hastalığım olduğu için insanlar bana farklı davranıyorlar.	1	2	3	4
4. Reddedilmemek için, ruhsal hastalığı olmayan kişilere yaklaşımdan kaçınıyorum.	1	2	3	4
5. Ruhsal bir hastalığım olduğundan dolayı utanıyorum.	1	2	3	4
6. Ruhsal hastalığı olan kişiler evlenmemelidir.	1	2	3	4
7. Ruhsal hastalığı olan kişiler topluma önemli katkılarda bulunurlar.	1	2	3	4
8. Kendimi ruhsal hastalığı olmayan kişilerden daha aşağı hissediyorum.	1	2	3	4
9. Ruhsal hastalığım benim "garip" görünmeme ya da davranmamama 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 şıkmak 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

EK-2. (devam) Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği (RHİDÖ)

	Kesinlikle aynı fikirde değilim	Aynı fikirde değilim	Aynı fikirdeyim	Kesinlikle aynı fikirdeyim
15. Sırf ruhsal hastalığımndan dolayı insanlar bana sık sık ne yapmam gerektiğini söyleyip, sanki çocukmuşum gibi davranırlar.	1	2	3	4
16. Ruhsal hastalığım olduğu için kendimden memnun değilim.	1	2	3	4
17. Ruhsal hastalığımın olması hayatımı berbat etti.	1	2	3	4
18. İnsanlar görüşümünden ruhsal bir hastalığımın olduğunu anlayabilirler.	1	2	3	4
19. Ruhsal hastalığımndan dolayı benimle ilgili çoğu kararı başkalarının vermesine ihtiyaç duyarım.	1	2	3	4
20. Ailemi ve arkadaşlarımı utandırmamak için sosyal ortamlardan uzak dururum.	1	2	3	4
21. Ruhsal hastalığı olmayanların beni anlamaları mümkün değildir.	1	2	3	4
22. Sırf ruhsal hastalığım olduğu için insanlar beni göz ardı eder ya da pek ciddiye almazlar.	1	2	3	4
23. Ruhsal hastalığım olduğu için topluma hiçbir 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 yakınlaşmak 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-3. Öznel İyileşmeyi Değerlendirme Ölçeği (ÖzİDÖ)

The SubRAS/Öznel İyileşmeyi Değerlendirme Ölçeği (ÖzİDÖ).

Hastalığınızın tedavisi ile birlikte iyileşme durumunuzu değerlendirmek amacıyla aşağıda bazı ifadeler verilmiştir. Lütfen bunlarla ilgili olarak size en uygun olan seçeneği işaretleyiniz.

	Bana hiç uymaz	Biraz uyar	Orta Derecede uyar	Genellikle uyar	Tam uyar
1 Geleceğimle ilgili umutlarım var					
2 Ulaşmak istediğim hedeflerim var					
3 Hedeflerimi gerçekleştirebileceğime inanıyorum					
4 Yeni ilgi alanları ediniyorum					
5 Çevremde ailem dışında da güvenebileceğim insanlar var					
6 Gereksinim duyduğumda çevremden yardım istiyorum					
7 Kendime güveniyorum					
8 Karşılaştığım zor durumlara başa çıkabiliyorum					
9 Çevremdeki insanlar bana güveniyor					
10 Çevrem tarafından aranan ve önemsenen birisiyim					
11 Hastalığının tedavisi için elimden geleni yapıyorum					
12 Hastalığının belirtileriyle başa çıkabiliyorum					
13 Başka kişilerle olumlu ilişkiler kuruyorum					
14 Kendimi toplumun bir üyesi olarak görüyorum					
15 Sosyal etkinliklere katılıyorum					
16 Boş zamanlarımı faydalı bir şekilde değerlendiriyorum					
17 Benden beklenen görevleri (öğrenci, işçi, memur, ev hanımı gibi) yerine getiriyorum					

EK-4. Katılımcılar İçin Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

GAZİ ÜNİVERSİTESİ ETİK KOMİSYONU FORM-2
Rev-3
19.12.2017



**T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
ETİK KOMİSYONU**

KATILIMCILAR İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Sizi, Gazi Üniversitesi Etik Komisyonu'ndan 12.02.2019 tarih / 02 sayılı ile izin alınan* ve Cennet KARA tarafından yürütülen "Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde Takip Edilen Şizofreni Hastalarında Öznel İyileşme Algısı ve İçselleştirilmiş Damgalanmanın Belirlenmesi" başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkına sahipsiniz. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size bir ödeme yapılmayacaktır. Çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır.

