T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ŞİZOFRENİ TANILI HASTALARDA İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMANIN YALNIZLIK VE ÖZNEL İYİLEŞME İLE İLİŞKİSİ

MERT KÜÇÜKŞAHİNOĞLU

DANIŞMAN
DR. ÖĞR. ÜYESİ SEVİL YILMAZ

RUH SAĞLIĞI VE PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI
RUH SAĞLIĞI VE PSKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ
PROGRAMI

İSTANBUL-2021

TEZ ONAYI

Bu çalışma 10.06.2021 Tarihinde aşağıdaki jüri tarafından
Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Ruh sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

TEZ JÜRİSİ

Dr.Öğr.Üyesi Sevil Yılmaz
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

Prof. Dr. Hülya Bilgin
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

Doç. Dr. Gül Dikeç
Fenerbahçe Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

Mert KÜÇÜKŞAHİNOĞLU

İTHAF

Yanımda her zaman duran Anneme ve Babama ithaf ediyorum

TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın tüm aşamalarında deneyim ve bilgi birikimini benimle paylaşan, her zaman tecrübesiyle desteğini hissettiren ve bana rehberlik eden değerli tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Sevil Yılmaz'a,

Ders döneminde ve okulun tüm aşamalarında desteğini ve bilgilerini esirgemeyen başta Prof. Dr. Sevim Buzlu olmak üzere; Prof. Dr. Fatma Yasemin Kutlu, Prof. Dr. Leyla Küçük, Prof. Dr. Hülya Bilgin, Dr. Öğr. Üyesi Özge Sükut ve Arş. Gör. Gizen Şahin Bayındır'a,

Çalışmamı sürdürmede yardımlarını esirgemeyen Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Servisinde çalışan ekip arkadaşlarıma,

Değerli katılımlarıyla çalışmaya katkıda bulunan tüm hastalara,

Hayatımın her döneminde benimle birlikte yol alan ve her zaman benden desteklerini esirgemeyen kardeşim Gülüşan Şen'e, annem Sehel Küçükşahinoğlu'na ve babam Alirıza Küçükşahinoğlu'na,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI ..... İİ
BEYAN ..... İİİ
İTHAF ..... İV
TEŞEKKÜR V
İÇİNDEKİLER ..... Vİ
TABLOLAR LİSTESİ ..... İX
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ X
ÖZET ..... Xİ
ABSTRACT ..... Xİİ
1. GİRİŞ VE AMAÇ 1
2. GENEL BİLGİLER 4
2.1. Şizofreni Açılımı Kapsamında ve Psikozla Giden Diğer Bozukluklar 4
2.1.1. Tanım 4
2.1.2. Epidemiyoloji 5
2.1.3. Etyolojisi 5
2.1.3.1. Kalıtım / Genetik faktörler 5
2.1.3.2. Beyinde Yapısal ve İşlevsel Bozukluklar 6
2.1.3.3. Doğum Öncesi, Doğum Sırası ve Doğum Sonrasında Travma ve Virüs Varsayımları 7
2.1.3.4. Biyokimyasal Araştırmalar 8
2.1.3.5. Stres-Diatez Teorisi 9
2.1.4. Klinik Belirtiler 9
2.1.4.1. Pozitif Belirtiler 9
2.1.4.2. Negatif Belirtiler 10
2.1.5. Şizofreni Tanı Kriterleri 11
2.1.5.1. DSM-5'e göre Şizofreni Tanı Kriterleri 11
2.1.5.2. ICD-10 Tanı Kriterleri 12
2.1.6. Şizofreni Açılımı Kapsamında ve Psikozla Giden Diğer Bozukluklar 13
2.1.6.1. Sanrılı Bozukluk 13
2.1.6.2. Kısa Psikoz Bozukluğu 13
2.1.6.3. Şizofrenimsi (Şizofreniform) Bozukluk 13

2.1.6.4. Şizoduygulanımsal (Şizoaffektif) Bozukluk 13
2.1.6.5. Madde/İlacın Yol Açtığı Psikoz Bozukluğu 13
2.1.6.6. Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Psikoz Bozukluğu 14
2.1.6.7. Başka Bir Ruhsal Bozukluğa Eşilik Eden Katatoni(Katatoni Belirleyicisi) 14
2.1.6.8. Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Katatoni Bozukluğu 14
2.1.6.9. Tanımlanmış Diğer Bir Şizofreni Açılımı Kapsamında ve Psikozla Giden Diğer Bozukluk 14
2.1.6.10. Tanımlanmamış Şizofreni Açılımı Kapsamında ve Psikozla Giden Diğer Bozukluk 14
2.1.7. Seyir ve Prognoz 15
2.1.8. Tedavi 15
2.1.8.1. Farmakolojik tedavi 16
2.1.8.2. Elektrokonvülsif Tedavi (EKT) 17
2.1.8.3. Psikosoyal Yaklaşımlar 18
2.2. Damgalanma 18
2.2.1. Şizofreni Hastaları ve İçselleştirilmiş Damgalanma 23
2.2.2. Damgalanmayı Önlemede Psikiyatri Hemşiresinin Rolü 26
2.3. Yalnızlık Kavramının Tanımı 28
2.3.1. Şizofreni Hastalarında Yalnızlık 29
2.3.2. Yalnızlıkla Baş Etmede Psikiyatri Hemşiresinin Rolü 31
2.4. Öznel İyileşme 32
3. GEREÇ VE YÖNTEM 36
3.1. Araştırmanın Amacı 36
3.2. Araştırma Soruları 36
3.3. Araştırmanın Evreni 36
3.4. Örneklem 36
3.4.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri 37
3.4.2. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri 37
3.5. Araştırmada Kullanılan Ölçme Araçları 37
3.5.1. Kişisel Bilgi Formu (Ek 1) 37
3.5.2. Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ) (Ek 2) 37
3.5.3. UCLA Yalnızlık Ölçeği – 3.Versiyon (Ek 3) 38
3.5.4. Öznel İyileşmeyi Değerlendirme Ölçeği (ÖzİDÖ) (Ek 4) 38

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi 38
3.7. Araştırmanın Etik Yönleri 39
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları 39
4. BULGULAR 41
4.1. Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluk Tanılarından Birine Sahip Hastaların Demografik Özellikleri, RHİDÖ, UCLA Yalnızlık Ölçeği, ÖzİDÖ Puanlarına İlişkin Bulgular 42
4.2. Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluk Tanılarından Birine Sahip Sahip Hastaların Demografik Özelliklerine Göre RHİDÖ Toplam Puanları ile Karşılaştırılmasına Yönelik Bulgular 44
4.3. Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluk Tanılarından Birine Sahip Hastaların UCLA Yalnızlık Ölçeği Puanları ile Demografik Özelliklerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular 45
4.4. Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluk Tanılarından Birine Sahip Hastaların Demografik Özelliklerine göre ÖzİDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına Yönelik Bulgular 46
4.5. Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluk Tanılarından Birine Sahip Hastaların RHİDÖ, ÖzİDÖ ve UCLA Yalnızlık Ölçeği Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular 47
5. TARTIŞMA 49
5.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması 50
5.2. Katılımcıların RHİDÖ Toplam Puan Ortalamalarının Demografik Özelliklere Göre Karşılaştırılmasına Yönelik Bulguların Tartışılması 51
5.3. Katılımcıların UCLA Yalnızlık Ölçeği Puan Ortalamasının Demografik Özelliklere göre Karşılaştırılmasına yönelik Bulguların Tartışılması 54
5.4. Katılımcıların Öznel İyileşmeyi Değerlendirme Ölçeği Puan Ortalamasının Demografik Özelliklere göre Karşılaştırılmasına Ilişkin Bulguların Tartışılması 56
5.5. Katılımcıların RHİDÖ puanları ile UCLA Yalnızlık Ölçeği ve ÖzİDÖ puanları arasındaki ilişkiye yönelik bulgular 57
6. SONUÇ 62
7. ÖNERİLER 64
KAYNAKLAR 65
FORMLAR 82
ETİK KURUL KARARI 88
İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI 94

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 4-1: Katılımcıların Demografik Özelliklerinin Dağılımı (n=78)..... 42
Tablo 4-2: Katılımcıların RHİDÖ, UCLA Yalnızlık Ölçeği ve ÖzİDÖ Puan Dağılımları(n=78) 43
Tablo 4-3: Katılımcıların RHİDÖ Toplam Puan Ortalamalarının Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması (n=78)..... 44
Tablo 4-4: UCLA Toplam Puan Ortalamalarının Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması (n=78) 45
Tablo 4-5: ÖzİDÖ Toplam Puan Ortalamalarının Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması (n=78) 46
Tablo 4-6: RHİDÖ ve Alt Ölçekleri ile UCLA ve ÖzİDÖ Arasındaki İlişki (n=78) 47

SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

DSM-5: Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)

ICD-10: Hastalıkların Uluslararası Sınıflaması (International Classification of Diseases)

RHİDÖ: Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği

İSMİ: İnternalized Stigma of Mental İllness

UCLA: Kaliforniya Üniversitesi, Los Angeles (University of California, Los Angeles)

ÖzİDÖ: Öznel İyileşmeyi Değerlendirme Ölçeği

SRAS: Subjective Recovery Assessment Scale

TRSM: Toplum Ruh Sağlığı Merkezi

EKT: Elektrokonvülsif Tedavi

AIDS: Acquired Immunodeficiency Syndrome (Edinilmiş Bağışıklık Eksikliği Sendromu)

SPSS: Statistical Package for Social Science (Sosyal Bilimler İçin İstatistik Programı)

ÖZET

Küçükşahinoğlu, M. (2021). Şizofreni Tanılı Hastalarda İçselleştirilmiş Damgalanmanın Yalnızlık ve Öznel İyileşme ile İlişkisi. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği ABD, Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Bu araştırma, şizofreni tanılı hastalarda içselleştirilmiş damgalanmanın yalnızlık ve öznel iyileşme ile ilişkisini belirlemek amacıyla yapıldı.

Kesitsel, tanımlayıcı tipte olan bu araştırma, İstanbul ilinde bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinin Psikiyatri Polikliniği'ne başvuran, şizofreni spektrumu ve diğer psikotik bozukluklar tanısı almış 78 hasta ile gerçekleştirildi. Araştırmanın verileri 20/10/2020 ile 31/12/2020 tarihleri arasında, kişinin öz bildirimine dayalı yöntemlerden olan anket yöntemi ile toplandı. Veriler, Kişisel Bilgi Formu, Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ), UCLA Yalnızlık Ölçeği – 3.Versiyon, Öznel İyileşmeyi Değerlendirme Ölçeği (ÖzİDÖ) kullanılarak toplandı. Verilerin analizinde sayı, yüzde, aritmetik ortalama, Mann Withney U, Kruskall Wallis, Tek Yönlü ANOVA Testi, Korelasyon analizleri kullanıldı.

Araştırmaya katılanların yaş ortalamasının 30,92±8,52, ölçek puan ortalamaları RHİDÖ için 68,22±17,51, UCLA Yalnızlık Ölçeği için 53,02±6,32, ÖzİDÖ için 54,13±18,92 olduğu bulundu. Araştırmaya katılanların RHİDÖ ve UCLA Yalnızlık Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif ve zayıf (r=0,36; p=0,001) ilişki;. RHİDÖ ve ÖzİDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif ve orta (r=-0,54; p=0,000) ilişki olduğu saptandı.

Araştırmaya katılan hastaların içselleştirilmiş damgalanma ve öznel iyileşmeyi değerlendirme durumlarının orta düzeye yakın olduğu; yalnızlık düzeylerinin ise orta düzeyin üstünde olduğu bulundu. Katılımcılarda içselleştirilmiş damgalanma düzeyi arttıkça yalnızlık düzeyi artmakta, öznel iyileşme düzeyleri ise azalmaktadır. Psikiyatri hemşireleri tarafından bu hastalarda yalnızlık düzeylerinin azaltılması ve öznel iyileşme düzeylerinin arttırılması için içselleştirilmiş damgalanmaya yönelik girişimler planlanması; hasta, hasta yakınları ve topluma yönelik eğitim verilmesi önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: İçselleştirilmiş Damgalanma, Yalnızlık, Öznel İyileşme, Öznel İyi Oluş, Psikotik bozukluklar

ABSTRACT

Küçükşahinoğlu, M. (2021). The Relationship between Internalized Stigma and Loneliness and Subjective Recovery in Patients with Schizophrenia. İstanbul University-Cerrahpasa, Institute of Graduate Studies, Department of Mental Health and Psychiatric Nursing. Master's Thesis. İstanbul.

This study's purpose is to determine the relationship between internalized stigmatization and loneliness and the subjective well-being of psychiatric patients.

This cross-sectional, descriptive study was conducted with 78 patients who have diagnosed schizophrenia spectrum and other psychotic disorders, applied to the Psychiatry Outpatient Clinic of a Training and Research Hospital in Istanbul. The research's data was collected between 20/10/2020 and 31/12/2020, using the Personal Information Form, Internalized Stigma of Mental Illnesses Scale (ISMI), UCLA Loneliness Scale - 3rd Version and Subjective Recovery Assessment Scale (SRAS), by the survey method based on the self-report of the person.

It was found that the average age of the participants in the study was 30.92 ± 8.52, average scale scores were 68.22 ± 17.51 for ISMI, 53.02 ± 6.32 for the UCLA Loneliness Scale, and 54.13 ± 18.92 for SRAS. There was a statistically significant, weak positive (r=0,36; p=0,001) relationship between ISMI and UCLA Loneliness Scale scores and moderate negative (r=-0,54; p=0,000) relationship between ISMI and SRAS scores.

It was found that the patients participating in the study had a moderate level of internalized stigmatization and evaluation of subjective recovery; loneliness levels were found to be above the medium level. As the level of internalized stigma increases in the participants, the level of loneliness increases and the level of subjective recovery decreases. It may be recommended to education patients, their relatives and society by psychiatric nurses by planning interventions for internalized stigmatization to reduce loneliness and increase subjective recovery levels in these patients.

Key Words: İnternalized Stigma, Loneliness, Subjective Recovery, Subjective Well-Being, Psychotic disorder

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Tüm dünyada oluşturduğu yük her geçen gün giderek artan psikiyatrik hastalıklar, toplumda yaygın olarak görülmesi, kronikleşmesi, hastalarda yeti yitimine neden olması nedeniyle önemle üzerinde durulması ve ele alınması gereken durumlardır (Ocaktan ve ark., 2004). Psikiyatrik hastalığı olan bireyler ve aileleri bir yandan hastalığın getirdiği zorluklarla mücadele ederken bir yandan da toplumun damgalaması ile mücadele etmektedirler. Tarih boyunca birçok hastalığın damgalandığını görmek mümkündür ama bundan en çok payını alan hastalıkların başında psikiyatrik hastalıklar (özellikle şizofreni) gelmektedir.

Türk Dil Kurumu'nun internet sitesinde (2021) damga (stigma) kelimesi "Nişan, iz, işaret, bir kişinin adını kötüye çıkaran, yüz kızartıcı durum olarak" açıklanmıştır. Damgalama ise bir kişinin içinde bulunduğu toplumun belirlediği, normal kabul ettiği değerler dışında sayılması sebebiyle, toplumdaki diğer bireyler tarafından, kişinin saygınlığını azaltacak negatif davranış ve tutumlarda bulunulmasıdır (Bilge ve Çam, 2010). Damgalamanın nihai amacı ayırmak, ötekileştirmek ve toplum dışına itmektir (Taşkın, 2007).

Psikiyatrik rahatsızlıkları olan bireyler, genelde toplumun kendilerine karşı olumsuz yargılarının farkındadırlar. Ama daha da önemlisi damgalanan bu hastalar algıladıkları önyargıları içselleştirerek kendi kendilerini damgalamakta ve kendileri hakkında olumsuz duygular geliştirebilmektedir. İçselleştirilmiş damgalanma; "kişinin, toplumdaki kendine karşı olan negatif düşünceleri ve yargıları kendi adına kabullenmesi ve bunun sonucunda değersizlik, utanç gibi olumsuz duygularla kendini toplumdan geri çekmesidir" (Avcil ve ark., 2016). İçselleştirilmiş damgalanma, bireylerin bir bakıma kendilerine yönelttiği tepkileridir (Teke, 2017). İçselleştirilmiş damgalanma bireyin psikiyatrik sağlığında sorunun farkına vardığı ve yardım alma ihtiyacı hissettiği anda başlayan bir süreçtir (Teke, 2017).

Ciddi psikiyatrik rahatsızlığı olan hastalarla yapılan bir çalışmada katılımcıların üçte birinde yüksek düzeyde içselleştirilmiş damgalanma görüldüğü (Ritsher ve Phelan, 2004); başka bir çalışmada ise katılımcıların %33'ünün orta - yüksek düzey içselleştirilmiş damgalanma yaşadığı bildirilmiştir (Krajewski ve ark., 2013). Diğer bir çalışmada ise içselleştirilmiş damgalanmanın ağır olmayan psikiyatrik rahatsızlığı olan

bireylerin, yardım arama ve tedavi süreçlerini olumsuz etkilediği görülmüştür (Beyazyüz ve ark., 2015). Çam ve Bilge'nin yaptığı çalışmada damgalanma sebebiyle, bireylerin daha az sağlık yardımı aradığı, sağlık kuruluşlarına başvurmada ve tedaviye uyumda azalma olduğu bildirilmiştir (Çam ve Bilge, 2013). Damgalama ve bu damgalamanın bireyin kendine yöneltmesi sonucu birey hem toplum tarafından ayrımcılığa maruz kalıp dışlanmakta hem de yalnızlığa itilmektedir. Yaratılışın en başından beri insanlar tarafından deneyimlenen bir durum olan yalnızlık, bireyin yaşantısındaki var olan sosyal ilişkileri ile yaşanmasını istediği sosyal ilişkiler arasındaki farklılık sonucu ortaya çıkan, rahatsızlık verici psikolojik bir durumdur (Perlman ve Peplau 1984). Yalnızlık literatürde genellikle istenilmeyen, öfke, depresyon, üzüntü, kaygı gibi kişi için negatif olan duygularla tanımlanmıştır. Bu negatif duygular kişilerin öznel iyi oluşuna olumsuz yönde tesir eden duygu durumlarıdır. (Yurcu ve Kocakula, 2015; Yıldırım, 2018).

Son yıllarda ruh sağlığı hizmetlerindeki değişikliklerden biri "İyileşme" kavramına ilişkindir. Bu yeni yaklaşım, insanların kendi seçimleri ile mutlu bir yaşam sürdürmelerine yardım etme anlayışına odaklanmıştır. Son yıllarda pozitif psikolojide gelişmeler nedeniyle daha çok üzerinde durulmaya başlanan ve araştırılan konulardan biri olan öznel iyi oluş kavramı, konuşma dilinde genellikle mutluluk olarak kullanılmaktadır (Diener, 2000). Literatüre bakıldığında anlamca birbirine çok benzeyen ancak içinde küçük farkları barındırıran "iyi oluş, öznel iyi oluş, psikolojik iyi oluş, iyilik hali, öznel iyileşme, yaşam doyumu, olumlu duygulanım, yaşam kalitesi" gibi kavramların birbirinin yerine kullanılabildiği görülmektedir. Bu kavramların ortak noktası, bireyin mutluluğu ve olumlu işlevselliğini sağlayan şartlarla bağlantılı olmasıdır (Tuzgöl Dost, 2004). İyileşme, bireylerin sağlık durumlarını geliştirdiği, kendi amaçları doğrultusunda yaşam sürdürdüğü, kendi potansiyelinin en üstüne ulaştığı ve yaşamda potansiyeline uygun seçimlerini yapabildiği bireysel bir değişim sürecidir (Çam ve Yalçıner, 2018). Psikiyatrik hastalıklarda iyileşme kavramı için çeşitli tanımlar yapılmıştır. Deegan (2005), iyileşme kavramı için genelgeçer bir tanımın olmadığını belirtmiştir. İyileşme kavramı genel olarak iki farklı tanım üzerinden ilerlemektedir (Deegan, 2005). Öznel iyileşme hastalık tanısı konmuş bireylerce yapılan yani bireyin çeşitli deneyimleri sonucu oluşan bir süreç olarak tanımlanmaktadır (Güler, 2017; Temesgen ve ark., 2019).