*Gazi Üniversitesi Etik Komisyon izni alındıktan sonra doldurularak kullanılacaktır.

Araştırmanın Amacı	Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde takip edilen şizofreni tanılı bireylerin öznel iyileşme algısı ve içselleştirilmiş damgalanma düzeyini belirlemektir.
Araştırmanın Yöntemi	Araştırma 3 ayrı veri toplama formunun katılımcılar tarafından doldurulması ile yürütülecektir. Bu formlar; Katılımcı Bilgi Formu (31 soru), Öznel İyileşmeyi Değerlendirme Ölçeği (17 soru), Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği (29 soru)'dür. Araştırma uygulaması için katılımcıların ortalama 15 dakikalarını ayırmaları beklenmektedir. Veri toplama formlarında size en çok uyan seçenekleri işaretlemeniz, tüm soruları cevaplamanız beklenmektedir.
Araştırmanın Öngörülen Süresi (Başlama ve Bitiş Tarihi)	01.11.2019 – 15.08.2020
Araştırmaya Katılması Beklenen Katılımcı/Gönüllü Sayısı	Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde takip edilen 320 hastanın çalışmaya katılması beklenmektedir.
Araştırmanın Yapılacağı Yerler	Araştırma; T.C Sağlık Bakanlığı İstanbul (), (), () Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde yapılacaktır.
Görüntü ve/veya ses kaydı alınacak mı?	Evet ☐ Hayır ☒

Tablo katılımcıların anlayabileceği biçimde, akademik dil kullanılmadan yazılacaktır.

KATILIMCI BEYANI

Yukarıda amacı ve içeriği belirtilen bu araştırma ile ilgili bilgiler tarafıma aktarıldı. Bu bilgilerden sonra araştırmaya katılımcı olarak davet edildim. Bu çalışmaya katılmayı kabul ettiğim takdirde gerek araştırma yürütülürken gerekse yayımlandığında kimliğimin gizli tutulacağı konusunda güvence aldım. Bana ait verilerin kullanımına izin veriyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin dikkatle korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden çekilebilirim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Araştırma ile ilgili bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anladım ve bulunmaktayım. Bu çalışmaya hiçbir baskı altında kalmadan kendi bireysel onayım ile katılıyorum. İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Araştırma yürütücüsü (Tez çalışmalarında Danışman tarafından imzalanacaktır.)

Adı ve Soyadı		Tarih ve İmza
Adres ve telefonu		

Katılımcı

Adı ve Soyadı		Tarih ve İmza
Adres ve telefonu		

Velayet veya Vesayet Altındaki Katılımcılar için Veli/Vasi

Adı ve Soyadı		Tarih ve İmza
Adres ve telefonu		

EK-5. Gazi Üniversitesi Etik Komisyon İzin Yazısı I

Evrak Tarih ve Sayısı: 27/02/2019-E.27458



T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Etik Komisyonu



Sayı : 77082166-302.08.01-
Konu : Bilimsel ve Eğitim Amaçlı

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 19/12/2018 tarihli ve 14574941-199- 167461 sayılı yazı.

İlgi yazınız ile göndermiş olduğunuz, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Cennet KARA'nın, Doç.Dr. Satı DEMİR'in danışmanlığında yürüttüğü "*Şizofreni Hastalarında Öznel İyileşme Algısı ve İçselleştirilmiş Damgalanmanın Belirlenmesi: Karşılaştırmalı Bir Çalışma*" adlı tez çalışması ile ilgili konu Komisyonumuzun 12.02.2019 tarih ve 02 sayılı toplantısında görüşülmüş olup,

İlgilinin çalışmasının, yapılması planlanan yerlerden izin alınması koşuluyla yapılmasında etik açıdan bir sakınca bulunmadığına oybirliği ile karar verilmiş ve karara ilişkin imza listesi ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Alper CEYLAN
Komisyon Başkanı