Psikiyatri hastalarının yaşam doyumu, öznel iyileşme ve işlevselliklerinin arttırılmasında damgalanma ve yalnızlık önemli bir yer tutmaktadır. Psikiyatri

hemşirelerinin hastaların öznel iyileşmelerine etkisi olan damgalanma ve yalnızlık düzeylerini saptaması ve azaltmaya yönelik girişimlerde bulunması gerekmektedir. Bu nedenle araştırma sonuçlarının psikiyatri hemşireliği uygulama alanına katkı sağlayacağı beklenmektedir. Aynı zamanda literatürde psikiyatri hastalarında içselleştirilmiş damgalanma, yalnızlık ve öznel iyileşmelerine dair çalışmalar bulunmaktadır ancak bu üç kavram arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmaya rastlanmamıştır. Çalışma sonuçlarının bu anlamda literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Bu bilgiler ışığında araştırma, şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluklar tanısı almış olan bireylerde içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri ile yalnızlık ve öznel iyi oluşları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Şizofreni Açılımı Kapsamında ve Psikozla Giden Diğer Bozukluklar

2.1.1. Tanım

Psikoz, kişiliğin parçalandığı, kişinin gerçekliği değerlendirme yetisinin bozulduğu ve sosyal işlevselliğin kötüleştiği veya tamamen kaybolduğu durumdur (Townsend, 2016). Psikotik belirtiler genellikle şizofreni açılımı kapsamındaki bozukluklarda, duygudurum bozukluklarında, nörolojik bozukluklarda, madde kötüye kullanımında ve tıbbi durumlara bağlı olarak ortaya çıkabilen algı, düşünce, davranış ve duygulanımda oluşan sapmalarla karakterize olmaktadır (Arciniegas, 2015). Amerikan Psikiyatri Birliği'nin sınıflandırma sistemi olan Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabına (DSM-5) göre psikoz tek başına bir hastalık olarak ele alınmaz, çeşitli hastalıklıkların klinik tablosunda görülmektedir. Bu hastalıklar DSM-5 (2013)'e göre şunlardır: şizotürü (şizotipal) kişilik bozukluğu, sanrılı bozukluk, kısa psikoz bozukluğu, şizofrenimsi (şizofreniform) bozukluk, şizofreni, şizoduygulanımsal (şizoaffektif) bozukluk, maddenin/ilacın yol açtığı psikoz bozukluğu, başka bir sağlık durumuna bağlı psikoz bozukluğu, başka bir psikiyatrik bozukluğa eşlik eden katatoni (katatoni belirleyicisi), başka bir sağlık durumuna bağlı katatoni bozukluğu, tanımlanmış diğer bir şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluk, tanımlanmamış diğer bir şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluktur (DSM-5, 2013).

Şizofreni, kelime anlamı olarak Yunanca'da bölünme anlamına gelen skhizo ile akıl anlamına gelen phren kelimelerinden türetilmiştir (Townsend, 2016). "Şizofreni, bireyin alışılagelmiş algılama ve yorumlama biçimlerinden uzaklaşarak, kendine özgü bir biçimde içe kapanarak kendi dünyasında yaşadığı düşünce, duygu ve davranışlarda önemli derecede bozulmalara yol açan psikotik belirtiler gösteren bir psikiyatrik bozukluktur". Şizofreni genellikle 25 yaş öncesinde başlamasına rağmen şizofreninin erkeklerde başlama yaşı 15-25, kadınlarda ise 25-35 yaş aralığıdır (Çam ve Engin, 2014). Şizofreni hastalığı eskiden kadın ve erkek cinsiyetleri arasında hastalığın sıklığı ve yaygınlığı açısından önemli derecede fark görülmediği düşünülürken son yıllarda erkek cinsiyetinde daha sık görülmektedir. Şizofreni her kültürde, toplumda, sosyo-ekonomik grupta görülmesine rağmen düşük sosyo-ekonomik gruplarda daha sık görülmektedir.

Ancak şizofreninin gelişmiş ülkelerde, gelişmemiş ülkelere oranla daha kötü bir gidişat gösterdiği belirtilmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2016).

2.1.2. Epidemiyoloji

Dünya çapında 23.6 milyon kişide şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozuklukların görüldüğü bildirilmiştir (Vos ve ark., 2015). Perälä ve arkadaşları (2007) şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozuklukların yaşam boyu görülme oranının%3.48 olduğunu bildirmiştir (Perälä ve ark, 2007). Ayrıca bu oran şizofreni için %0.87, şizoduygulanımsal (şizoaffektif) bozukluk için %0.32, şizofrenimsi (şizofreniform) bozukluk için %0.07, sanrılı bozukluk için %0.18, kısa psikoz bozukluğu için %0.05, madde kullanımına bağlı psikotik bozukluk için %0.42, genel tıbbi durumlara bağlı psikotik bozukluklar için %0.21 olarak bildirilmiştir (Perälä ve ark., 2007).

Türkiye'de yapılan bir çalışmada klinik belirtilere yol açan şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozuklukların yaşam boyu görülme oranı %3.6 olarak saptanmıştır (Alptekin ve ark., 2009). Binbay ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında ise toplumda şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden bozuklukların görülme oranı %0.89 olarak saptanmıştır. Bu çalışmada ayrıca psikiyatri kliniklerine ayaktan başvuruların %7.6'sını ve yataklı servise başvuran hastaların %26.9'unu şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluklar tanısını almış hastaların oluşturduğu saptanmıştır (Binbay ve ark. 2011).

Şizofreni genelinde bakılacak olursa şizofreninin yaşam boyu görülme sıklığı yapılan çalışmalara göre değişse de popülasyonda genel olarak görülme sıklığı %1 ile %1.5 olarak söylenebilir (Gürhan, 2016).

2.1.3. Etyolojisi

Şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozuklukların kesin nedeni halen tam anlamıyla gün yüzüne çıkarılmamıştır. Ancak bu konuya dair çeşitli teoriler mevcuttur.

2.1.3.1. Kalıtım / Genetik faktörler

Şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluklar üzerine yapılan klinik gözlemlerde ailesinde veya akrabalarında şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluklar tanısı konmuş birey olan kişilerde genetik yatkınlığın olduğu ancak başka faktörlerin de etkilemesiyle hastalığın ortaya çıktığı savunulmaktadır (Çam

ve Engin, 2014). Yapılan çalışmalara göre ebeveynlerden birisi hasta ise çocuklarda şizofreni ve diğer psikotik bozuklukların görülme riski %12.5 ile %13.8 arasında değişmektedir. Her iki ebeveynde hastaysa çocuklarda bu oran %35 ile %46 arasında değişmektedir (Gürhan, 2016). Ayrıca ebeveynler hasta olmasa bile çocuklardan birisi şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluklar hastasıysa, kardeşlerde hastalığın görülme riski %6.7 ile %8.2 arasında değişmektedir. Yakın akrabalarında bu tanıya sahip olan bireylerde, genel popülasyona oranla şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozuklukların görülme riski 7-10 kat daha yüksektir. Bir şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar hastasının birinci derecede akrabalarında hastalığın görülme riski yaklaşık %8 ile %10 arasındadır (Öztürk ve Uluşahin, 2016).

Yapılan ikiz çalışmalarına bakıldığında tek yumurta ikizleri arasında şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozuklukların görülme riski çift yumurta ikizlerinde görülme riskinden tam dört kat fazladır. Ayrıca sıradan insanda görülme riskinde tam elli kat fazladır (Townsend, 2016).

Şizofreni açılımı kapsamında giden diğer psikotik bozukluklar için genetik geçişli bazı genler olduğu düşünülmektedir ancak bu konu bugüne kadar tam anlamıyla aydınlatılamamıştır.

2.1.3.2. Beyinde Yapısal ve İşlevsel Bozukluklar

Yapılan beyin tomografi ve manyetik rezonans gibi radyolojik görüntüleme çalışmalarında bu bozukluklara sahip hastaların beyninin bazı kısımlarında yapısal anomaliler bulunmuştur. Bu anomaliler şunlardır; kaudatın büyümesi, beyaz maddenin bütünlüğünde bozulmalar olması, doğal asimetrilerin azalması, yan karıncıklarda genişleme olması, bölgesel olarak hacim azalması, çeşitli gelişimsel anomalilerin olması, gri maddenin her iki tarafta da azalmasıdır (Öztürk ve Uluşahin, 2016).

Hastalarda yapılan işlevsel beyin görüntüleme çalışmalarında, beynin frontal bölgesinde kan akımında ve glukoz metabolizmasında azalma görülmektedir. Bu azalma özellikle negatif belirtilerin daha baskın olduğu şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluklar hastalarında daha belirgin olarak görülmüştür (Köroğlu ve Güleç,2007). Düşüncede pozitif biçim bozukluğu olan hastalarda arka üst temporal girus etkinliğinde azalma görülmüştür. Düşüncede negatif biçim bozukluğu gösteren hastalardaysa sol precuneus, cuneus, frontal orta girus ve sağ alt parietal lob gibi beynin çeşitli bölgelerinde etkinlik artışı olduğu bulunmuştur (Öztürk ve Uluşahin, 2016).

Yaşamını yitirmiş şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluklar tanısına sahip hastaların yapılan beyin biyopsilerinde bazı anomaliler bulunmuştur. Bu anomaliler, entorinal kortekste displazi olması, kortikal ve hipokampal nöronlarda küçülme, hipokampusta sinaptik ve dendritik belirteçlerde azalma, dorsal talamusta nöron saayısında azalma ve glikozis olmamasıdır. Ancak bu anomalilerin hastalık oluşmadan önce mi veya hastalık oluştuktan sonra mı oluştuğu bilinmemektedir (Çam ve Engin, 2014; Öztürk ve Uluşahin, 2016).

2.1.3.3. Doğum Öncesi, Doğum Sırası ve Doğum Sonrasında Travma ve Virüs Varsayımları

Şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluk hastalarında çalışılan risk etkenlerinden birisi de baba yaşıdır. Baba yaşıyla hastalık riski arasında direkt bir ilişki bulunmamasına rağmen, çocuk doğduğunda babasının yaşı 25 yaşından küçük olanlarda hafif artış gösterirken, babasının yaşı 50 yaşın üstünde olanlardaysa risk belirgin derecede artmaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2016).

Annede diyabet olması çocukta şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluklar görülme riskini yedi kat, iki kilogramın altındaki doğum ağırlığının ve acil sezaryen uygulamasının şizofreni görülme riskini üç kat arttırdığı bulunmuştur (Öztürk ve Uluşahin, 2016).

Gebelikte Rh uyuşmazlığı, kanama, preeklampsi gibi gebelik komplikasyonları; doğumsal malformasyonlar, baş çevresinin kısa olması gibi fetal gelişim bozuklukları; asfiksi, rahim atonisi gibi doğum komplikasyonları ve gebelik ve doğum esnasında bebeğin oksijensiz kalmasına sebep olan durumların şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozuklukların ortaya çıkma riskini arttığını düşünülmektedir (Köroğlu ve Güleç, 2007).

Şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluklar sıklıkla kış mevsiminin sonuna ve ilkbaharın başlangıcında doğan insanları etkilemektedir. Kış aylarında İnfluenza ve diğer viral enfeksiyonlar artış göstermektedir. Hamilelikte viral enfeksiyonların, beyinde değişikliklere yol açabileceğine ve bunun hastalığın görülme riskini arttırabileceği düşünülmektedir. Ayrıca hamilelikte D vitamininin eksikliğinin hastalığın görülme riskini arttırdığı bulunmuştur (Janoutová ve ark., 2016).

2.1.3.4. Biyokimyasal Araştırmalar

Şizofreni hastalığının oluşumunda dopamin, serotonin, glutamat ve GABA gibi nörotransmitterlerin olduğu varsayımlar bulunmaktadır.

Dopamin varsayımı, şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluklarda dopaminerjik aktivasyonda artış bulunduğunu savunur (Gürhan, 2016). Dopamin etkinliğini arttıran ajanlar normal kişilere verildiğinde, bu kişilerde psikoza benzer tabloya yol açması ve postsinaptik dopamin reseptörlerini bloke eden antipsikotiklerin şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozuklukların belirtilerini geriletmesi, bu varsayımı desteklemektedir (Kocal ve ark., 2017).

Bugüne kadar mezolimbik, mezokortikal, nigrostatik ve tuberoinfundibular olmak üzere başlıca dört dopaminerjik yol bulunmuştur (Gürhan, 2016). Mezolimbik ve mezokortikal yolakta artmış dopamin aktivasyonu pozitif belirtilerin görülmesiyle ilişkilidir (Uzbay, 2019). Ayrıca mezokortikal yolaktaki dopamin aktivasyonunda azalma olmasıysa negatif belirtilerin görülmesine yol açar (Öztürk ve Uluşahin, 2016).

1950'li yıllarda serotoninin şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozuklukların patofizyolojisinde yer alabileceği görüşü ortaya atılmıştır (Öztürk ve Uluşahin, 2016). Bu görüş serotonin ve türevlerinin insanlarda şizofrenidekine benzer halüsinasyonlara yol açması ve şizofreni hastalarındaysa şizofreni belirtilerini arttırmasına dayanmaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2016; Kocal ve ark., 2017).

Negatif belirtilerin ağırlıklı olduğu kronik hastalarda, pozitif belirtileri ağırlıklı olan hastalara oranla daha fazla serotonin metabolizmasında bozukluklar görülmektedir (Kocal ve ark., 2017). Dopamin ve serotonin sistemi anatomik açıdan birbirleriyle bağlantılıdırlar ve işlevsel olarak etkileşim içindedirler. Bu sebeple serotonin varsayımı dopamin varsayımını karşı bir seçenek olarak değil, dopamin varsayımını tamamlaya yöneliktir (Öztürk ve Uluşahin, 2016).

Glutamat reseptörü olan NMDA'yı bloke eden fensiklidinin , hastalığın negatif ve pozitif belirtilerinin iç içe olduğu bir klinik tabloya yol açması, glutamatın şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluklarda etkili olabileceğini düşündürmektedir (Köroğlu ve Güleç, 2007). Ayrıca fensiklidin zehirlenmesi yaşayan şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluklardan birine sahip olmayan bireylerde bu hastalığa sahip olan bireylerde görülen frontal bölgede etkinlik azalması görülmektedir (Mete, 2006).

Marsman ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada kronik hastalarda glutamat düzeyinin azaldığı ancak ilaç tedavisi almayan hastalarda ise glutamat düzeyinin arttığı bulunmuştur (Marsman ve ark., 2014).

GABA beyindeki ana inhibitör olarak görev alan bir nörotransmitterdir (Kocal ve ark., 2017). Şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluklara sahip olan bireylerde prefrontal ve singulat kortekste GABA-erjik nöron yitimi olduğu görülmüştür (Köroğlu ve Güleç, 2007). Bu azalma GABA'nın dopaminerjik ve glutamaterjik nöronlar üzerindeki inhibe edici etkisinin azalmasına sebep olmaktadır ve bu subkortikal dopamin artışına yol açıp hastalık belirtilerinin ortaya çıkmasıyla ilişkilendirilmektedir (Kocal ve ark., 2017). Şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluklarda uyku bozukluğunun dopamin hiperaktivasyonunun yanı sıra GABA'nın da rolü olduğu düşünülmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2016).

2.1.3.5. Stres-Diatez Teorisi

Bu teoriye göre bünyesel yatkınlığı olan bireylerde herhangi bir stresli durum ile karşı karşıya kalındığında şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluklar ortaya çıkabilmektedir. Hastalığın ortaya çıkışında çevresel, biyolojik ve psikosoyal etkenlerin birlikte yer aldığı ve stres yaratan durumun bu etkenlerden herhangi biriyle ilgili olabileceği belirtilmektedir (Çam ve Engin, 2014). Stresli durumların ilk 6 ay içerisinde hastalığın ortaya çıkma riskini 2 kat arttırdığı ve hem ilk epizodun ortaya çıkmasını hem de sonraki dönemde nükslere sebep olduğu ortaya atılmıştır (Kocal ve ark., 2017).

2.1.4. Klinik Belirtiler

2.1.4.1. Pozitif Belirtiler

Sanrılar(Hezeyan, Delüzyon): Kişinin bulunduğu toplum ve kültürün özellikleriyle uyuşmayan yanlış inanışlardır. Bu inanışlar mantığa uygun kanıtlar sunulsa da kişi bu yanlış inancını sürdürmeye devam eder (Gürhan, 2016; Townsend, 2016). İçeriklerine göre sınflandırılmaktadırlar.

a) **Perseküsyon sanrılar:** Hasta kendisine kötü davranıldığına, başkalarının ona zarar vereceğine inanır.

b) **Kontrol edilme/Etkilenme sanrılar:** Hasta bir dış güç tarafından denetlendiğini, kontrol edildiğine inanır.

c) **Büyüklük (Grandiyöz/Megalomanik) sanrılar:** Hasta kendisinin olduğundan çok daha güçlü, yetenekli, bilgili olduğuna inanır.

d) **Referans sanrılar:** Hasta olan olayların hepsinin kendisiyle ilgili olduğuna inanır.

e) **Nihilistik sanrılar:** Hasta herhangi bir uzvunun, organının, kendisinin, dünyanın olmadığı gibi düşüncelere inanır (Gürhan, 2016; Townsend, 2016).

Yanılsama (İllüzyon): Çevreden gelen uyaranların kişi tarafından yanlış algılanması ve yanlış yorumlanmasıdır (Gürhan, 2016; Townsend, 2016).

Halüsinasyon (Varsanı): Çevreden uyaran gelmemesine rağmen ortaya çıkan algılamalardır. Tüm duyu organlarıyla ilgili olabilir (Gürhan, 2016; Townsend, 2016).

Dağınık Düşünme: Kişi düşünceleriyle yeterli bağlantıyı kuramaz ve varolan düşüncelerini gerçek olmayan sonuçlarla destekler. Hastalar ayrıca mantıklı muhakemelerde bulunamazlar (Çam ve Engin, 2014).

Ajitasyon: Kişide olan aşırı gerlim ve asabiyet durumudur. Kişiler saldırganlaşabilir (Çam ve Engin, 2014).

2.1.4.2. Negatif Belirtiler

Alogia (Düşünce İçeriğinde Fakirleşme): Konuşma ve düşünce fikirliğidir. Kişinin kendi kendine düşünce üretmesi ve kişinin kendini ifade etme yetisi gerilemiştir (Kulaksızoğlu ve ark., 2009; Gürhan, 2016).

Avolisyon: Kişinin günlük olaylara karşı ilgisiz olması ve enerjisinin olmamasıdır. Kişide belirgin dereced irade istek azalması vardır. Kişinin geleceğe dair planları yoktur olsa bile bu planları uygulayamaz veya yarıda bırakır (Kulaksızoğlu ve ark., 2009; Gürhan, 2016).

Anhedoni: Kişinin önceden zevk alarak yaptiği faaliyetlerden haz almamasıdır. Şizofreni hastaları genelde daha çok herşeyin anlamsız, hayatın boş gelmesi ve boşluk hissi olarak ifade etmektedir (Kulaksızoğlu ve ark., 2009; Gürhan, 2016).

Afekt Küntleşmesi: Duyguların dışavurumundaki yoğunluğun azalması ve duygusal tepki vermede yetersizlik olmasıdır. Zayıf göz ilişkisi, monoton bir tarzda, normal ses vurgulamaları olmadan konuşma, spontan jest ve hareketlerde azalma, donuk duygusal

içerikle değişmeyen yüz ifadesi afekt küntleşmesi belirtileri olarak görülebilir (Köroğlu ve Güleç, 2007; Gürhan,2016).

Kendine Bakımın Bozulması: Kişinin günlük bakımını ve temizliğinin yapmakta zorlanmasıdır. Kişi hastalık öncesi döneme göre banyo yapmak, traş olmak, giysilerini değiştirmek gibi konularda kendisinden bekleneni karşılayamaz (Kulaksızoğlu ve ark., 2009; Gürhan, 2016).

2.1.5. Şizofreni Tanı Kriterleri

2.1.5.1. DSM-5'e göre Şizofreni Tanı Kriterleri

A. Karakteristik belirtiler:

1. Varsanılar
2. Sanrılar
3. Dezorganize konuşma
4. Katatoni davranışı veya ileri derecede dağınık davranış
5. Negatif belirtiler

Bu belirtilerden en az ikisi hastada görülmelidir ve en az bir aylık sürenin büyük bir kısmında görülmelidir. Iki belirtiden en azından birisi ilk üç maddedeki belirtiler arasında olmalıdır.

B. Bu bozukluğun başladığı andan itibaren kişinin kişilerarası ilişkiler, iş veya kendine bakım gibi işlev alanlarının en az birinde bozukluğun başlamasından önceki işlevsellik düzeyine oranla belirgin düzeyde düşüş görülmüştür.

C. Bu bozukluğun belirtileri en az altı ay sürmelidir ve bu dönemde en az bir aylık süre boyunca A tanı ölçütü karşılanmalıdır.

D. Şizoaffektif bozukluk veya başka bir duygulanım bozukluğu dışlanmalıdır.

E. Madde/ilaç kullanımı veya başka bir sağlık durumunun etkileriyle açıklanamaz.

F. Çocuklukta başlayan bir iletişim bozukluğu veya otizm açılımı kapsamında bir bozukluk varsa, tanı konulabilmesi için diğer belirtilerin yanı sıra en az bir aylık süreyle belirgin derecede sanrılar veya varsanılar olmasıgereklidir (DSM-5. 2013).

2.1.5.2. ICD-10 Tanı Kriterleri

ICD-10'a şizofreni tanısı koyabilmek için aşağıdaki maddelerden A'dan D'ye kadar olan belirtilerden en azından bir tanesinin çok açık, çok açık değilse en az iki tanesinin, veya E'den H'ye kadar olan belirtilerden en az ikisinin en azından bir ay süreyle görülmesi gerekir.

A. Düşünce yayınlanması, düşünce yankılanması, düşünme sokulması veya çekilmesi;

B. Edilgenlik sanrıları, etkilenme veya kontrol edilme sanrıları;

C. Hastanın davranışları üzerinde hastaya açıklama yapan sesler veya aralarında tartışan sesler duyma veya bedenin herhangi bir yerinden geldiği algılanan işitsel varsanılar;

D. Toplumun kültürüne uyumayan, gerçekleşme imkanı olmayann başka türlü inatçı sanrılar;

E. Herhanngi bir türden inatçı varsanılar haftalarca veya aylarca süren açıkça bir duygulanımsal yükü olmayan yarı oluşmuş veya çabuk sönen sanrılarla birlikte olan..

F. Düşüncenin akışında tutarsız konuşma, konuşma dağınıklığı ve sözcük uydurmalara yol açan kopmalar veya kaymalar.

G. Balmumu esnekliği, karşıtçılık, stupor, taşkınlık, durum alış, mutizm gibi katatonik davranışlar.

H. Genellikle toplumsal becerilerde düşmeye ve toplumdan çekilmeye yol açan apati, duygusal küntlük, konuşma fakirliği veya uygunsuzluk gibi negatif belirtiler; bu belirtilerin antipsikotiklere veya çökkünlüğe bağlı olmaması gerekir.

I. Hastanın davranışlarının genel olarak niteliğinde, amaçsızlık, kendi başına olma, toplumdan çekilme, ilgi yitimi şeklinde görülen, devamlılık gösteren belirgin değişim olur (Öztürk ve Uluşahin, 2016).

2.1.6. Şizofreni Açılımı Kapsamında ve Psikozla Giden Diğer Bozukluklar

2.1.6.1. Sanrılı Bozukluk

Sanrılı bozukluk gerçekle ilişkili olabilecek sanrıların olduğu, önemli bir psikotik rahatsızlıktır (Köroğlu ve Güleç, 2007). Temel belirtisi madde kullanımına yada tıbbi rahatsızlığa bağlı olmadan kronik sanrı veya sanrıların olmasıdır bunu haricinde dikkate değer başka bir belirti yoktur (Esen Danacı ve ark., 2018). DSM-5'e göre sanrıların varlığı en az bir ay sürmeli ve bir veya dah çok sanrının varolması gerekmektedir. Grandiyöz, eritomani, somatik, perseküsyon, kıskançlık, karma ve belirlenmemiş türleri vardır (DSM-5, 2013).

2.1.6.2. Kısa Psikoz Bozukluğu

Psikososyal strese bağlı yada bağlı olmadan gerçeği değerlendirmenin bozulduğu, tuhaf davranışların, sanrıların, halüsinasyonların eşlik ettiği en az bir gün en fazla bir ay süren psikiyatrik rahatsızlıktır (DSM-5, 2013; Townsend, 2016). Birey hastalık öncesi işlevsellik düzeyine tekrar erişmektedir (Townsend, 2016).

2.1.6.3. Şizofrenimsi (Şizofreniform) Bozukluk

Şizofrenimsi bozukluk varsanılar, sanrılar, dezorganize konuşma, negatif belirtilerin, ileri derecede dezorganize davranışının en az ikisinin bireyin son bir aylık yaşantısının önemli kısmında bulunur. Hastada görülen belirtilerden en az birinin varsanı, sanrı veya dezorganize konuşma olması gerekmektedir. Bu rahatsızlığın en belirgin özelliği en az bir ancak altı aydan kısa sürmesidir (DSM-5, 2013; Townsend, 2016).

2.1.6.4. Şizoduygulanımsal (Şizoaffektif) Bozukluk

Şizoduygulanımsal bozukluk hastalık süresince şizofreni temel belirtilerine ek olarak majör bir duygudurum bozukluğun(mani dönemi veya majör depresyon) olmasıdır (Esen Danacı ve ark., 2018). Hastalık süresince majör bir duygudurum döneminin olmadığı iki veya daha fazla hafta, kişide varsanılar veya sanrılar bulunur (DSM-5, 2013).

2.1.6.5. Madde/İlacın Yol Açtığı Psikoz Bozukluğu

Bu rahatsızlık madde zehirlenmesi, çekilmesi, toksin veya ilaça direkt maruz kalmaya bağlı olarak ortaya çıkan psikotik belirtilerle karakterizedir (Öztürk ve Uluşahin, 2014; Townsend, 2016). Hastalarda varsanılar veya sanrılar yada ikkisi birliktqa görülmketedir (DSM-5, 2013).

2.1.6.6. Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Psikoz Bozukluğu

Bu rahatsızlık başka bir sağlık durumunun patofizyolojisinin sonucu olarak varsanıların veya sanrıların olmasıyla ortaya çıkar (Townsend, 2016). Hastalarda belirgin düzeyde varsanılar veya sanrılar görülmektedir. Deliryum gidişi sırasında ortaya çıkarsa belirtiler bu tanı konulamaz (DSM-5, 2013).

2.1.6.7. Başka Bir Ruhsal Bozukluğa Eşilik Eden Katatoni(Katatoni Belirleyicisi)

Bu hastaların klinik görünümde ajitasyon, ekolali, ekopraksi, postür alma, balmumu esnekliği, stupor, katalepsi, yüzünü buruşturma (grimas), yapma davranış(mannerizm), mutizm, negativizm basmakalıp davranışlar bu belirtilerden en az üç tanesi bulunmaktadır ve bu belirtiler başka bir psikiyatrik bozukluğa eşlik etmektedir (DSM-5, 2013).

2.1.6.8. Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Katatoni Bozukluğu

Klinik görünümde katalepsi, mutizm, ekolali, ekopraksi, postür alma, negativizm, balmumu esnekliği, stupor, yüzünü buruşturma (grimas), ajitasyon, yapma davranış (mannerizm), basmakalıp davranışlar bu belirtilerden en az üç tanesi bulunmaktadır. Hastanın öyküsünde, fizik muayenesinde veya laboratuvar bulgularında, bu bozukluğun başka bir sağlık durumunun patofizyolojisiyle ilgili kanıtlar vardır (DSM-5, 2013).

2.1.6.9. Tanımlanmış Diğer Bir Şizofreni Açılımı Kapsamında ve Psikozla Giden Diğer Bozukluk

Klinik açıdan belirgin sıkıntıya veya iş, toplumsal, kişiler ararsı gibi alanlarda belirgin işlevsellikte düşmeye yol açan ve şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozuklukların belirtilerinin baskın olduğu ancak bu başlık altındaki hiçbir rahatsızlığın tanı ölçütlerinin karşılanmadığı durumlarda bu kategori kullanılmaktadır. Bu tanı şizofreni açılımı kapsamında ve psikoza giden diğer bozukluklardan herhangi birisi için tanı kriterlerinin karşılanmamasının nedenlerini araştırmak istediğinde kullanılmmaktadır (DSM-5, 2013).

2.1.6.10. Tanımlanmamış Şizofreni Açılımı Kapsamında ve Psikozla Giden Diğer Bozukluk

Klinik açıdan belirgin sıkıntıya veya iş, toplumsal, kişiler ararsı gibi alanlarda belirgin işlevsellikte düşmeye yol açan ve şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozuklukların belirtilerinin baskın olduğu ancak bu başlık altındaki hiçbir rahatsızlığın tanı ölçütlerinin karşılanmadığı durumlarda bu kategori kullanılmaktadır. Bu

tanı şizofreni açılımı kapsamında ve psikoza giden diğer bozukluklardan herhangi birisi için tanı kriterlerinin karşılanmamasının nedenlerini araştırmak istenmediğide zamanlarda ve tanı koymak için yeterli bilgi olmadığı durumlarda kullanılmmaktadır (DSM-5, 2013).

2.1.7. Seyir ve Prognoz

Şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluklar, alevlenme dönemleri ve remisyonları olan genellikle süregiden ve yeti yitimine sebep olan ciddi hastalıklardır. Tanısı konduktan sonraki ilk beş sene içerisindeki hastalık biçimi genelde hastalığın nasıl bir gidişat göstereceğine dair fikir verir (Köroğle ve Güleç, 2007).

Bu bozuklukların gidişatının aynı hastanın hastalık sürecinde ve hastadan hastaya farklı olduğu bulunmuştur (Lang ve ark., 2013). Yapılan bir çalışmada hastaneye ilk yatışın ardından şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluklardan herhangi birisinin tanısı almış hastaların iyileşme seviyelerinin %10 ile %60 arasında değiştiği, ortalama olarak hastaların %20 ile %30'unun toplum normlarına uygun şekilde hayat sürebildikleri ve %40 ile %60'ının hastalığın yıkıcı etkisi yüzünden sosyal ve mesleki açıdan yeti yitimine maruz kaldıkları bulunmuştur (Slade ve ark., 2005). Ayrıca hastaların yaklaşık olarak %45'inde bu bozukluklara bağlı olarak belirgin derecede yıkım meydana gelmektedir. Şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluklar, hastaların ortalama yaşam süresini on sene kadar kısaltmaktadır (Köroğlu ve Güleç, 2007)

Şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluklar tanısına sahip hastalar herhangi bir koruyucu yardım almayanlarda iyileştikten sonra bir yıl içinde yeni epizod geçirme riski %70, hastaneye yatarak tedavi gören hastalar çıktıktan sonra düzenli bir şekilde tedaviye uyum gösteriyorsa %35, ayrıca uygun psikoterapi ve toplumsal destek görüyorsa bu oran %15 ile %20 arasındadır (Mete, 2006).

2.1.8. Tedavi

Şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluklar bireyde davranış, düşünme, kişilerarası ilişkiler, algılama gibi alanlarda olumsuz etkileyen, dönem dönem alevlenmelerle giden ciddi bozukluklardır (Köroğlu ve Güleç, 2007; Öztürk ve Uluşahin, 2016). Şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluklara dair standart bir tedavi planı yoktur. Şizofreni tedavisinde değişik organik

ve psikososyal tedavi imkanları değerlendirilerek bütüncül bir yaklaşım benimsenmelidir (Köroğlu ve Güleç, 2007).

Şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluklarda tamamen iyileştiren bir tedavi yoktur ancak tedavi hastalığın kötüye gidişi yani patolojik belirtileri yavaşlatabilir, ölüm oranını düşürebilir. Buna göre tedavide amaç şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluklara bağlı oluşan patolojilerin ağırlığını, sıklığını ve bunların psiko-sosyal etkilerini azaltmak, kişinin yaşam kalitesini arttırmaya ve kişiler arası ilişkilerinin kalitesini yükseltmeyi amaçlar (Bourgeois, 2016).

Şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluklarda ilaç tedavisine ek olarak psikososyal tedavi yöntemlerinin birlikte daha iyi sonuç verdiği görülmüştür (Kalı, 2018). Şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluklar tedavisinde sağlık ekibiyle, hasta ve hasta yakınları arasında işbirliği sağlanmalıdır ve tedavinin uzun sürecek özveri gerektiren bir süreç olduğu unutulmamalıdır (Köroğlu ve Güleç, 2007).

Şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozuklukların tedavisinde farmakolojik tedavi, elektro-konvülsif terapi (EKT) ve psikososyal yaklaşımlar kullanılmaktadır.

2.1.8.1. Farmakolojik tedavi

Şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluklar tedavisinde kullanılan ana ilaç grubu antipsikotiklerdir (Esen Danacı ve ark.,2018). Antipsikotik ilaçlar psikotik bozuklukların tedavisinde birincil olarak ve bir çok psikiyatrik bozuluğun tedavisinde kullanılmaktadır (Çetin ve Turgay, 2002). İlk antipsikotik ilaç olan klorpromazinin bulunması şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluklar ve diğer psikiyatrik bozukluklarının tedavisinde büyük avantaj sağlamıştır (Reynolds ve Kirk, 2010). Klorpromazinin keşfiyle birinci kuşak antipsikotik (tipik) ilaçların kullanımına başlanmıştır.

Tipik antipsikotiklerin temel etki mekanizmaları dopamin reseptörlerine yüksek ilgi ve antagonizma göstermeleridir. Tipik antipsikotiklerin dopamin reseptörlerine bağlanma ilgileri ve tedavi edici etkileri arasında güçlü bir bağlantı bulunmaktadır (Yağcıoğlu, 2007). Tipik antipsikotikler şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozuklukların pozitif belirtileri üzerinde etkili olmaktadır (Çetin ve Turgay, 2002).

Tipik antipsikotiklerin yan etkileri akatizi, parkinsonizm, tardif diskinezi, akut distonik reaksiyonları içeren ekstrapiramidal yan etkiler, cinsel işlev bozukluğu, cilt reaksiyonları, lökopeni, agranülositoz, nöroleptik malign sendromdur (Uzbay, 2019).

Tipik antipsikotiklerin negatif belirtiler üzerinde çok fazla etkili olamaması ve ekstrapiramidal yan etkilerin oluşması yeni antipsikotiklerin aranmasına yönelik çalışmaları hızlandırmıştır (Esen Danacı ve ark, 2018; Uzbay, 2019). Bu sebeple ilk örneğinin klozapin olan atipik antipsikotikler kullanılmaya başlanmıştır. Klozapinle tipik antipsikotiklere direnç gösteren vakalarda başarı göstermiştir (Köroğlu ve Güleç, 2007).

Atipik antipsikotikler, tipik antipsikotikler gibi dopamin reseptörleri üzerinde etki göstermekte ayrıca serotonin reseptörleri üzernde de etki göstermektedir (Yağcıoğlu, 2007; Uzbay,2019). Ayrıca atipik psikotikler şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden pozitif belirtilerinin yanı sıra şizofreninin negatif belirtileri üzerinde de etki göstermektedir (Uzbay, 2019). Atipik psikotikler, tipik psikotiklere oranla daha düşük ekstrapiramidal yan etki yapması, prolaktin düzeyini arttırmaması, parkinsonizm ve tardif diskinezi yapmaması, katalepsi oluşturmamasıyla tipik antipsikotiklerden ayrılırlar (Çetin ve Turgay, 2002; Uzbay, 2019).

Bu hastalarda hastalık belirtileri yatışsa bile sürdürüm tedavisinin olması çok önemlidir. Genellikle çoğu hastada tedavi kesildikten sonra bir ay içerisinde %10 oranında relaps görülebilmektedir (Köroğlu ve Güleç, 2007). İlaç kullanan hastalarda bir yılda relaps görülme oranı %15 ile %25 arasındayken bu oran ilaç kullanmayanlarda %50 ile %75'e kadar yükselmektedir (Esen Danacı ve ark., 2018).

2.1.8.2. Elektrokonvülsif Tedavi (EKT)

Elektrokonvülsif tedavi hastanın başındaki belli yerlere yerleştirilen elektrotlar aracılığıyla uygulanan bir dizi kısa, kontrollü elektrik akımıyla beyinde epilektik nöbet oluşturulmasıyla oluşan psikiyatrik tedavi yöntemidir (Dönmez ve Yılmaz, 2011). Elektrokonvülsif tedavi psikiyatri alanında 1930'larda klinik kullanıma girmiştir (Tomruk ve Oral, 2007).

Elektrokonvülsif tedavinin etki düzeneği tam olarak bilinmemektedir. Elektrokonvülsif tedavi uygulamasıyla beyinde nörotransmiterlerin etkinliğinin atmasıyla oluştuğu düşünülmektedir. Elektrokonvülsif tedavinin farklı psikiyatrik hastalıklar üzerinde iyi etki göstermesi, elektrokonvülsif tedavinin monoaminerjik iletide

artış, kan-beyin bariyerinin geçirgenliğinde artış, nörotrofik etki, antikonvülsan etki ve serebral kan akımında artışı ve başka değişik etki mekanizmalarıyla açıklanmaya çalışılmaktadır. Buna göre elektrokonvülsif tedavinin çoğul etki mekanizmalarıyla etki ettiği söylenebilir (Dönmez ve Yılmaz, 2011).

Şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluklarda elektrokonvülsif tedavi, hastaların belirtilerinin hızlı düzelme amaçlandığında, duygudurum belirtileri gösteren hastalarda, katatonik belirtileri olan hastalar, psikofarmakolojik tedaviye dirençli veya yetersiz yanıt gösteen hastalarda kullanılmaktadır (Kocal ve ark., 2017; Esen Danacı ve ark., 2018). Yapılan çalışmalardaki sonuçlara göre elektrokonvülsif tedavinin tedaviye yanıtta hızlanma sağladığı ortaya çıkarmıştır (Kocal ve ark., 2017).

2.1.8.3. Psikosoyal Yaklaşımlar

Psikososyal yalaşımlar şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluklarda tam analmıyla kapsamlı bir tedavi yaklaşşımının bir parçası olarak farmakolojik tedaviyle beraber hastalığın gidişatını iyileştirebilir (Gürhan, 2016). Farmakolojik tedavi bu hastaların toplumsal açıdan işlevselik kazanmalarını sağlamada eetkileri kısılı kalmaktadır ve bu hastaların sorunlarını çözmede bazı psikiyatrik ve toplumsal yaklaşımlar gerekmektedir (Köroğlu ve Güleç, 2007). Şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer psikotik bozukluk hastalarının psikososyal yaklaşımlarla temel olarak bilişsel becerilerini arttırmak, psikoz ve şizofreniyi anlamak, ilaç tedavisini ve yan etkilerini öğrenmek, belirtilerle başetmeyi öğrenmek, alkol ve maddeden sakınmak, özgüveni arttırmak, iletişim becerilerini geliştirmek, sorun çözme becerilerini geliştirmek, stresle başa çıkmayı öğrenmek, toplumsal aktivitelere katılmak gibi alanlarda eğitim almaları önemsenmelidir (Çam ve Engin, 2014).