Araştırma Kod No: 2019-080

Ek: 1 Liste



Ankara
Tel:0 (312) 202 20 57 - 0 (312) 2... Faks:0 (312) 202 38 76
İnternet Adresi :<http://etikkomisyon.gazi.edu.tr/>

Bilgi için :Burak Çitrak
Genel Evrak Sorumlusu
Telefon No:0312 202 26 61

EK-5. (devam) Gazi Üniversitesi Etik Komisyon İzin Yazısı I

GAZİ ÜNİVERSİTESİ ETİK KOMİSYONU KATILIM LİSTESİ	
TOPLANTI TARİHİ : 12.02.2019	TOPLANTI SAYISI : 02
ADI-SOYADI	İMZA
Prof.Dr.Alper CEYLAN BAŞKAN	
Prof.Dr.Mustafa N.İLHAN BAŞKAN YRD.	
Prof.Dr.Rahmi ÜNAL	
Prof.Dr.Mehmet Sayım KARACAN	
Prof.Dr.Mustafa SARIKAYA	
Prof.Dr.İbrahim DOĞAN	KATILAMADI
Prof.Dr.C. Haluk BODUR	
Prof.Dr.Mustafa İLBAŞ	
Prof.Dr.Fusun DEMİREL	KATILAMADI
Prof.Dr.Aymelek GÖNENÇ	
Doç.Dr.Nihan KAFA	KATILAMADI
Doç.Dr.Zehra GÖÇMEN BAYKARA	
Doç.Dr.Latif AYDOS	

EK-6. Gazi Üniversitesi Etik Komisyon İzin Yazısı II

Evrak Tarih ve Sayısı: 12.05.2020-E.54156



T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Ölçme Değerlendirme Etik Alt Çalışma Grubu



Sayı : 91610558-302.08.01-
Konu : Bilimsel ve Eğitim Amaçlı

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : a) 19.12.2018 tarihli ve E.167461 sayılı yazı.
b) 27.02.2019 tarihli ve E.27458 sayılı yazı.
c) 06.01.2020 tarihli ve E.1901 sayılı yazı.

İlgi yazınız ile göndermiş olduğunuz, Enstitünüz Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Cennet KARA'nın, Doç.Dr. Satı DEMİR'in, danışmanlığında yürüttüğü "*Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde Takip Edilen Şizofreni Hastalarında Öznel İyileşme Algısı ve İçselleştirilmiş Damgalanmanın Belirlenmesi*" adlı tez çalışması ile ilgili konu Kurulumuzun 03.03.2020 tarih ve 03 sayılı toplantısında görüşülmüş olup,

İlgilinin çalışmasının, yapılması planlanan yerlerden izin alınması koşuluyla yapılmasında etik açıdan bir sakınca bulunmadığına oybirliği ile karar verilmiş ve karara ilişkin imza listesi ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. İsmail KARAKAYA
Kurul Başkanı

Araştırma Kod No: 2020-176

Ek: 1 Liste



Emniyet Mahallesi Bandırma Caddesi No :6/1 06560 Yenimahalle/ANKARA
Tel:0 (312) 202 20 57 - 0 (312) 2... Faks:0 (312) 202 38 76
İnternet Adresi :<http://etikkomisyon.gazi.edu.tr/>

Bilgi için :Esengül BOŞNAK
Birim Evrak Sorumlusu
Telefon No:03122022666

EK-6. (devam) Gazi Üniversitesi Etik Komisyon İzin Yazısı II

GAZİ ÜNİVERSİTESİ ÖLÇME DEĞERLENDİRME ETİK ALT ÇALIŞMA GRUBU KATILIM LİSTESİ	
TOPLANTI TARİHİ : 03.03.2020	TOPLANTI SAYISI : 03
ADI-SOYADI	İMZA
Prof. Dr. İsmail KARAKAYA Başkan	
Prof.Dr. Ç. Haluk BÖDÜR	
Prof.Dr.İsmet YÜKSEL	
Prof.Dr.Seçil ÖZKAN	KATILANADI
Prof.Dr.Cevriye TEMEL GENCER	
Prof.Dr.Aymelek GÖNENÇ	
Prof.Dr.Gülay BAYRAMOĞLU	
Prof.Dr.Makbule GEZMEN KARADAĞ	
Doç.Dr.Zehra GÖÇMEN BAYKARA	
Doç.Dr.Nihan KAFA	İZİNLI
Doç.Dr.Nermet KARASU	KATILANADI
Doç.Dr.İlyas OKUR	
Doç.Dr.Kemal ÖZTEMEL	