2.2. Damgalanma

Damga (Stigma) kavramı Yunanca'da, "taşıyan kişinin bedensel alışılmamışlığı veya ahlaki olarak kötü durumunu ortaya çıkaran işaretler" için kullanılmıştır. Bu işaretler kişinin vücudu kesilerek ya da yakılarak yapılmış ve kişinin vatan haini, köle, suçlu, uzak durulması gereken bir kişi olduğunu belirtmek için kullanılmıştır (Davis, 2006).

Damga kavramının dilimizdeki sözlük anlamına bakıldığında, Türk Dil Kurumu'nun internet sayfasında (2021), "nişan, işaret, belirgin iz, bir kişinin adını kötüye çıkaran, yüz kızartıcı durum" olarak açıklandığı görülmektedir (https://sozluk.gov.tr/). Sözlük anlamından da anlaşılacağı üzere damga kavramı bir çok tanımda, kabul edilemezlik belirtisi, utanılması gereken durumun varlığı olarak görülmektedir (Taşkın, 2007).

Damgalama (Stigmatizasyon) ise, bireyin sahip olduğu ayırt edici özelliği ya da kişisel özelliği yüzünden toplum tarafından olumsuz olarak görülmesidir (https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/mental-illness/in-depth/mental-health/art-20046477). Damgalama genel anlamda, bir kişiyi diğer bireylerden ayıracak şekilde o kişinin diğer kişilerden aşağı görülmesi, toplumdaki statüsünün düşürülmesidir (Doğanavşargil Baysal, 2013).

İnsanlık tarihi boyunca hemen her toplumda damgalama pek çok durumda ortaya çıkmıştır. Tarih boyunca bakıldığında toplumlarda yaygın etkiler doğuran salgın hastalıklara yakalanan bireylerin damgalandığı görülmüştür (Bilge ve Çam, 2010). İlk damgalanan hastalıklardan biri cüzzam olmuş; on dördüncü ve on beşinci yüzyılda ise veba ve frengi damgalanan hastalıklar arasında yer almıştır (Avcil ve ark., 2016; Bilge ve Çam, 2010; Oran ve Şenuzun, 2008). Bu hastalıklar, hastalığa yakalanan kişilere işledikleri günahların sonucu olarak tanrı tarafından gönderilmiş bir ceza olarak görülmüş ve bu yüzden toplum tarafından dışlanmışlardır. On sekizinci yüzyılda ise tüberküloz, alt tabakanın hastalığı olarak görülmüştür (Bilge ve Çam, 2010). Yirminci yüzyılın başlarında insanlık kanser adı verilen hastalıkla savaşmak zorunda kalmış ve o dönemlerde kanser hastalarına karşı ayırıcı, dışlayıcı davranışlarda bulunulmuştur. 1980'li yıllarda ortaya çıkan AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrome - Edinilmiş Bağışıklık Eksikliği Sendromu) hakkında da benzer olarak "Tanrı'nın günahkarlara verdiği ceza" şeklinde yorumlar yapılmış ve AIDS hastalarından uzak durulmuştur (Oran ve Şenuzun, 2008).

Cüzzam, frengi, tüberküloz, epilepsi gibi hastalıkların tedavilerinde ilerlemeler oldukça bu hastalıklara yönelik damgalamanın şiddetinin azaldığının gözlenmesi de dikkat çekici bir nokta olmuştur (Oran ve Şenuzun, 2008).

Link ve Phelan'a (2001) göre damgalama birbirini takip eden ve birbiriyle ilişkili olan bileşenlerin birleşmesiyle oluşmaktadır. İlk olarak toplumun kişileri farklılıklarından

dolayı etiketlemesiyle başlar ve baskın toplumsal inançlar ile damgalanmış kişilerin istenmeyen özellikleri arasında olumsuz stereotipler oluşturmak için bağ kurulur. Ardından "biz" ve "siz" olarak ayırma olur; bunu statü kaybı ve ayrımcılık izler (Link ve Phelan, 2001). Daha somut bir anlatımla damgalanan kişi kusurlu olarak görülür, olumsuz değerlendirilir, olumsuz sıfatlara maruz bırakılır ve gözden düşmüş olarak değerlendirilir (Çam ve Çuhadar, 2011). Sonraki aşamada damgalanan birey dışlanıp izole edilerek toplumdan uzaklaştırılır, (Taşkın, 2007).

Corrigan ve Watson (2002)'a göre damgalanma stereotipler, önyargı ve ayrımcılık kavramlarını içermektedir. Corrigan ve Watson (2002)'a göre, bir sosyal grup hakkında ortak olarak paylaşılan inançlar, diğer bir deyişle klişeler (stereotipiler) benimsenirse, olumsuz duygusal tepkiler yani önyargı meydana gelir ve bu önyargıyı ayrımcı davranışlar takip eder.

Psikiyatrik bozukluklar tarih boyunca en damgalayıcı etiketlerden biri olmuştur. (Taşkın, 2007). Damgalamanın altında toplumun psikiyatrik hastalıklara yönelik tutumları önemli rol oynamaktadır. Tarih boyunca toplumların psikiyatrik hastalıklara ve hastalara karşı tutum ve davranışları farklı olmuştur (Bostancı, 2005). Avrupa toplumlarında kilisenin etkisiyle psikiyatrik hastalığı olan bireyler şeytan tarafından ele geçirilmiş, suçlu, serseri, şiddet potansiyeli olan bireyler olarak görülmüştür. Bu dönemde psikiyatrik hastalığı olan kişilere yönelik şiddet, hapis cezaları uygulanmıştır (Fabrega, 1991). Çin toplumunda psikiyatrik hastalıkların sebebinin atalara ya da tanrılara yeterince uygun şekilde hareket etmemekten dolayı olduğu düşünülmüştür. Bundan dolayı psikiyatrik hastalığa sahip olan ailelerde utanç ve onurun zedelendiği inancı görülmektedir. Hint toplumuna bakıldığında ise Ayurvedik tedavide fiziksel veya psikiyatrik hastalıklar arasında fark gözetilmediği için damgalamaya yönelik kanıtlar bulunmamıştır. Geleneksel İslam toplumlarında ise pskiyatrik hastalıklara yüklenmiş bir damganın olmadığı görülmüştür (Kocabaşoğlu ve Aliustaoğlu, 2003).

Toplumlarda sık görülen psikiyatrik hastalıklara yönelik ayrımcılık ve izole etme tutumlarının altında büyük ölçüde "zarar görme korkusu" yer almaktadır. Tarihin bilgisizlik dönemlerinde psikiyatrik hastalıklarda ortaya çıkan belirtiler, anlaşılamadığı ve açıklanamadığı için hastalığa yakalanan kişiler "ne yapacağı belli olmayan" ve "tehlikeli" olarak algılanmış ve toplumda korku ve kaygıya yol açmıştır (Çam ve Çuhadar, 2011). Oluşan bu korku ve huzursuzluk hastaların toplum dışına itilmesine

neden olmuştur (Taşkın, 2007). Toplumdaki insanların bu hastalıklar hakkında bilgisi olmasa dahi ciddi ve olumsuz ön yargıları bulunmaktadır (Üçok, 2003).

Günümüzde hala psikiyatri hastaları "ruhsal hastalık sahibi" etiketini taşıdıkları için toplum tarafından tehlikeli olarak algılanmaya devam etmektedir. Bazı psikiyatrik hastalık tanısına sahip ve çok az sayıdaki hastada, toplumun korktuğu, tehlikeli olabilecek izlenimi veren davranış ve görünüm olabilmektedir ancak böyle bir klinik tablo ve görünümle ilgisi olmayan psikiyatri hastalarının bile tehlikeli olarak algılandığı gözlenmektedir (Taşkın, 2007).

Damgalamanın kaynağında toplumdaki bireylerin anlayış eksikliği ve korku yatmaktadır (https://www.psychiatry.org/patients-families/stigma-and-discrimination). Psikiyatrik hastalıklara karşı olan yanlış tutumlar ve medya kuruluşlarında psikiyatrik hastalıklara yönelik yanlış ve yanıltıcı temsiller de bu iki faktörün güçlenmesine neden olan faktörler arasında yer almaktadır (https://www.psychiatry.org/patients-families/stigma-and-discrimination).

Damgalama bireye yönelik ayrımcılık ve dışlamaya neden olduğundan sonuçları çok yıkıcı olabilmektedir. Psikiyatrik tanıya sahip olan birçok birey herhangi bir durumda aile üyelerinden, sosyal etkileşim kurduğu bireylerden, işverenlerden ya da sağlık çalışanları tarafından damgalanmaya maruz kalabilir (https://www.nami.org/Blogs/NAMI-Blog/February-2021/The-Many-Impacts-of-Self-Stigma). Damgalanmış kişiler statü kaybı ve ayrımcılığın yola açtığı adil olmayan sonuçlarla yüz yüze kalmaktadır (Link ve Phelan, 2001). Damgalama, bireylerin aile ve sosyal ilişkilerinin bozulmasına, barınma, iş bulma yeteneklerinin ve bireyin özgüveninin olumsuz yönde etkilenmesine sebep olabilir (https://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/priority-areas/stigma-and-discrimination). Bu bireyler, damgalama ve ayrımcılık nedeniyle sağlık hizmetine ulaşma, iyi eğitim alma gibi toplumsal hizmetlerden, toplumun diğer bireylerine göre daha az yararlanmaktadır. Ayrıca psikiyatrik hastalığı olan bireyler kendi kendini damgalayabilmekte ve bunun sonucunda bireyde psikiyatrik sorunlarda artma, hayat kalitesinde azalma, umutsuzluk, moral bozukluğu, düşük benlik saygısı ve öz yeterlilik, psikiyatrik tedaviye uyumda zorluklar görülmektedir (Chang ve ark., 2016; Yılmaz, 2012; Kamaradova ve ark., 2016).

Psikiyatrik hastalıkları nedeniyle damgalanan bireylerde tedaviye olan inancın azalması, tedavilerin işe yaramayacağına dair düşüncelerin ortaya çıkması, sağlık düzeylerini etkileyecek şekilde tedaviden kaçınma ve bunun sonucunda mevcut olan hastalığın daha kötüleşmesi, maddi yetersizlikler, iş gücü kaybı ortaya çıkabilmektedir (Corrigan ve ark., 2014). Psikiyatrik hastalarda damgalanma ve ayrımcılığa eşlik eden utanç nedeniyle yaşam doyumları ve benlik saygılarında azalma olduğu bildirilmiştir (Lv ve ark., 2013).

Psikiyatrik hastalıklar arasında damgalanmaya en fazla maruz kalanlar şizofreni tanısı konmuş bireylerdir. Yapılan çalışmalar incelendiğinde toplumun genel olarak şizofreni hastalarını olumsuz olarak algıladığı ve bu bireylere yönelik reddedici tutumlar takındıkları görülmüştür (Doğanavşargil, 2010).

Toplumun psikiyatrik tanı konmuş bireyleri damgalaması sonucunda bireylerde ümitsizlik, utanç, ayrımcılığa uğrama korkusu ve hastalığından dolayı kendini suçlama ortaya çıkmaktadır (Sevinik ve Arslan, 2020). Şizofreninin asla iyileşmeyeceğine dair yanlış inanç da bu duyguların artmasına ve bireylerin kendini damgalanmasına yol açmaktadır.

Toplum şizofreni hastalığına sahip bireyleri damgalamakla yetinmeyip bu bireylerle olan sosyal ilişkilerini genellikle bitirmeye yönelmektedir. Bu yüzden şizofreni hastalığına sahip bireyler toplum tarafından damgalanma korkusuyla hastalıklarını gizlemeye çalışmaktadır ve bunun sonucunda sosyal ilişkilerden geri çekilmeler görülmektedir (Sevinik ve Arslan, 2020).

Ülkemizde yapılan bir çalışmada toplumun %76.5'i şizofreniyi ruhsal hastalık olarak tanımlamıştır, katılımcıların %25'i, şizofreninin tehlikeli olduğunu ve şizofreni tanısı konmuş bireylerin toplumda serbest bırakılmamaları gerektiğini belirtmiştir. Çalışmaya katılanların %58.6'sı şizofreni tanısı konmuş bireylerin kendi yaşamları ile ilgili doğru kararlar alamayacaklarını, %43'ü evi olsa dahi şizofreni tanılı bir bireye evlerini kiraya vermeyeceklerini, %69.9'u şizofreni tanılı bireyle evlenmeyeceğini, %46.8'i şizofreni tanılı bireyle birlikte çalışmayacağını, %33.2'si şizofreni tanılı komşusunun olmasından rahatsız olacağını belirtmiştir (Doğanavşargil, 2010).

2.2.1. Şizofreni Hastaları ve İçselleştirilmiş Damgalanma

Psikiyatrik hastalığı olan bireylere karşı toplum tarafından yapılan toplumsal damgalama, kurumsal damgalama ve kendini damgalama (içselleştirilmiş damgalama) olmak üzere üç tür damgalamadan bahsetmek mümkündür. Toplumsal damgalama toplumun kişiye karşı tutumunu ifade eder. Kurumsal damgalama ya da yapısal damgalama, sistem düzeyinde bir damgalamadır. Psikiyatrik hastalığı olan kişilerin haklarını ve fırsatlarını kısıtlayan iktidardaki özel ve kamu kuruluşlarının kuralları, politikaları ve prosedürleri ile bağlantılıdır (Livingston ve Boyd 2010). İçselleştirilmiş damgalama ise, psikiyatrik hastalığı olan bireylerin toplumun kendisine karşı oluşturduğu damgalama düşüncelerini onaylayıp, bu düşüncelere inanıp psikiyatrik hastalığı olduğu için kendini daha az değerli görmesidir. (Corrigan ve Watson, 2002). Başka bir ifadeyle, psikiyatrik hastalığı olan bireylerin toplumda kullanılan olumsuz klişeleri kendilerine uygulamaları, başkaları tarafından reddedilmeyi bekledikleri ve yabancılaşmış hissettikleri için toplumdan uzaklaşmalarına neden olan süreci ifade eder (Park ve ark., 2013). En genel anlamıyla içselleştirilmiş damgalama, psikiyatrik hastalığı olan bireylerin kendi durumlarına dair içselleştirilmiş olumsuz tutumların tamamını ifade eder (https://www.psychiatry.org/patients-families/stigma-and-discrimination).

Damgalama algısı genelde kişinin psikiyatrik hastalık etiketi almasıyla başlasa bile içselleştirilmiş damgalamanın birincil kaynağı toplumdan daha çok, kişinin kendisidir (Taşkın, 2007). İçselleştirilmiş damgalanma süreci kişinin psikiyatrik yardım alma ihtiyacı duyduğu zaman kendi zihninde kendiliğinden başlayan bir süreçtir (Beyazyüz ve ark., 2015). Toplum tarafından açıkça bir ayrımcılığa, dışlanmaya maruz kalmasalar bile, psikiyatrik hastalığı olan kişilerin, kendilerini damgalanmış olarak hissettikleri belirtilmiştir (Çam ve Çuhadar, 2011). Psikiyatrik hastalık etiketinin olması dahi çoğu zaman içselleştirilmiş damgalanmanın oluşması için yeterli olmaktadır. Psikiyatrik hastalığın damgalayıcı içeriği ne kadar fazla ise kişinin yaşadığı damgalanma duygusu da buna paralel olarak artmaktadır (Taşkın, 2007).

İçselleştirilmiş damgalama da toplumsal damgalamada olduğu gibi, stereotipileri, önyargıları ve ayrımcılığı içerir (Rüsch ve ark., 2005). Bunlar içselleştirilmiş damgalanmanın üç adımını oluşturur. Birinci adım toplumda oluşan stereotipilerin farkında olmak, ikinci adım bu stereotipileri kabul edip toplumla aynı fikirde olmak,

üçüncü adım bu stereotipileri kendi üzerine uygulamaktadır. Bunlar sonucunda kişi toplumdan gördüğü damgalanmayı içselleştirmiş olur (Corrigan ve ark., 2009).

İçselleştirilmiş damgalamada, algılanan veya deneyimlenen damgalanmaya yönelik bireylerde bir takım tepkiler gözlenir. Bu tepkiler; bilişsel (aşağılık duygusu, yetersizlik duygusu, olumsuz benlik duygusu vb.), duygusal (umutsuzluk duyguları, üzüntü, utanç, öfke vb.) ve davranışsal tepkiler (kendini aşağılama, kendini – tecrit etme, durumunu gizleme, sosyal geri çekilme, sosyal kaçınma vb.) olarak belirtilmektedir (Sarısoy ve ark., 2013).

Bireyin kendini damgalamasının duygusal etkisi genellikle psikiyatrik hastalıkların semptomlarından daha büyük olabilmektedir. İçselleştirilmiş damgalama doğrudan bireyin öz yeterliliğini, benlik saygısını ve hayata dair bakış açısını olumsuz etkilemekte ve bireylere zarar veren değersizlik, utanç, umutsuzluk, gizlilik ve geri çekilme gibi bir dizi tepkiyi doğurmaktadır (https://www.nami.org/Blogs/NAMI-Blog/February-2021/The-Many-Impacts-of-Self-Stigma; Ritsher ve ark., 2003; Rüsch ve ark., 2005; Corrigan ve ark., 2009; Chang ve ark., 2016). Bireyin kendini damgalaması ve yaşadığı utanç hastalığı hakkında konuşma isteğini azaltabilir ve bunun sonucunda bireyin kendine yönelik oluşturduğu damga güçlenebilir (https://www.nami.org/Blogs/NAMI-Blog/February-2021/The-Many-Impacts-of-Self-Stigma). Ayrıca içselleştirilmiş damgalanmanın benlik kavramını olumsuzlaştırması yoluyla iyi oluşu bozduğu da gösterilmiştir (Morgades-Bamba ve ark., 2019). Bu da kişinin iş hayatında ya da bağımsız davranışlar yapmada başarısız olmasına (Rüsch ve ark., 2005), yaşam kalitesinde, hedeflerini gerçekleştirme motivasyonunda belirgin düzeyde düşmeye neden olur (Karagöl ve ark., 2013; Doğanavşargil, 2010; Mercan, 2017; Üstündağ ve Kesebir, 2013; Degnan ve ark., 2021). İçselleştirilmiş damgalama, kişinin öz güvenini etkilediği ve "bu çaba niye, niye çabalayayım" (why try) etkisi yarattığı belirtilmektedir. "Psikiyatrik hastalığı olan kişilerin değeri yoktur, topluma herhangi bir katkısı yok, sadece yük olurlar" tarzı stereotipileri içselleştirmiş kişiler pozitif öz benlik kavramını sürdürmek için uğraşacaktır ancak "Neden bağımsız bir şekilde yaşamaya çalışayım ki benim gibi birisi başarılı olmayı hakketmez" tarzında kendini küçük görmesine sebep olacak negatif benlik ifadeleri yaratarak çabalamasını güçleştirecektir (Corrigan ve ark., 2009; Corrigan ve Rao, 2012).

Yapılan çalışmalarda şizofreni ve psikotik bozukluklar gibi psikiyatrik bozukluklarda içselleştirilmiş damgalanma oranlarının yüksek olduğu ve oluşturduğu olumsuz sonuçlar ortaya konmuştur (Chang ve ark., 2016; Holubova ve ark. 2016; Morgades-Bamba ve ark., 2019; Yanos ve ark., 2020; Fung ve ark., 2008; Doğanavşargil 2010; West ve ark. 2011; Yılmaz 2012; Livingston ve Boyd 2010; Pérez-Garín ve ark., 2015).

Yapılan çalışmalarda ciddi psikiyatrik bozukluğu olan kişilerde yüksek içselleştirilmiş damgalanma düzeyine sahip olanların oranı %15-%36 arasında değişmektedir (West ve ark., 2011; Krajewski ve ark., 2013; Alexiova ve ark., 2019). Chang ve arkadaşlarının Tayvan'da yaptığı çalışmada (2016), şizofreni ve bipolar tanılı bireylerin diğer psikiyatrik hastalığa sahip olanlara göre kendilerini daha fazla damgaladıkları bulunmuştur.

Livingston ve Boyd'un (2010) yaptığı metaanaliz çalışmasına göre içselleştirilmiş damgalanma ile umut, öz saygı, güçlendirme, yaşam kalitesi, öz yeterlik, sosyal destek gibi bir dizi psikososyal değişken arasında negatif yönde ilişki; klinikle ilgili olarak psikiyatrik belirti şiddeti ile pozitif yönde, tedavi uyumu ile olumsuz yönde ilişki olduğu; demografik değişkenlerle ise tutarlı bir ilişki olmadığı bildirilmiştir (Livingston ve Boyd 2010).

Yılmaz'ın yaptığı çalışmada (2012) şizofreni hastalarında içselleştirilmiş damgalanmanın tedaviye uyumu ile tedaviye karşı tutumu olumsuz etkilediği tespit edilmiştir. Holubova ve arkadaşlarının 2016'da benzer olarak kendini damgalama düzeyi ile toplam belirti şiddeti arasında pozitif, yaşam kalitesi ile negatif korelasyon olduğunu saptamışlardır.

Hem açıkça yapılan hem de üstü kapalı ve zekice yapılmış bireysel ayrımcılık ve içselleştirilmiş damgalanmanın, yaşam doyumu, duygulanım dengesi ve psikolojik iyi oluş ile negatif korelasyon gösterdiği saptanmıştır (Pérez-Garín ve ark., 2015). Degnan ve arkadaşlarının yaptığı sistematik inceleme ve meta analiz çalışmasında (2021), psikozda yüksek damgalanma ile düşük yaşam kalitesi ilişkili bulunmuş ve bu ilişkide benlik kavramı ve sosyal ağların aracı rolü olduğu bildirilmiştir.

Tel ve Pınar'ın (2012) ayaktan izlenen psikiyatri hastalarında içselleştirilmiş damgalama düzeyleri arttıkça benlik saygısı puanlarının azaldığını bildirmişlerdir.

Şizofrenisi olan bireylerin kendilerini damgalaması, kişiler arası ilişkiler, yaşam kalitesi ve mesleki yaşantıda bozulmalar, hayata dair hedeflere ulaşmada güçlük, tedaviye uyumda güçlük, psikiyatrik semptomlarda artış ve intihar riskinde artış görülmektedir (Morgades-Bamba ve ark., 2019). Bilgin Koçak (2017) şizofrenide suisid girişiminin depresyon, içselleştirilmiş damgalanma ve yaşam kalitesi ile ilişkisini değerlendirdiği çalışmada, intihar düşüncesi olan hastalarda intihar düşüncesi olmayanlara göre içselleştirilmiş damgalanma seviyeleri daha yüksek saptanmıştır.

Yanos ve arkadaşlarının yaptığı inceleme sonucunda psikiyatrik tanı konulmuş hastalarda içselleştirilmiş damgalamanın sosyal ilişkilerde zorluk çekme, benlik saygısında azalma, azalmış umut, tedaviye uyumun bozulması, psikiyatrik semptomların artması ve iyileşme üzerine olumsuz etkilere yol açtığını bulmuştur (Yanos ve ark., 2020).

Fung ve arkadaşlarının (2008) yaptığı çalışmaya göre şizofreni tanısı konmuş bireyler toplum tarafından kendilerine yöneltilen damgayı içselleştirmekte bunun sonucunda tedaviye uyumları azalmakta ve sağlık durumlarını düzeltmek için yardım arayışından kaçınmaktadır (Fung ve ark., 2008).

Evans-Lacko ve arkadaşları (2012), içselleştirilmiş damgalama düzeyinin kültürden kültüre, ülkeden ülkeye veya demografik değişkenlere göre değişim gösterebileceğini bildirmiştir. Yaptıkları çalışmada psikiyatrik hastalıkların kolay ifade edilebildiği, konuşulabildiği ve hizmetlerden faydalanmanın kolay olduğu toplumlarda yaşayan kişilerin içselleştirilmiş damgalanma düzeyinin daha düşük olduğu, kendini daha güçlü hissettiği ve tedavi arama oranının daha yüksek olduğu görülmüştür (Evans-Lacko ve ark., 2012).

Psikiyatri hastalarının sosyal olarak ilişkilerini sürdürme, sosyal aktivitelere katılma, istediği kişilerle iletişim kurma sıklığı arttıkça bireylerin kendini damgalaması azalmaktadır (Sevinik ve Arslan, 2020). Yapılan başka bir çalışmada ise bireylerin içselleştirilmiş damgalanma düzeylerinin artmasıyla yalnızlık düzeylerinin de arttığı görülmüştür (Fırat ve ark., 2020).

2.2.2. Damgalanmayı Önlemede Psikiyatri Hemşiresinin Rolü

Damgalama, psikiyatrik hastalığı olan bireylerin tedavisinde önemli bir sorun oluşturmaktadır. Psikiyatrik hastalığı olan bireyler damgalanma yüzünden sağlık kurumlarından yardım almakta gecikmektedir. Damgalama yüzünden yardım alamama,

hastalığın kronikleşmesine ve gidişatının kötüleşmesine neden olmaktadır (Oban ve Küçük, 2011). Psikiyatri hemşireleri, konu ile ilgili birey ve kurumlarla multidisipliner işbirliği sağlamalı ve psikiyatri hastalarının ruh sağlığı bakım hizmetlerinden yararlanmalarını arttırmalıdır (Bostancı, 2005). Tedaviyle topluma katılması beklenen bu hastalar damgalama yüzünden toplumun dışına itilmekte ve ayrıştırılmaktadır (Üstün ve Şengün İnan, 2018).

Damgalamayla mücadeleye yönelik olarak psikiyatri hemşireleri öncelikle, psikiyatrik rahatsızlıkların erken dönemde belirlenmesinde görev almalı; erken tanı ve tedaviyle ilgili hemşirelik girişimlerini planlamalı ve bakımı sağlamalıdır (Albayrak 2019). Öncelikli konulardan biri de psikiyatri hemşirelerinin hastalara karşı tutum ve yaklaşımlarıyla toplum için uygun rol model olmasıdır. Bu sebeple hemşireler ilk olarak kendi tutumlarını incelemeli ve psikiyatrik hastalığı olan bireyleri tutumlarıyla nasıl etkilediklerini değerlendirmelidir (Çam ve Çuhadar, 2011; Sarıkoç, 2011).

Psikiyatri hemşireleri bakım vermekte oldukları hastaları damgalamayla başetme konusunda bilgilendirilmelidir (Kök, 2014). Psikiyatrik hastalığı olan bireyler ve ailelerinin damgalanmayla ilgili endişeleri belirlenmeli ve bununla mücadele konusunda uygun eğitimler verilmelidir (Albayrak, 2019).

Psikiyatri hemşireleri toplumun ve topluma önderlik eden meslek gruplarının psikiyatrik hastalığı olan bireylere yönelik tutumlarını değerlendirmeli, damgalama konusunda farkındalığı arttırmaya yönelik çaba göstermeli ve olumsuz inançlarını ele alarak olumlu yönde değiştirtirmeye, bilgilendirmeye çabalamalıdır (Açıkgöz ve Akkuş, 2018; Albayrak, 2019).

Psikiyatri hastalarının hastalıklarına bağlı belirtilerini kontrol altına alan ve ilaçlara bağlı oluşan yan etkileri azaltan tedavi yöntemlerinin kullanımını arttırılmalıdır (Bilge ve Çam, 2010). Kamu yasaları ve politikalarını damgalamayı azaltacak ve psikiyatrik hastalıklara yönelik yasal imkanlarını arttıracak yönde değiştirmede ve ülkemizde Ruh Sağlığı Yasasının çıkarılmasında etkin rol almalıdır. Ülkemizdeki sağlık eğitimi gözden geçirilerek psikiyatrik hastalıklara yönelik bilgi, tutum, inanç ve davranış değiştirmeye yönelik yeni eğitim programları müfredata eklenmelidir (Bilge ve Çam, 2010). Psikiyatri hemşireleri damgalanmayı araştırarak damgalanmayı azaltmaya yönelik hareketlere öncülük etmelidir ve damgalanmayı azaltıcı müdahalelerin geliştirip, uygulamalıdır (Pinto-Foltz ve Logsdon, 2009).

2.3. Yalnızlık Kavramının Tanımı

Pek çok psikiyatrik bozukluğun hazırlayıcısı olarak bilinen yalnızlık toplumda çok sık görülmektedir. Literatürde yalnızlık ile ilgili çeşitli tanımlamalar yapılmıştır. Yalnızlığın çeşitli tanımları olmasına rağmen kişinin kendinin tek başına algılaması, başkalarına yakınlığın fark edilir derecede azlığı veya yokluğu, acı veya üzüntü duyumu gibi şeyler bu tanımlarda genellikle ortaktır (Svendsen, 2018). Yalnızlık kavramının Türk Dil Kurumu'nun resmi sitesindeki (2021) tanımına bakıldığında ise, "Kimse bulunmama durumu, yalnız olma durumu, ıssızlık, kimsesizlik, tenhalık" anlamlarında kullanılmaktadır (www.sozluk.gov.tr).

Yalnızlık, kişinin sosyal ilişkilerinin niteliği veya niceliğinde algıladığı eksiklikten yetersizlikten kaynaklanan hoş olmayan ve stresli bir deneyimdir (Hawkley ve Cacioppo, 2010). Bir çalışma yalnızlığın tanımı, "bir kişinin sosyal ilişkileri o kişi tarafından nicelik olarak ve özellikle de nitelik olarak istenenden daha az olarak algılandığında ortaya çıkan üzücü bir deneyimdir" (Hawkley, 2018). Bu nedenle, genellikle oldukça kişiselleştirilmiş şekillerde tanımlanmasına rağmen, yalnızlığın iki ortak unsuru vardır: bir duygusal bileşen (üzüntü, sıkıntı) ve bir sosyal bileşen (sosyal bağlantılarımızın ihtiyaçlarımızı karşılamak için yetersiz olduğu hissi).

Perlman ve Peplau yalnızlık kavramının tanımında üç benzer nokta olduğunu belirtmişlerdir. Bu benzerlikler: bireyin sosyal ilişkilerindeki yetersizlikten dolayı yalnızlık oluşmaktadır, yalnızlık rahatsız edici bir durumdur ve yalnızlık subjektif bir kavramdır, kişini algılayışına göre farklılık gösterebilir (Perlman ve Peplau, 1984).

Yalnızlık tanımlanması güç ve kişiden kişye göre değişen bir kavramdır. İnsanoğlu hayatının her anında yalnızlık hissedebilir hatta başkalarının yanında olsa da (Yaşar, 2007). Yalnızlık insan kaç yaşında olursa olsun tek başına iken veya ailesi, arkadaşları, topluluk içerisindeyken bile deneyimleyebileceği ve kişinin öznel iyi oluşunu olumsuz yönde etkileyen bir duygudurumdur. Yalnızlık bireyin çevresine olan güvensizliği arttırmakta ve çevresine uyumuyla yaşamını olumsuz etkilemektedir. Bu nedenle yalnızlık kişiler üzerinde yaralıyıcı hatta öldürücü etkileri olabilir (Yaşar, 2007).

Kişide yalnızlığın gelişmesinin sebeplerine dair çeşitli çalışmalar yapılmıştır. Kişide yalnızlığın gelişmesinde; Özatça'ya (2009) göre toplumda bireyselliğin daha fazla ortaya çıkması ve kentleşmenin etkisiyle meydana gelen yeni yaşam biçimi, dayanışma ve paylaşmanın giderek azalması, Haliloğlu'na (2008) göre kişinin sahip olduğu düşük

benlik algısı, Yaşar'a (2007) göre toplumdaki diğer bireylerle deneyimlenen sosyal ilişkilerde olan hayal kırıklıkları, Ekinci ve arkadaşlarına (2015) göre gelişen teknolojiyle birlikte bireylerin kendilerine ve çevrelerine ayırdıkları vakitlerin azalması gibi durumlar etkili olmaktadır (Özatça, 2009; Haliloğlu, 2008; Yaşar, 2007; Ekinci ve ark., 2015).

2.3.1. Şizofreni Hastalarında Yalnızlık

Sosyal bir varlık olan insanın doğasının ayrılmaz bir parçası diğerleriyle anlamlı sosyal bağlar kurmaktır. Ancak bazı bireyler anlamlı sosyal bağlar ve ilişkiler kurmakta güçlük çekebilir, bazıları da zaman içinde çeşitli nedenlere bağlı bu bağlantılarını kaybedebilirler. Anlamlı sosyal bağları olmayan bireyler yalnızlık riski altındadır (Masi ve ark., 2011).

Yalnızlığın fiziksel, bilişsel ve psikiyatrik sağlık üzerine zarar verici etkileri vardır (Luo ve ark., 2012; Dhingra ve ark., 2016). Bireyin biyolojik, sosyoekonomik durumu, sosyal izolasyonu kontrol edilse bile yalnızlık yetişkin bireylerde morbitide ve mortalite için risk faktörüdür. (Tremeau ve ark., 2016; Dhingra ve ark., 2016). Yapılan araştırmalar sonucunda yalnızlığın birçok etkenle ilişkili olduğu görülmüştür ayrıca yalnızlığın depresyon başta olmak üzere psikiyatrik rahatsızlıkların oluşmasında önemli bir etkiye sahip olduğu ortaya çıkmıştır (Pamuk ve ark., 2015; Yaşar, 2007; Dhingra ve ark., 2016).

Psikiyatrik hastalıklarda, özellikle psikotik bozuklarda, bireyler genellikle yalnızlığa yatkın olabilirler. Özellikle şizofreni tanısı konmuş bireylerde damgalama, hastalığın semptomlarından doğan zorluklar, sosyal ve çevresel zorluklar bireylerin topluma uyum sağlamasında sorunlara sebep olmaktadır (Eglit ve ark., 2018). Tremeau ve arkadaşlarının (2016) yaptığı çalışma sonucunda şizofreni tanısı konmuş bireylerin tanı konmamış bireylere oranla daha fazla yalnızlık hissettikleri ortaya çıkmıştır. Şizofreni tanısı konmuş bireylerin topluluk içerisinde daha ambivalan ve karmaşık duygular hissettiği, sosyal ilişkilerinde daha az tatmin olduğu ortaya konmuştur (Tremeau ve ark., 2016).

Şizofreni tanısı konmuş bireyler yalnız hissedebilir geleceklerinde de yalnız olacaklarını düşünebilir ve daha önceki yaşam deneyimleri bu durumu düzeltmek için nadiren yardımcı olur. Badcock ve arkadaşlarının şizofeni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluklar tanısı konmuş bireylerin yüksek oranda yalnızlık hissettiği görülmektedir (Badcock ve ark., 2020). Psikoz tanısı konmuş bireylerin %80'inin

yalnızlık hissettiği ve bu oranın genel popülasyonu (%35) önemli ölçüde aştığı belirtilmektedir (Eglit ve ark., 2018).

Avustralya'da yapılan ikinci Avustralya ulusal psikoz araştırmasında çalışmaya katılan psikoz tanılı bireylerin %80.1'inin yalnızlık hissettiğini, %48.1'inin daha fazla arkadaş ihtiyacı olduğu, %60.6'sının psikiyatrik hastalığı olduğu için damgalanma ve ayrımcılığa uğramaktan korktuğu, %69.3'ünün yakın ilişkiler kurmakta zorluk çektiği, %63.2'sinin kendilerini sosyal açıdan yetersiz hissettiği ve %33.8'inin yeni ilişkiler kurmak için yardıma ihtiyacının olduğu ortaya çıkmıştır (Stain ve ark., 2012).

Yalnızlık ve sosyal izolasyon psikiyatrik hastalıkları etkilemektedir ve ayrıca bireylerin psikolojk iyi oluşlarını etkilemektedir. Daha yüksek düzeyde yalnızlık, depresif belirtilerdeki artışla ilişkilidir. Bazende yalnızlık ve depresif semptomlar aynı anda görülebilir (Dhingra ve ark., 2016). Adams ve arkadaşlarının (2004) yaptığı çalışmadan elde edilen bulgular, yalnızlığın depresyona doğrudan katkıda bulunabileceğini göstermiştir (Adams ve ark., 2004).

Yalnızlık şizofreni tanısı konmuş bireylerde hayat kalitesini kötüleştiren ciddi bir faktördür (Eglit ve ark., 2018). Yalnızca bireylerin hayat kalitesini düşürmekle kalmayıp, bu kişilerde intihara yönelten faktörlerden biri olabilmektedir (Shioda ve ark., 2016). Badcock ve arkadaşlarının (2020b), yalnızlık yaşayan psikotik bozukluğu olan kişilerin daha fazla pratisyen hekim ziyareti, acil servis ziyaretleri ve yatarak tedavi olduğunu bildirmişlerdir.

Switaj ve arkadaşlarının (2014) yaptıkları çalışmada psikotik bozukluğu olan hastalarda yalnızlığın, içselleştirilmiş damgalama ve depresyon arasındaki ilişkide aracı rolü olduğunu saptamışlardır. Şizofreni hastalarıyla yapılan bir çalışmada hastalarda sosyal desteğin, topluma katılım ve yaşam düzenlemesinin, yalnızlığın önemli yordayıcıları olduğu bulunmuştur. Katılımcıların toplumdaki boş zaman ve sosyal faaliyetlere katılım düzeyleri ve sosyal desteği ne kadar yüksekse, yalnızlık düzeyleri de o kadar düşük bulunmuştur (Schwartz ve Gronemann, 2009).

Yapılan bir çalışmada şizofreni tanısı konmuş bireylerde yalnızlığın özsaygı, öz yeterlilik, sosyal ilişkiler ve sosyal izolasyonla ilişkili olduğu belirlenmiştir. Ayrıca sosyal ilişkiler için yeterli öz yeterliliğin yalnızlığı etkilediği; düşük özgüven düzeyinin ve artmış sosyal izolasyonun bireydeki yalnızlık düzeyini arttırdığı ve iyi sosyal ilişkilerin kurulmasının yalnızlık düzeyini düşürdüğü saptanmıştır (Shioda ve ark., 2016).

Eglit ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada yalnızlığın mevcut sosyal konum, depresyon, anksiyete ve algılanan stres ile pozitif, zihinsel iyilik, mutluluk, dayanıklılık, iyimserlik ve yaşamdan memnuniyet ile negatif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur (Eglit ve ark., 2018).

Kudo ve arkadaşlarının(2002) yaptığı çalışma sonucunda yalnızlık ve yetersiz sosyal desteğin psikoz semptomlarıyla ilişkili olduğu bulunmuştur ve yalnızlığın psikoz belirtilerini etkilediği ortaya çıkmıştır (Kudo ve ark., 2002). Psikozlu hastalar arasında yalnızlığın daha şiddetli psikiyatrik belirtiler, daha düşük öz saygı, öz-yeterlik, daha fazla içselleştirilmiş damgalama ve ayrımcılıkla ilişkili olduğu gösterilmiştir (Lim ve ark., 2018). Lamster ve arkadaşlarının (2017) yaptığı çalışmada ve Chau ve arkadaşlarının (2019) yaptığı metaanaliz çalışmasında yalnızlık ile psikotik belirtiler arasında ilişki olduğu gösterilmiştir.

Yalnızlığın azaltılmasında dört geniş müdahale tanımlanmıştır. Bilişlerin değiştirilmesi; sosyal beceri eğitimi ve psikoeğitim; sosyalleşmeyi destekleyen ve daha geniş topluluk yaklaşımları. Bu müdehaleler arasında en ümit verici kanıt, "değişen bilişlerde" gibi görünmektedir, ancak henüz hiçbir yaklaşımın sağlam bir kanıt temeli yoktur. Bu alanda karşılaşılan zorluklar ise, müdahaleyi en iyi kimin sunacağı, bu tür karmaşık müdahalelerin nasıl test edileceği ve yalnızlığı çevreleyen damgalanmayı içerir (Mann ve ark. 2017).