EK-7. Kurum izinleri

	T.C. İSTANBUL VALİLİĞİ İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ Devlet Hastanesi	T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI İSTANBUL DEVLET HASTANESİ 16.09 - 49078885 - 604.01.01 - 8.3307 00093172478
Sayı : 49078885-604.01.01 Konu : Cennet KARA'nın Araştırma İni Hk.		
İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE		
İlgi : 02/04/2019 tarihli ve 16867222-604.01.01-1377 sayılı yazı.		
Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans programı öğrencisi Cennet KARA, Doç. Dr. Satı DEMİR'in danışmanlığında yürütülen; "Şizofreni Hastalarında Öznel İyileşme Algısı ve İçselleştirilmiş Damgalanmanın Belirlenmesi: Karşılaştırılmalı Bir Çalışma" başlıklı tezini, Hastanemizde yapma talebi uygun görülmüştür.		
Gereğini bilgilerinize arz ederim.		
e-imzalıdır. Uz.Dr.Tuncay KARAHAN Başhekim Yardımcısı		
Telefon: Faks No: [Redacted] e-Posta: [Redacted] İnternet Adresi: [Redacted] Bilgi için: [Redacted] Hemşire: [Redacted] Telefon No: [Redacted]		
Evrakın elektronik imzalı suretine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden 3b1fa736-ec0-487b-8c53-77f981244fe4 koda ile erişebilirsiniz. Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.		

EK-7. (devam) Kurum izinleri



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
[Redacted] Hastanesi



Sayı : 38458272-771
Konu : Cennet KARA'nın
Araştırma İzni Hk.

İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

İlgi 02/04/2019 tarihli ve 16867222-604.01.01-1377 sayılı yazı.

İlgi sayılı yazınız gereği, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans programı öğrencisi **Cennet KARA'nın**, Doç. Dr. Satı DEMİR'in danışmanlığında yürütülen; "**Şizofreni Hastalarında Öznel İyileşme Algısı ve İçselleştirilmiş Damgalanmanın Belirlenmesi: Karşılaştırılmalı Bir Çalışma**" başlıklı tezini, Hastanenize bağlı Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde yapması uygun görülmüştür.

Gereğini arz ederim.

Uzm. Dr.Osman Gazi KİRAZ
Başhekim

Telefon: [Redacted]
e-Posta: [Redacted]

Bilgi için: [Redacted]

HEMŞİRE

Telefon No: [Redacted]

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 952f8893-cde7-4fde-9006-171e1f6e4b29 kodu ile ulaşılabilir.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-7. (devam) Kurum izinleri



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
[Redacted] Devlet Hastanesi

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
[Redacted]
115 - 604.01.01 - E-3539
[Barcode]
00091423396

Sayı : 97010115-604.01.01
Konu : Cennet KARA'nın Araştırma İzni
Hk.

İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
İstanbul SAĞlığın Geliştirilmesi Birimi

İlgi: 02/04/2019 tarihli ve 16867222-604.01.01-1377 sayılı yazınız.

İlgi sayılı yazıda belirtilen **Şizofreni Hastalarında Öznel İyileşme Algısı ve İçselleştirilmiş Damgalanmanın Belirlenmesi: Karşılaştırılmalı Bir Çalışma**" başlıklı tezini, Hastanemiz ve Hastanemize bağlı Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde yapma talebi Bilimsel Çalışma Değerlendirme Komisyonu ve Toplum Ruh Sağlığı Merkezi Sorumlu Psikiyatri Uzman Hekimi tarafından değerlendirilmiş olup, uygun görülmemiştir. Görüş yazısı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır.
Uzm.Dr. Adnan DEVELİOĞLU
Başhekim