2.3.2. Yalnızlıkla Baş Etmede Psikiyatri Hemşiresinin Rolü

Psikiyatri hemşireleri her birey için öznel bir deneyim olan farklı anlamlar içeren yalnızlığa yönelik girişimleri belirlerken bireyin yalnızlığı ifade ediş biçimlerinin farklı olacağını bilmeli ve bireyin yalnızlığa ilişkin tepki ve davranışları iyi değerlendirip, bu yönde girişimlerde bulunmalıdır (Ceyhan, 2005).

Psikiyatrik hastalığı olan bireyler toplum tarafından damgalandığı ve yalnızlığa itildiği için bu bireylerin yalnızlıkla başa çıkabilmeleri için herhangi bir sosyal çevreye katılıp ilişkiler kurması önemlidir. Psikiyatrik hastalığı olan bireyler toplumda olan damgalama ve bunu kendisine yöneltmesiye oluşan içselleştirilmiş damgalanma yüzünden toplumda kabul görmeyeceğini, sevilmeyeceğini düşünmektedir. Bu bireyler sosyal destek gruplarına yönlendirilse bu gruplardaki koşulsuz kabul, dışlanmadan iletişim kurabilme imkanı sayesinde bireyler kendilerini daha az dışlanmış hissedecektir (Özbek, 2017). Psikiyatrik hastalıklara yönelik damgalanmanın azaltılması bu

hastalıklara sahip olan bireylerin toplum tarafından daha az dışlanmasına ve hastanın daha fazla sosyal etkileşim kurarak doyuma ulaşmasını sağlayacaktır. Bu yüzden toplumda damgalamanın azaltılması hastalarda varolan yalnızlığı da azaltacaktır.

Psikiyatri hemşireleri hastaların kendini toplumdan izole etmemesi için düzenli olarak spor yapma gibi günlük rutin aktiviteler belirlemelidir. Hastaların sosyal ilişkilerini gözden geçirmeli, hastaları mümkün oldukça sosyal etkileşime girip iletişim kurması için teşvik etmelidir. Hastaların hastaneden taburcu olduktan sonraki yaşantısında hastaya destek olmalıdır (Özbek, 2017). Psikiyatri hemşireleri hastanın tedavisi için hastanın ailesini tedavi sürecine katılmasını sağlayarak hasta ve ailesi arasındaki etkileşimi arttırmalıdır (Arslan, 2016).

Toplum ruh sağlığı merkezlerinde çalışan hemşireler şizofreni ve ciddi ruh sağlığı sorunu olan kişiler için sürekli sosyal etkileşimlerini arttıracak ve toplumsal bağları güçlendirecek aktivitelerin oluşturulmasında rol oynamalı ve yalnızlığı azaltmak ve önlemek için toplum kaynakları ve eğitim kurumlarıyla işbirliği yapmak için çalışmalıdırlar (Shioda ve ark., 2016). Ayrıca literatürde yalnızlığın giderilmesinde önerilen sosyalbiliş eğitimi, psikoeğitim, sosyal beceri eğitimi ve sosyalleşmeyi arttıracak ortamlar ve grupları oluşturmada rol alabilirler (Mann ve ark., 2017). Hemşireler sosyal bağları kuvvetlendiren girişimler (destek grupları, psikososyal kulüpler, kendi kendine yardım grupları, karşılıklı yardım grupları ve eğitimli gönüllüler vb.) hakkında bilgi düzeylerini arttırmalıdırlar (Perese ve Wolf, 2005).

2.4. Öznel İyileşme

Psikiyatrik hastalıklarda iyileşme kavramı için çesitli tanımlar yapılmıştır. Deegan (2005), "iyileşme" kavramı için genelgeçer bir tanımın olmadığını belirtmiştir. Literatüre bakıldığında "iyi oluş (well being), öznel iyi oluş (subjective well being), psikolojik iyi oluş (psychological well being), iyilik hali (Flourishing) , öznel iyileşme (subjective recovery), yaşam doyumu (satisfaction of life), yaşam kalitesi (quality of life), olumlu duygulanım (positive affectivity)" gibi kavramların birbirinin yerine kullanılabildiği görülmektedir. Anlamca birbirine çok benzeyen ancak içinde küçük farkları barındırıran bu kavramların ortak noktası, bireyin mutluluğu ve olumlu işlevselliğini sağlayan şartlarla bağlantılı olmasıdır (Tuzgöl Dost, 2004). Daha çok pozitif psikoloji alanında sıklıkla çalışılan bu kavramlar günümüzde psikiyatrik hastalıklardan

iyileşme kavramı için de geçerlidir. Bu nedenle kavramların tanımlarına burada kısaca yer verilmiştir.

İyilik hali kavramı bireyin iyilik hali en optimum düzeyde sağlıklı olmaya yönelmiş ruhun, bedenin ve aklın bütün olduğu, bireyin şahsi olarak daha dolu hayat geçirme amacı olan, çevresel, sosyal, bireysel olarak, bütün alanlarda işlevsel hayat sürdürme anlamındadır. (Myers ve ark., 2000). Diener ve arkadaşları tarafından (2010) daha önceleri, "Psikolojik İyi Olma" olarak tanımlanan kavram, daha sonra dar bir tanım olduğu öne sürülerek içeriği daha doğru yansıtacak biçimde ve psikolojik iyilik halinin ötesine geçen biçimde "İyilik Hali" (Flourishing) kavramı olarak değiştirilmiştir (Fidan ve Usta, 2013). Kavramın dilimize "iyilik hali" olarak uyarlanması Fidan ve Usta tarafından (2013) yapılmıştır. İyilik hali kavramı öznel iyi oluş kavramında olduğu gibi bireyin olumlu işlevselliğiyle ilgilidir. Ancak öznel iyi oluş kavramı daha çok kişinin yaşantısıyla ilişkili kişinin öznel yargı ve duygularına işaret ederken iyilik kavramı daha çok kişinin kendisini iyi hissetmesini sağlayacak yaşam biçimini tanımlamaktadır (Tuzgöl Dost, 2004). Öznel iyi oluş bireyin kendine yardım ettiği, hastalığının sınırlardan ötesine baktığı ve anlamlı, kendi başına yönetebildiği, doyum sağlayabildiği bir yaşama sahip olmasıdır (Temesgen ve ark., 2019).

İyileşme ise, bireylerin sağlık durumlarını geliştirdiği, kendi amaçları doğrultusunda yaşam sürdürdüğü, kendi potansiyelinin en üstüne ulaştığı ve yaşamda potansiyeline uygun seçimlerini yapabildiği bireysel bir değişim süreci olarak tanımlanmaktadır (Çam ve Yalçıner, 2018).

Psikiyatrik hastalıklar arasında özellikle şizofreni spektrumundaki bozukluk gibi ciddi psikiyatrik hastalıklarda "iyileşme" çok tartışılan bir konu olmuştur. Şizofrenide iyileşme kavramına yönelik birçok tanımlar yapılmıştır. İyileşmeye klinik (nesnel) ve öznel gibi farklı açılardan bakılmıştır (Temesgen ve ark., 2019). Bu tanımlardan nesnel (Geleneksel-Klinik) iyileşme, klinik belirtileri esas alırken, öznel iyileşme kavramı hastalık tanısı konmuş bireylerce yapılan yani, bireyin çeşitli deneyimleri sonucu oluşan bir süreç olarak tanımlanmaktadır (Güler, 2017, Temesgen ve ark., 2019). Klinik (nesnel) iyileşme yaklaşımında hastalık belirtilerinin olmaması veya belirtileri kontrol altında tutabilme ve sosyal açıdan işlevselliğin değerlendirilme üzerinde durulurken, bireyin deneyimlerine daha az önem verilmektedir (Çam ve Yalçıner, 2018; Temesgen ve ark., 2019). Daha somut anlatımla bireyin toplumsal uyumu, sosyal etkinliklere katılması, iki

yıl boyunca relapsın olmaması ve bağımsız hayat sürdürebilmesi olarak değerlendirilmektedir (İpçi, 2019). Bu anlamda şizofreni tanısı konmuş bireylerde klinik açıdan iyileşme en genel anlamda bireyde uzun süreli şizofreni semptomlarının düzelmesi olarak ele alınmaktadır (Andreasen ve ark, 2005).

İyileşmenin öznel deneyimlere dayanan bir süreç olduğunu savunan öznel iyileşme yaklaşımında ise, öznellik, bireyin iyileşme beklentisi ve iyileşmeye dair umudu, bireyin kendi tedavi sürecinde aktif rol alması ve bireysel hedeflerine yönelik farkındalık kazanması vurgulanmaktadır (Lysaker ve ark., 2018).

İyileşme modeli, uygun destekle, psikiyatrik hastalığı olan çoğu insanın sonunda semptomlarında hafifleme olacağı, toplumla bütünleşme sağlayacağı ve normal bir benlik saygısı ve moral seviyesine ulaşabileceği inancını yansıtmaktadır (Ritsher ve ark. 2003). Günümüzde psikiyatrik hastalıklardan iyileşmeden bahsederken kişinin geleceğe dair umudunun olması, olumlu bir kimlik gelişimini ortaya koyması, kişisel anlamlı hedefler belirlemesi, hesap verebilir olması, toplumsal yaşama dahil edilmiş ve insanlarla bağlantılı hissetmesi ve toplum yaşamına katkıda bulunması anlaşılmaktadır (Jorge-Monteiro ve Ornelas, 2016).

Schrank ve Slade'e göre iyileşme toplumun sunduğu kaynaklardan faydalanabilme, sosyal ilişkilerinde doyum sağlama, hastalığı kabullenme, sorumluluk alma, geleceğe dair umut, benlik saygısı, amaçlarını belirleme, hastalığın belirtilerini yönetebilme ve damgalamayla mücadele etmeye içerir (Schrank ve Slade, 2007).

Yanos ve arkadaşları (2008) ise iyileşmenin tanımını yaparken hem nesnel hem de öznel ölçütlere vurgu yapmışlardır. "İyileşme, dışsal olarak daha göze çarpan bireyin sosyalleşmesi, hastalığın semptomları, istihdam durumu gibi nesnel olarak ölçülebilen faktörlerle bireyin yaşantısında aldıladığı yaşam kalitesi ve yaşamdaki amaçlarının olması gibi bireyin daha içsel ve özel olarak ölçülebilen alanlar olarak gösterilebilir " (Yanos ve ark., 2008).

Çam ve Yalçıner de iyileşme için oldukça kapsamlı bir tanım yapmışlar ve "bireyin hayat amaçları, tutumları, hisleri, değerleri, bireyin rollerinde ve becerilerinde oluşan değişim süreci ve bireyde hastalığa bağlı olarak oluşan sınırlamalara rağmen hayatı umutlu, doyum verici, katkı sağlayarak anlamlı bir şekilde yaşama şekli" olarak tanımlamışlardır (Çam ve Yalçıner, 2018).

Temesgen ve arkadaşlarının yaptığı sistematik incelemede (2019), öznel iyileşme ile ilişkili faktörler 4 başlık altında toplanmıştır. Bunlar; tedavi ile ilişkili faktörler, hastalıkla ilişkili faktörler, bireysel faktörler ve sosyal çevre ile ilgili faktörlerdir. Antipsikotik tedavinin öznel iyileşmede rolü önemli olarak görülürken ilaç yan etkilerine dikkat çekilmiştir. Hastalığa ilişkin faktörlerde negatif belirtiler üzerinde durulmuş ve öznel iyileşmede önemli bir etkisinin olduğu bildirilmiştir. Öznel iyileşme algısı tamamen bireysel bir etken olduğundan öznel ve biricik bir deneyimdir. Bireysel faktörler fiziksel (örn. madde kullanımı) ve psikolojik (umut, yaşamda anlam bulma, kendini güçlendirme) olarak ikiye ayrılmıştır. Sosyal çevreye ait faktörler ise iyileşmeyle ilişkili faktörler arasında en önemli yere sahip olup, sosyal desteğin çok önemli olduğu belirtilmiştir. (Temesgen ve ark., 2019). Litaratürde öznel iyileşme ile ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde; içselleştirilmiş damgalama, eğitim durumu (Kaşlı ve ark., 2020), yaşamkalitesi, geleceğe dair umutlu olmak (Temesgen ve ark., 2019), düşük yalnızlık düzeyi, sosyal desteğin yüksek olmasının (Roe ve ark., 2011) öznel iyileşmede etkili faktörler olduğu görülmektedir. Ek olarak öznel iyileşmenin sosyal ilişkilerle ilgili alanlarla kuvvetli bağlantısı olduğu belirtilmektedir. Yapılan çalışmalarda klinik olarak iyileşmesine rağmen birçok bireyin kendisini keşfetmek için fırsat aradığını ve sosyal ilişkiler kurmaktan ve sosyal ortamlardan çekilmeler yaşadığı bulunmuştur. (Kukla ve ark.,2014). İçselleştirilmiş damgalanma azalmış özbakım, fiziksel inaktiflik, depresyon, bireyin kendi hakkında olumsuz düşünceleri, yaşam kalitesinin düşüklüğü, semptomları inkar etme, geç başlamış tedavi, sosyal geri çekilme, tedavi rejimine uyumsuzluk, hayattan zevk almama gibi faktörlerin ise öznel iyileşmeyi olumsuz yönde etkilediği saptanmıştır (Temesgen ve ark., 2020).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, şizofreni tanılı hastalarda içselleştirilmiş damgalanmanın yalnızlık ve öznel iyileşmeleri ile ilişkisini belirlemek amacıyla kesitsel, tanımlayıcı ve ilişki arayıcı bir çalışma olarak planlanmıştır.

3.2. Araştırma Soruları

1. Şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluk tanısına sahip hastalar içselleştirilmiş damgalama yaşamakta mıdır?
2. Şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluklar tanısına sahip hastalar yalnızlık yaşamakta mıdır?
3. Şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluklar tanısına sahip hastaların öznel iyi oluşları ne düzeydedir?
4. Şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluklar tanısına sahip hastaların demografik özelliklerine göre içselleştirilmiş damgalanma, yalnızlık ve öznel iyileşmeleri ile arasında fark var mıdır?
5. Şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluklar tanısına sahip hastalarda içselleştirilmiş damgalama düzeyleri ile yalnızlık ve öznel iyileşmeleri arasında bir ilişki var mıdır?

3.3. Araştırmanın Evreni

Bu çalışmada İstanbul'da olan bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'ne başvuran ve takip edilen hastalar çalışmanın evreninin oluşturmaktadır.

3.4. Örneklem

İstanbul'da bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'ne 20/10/2020 ile 31/12/2020 tarihleri arasında şizofreni açlımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluklar tanısı almış, çalımaya dahil edilme ve dışlanma kriterleri gözetilerek polikliniğe başvuran 78 hasta bu çalışmanın örneklemini oluşturmaktadır.

3.4.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

1. Şizofreni açılımı kapsamında giden ve diğer psikotik bozukluklar tanısı almış olma
2. Okuma-yazma bilme
3. 18 ve 65 yaş arasında olma
4. En az 6 aydır relaps olmaması
5. Araştırmaya katılımayı kabul etme

3.4.2. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

1. Bilişsel alanda bozukluğa yol açan demans veya diğer organik mental bozukluk vb. olması
2. Akut alevlenme dönemi içindeki hastalar
3. İletişimi engelleyecek düzeyde konuşma veya duyusal engelinin /sorunun olması

3.5. Araştırmada Kullanılan Ölçme Araçları

3.5.1. Kişisel Bilgi Formu (Ek 1)

Hastalarla ilgili tanımlayıcı bilgileri içeren formdur. Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan bu form hastalara ait yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, çalışma durumu, gelir düzeyi, doğum yeri, yaşanılan yer, kardeş sayısı, yaşadıkları kişiler ile ilgili 10 adet sorudan oluşmaktadır (Yıldırım, 2018; İpçi, 2019; Sarıkoç ve Öz, 2016).

3.5.2. Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ) (Ek 2)

Ritsher ve arkadaşları (2003) tarafından geliştirilmiş olan "Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği" (RHİDÖ) 29 maddeden oluşan ve bireyin içsel damgalanmayı değerlendiren dörtlü derecelendirmeli bir öz bildirim ölçeğidir. Bu ölçeğin Türkçe'ye uyarlama çalışması Ersoy ve Varan (2007) tarafından yapılmıştır. RHİDÖ dörtlü bir likert tipi ölçektir. Ölçekteki maddelerin değerlendirilmesi "kesinlikle aynı fikirde değilim= 1 puan" ile "kesinlikle aynı fikirdeyim=4 puan" arasında değişmektedir. Ölçeğin; Yabancılaşma, Kalıp Yargıların Onaylanması, Algılanan Ayrımcılık, Sosyal Geri Çekilme ve Damgalanmaya Karşı Direnç olmak üzere beş alt ölçeği bulunmaktadır. Damgalanmaya karşı direnç alt ölçeğinin maddeleri ters olarak puanlanmaktadır. Beş alt

ölçeğe ait puanların toplanarak RHİDÖ toplam puanı hesaplanır. Toplam puan 29 ile 116 puan arasında değişir. RHİDÖ'den alınan yüksek puanlar, içselleştirilmiş damgalanmanın yüksek olduğunu gösterir. Ersoy ve Varan'ın çalışmasında ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0.93 olarak hesaplanmıştır (Ersoy ve Varan, 2007). Bu çalışmada Cronbach Alpha değeri yabancılaşma alt ölçeği için 0.85, kalıp yargıların onaylanması alt ölçeği için 0.88 ayrımcılık alt ölçeği için 0.84, damgalanmaya karşı direnç alt ölçeği için 0.70, tüm ölçek için 0,93 olarak hesaplanmıştır.

3.5.3. UCLA Yalnızlık Ölçeği – 3.Versiyon (Ek 3)

Russell (1996) tarafından geliştirilen UCLA Yalnızlık Ölçeği 3.versiyon'u (Universtiy of California Los Angeles Loneliness Scale) Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Durak ve Şenol-Durak (2010) tarafından yapılmıştır. Dörtlü derecelendirmeli 20 sorudan oluşan ölçekte, soruların on bir tanesi düz (2, 3, 4, 7, 8, 11, 12, 13, 14, 17, 18), dokuz tanesi de ters (1, 5, 6, 9, 10, 15, 16, 19, 20) yönde kodlanmıştır. Ölçekten en yüksek 80, en düşük 20 puan alınabilmektedir. Ölçekten alınan puanların yüksek olması yalnızlık düzeyinin yüksek olduğunu ifade etmektedir. Durak ve Şenol-Durak'ın (2010) çalışmasındada Cronbach Alpha değeri 0.93 olarak hesaplanmıştır (Durak ve Şenol-Durak, 2010). Bu çalışmada Cronbach Alpha değeri 0.54 olarak hesaplanmıştır.

3.5.4. Öznel İyileşmeyi Değerlendirme Ölçeği (ÖzİDÖ) (Ek 4)

Yıldız ve arkadaşları tarafından geliştirilen 17 maddelik likert tipi bir öz bildirim ölçeğidir. Her madde 1'den 5'e kadar puanlanmaktadır. Ölçekten alınan yüksek puanlar bireyin kendisini daha iyileşmiş olarak algıladığını göstermektedir. Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.98, madde toplam puan korelasyon katsayısı 0.83 ile 0.94 arasında bulunmuştur (Yıldız ve ark., 2018). Yıldız ve arkadaşlarının (2018) çalışmasında Cronbach Alpha değeri 0.96 olarak hesaplanmıştır. Bu çalışmada Cronbach Alpha değeri 0.96 olarak hesaplanmıştır.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin analizi bilgisayarda SPSS (Statistical Package for Social Science) 21.0 istatistik programı kullanılarak yapıldı. Araştırma verilerinin analizinde tanımlayıcı testler (kategorik değişkenler için frekans, yüzde değerleri; sürekli değişkenler için ortalama, standart sapma ve medyan değerleri vb.) kullanılacaktır. Sürekli değişkenlerin normal dağılım sınaması Kolmogorov Smirnov testi ile yapıldı. Normal dağılım

sergileyen değişkenlerde bağımsız iki gurup karşılaştırması için bağımsız örneklem t testi, ikiden fazla grup karşılaştırmalarında Tek Yönlü Varyans analizi (ANOVA) yapıldı. Normal dağılım varsayımını gerçekleştirmeyen değişkenlerde iki gurup karşılaştırmasında Mann Whitney U testi, ikiden fazla gurup karşılaştırmalarında ise Kruskall Wallis H testi kullanılldı. Ayrıca değişkenler arasındaki ilişkileri ölçmek için normal dağılım gösteren değişkenler arasındaki korelasyon pearson korelasyon analizi ile normal dağılım göstermeyen değişkenler arasındaki ilişki ise spearman korelasyon testlerinden yararlanıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ alındı.

3.7. Araştırmanın Etik Yönleri

Araştırmanın yapılabilmesi için, araştırma başlangıcından önce İstanbul Üniversitesi–Cerrahpaşa Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu'ndan etik kurul onayı alınmıştır (Karar no: 2019/55- Ek 6). Çalışmanın yapılacağı kurumdan ve *İl Sağlık Müdürlüğünden* gerekli izinler alındı. (Ek 7 ve Ek 8).

Araştırma'da kullanılan ölçekler:

- "Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmş Damgalanma Ölçeği" (RHİDÖ) için, Prof. Dr. Mehmet Akif Ersoy'dan mail yolu ile (Ek 9),
- "UCLA Yalnızlık Ölçeği – 3.Versiyonu" için, Doç. Dr. Mithat Durak'dan mail yolu ile (Ek 10),
- "Öznel İyileşmeyi Değerlendirme Ölçeği" (ÖzİDÖ) için, Prof. Dr. Mustafa Yıldız'dan mail yolu ile izin alındı (Ek 11).

Katılımcılara veri toplama öncesinde araştırma hakkında bilgilendirilme yapılarak Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu (Ek 5) doldurtulmuştur. Katılımcıların soruları açıklayıcı bir biçimde yanıt verilmiş ve katılımcılara iletişim adresi iletilmiştir.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Literatüre bakıldığında psikiyatri hastalarında içselleştirilmiş damgalanma, öznel iyi oluş ve yalnızlık kavramları arasındaki ilişkiyi aynı analizde inceleyen yerli veya yabancı bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu doğrultuda bu çalışmanın verilerinin literatüre katkı sağlayacağı söylenebilir.

Çalışmaya katılan bireylerin daha çok eğitim düzeyi yüksek ve çalışan kişilerden oluşması çalışmanın sonuçlarını etkilemiş olabilir. Ayrıca çalışmaya katılanların klinik özelliklerinin kapsamlı olarak ele alınmaması çalışmanın sınırlılıklarından biridir.

Çalışmanın tek bir merkezde yürütülülmüş olması çalışmanın sonuçlarının genellenebilirliğini sınırlamaktadır. Veri toplama işlemi öz-bildirime dayalı araçlarla yapıldığından, sonuçlar katılımcıların verdiği yanıtların doğruluğuyla sınırlıdır.

4. BULGULAR

Araştırmanın bulguları;

1. Şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluklar tanılarından birine sahip hastaların demografik özellikleri, RHİDÖ, UCLA Yalnızlık Ölçeği, ÖzİDÖ puanlarına ilişkin bulgular,
2. Şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluklar tanılarından birine sahip hastaların RHİDÖ demografik özelliklerinin karşılaştırılması ve ilişkisine yönelik bulgular,
3. Şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluklar tanılarından birine sahip hastaların UCLA Yalnızlık Ölçeği puanlarıyla demografik özelliklerinin karşılaştırılması ve ilişkisine yönelik bulgular,
4. Şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluklar tanılarından birine sahip hastaların ÖzİDÖ puanıyla demografik özelliklerinin karşılaştırılması ve ilişkisine yönelik bulgular,
5. Şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluklar tanılarından birine sahip hastaların RHİDÖ, ÖzİDÖ ve UCLA Yalnızlık Ölçeği arasındaki ilişkiye yönelik bulgular olmak üzere beş bölümde incelenecektir.

4.1. Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluk Tanılarından Birine Sahip Hastaların Demografik Özellikleri, RHİDÖ, UCLA Yalnızlık Ölçeği, ÖzİDÖ Puanlarına İlişkin Bulgular

Tablo 4-1: Katılımcıların Demografik Özelliklerinin Dağılımı (n=78)

Yaş	**Ortalama**	30,92
	Standart Sapma	**8,52**
	Min-Max	**19-54**
Cinsiyet	**n**	**%**
Erkek	**42**	**53,8**
Kadın	36	46,2
Doğum Yeri		
Büyükşehir	**34**	**43,6**
İlçe	28	35,9
Köy	16	20,5
En Uzun Yaşanılan Yer		
Büyükşehir	**55**	**70,5**
İlçe	15	19,2
Köy	8	10,3
Medeni Durum		
Evli	30	38,5
Bekar	**42**	**53,8**
Boşanmış	6	7,7
Kimlerle Yaşadığı		
Yalnız	12	15,4
Anne-baba	**38**	**48,7**
Akrabalar	1	1,3
Eş ve çocuklar	27	34,6
Eğitim Durumu		
Okur-yazar	2	2,6
İlkokul	23	29,5
Lise	**33**	**42,3**
Önlisans/lisans	20	25,6
Çalışma Durumu		
Tam zamanlı	**45**	**57,7**
Yarı zamanlı	7	9
Çalışmıyor	**25**	**32,1**
Emekli	1	1,3
Gelir Düzeyi		
Giderim gelirimden az	**36**	**46,2**
Giderim gelirimle eşit	28	35,9
Giderim gelirimden fazla	14	17,9
Klinik Tanı		
Organik Olmayan Psikoz	**50**	**64,1**
Şizofreni	22	28,2
Şizoaffektif bozukluk	6	7,7

Araştırmaya katılan hastaların demografik özellikleri incelendiğinde çalışmaya 78 hasta katılmış olup, katılan hastaların yaş ortalamasının 30,92±8,52 (min: 19 – max: 54) olduğu, katılanların %53,8'inin erkek, %53,8'inin bekar olduğu, %43,6'sının büyükşehirde doğduğu, %70,5'inin yaşamlarının uzun döneminde büyükşehirde yaşadığı, katılımcıların %42,3'ünün lise mezunu olduğu, %57,7'sinin tam zamanlı bir işte çalıştığı, %46,2'sinin giderlerinin gelirlerinden az olduğu belirlendi (Tablo 4-1).

Tablo 4-2: Katılımcıların RHİDÖ, UCLA Yalnızlık Ölçeği ve ÖzİDÖ Puan Dağılımları(n=78)

Ölçek	Ortalama	S. Sapma	Min-max
Yabancılaşma	14,33	4,72	6-24
Kalıp Yargıların Onaylanması	15,49	5,56	7-26
Algılanan Ayrımcılık	11,99	4,18	5-19
Sosyal Geri Çekilme	14,06	4,57	6-22
Damgalanmaya Karşı Direnç	12,35	3,41	5-19
RHİDÖ Toplam Puan	68,22	17,51	38-103
UCLA Yalnızlık Ölçeği Toplam Puan	53,02	6,32	28-70
ÖzİDÖ Toplam Puan	54,13	18,92	19-85

Araştırmaya katılan hastaların RHİDÖ puan dağılımları incelendiğinde; hastaların Yabancılaşma alt boyutu puan ortalamalarının 14,33±4,72, Kalıp Yargıların Onaylanması alt boyutu puan ortalamalarının 15,49±5,56, Algılanan Ayrımcılık alt boyutu puan ortalamalarının 11,99±4,18, Sosyal Geri Çekilme alt boyutu puan ortalamalarının 14,06±4,57, Damgalanmaya Karşı Direnç alt boyutu puan ortalamalarının ise 12,35±3,41 olduğu bulundu. Araştırmaya katılanların RHİDÖ toplam puan ortalamaları 68,22±17,51 olarak bulundu (Tablo 4-2). Araştırmaya katılanların UCLA Yalnızlık Ölçeği toplam puan ortalamalarının 53,02±6,32; ÖzİDÖ toplam puan ortalamalarının ise 54,13±18,92 olduğu saptandı (Tablo 4-2).

4.2. Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluk Tanılarından Birine Sahip Sahip Hastaların Demografik Özelliklerine Göre RHİDÖ Toplam Puanları ile Karşılaştırılmasına Yönelik Bulgular

Tablo 4-3: Katılımcıların RHİDÖ Toplam Puan Ortalamalarının Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması (n=78)

Sosyodemografik Özellikler	n	Ortalama	Test değeri	p değeri
Cinsiyet				
Erkek	42	66,04	U=632,00	0,214
Kadın	36	70,75		
Doğum Yeri				
Büyükşehir	34	62,12	**F=4,225**	**0,018**
İlçe	28	74,32		
Köy	16	70,50		
En Uzun Yaşanılan Yer				
Büyükşehir	55	67,00	χ^2=1,530	0,465
İlçe	15	73,40		
Köy	8	69,75		
Medeni Durum				
Evli	30	68,03	F=0,071	0,932
Bekar	42	67,97		
Boşanmış	6	70,83		
Kiminle yaşadığı				
Yalnız	12	72,91	F=0,519	0,597
Anne-baba	38	67,68		
Akrabalar	1	59,00		
Eş ve çocuklar/akraba	28	66,92		
Eğitim Durumu				
İlkokul/okuryazar	25	64,16	F=3,119	0,050
Lise	33	73,84		
Önlisans/lisans	20	64,00		
Çalışma Durumu				
Tam zamanlı	45	66,26	F=0,870	0,423
Yarı zamanlı	7	74,71		
Çalışmıyor/Emekli	26	70,88		
Emekli	1	84,00		
Gelir düzeyi				
Giderim gelirimden az	36	66,72	F=0,365	0,695
Giderim gelirimle eşit	28	68,53		
Giderim gelirimden fazla	14	71,42		
Klinik Tanı				
Organik Olmayan Psikoz	50	37,37	χ2=1,232	0,540
Şizofreni	22	43,25		
Şizoaffektif Bozukluk	6	43,50		
U= Mann Whitney *U* testi, F= Oneway Anova, χ^2= Kruskal Wallis				

Araştırmaya katılanların RHİDÖ toplam puan ortalamalarının sosyodemografik özelliklere göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular Tablo 4-3'da verildi. Buna göre RHİDÖ toplam puan ortalamaları ile yalnızca katılımcıların doğum yerine göre gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptandı ($p<0.05$). Fark yaratan grubu saptamak için Bonferroni çoklu karşılaştırma testi analizine göre ilçede doğanların RHİDÖ toplam

ortalamaları büyükşehirde doğanlara göre anlamlı olarak yüksek bulundu (F=4.225 p=0.018). Yaş ve "RHİDÖ" Toplam puanları arasındaki ilişki pearson korelasyon analizi ile değerlendirildi ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir bir ilişki bulunmadı (r= 0,00; p=0,97).

4.3. Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluk Tanılarından Birine Sahip Hastaların UCLA Yalnızlık Ölçeği Puanları ile Demografik Özelliklerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Tablo 4-4: UCLA Toplam Puan Ortalamalarının Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması (n=78)

Sosyodemografik Özellikler	n	Ortalama	İstatistik değeri	p-değeri
Cinsiyet				
Erkek	42	42,14	U=645,00	0,265
Kadın	36	36,42		
Doğum Yeri				
Büyükşehir	34	35,97	χ^2=3,440	0,179
İlçe	28	38,61		
Köy	16	48,56		
En Uzun Yaşanılan Yer				
Büyükşehir	55	38,73	χ^2=0,288	0,866
İlçe	15	40,43		
Köy	8	43,06		
Medeni Durum				
Evli	30	36.00	χ^2=1,552	0,460
Bekar	42	42,45		
Boşanmış	6	36,33		
Yaşanılan Yer				
Yalnız	12	44,00	χ^2=0,971	0,616
Anne-baba	38	40,21		
Eş ve çocuklar/akrabalar	28	36,61		
Eğitim Durumu				
Okur-yazar/İlkokul	25	37,24	χ^2=0,805	0,669
Lise	33	42,17		
Önlisans/lisans	20	37,93		
Çalışma Durumu				
Tam zamanlı	45	41,09	χ^2=2,124	0,346
Yarı zamanlı	7	46,93		
Çalışmıyor /Emekli	26	34,75		
Gelir düzeyi				
Giderim gelirimden az	36	37,93	χ^2=0,724	0,696
Giderim gelirimle eşit	28	42,41		
Giderim gelirimden fazla	14	37,71		
Klinik Tanı				
Organik Olmayan Psikoz	50	38,81	χ2=0,132	0,936
Şizofreni	22	40,61		
Şizoaffektif Bozukluk	6	41,17		
U= Mann-Whitney *U* testi, χ^2= Kruskal Wallis testi				

Araştırmaya katılanların UCLA Yalnızlık Ölçeği puanları ortalamaları açısından demografik değişkenlere göre değişkenlik gösterip göstermediği cinsiyet değişkeni için Mann-Whitney *U* Testi ile diğer değişkenler için ise Kruskal Wallis testi ile sınandı. Demografik değişkenlerle UCLA Yalnızlık Ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (p>0,05) (Tablo 4-4). Yaş ve UCLA Yalnızlık Ölçeği puanları arasındaki ilişki spearman korelasyon analizi ile değerlendirildi ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir bir ilişki bulunmadı (r=0,07; p=0,50).

4.4. Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluk Tanılarından Birine Sahip Hastaların Demografik Özelliklerine göre ÖzİDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına Yönelik Bulgular

Tablo 4-5: ÖzİDÖ Toplam Puan Ortalamalarının Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması (n=78)

Sosyodemografik Özellikler	n	Ortalama	Test değeri	p-değeri
Cinsiyet				
Erkek	42	56,93	U=620,500	0,174
Kadın	36	50,86		
Doğum Yeri				
Büyükşehir	34	57,79	F=1,542	0,221
İlçe	28	49,39		
Köy	16	54,62		
En Uzun Yaşanılan Yer				
Büyükşehir	55	56,11	χ^2=2,969	0,227
İlçe	15	46,60		
Köy	8	54,63		
Medeni Durum				
Evli	30	54,17	F=0,002	0,998
Bekar	42	54,17		
Boşanmış	6	53,67		
Kiminle Yaşadığı				
Yalnız	12	55,58	F=0,132	0,876
Anne-baba	38	53,00		
Eş ve çocuklar /akrabalar	28	55,03		
Eğitim Durumu				
Okur-yazar/İlkokul	25	51,32	F=0,714	0,493
Lise	33	53,85		
Önlisans/lisans	20	58,10		
Çalışma Durumu				
Tam zamanlı[1]	45	58,98	**F=3,806**	**0,03 1>3**
Yarı zamanlı[2]	7	45,43		
Çalışmıyor/Emekli[3]	26	48,07		
Gelir düzeyi				
Giderim gelirimden az	36	55,06	F=0,085	0,919
Giderim gelirimle eşit	28	53,57		
Giderim gelirimden fazla	14	52,85		
Klinik Tanı				
Organik Olmayan Psikoz	50	39,05	χ2=0,831	0,660
Şizofreni	22	42,27		
Şizoaffektif bozukluk	6	33,08		
U= Mann-Whitney *U* testi, χ^2= Kruskal Wallis testi F=One way Anova				

Araştırmaya katılanların demografik özelliklerine göre ÖzİDÖ puanları ortalamalarının değişkenlik gösterip göstermediği incelendiğinde, ÖzİDÖ puanlarının çalışma durumuna göre farklılaştığı bulundu. Yapılan post-hoc analizinde (Tamhane) farkın tam zamanlı çalışanlar ile çalışmayanlar arasında olduğu, tam zamanlı çalışanların çalışmayanlara göre ÖzİDÖ puanlarının anlamlı olarak yüksek olduğu saptandı (p=0,05).Diğer değişkenlerden hiçbirinde değerler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (p>0,05). Yaş ve ÖzİDÖ puanları arasındaki ilişki pearson korelasyon analizi ile değerlendirildi ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir bir ilişki bulunmadı (r=0,09; p=0,41) (Tablo 4-5).

4.5. Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluk Tanılarından Birine Sahip Hastaların RHİDÖ, ÖzİDÖ ve UCLA Yalnızlık Ölçeği Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular

Bu bölümde hastaların RHİDÖ, ÖzİDÖ, UCLA yalnızlık ölçeği puanları arasındaki ilişkiye yönelik bulgulara yer verildi (Tablo 4-6).

Tablo 4-6: RHİDÖ ve Alt Ölçekleri ile UCLA ve ÖzİDÖ Arasındaki İlişki (n=78)

	UCLA		ÖzİDÖ	
	İstatistik Değeri*	**p-değeri**	**İstatistik Değeri***	**p-değeri**
Yabancılaşma	0,30*	0,009	-0,67**	0,000
Kalıp Yargıların Onaylanması	0,38*	0,001	-0,50**	0,000
Algılanan Ayrımcılık	0,33*	0,003	-0,55**	0,000
Sosyal Geri Çekilme	0,26*	0,020	-0,56**	0,000
Damgalanmaya Karşı Direnç	0,09*	0,448	0,40**	0,000
RHİDÖ	0,36*	0,001	-0,54**	0,000

**Spearman korelasyon analizi, **Pearson korelasyon analizi*

Araştırmaya katılanların RHİDÖ alt ölçeklerinden aldığı puanlar ile UCLA Yalnızlık Ölçeğinde aldığı puanlar arasındaki ilişki incelendiğinde; yabancılaşma (r=0,30; p=0,009), kalıp yargıların onaylanması (r=0,38; p=0,001), algılanan ayrımcılık (r=0,33; p=0,003), sosyal geri çekilme alt ölçekleri (r=0,26; p=0.02), ile UCLA Yalnızlık Ölçeği arasında istatiktiksel olarak ileri düzeyde anlamlı pozitif yönlü orta derecede bir ilişki bulunmuşken, damgalanmaya karşı direnç alt ölçeği ile UCLA Yalnızlık Ölçeği arasında bir ilişki (r=0,09; p=0.448) saptanmadı.

Araştırmaya katılanların RHİDÖ alt ölçeklerinden aldığı puanlar ile ÖzİDÖ puanları arasında yapılan korelasyon analizleri sonucunda yabancılaşma (r=-0,67; p=0.000), kalıp yargıların onaylanması (r=-0,50; p=0,000), algılanan ayrımcılık (r=-0,55; p=0,000), sosyal geri çekilme alt ölçeği (r=-0,56; p=0,000) ile ÖzİDÖ arasında ters yönlü orta seviyede anlamlı bir ilişki saptanmışken, damgalanmaya karşı direnç ile ÖzİDÖ arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki olduğu saptandı (r=0,40; p=0.000).

Araştırmaya katılanların RHİDÖ, UCLA Yalnızlık Ölçeği ve ÖzİDÖ puanları arasında yapılan korelasyon analizleri sonucunda, araştırmaya katılanların RHİDÖ ile UCLA Yalnızlık Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı olarak pozitif yönde ve zayıf bir (r=0,36; p=0,001) ilişki olduğu saptandı. Katılımcıların içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri ile öznel iyi oluşları arasındaki ilişki pearson korelasyon analizi ile sınandı ve RHİDÖ ile ÖzİDÖ puanları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı ve ters yönlü orta (r=-0,54; p=0,000) bir ilişki saptandı.

5. TARTIŞMA

Bu bölümde çalışmamızda elde edilen bulgular 3 ayrı başlık altında tartışılacaktır:

1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile ilgili bulguların tartışılması
2. Katılımcıların RHİDÖ, ÖzİDÖ ve UCLA Yalnızlık Ölçeği Puanları ortalamalarının sosyodemografik özelliklerine göre karşılaştırılmasına ilişkin bulguların tartışılması
3. Katılımcıların RHİDÖ puanları ile UCLA Yalnızlık Ölçeği ve ÖzİDÖ puanları arasındaki ilişkiye yönelik bulguların tartışılması olmak üzere üç bölümde incelenecektir.