Ek: Cennet KARA'nın Araştırma İzni Hk

Telefon: Faks No: [Redacted]
e-Posta: [Redacted] Adresi: [Redacted]
[Redacted] e-belge.saglik.gov.tr adresinden 254645a2-115e-438a-8ed4-4b881b9dfa94 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için: [Redacted]
HEMSİRE
Telefon No: [Redacted]

EK-7. (devam) Kurum izinleri

	T.C. İSTANBUL VALİLİĞİ İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ Devlet Hastanesi	T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ 113 - 904 01 01 - B.3448 00091087431
Sayı : 97010115-604.01.01 Konu : Cennet KARA'nın Araştırma İzni Hk.		
DEVLET HASTANESİNE		
İlgi: Hastanesinin 04.04.2019 tarih ve 3313 sayılı yazısı		
İlgi sayılı yazıda bahse konu olan çalışmada, TRSM'de takip edilen hastalardan haftada en az 3 gün gelme kriterinin bulunması ve ulaşılması gereken minimum örnekleme hasta sayısının 151 olarak belirtilmesi sebebiyle, merkezimizde bu kriterlere uygun sayıya ulaşamayacağından çalışmanın yapılabilmesi uygun değildir.		
Bilgilerinize arz ederim.		
Yusuf Adnan ÖZCAN Psikiyatri Uzmanı TRSM Sorumlu Hekimi		
e-imzalıdır. Uzm.Dr. Adnan DEVELİOĞLU Başhekim		
Telefon: Faks No: [Redacted] e-Posta: [Redacted]		
		Bilgi için [Redacted] Veri Hazırlama ve Kontrol İslt. Telefon No: [Redacted]
Evrakın elektronik imzalı suretine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden 85864562-0150-4076-853d-440620362769-4 kodu ile erişilebilir. Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.		

EK-7. (devam) Kurum izinleri



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

Hastanesi



Sayı : 79341859-619
Konu : Tez Çalışması Hk.

Sayın Cennet KARA ÖZÇALIK

İlgi : 25/09/2020 tarihli ve 14974 sayılı dilekçesiniz.

İlgi dilekçenizde belirtilen Şizofreni Hastalarında Öznel İyileşme Algısı ve İşselleştirilmiş Damgalamanın Belirlenmesi Karşılaştırmalı bir Çalışma" başlıklı tez çalışması talebini değerlendirilmiş olup, söz konusu çalışmanın Covid-19 Pandemi sürecine denk gelmesi nedeniyle çalışmanın Psikiyatri Kliniğimizce yürütülmesi uygun görülmemiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

e-imzalıdır.
Prof.Dr.H.Mustafa ÖZDEMİR
Başhekim

Güvenli Elektronik
İmza Asit ile Aynıdır.
25/09/2020

Müdür Yardımcısı

Bilgi için
SÜREKLİ İŞÇİ
Telefon
e-Posta

Evdeki elektronik imza süresini <http://e-bolge.saglik.gov.tr> adresinden 420b9f60-7623-408e-8c95-9484f0457a9b kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-7. (devam) Kurum izinleri



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
İstanbul [REDACTED] Hastanesi



Sayı : 82998542-771
Konu : Cennet Kara(Araştırma Hakkında)

SYN.CENNET KARA

Kurumumuzun Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde yapılacak olan 'Takip Edilen Şizofreni Hastalarında Öznel İyileşme Algısı ve İçselleştirilmiş Dalgalanmanın Belirlenmesi' konulu araştırmanızın Covid 19 pandemi döneminden kaynaklı olarak vaka sayısının yetersiz oluşundan çalışmanız uygun görülmemiştir.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

e-imzalıdır.
Prof.Dr.Ahmet Yaser
MÜSLÜMANOĞLU
Başhekim

[REDACTED] Hastanesi
Telefon: [REDACTED]
e-Posta: [REDACTED]
Bilgi için [REDACTED] HEMŞİRE
Telefon No: [REDACTED]
Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 29ce1e38-3d0a-4175-a775-28db7ca67858 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-8. Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği (RHİDÖ) Kullanım İzni
E-maili



Cennet Kara <[redacted]>

İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği

Mehmet Akif Ersoy <[redacted]>
Alıcı: "Cennet k." <[redacted]>

26 Nisan 2018 15:33

selam
ölçek ve bilgi eklidir
kolay gelsin

26 Nisan 2018 14:47 tarihinde Cennet k. <[redacted]> yazdı:
[Alıntılanan metin gizlendi]

--
Prof. Dr. Mehmet Akif ERSOY
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi
Psikiyatri Bölümü 35100 Bornova İzmir

Evlilik ve İlişkiler Hakkında her şeyi bulabilirsiniz: www.ruhikizi.com
Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu hakkında: www.hiperaktivite.info
Evliliğinizi / ilişkinizi değerlendirmek ve geliştirmek için: www.iliskidegerlendirme.com

2 eklenti

olcek - İRHDÖ.doc
202K

olcek - İRHDÖ.pdf
209K

EK-9. Öznel İyileşmeyi Değerlendirme Ölçeği (ÖzİDÖ) Kullanım İzni E-maili



Cennet Kara <[REDACTED]>

Öznel İyileşmeyi Değerlendirme Ölçeği

mustafa yildiz <[REDACTED]>

27 Nisan 2018 08:37

Alıcı: "Cennet k." <[REDACTED]>

merhaba cennet hanım,

ölçeğe ilgin için teşekkür ederim. ekli dosyada gönderiyorum. makalenin arkasında ölçek verilmiştir. toplam puan üzerinden hesaplıyoruz. tek faktörlü. kullanımı kolay.

başarı dileklerle.

not: sonuçları benimle paylaşırsan sevinirim.

Mustafa YILDIZ, Kocaeli Üniversitesi
[Alıntılanan metin gizlendi]

SubRAS PCP.pdf
963K

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Soyadı, adı : KARA ÖZÇALIK, Cennet
Uyruğu : T.C.

Eğitim

Derece	Okul/Program	Mezuniyet Tarihi
Yüksek Lisans	Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü/ Hemşirelik (YL) (TEZLİ)	Devam Ediyor
Lisans	Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi/ Hemşirelik Bölümü	2016
Lise	Çumra Anadolu lisesi	2011

İş deneyimi

Yıl	Yer	Görev
2019–devam ediyor	İstanbul Kültür Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	Araştırma Gör.
2017–2019	İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi	Hemşire

Yabancı Dil

İngilizce, Orta düzey

Yayınlar

Uluslararası bilimsel toplantılarda sunulan ve ESCI kapsamındaki dergide özeti sunulan bildiriler:

Kara Özçalık, C., ve Demir, S. (2018). Subjective perception of recovery and internalized stigma in individuals diagnosed with schizophrenia. V. International, IX. National Psychiatric Nursing Congress. *Journal of Psychiatric Nursing*, 9(1), 1- 148.

Kara Özçalık, C., ve Demir, S. (2018). The impact of motivational interviewing on disease management in patients with type 2 diabetes mellitus. V. International, IX. National Psychiatric Nursing Congress. *Journal of Psychiatric Nursing*, 9(1), 1- 148.

Ulusal Hakemli Dergilerde Yayınlanan Makaleler

Atakoğlu, R., Gül, A., Türen, S., Madenoğlu Kıvanç, M., ve Kara Özçalık, C. (2020). Hemşirelik Eğitiminde Simülasyon Kullanımının Önemi. *Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*, 3(2), 52-60.

Madenoglu Kıvanç, M., Türen S., Atakoğlu, R., ve Kara Özçalık, C. (2020). Sürdürülebilir kalkınma hedeflerine erişmede hemşirenin önemi. *Sağlık ve Yaşam Bilimleri Dergisi*, 2(2), 74-78., Doi: 10.33308/2687248X.202022184

Sertifika

1. Çözüm Odaklı Terapi, Çözüm Odaklı Terapi Uygulayıcı Sertifikası, İstanbul, Sertifika, 06.07.2018 -07.07.2018 (Ulusal)

Kurs

2. Motivasyonel Görüşme Tekniği, Prof. Dr. Kültegin Ögel tarafından verilen Motivasyonel Görüşme Tekniği Eğitimi'dir., Moodist Psikiyatri ve Nöroloji Hastanesi, Kurs, 31.08.2019 -01.09.2019 (Ulusal)



GAZİLİ OLMAK AYRICALIKTIR..