5.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırmaya katılan hastaların demografik özellikleri incelendiğinde çalışmaya 78 hasta katılmış olup, katılan hastaların yaş ortalamasının 30,92±8,52 (min: 19 – max: 54) olduğu, katılanların %53,8'inin erkek, %53,8'inin bekar olduğu, katılımcıların %42,3'ünün lise mezunu olduğu, %57,7'sinin tam zamanlı bir işte çalıştığı, %46,2'sinin giderlerinin gelirlerinden az olduğu belirlendi.

Genel literatüre bakıldığında şizofreni ve benzeri psikotik bozukluklar için genellikle erkeklerde 15-25 yaş aralığında, kadınlarda ise 25-35 yaş aralığında görülmekle birlikte 45 yaş üstünde nadiren görümektedir (Çam ve Engin, 2014; Köroğlu ve Güleç, 2007). Araştırmaya katılanların yaş ortalamasına bakıldığında genel literatüre ve yapılan çalışmalara paralellik göstermektedir (İpçi, 2019; Kaşlı ve ark., 2020; Çapar, 2018; Yıldırım, 2018; Köroğlu ve Güleç, 2007). Genel literatürde hastalığın görülme sıklığı açısında cinsiyetler arasında fark olmadığı düşünülürken son yıllarda erkek cinsiyetinde daha sık görüldüğü belirtilmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2016). Literatürde araştırmamızın sonuçlarını destekleyen çalışmalar (İpçi, 2019; Kaşlı ve ark., 2020; Alexiova ve ark., 2019; Sevinik, 2016; Çapar, 2018; Fırat ve ark., 2020; Eglit ve ark., 2018; Yıldırım, 2018) olsa da desteklemeyen çalışmalarda (Sarıkoç ve Öz, 2016; Holubova ve ark., 2016; Beyazyüz ve ark., 2015) bulunmaktadır. Araştırmamıza katılanların çoğunluğunun bekar olduğu bulundu. Alanda yapılan çalışmalara (Holubova ve ark., 2016; Kaşlı ve ark., 2020; Beyazyüz ve ark., 2015; Alexiova ve ark., 2019; Sevinik, 2016; İpçi, 2019; Çapar, 2018; Fırat ve ark., 2020; Yıldırım, 2018) bakıldığında çalışmamızın literatürle uyumlu olduğu görülmektedir. Araştırmaya katılanların çoğunluğunun lise mezunu olduğu bulundu. İlgili literatürde yapılan çalışmalarda (Yıldırım, 2018; Çapar, 2018; Holubova ve ark., 2016; Fırat ve ark., 2020) araştırmamızda bulunan verilerle uyumludur. Çalışmaya katılanların çoğunun tam zamalı bir işte çalıştığı ve giderlerinin gelirlerinden az olduğu bulundu. Bu bulgu literatürdeki diğer çalışmalara göre farklılık göstermektedir (Sarıkoç ve Öz, 2016; İpçi, 2019; Kaşlı ve ark., 2020; Sevinik, 2016; Fırat ve ark., 2020; Yıldırım, 2018). Hastanenin yeni kurulan bir kurum olması ve çalışma verilerinin toplanma aşamasında psikiyatri kliniğinin hala yapılanma sürecinin devam etmesi nedeniyle kronik ve ağır tablolar şeklinde seyreden vakaların bölge ruh sağlığı ve hastalıkları hastanelerine yönlendirilmeleri nedeniyle işlevselliği daha iyi olan hastalardan verilerin toplanmasına neden olmuş olabilir. Bunun yanında çalışmaların çoğunda şizofreni tanısı almış bireylerle yürütüldüğü görülmektedir

bu çalışmada ise şizofreni açılımı kapsamında giden diğer psikotik bozukluk tanılı hastalar da çalışmaya dahil edildiğinden işlevselliklerinin daha iyi olabileceği düşünüldü.

5.2. Katılımcıların RHİDÖ Toplam Puan Ortalamalarının Demografik Özelliklere Göre Karşılaştırılmasına Yönelik Bulguların Tartışılması

Psikiyatri hastalarında içselleştirilmiş damgalanmanın yalnızlık ve öznel iyi oluş ile ilişkisini belirlemek üzere yapılan bu çalışmada, katılımcıların RHİDÖ toplam puan ortalamaları 68,53±18,24 olarak bulundu. Ölçekten alınan değerler 29 ile 116 puan arasında değişmekte olup, puanın yükselmesi içselleştirilmiş damgalanmanın yüksek olduğunu göstermektedir. Bu değerin ölçeğin ortalama puanına (72.5) yakın olduğu görülmektedir. Buna göre çalışmaya katılan hastaların içselleştirilmiş damgalanma düzeylerinin çok yüksek olmadığı söylenebilir. Yabancılaşma alt boyutu puan ortalaması 14,33±4,72 (Max: 24), Kalıp Yargıların Onaylanması 15,49±5,56 (Max:28), Algılanan Ayrımcılık alt boyutu puan ortalamalarının 11,99±4,18 (Max:20), Sosyal Geri Çekilme alt boyutu puan ortalamalarının 14,06±4,57 (Max:24) ve Damgalanmaya Karşı Direnç alt boyutu puan ortalamalarının ise 12,65±3,41 (Max:20) olduğu saptandı. Buna göre alt ölçeklerden alınacak en az ve en fazla puanlar gözönüne alındığında Algılanan Ayrımcılık, Yabancılaşma, Kalıp Yargıları Onaylama, Sosyal Geri Çekilme ve Damgalanmaya Karşı Direnç puan ortalamalarının ortalama düzeye çok yakın oldukları görülmektedir. Buradan yola çıkarak hastaların toplumun bir üyesi olarak değersizleştirilmiş hissini yansıtan yabancılaşma, toplumun psikiyatrik hastalıklara yönelik önyargılı düşünce ve inanç kalıplarını içselleştirmeleri ve algıladıkları ayrımcılık, sosyal yaşamdan dışlanmalarına bağlı sosyal ilişkilerden kendilerini geri çekme ve damgalanmaya karşı direnç düzeylerinin çok yüksek olmadığı, ortalama düzeye yakın olduğu söylenebilir.

Gerlinger ve arkadaşlarının (2013) 1994 ve 2011 yılları arasındaki çalışmalara yönelik yaptıkları bir sistematik derlemede, hastaların % 64,5'inin damgalanma algıladığı, %55,9'unun damgalanma yaşadığı ve %49,2'sinin içselleştirilmiş damgalanmanın en yaygın yönü olan yabancılaşma yaşadıkları belirlenmiştir.

Bu çalışmaya katılan hastaların içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri literatürdeki RHİDÖ kullanılarak yapılmış benzer çalışmalarla karşılaştırıldığında; Sarıkoç ve Öz'ün çalışması (2016) (69,99±16,06) ile Kaşlı ve arkadaşlarının (2020) çalışmasındaki (69,38±14,48) bulgularla çok benzer olduğu; Holubova ve arkadaşları

(2016) (63,98±13,74) ile İpçi'nin (2019) çalışmasındaki bulgulardan (60,35±17,21) daha yüksek olduğu; Yılmaz'ın (2012) (76.39±14.30) ve Yıldırım'ın (2018) çalışmasındaki içselleştirilmiş damgalanma düzeylerinden (79,65±13.48), ise daha düşük olduğu görülmektedir.

Bireylerin içselleştirilmiş damgalama düzeyinin kültürlere, ülkelere veya demografik değişkenlere göre değişim gösterebildiği belirtilmektedir. Psikiyatrik hastalıklar hakkında daha rahat konuşulan, bilgiye ve ruh sağlığı hizmetlerine daha kolay ulaşılabilen ve daha az damgalayıcı tutum sergileyen ülkelerde yaşayan bireylerin içselleştirilmiş damgalanma ve algılanan ayrımcılık düzeyinin daha düşük olduğu bildirilmiştir (Evans-Lacko ve ark. 2012). Psikiyatrik hastalıklara yönelik inanç ve tutumlar kültürel özelliklere göre değişebildiğinden aynı ülke içinde farklı bölgelerde yapılmış çalışmalardaki psikiyatri hastalarının içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri arasındaki farkın bundan kaynaklanabileceği düşünüldü.

Yaş, cinsiyet, medeni durum, yaşamını geçirdiği yer, kimlerle yaşadığı, çalışma durumu, gelir durumuna göre RHİDÖ toplam puan ortalamaları arasında sadece doğum yerine göre anlamlı farklılık bulunmuştur. Araştırmada ilçede doğanların RHİDÖ toplam puan ortalamalarının büyükşehirde doğanlara göre daha yüksek bulundu. Yapılan çalışmalarda kırsal kesimde yaşayan kişilerin depresyona yönelik daha fazla olumsuz tutumları olduğu bulunmuştur (Taşkın ve ark., 2006; Yılmaz 2012). Beyazyüz ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada da (2015) kentte yaşayanların köyde yaşayanlara göre içselleştirilmiş damgalanma düzeylerinin daha düşük olduğu bulunmuştur. Küçük yerleşim yerlerinde doğan kişilerin, psikiyatrik hastalıklara yönelik bu olumsuz tutumları ve kalıp yargıları daha fazla içselleştirmiş olabileceği düşünülebilir. Küçük yerleşim yerlerinde insanların birbirini tanıma olasılığının daha fazla olması ayrıca akraba ve geniş aile yapıları ile ilişkilerin daha sıkı olmasına bağlı olarak psikiyatrik hastalığa yönelik kalıplaşmış yargıların paylaşılması büyükşehirlere göre fazla olabilir. Bu kalıplaşmış yargılar bireyin kendilerini bir grupla özdeşleştirmesi ve bu grubun bazı değerlerini içselleştirlmesiyle olur. Bu durum kişinin stereotipilerin farkına varıp onları kabullenmesine yol açar. Bireylerin kişisel durumlarının toplumdaki streotipilerin oluşmasına yol açan durumla örtüştüğünde, birey bu stereotipilerin hedefi haline gelir. Bunun sonucunda bireyin benlik saygısı ve öz yeterliliği üzerinde olumsuz etkiye yol açar (Watson ve ark., 2007).

Çalışmamızda tanı grupları arasında içselleştirilmiş damgalanmaları arasında anlamlı farklılık bulunmadı. Kamaradova ve arkadaşlarının (2016) yaptığı çalışmada şizfreni tanılı bireylerin diğer tanılara sahip bireylere (bipolar bozukluk, anksiyete, kişilik bozukluğu, madde bağımlılığı) göre daha yüksek içselleştirilmiş damgalanma yaşadığı bulunmuştur. Ancak Fırat ve arkadaşlarının (2020) yaptığı çalışmadaysa çalışmamıza paralel tanı gruplarının içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Literatüre bakıldığında içselleştirilmiş damgalamanın demografik özelliklere göre karşılaştırılmasına ilişkin çelişkili sonuçlar olduğu görülmektedir. Araştırma bulgularına benzer çalışma sonuçları olduğu gibi (Muñoz ve ark..2011; Çelik, 2012; Mercan 2017; Sevinik ve Arslan, 2020; Kamaradova ve ark., 2016; Türkmen ve ark., 2018; Ektiricioğlu 2016; Drapalski ve ark. 2013; Gerlinger ve ark. 2013); desteklemeyen çalışmalara da (Çekiç 2014; Çapar 2018) rastlanmaktadır. Livingston ve Boyd'un (2010) yaptığı sistematik inceleme ve metaanalizde, incelenen çalışmaların çoğunda içselleştirilmiş damgalanma ile sosyodemografik değişkenlerin güçlü şekilde ilişkili olmadığı belirlenmiştir (Livingston ve Boyd, 2010). Gerlinger ve arkadaşlarının (2013) şizofreni spektrum bozukluklarına ilişkin yaptıkları sistematik derlemede de sosyodemografik değişkenler ile kendini damgalama arasında ilişki saptanmamıştır.

Kamışlı ve arkadaşları (2016), yaptıkları çalışmada ayaktan ya da yatarak tedavi gören hastalarda içselleştirilmiş damgalanmanın medeni duruma göre farklılaştığını; evlilerde damgalanmanın evli olmayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Literatürde bu çalışmanın yanı sıra içsel damgalanma ile medeni durum arasında anlamlı ilişki olduğunu gösteren başka çalışmalar olduğu gibi (Beyazyüz ve ark., 2015); bu çalışmaya paralel olarak ikisi arasında bir ilişki olmadığını gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (Tel ve Pınar, 2012; Üstündağ ve Kesebir, 2013). Çapar (2018) yaptığı çalışmada bu çalışmadan farklı olarak cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, gelir düzeyini algılama durumu ve cinsiyet ile RHİDÖ'nün tüm alt ölçekleri arasında önemli düzeyde anlamlı bir farklılık olduğunu belirlemiştir. Bulgular arasındaki farklılığın örneklemden kaynaklandığı düşünülmektedir. Örneğin Çekiç (2014) spesifik olarak bipolar bozukluğu olan bireyler üstünde çalışırken; Çapar (2018) yalnızca şizofreni hastaları üzerinde çalışmıştır. Bu bağlamda içselleştirilmiş damgalanma ve alt ölçeklerin

düzeyleri ile demografik değişkenler arasındaki ilişkinin detaylı olarak incelenmesi için daha fazla çalışma yapılması gerekmektedir.

5.3. Katılımcıların UCLA Yalnızlık Ölçeği Puan Ortalamasının Demografik Özelliklere göre Karşılaştırılmasına yönelik Bulguların Tartışılması

Şizofreni ve diğer psikotik bozukluğu olan bireylerin anlamlı düzeyde yalnızlık hissetiği ve bunun tedavi ve iyileşme önünde önemli bir engel olduğu bildirilmektedir (Ludwig ve ark., 2020). Araştırmaya katılanların UCLA Yalnızlık Ölçeği toplam puan ortalamalarının 53,02±6,32 olduğu bulundu (Tablo 4-2). Ölçekten alınan puanların artması yalnızlık duygusunun arttığını göstermektedir. Çalışmada ölçek puan ortalaması dikkate alındığında hastaların ortalama düzeyin üstünde yalnızlık deneyimledikleri görülmektedir.

Şizofreni ve diğer psikotik bozuklukları olan kişilerde yıllık yalnızlık oranı, genel popülasyona göre yaklaşık 2.3 kat daha yüksek görünmektedir (Badcock ve ark., 2015; Chau ve ark., 2019). Tremeau ve arkadaşları (2016) şizofreni ve şizoafektif bozukluğu olan hastaların, sağlıklı kontrollere göre daha fazla yalnızlık yaşadıklarını bildirmiştir.

Shioda ve arkadaşlarının (2016) Japonya'da şizofreni tanılı hastaların algıladığı yalnızlık düzeyi ve ilişkili faktörleri inceledikleri çalışmada, UCLA Yalnızlık Ölçeği puan ortalaması 45.6±11.2 olarak bulunmuştur. Yıldırım, şizofreni tanısı olan hastalarla yaptığı çalışmada (2018), katılımcıların yalnızlık puanlarının 57.20±10.38 olduğunu bildirmiştir. Bu iki çalışma sonuçlarına göre karşılaştırıldığında bu çalışmadaki yalnızlık düzeyi Japonya'daki hastalardan daha yüksek, Yıldırım'ın Diyarbakır'da yaptığı çalışmasına (2018) göre biraz düşük bulunmuştur. Düşük özgüven düzeyinin ve artmış sosyal izolasyonun bireydeki yalnızlık düzeyini arttırdığı ve iyi sosyal ilişkilerin kurulmasının yalnızlık düzeyini düşürdüğü saptanmıştır (Shioda, ve ark., 2016). Yıldırım'ın çalışmasında (2018) hastaların içselleştirilmiş damgalanma düzeylerinin çok yüksek olmasının, kendilerini toplumdan çekme, ayrımcılık algılamalarına bağlı olarak sosyal bağlarında kopma ve/veya yeni sosyal bağlar kurmaktan çekinmelerine yol açarak yalnızlığı arttırmış olabilir. Psikoz hastalarıyla yapılan çalışmada yalnızlık ile içselleştirilmiş damgalamanın doğru yönde ilişkili olduğu bildirilmiştir (Lim ve ark., 2018).

Ayrıca şizofreni ve şizofreni açılımındaki diğer psikotik bozukluklarda ortaya çıkan sosyal beceri eksikliği (Mann ve ark., 2017), sosyal bilişlerdeki yetersizlik,

nörobilişsel işlevlerdeki bozulma (Chan ve ark. 2019) düşük öz-saygı (Lim ve ark. 2018) bireylerin giderek toplumdan uzaklaşmalarına, izolasyon ve yalnızlık yaşamaları ile ilişkili olabilmektedir. Tüm bu faktörler algılanan yalnızlık düzeyinin artmasına neden olmuş olabilir.

UCLA Yalnızlık Ölçeği puan ortalamalarının sosyodemografik değişkenlere göre karşılaştırılmasına bakıldığında; bu çalışmada yalnızlığın, sosyodemografik özelliklere göre farklılaşmadığı bulundu. Yıldırım (2018) bu çalışmanın tersine, yalnızlık düzeyinin çalışan hastaların, huzurevi/bakımevinde kalanların, eğitim düzeyi düşük olanların ailesinde psikiyatrik hastalık olanların yalnızlık puanlarının daha düşük olduğunu bulmuştur.

Çalışmamızda tanı gruplarının yalnızlık düzeyleri karşılaştırıldığında anlamlı farklılık bulunmadı. Fırat ve arkadaşlarının (2020) yaptığı çalışmada da elimizdeki verilere paralel olarak tanı gruplarnın yalnızlık düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Literatüre bakıldığında genel olarak UCLA Yalnızlık ölçeğinin psikiyatri hastalarında uygulandığı oldukça az sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmaların bir kısmında UCLA yalnızlık ölçeği puanları ile katılımcıların demografik özellikleri hiç karşılaştırılmamıştır (Lasgaard ve ark., 2010; Elmose ve Lasgaard, 2017). Psikiyatri hastalarında yalnızlık ölçeği puanları ile demografik değişkenlerin ilişkisini inceleyen az sayıdaki çalışmanın bulguları çelişkilidir. Bazı çalışmalar bu çalışmanın bulgularını desteklerken, bazıları desteklememektedir. Tremeau ve arkadaşları (2016) ve Ludwig ve arkadaşları (2020), bu çalışmaya paralel olarak psikotik hastalarda yalnızlık ölçeğinden alınan puanlar ile demografik değişkenler arasında bir fark olmadığını belirlemişlerdir. Fırat ve arkadaşlarının(2020) yaptığı çalışmada da katılımcıların yaşın, cinsiyetin, eğitim durumunun, büyüdüğü aile tipinin, medeni durumun, çalışıyor olmanın, klinik tanının kliniğe yatış sayısının yalnızlık üzerinde etkili olmadığı bulunmuştur. Shioda ve arkadaşlarının (2016) yaptığı çalışmada yalnızlığın katılımcıların çalışma durumu ve gelir durumu ile ilişkili olduğu ve hastaların yalnızlık düzeylerinin yüksek olduğu bulunmuştur. Yıldırım (2018), bu çalışmaya paralel olarak UCLA yalnızlık toplam puanı ile cinsiyet, medeni durum arasında anlamlı bir farklılık olmadığını saptamıştır. Ancak çalışmadan farklı olarak eğitim düzeyi, çalışma durumu, gelir düzeyini algılama durumu ve birlikte yaşanılan kişiler ile yalnızlık arasında anlamlı bir fark olduğunu saptamıştır.

5.4. Katılımcıların Öznel İyileşmeyi Değerlendirme Ölçeği Puan Ortalamasının Demografik Özelliklere göre Karşılaştırılmasına Ilişkin Bulguların Tartışılması

Bu çalışmada hastaların ÖzİDÖ toplam puan ortalamalarının 54,13±18,92 olduğu saptandı. Ölçekten alınan puanlar 17-85 arasında olduğu gözönüne alındığında katılımcıların öznel iyileşme algılarının ortalamanın az üstünde olduğu söylenebilir. Candan'ın İstanbul'daki bir TRSM'de izlenen 137 hasta ile yaptığı çalışmada (2019) ÖzİDÖ puan ort. 54.61±16.61 olarak bulunmuştur. Kaşlı, Al ve Bademli'nin (2020) kronik psikiyatrik hastalığı olan bireylerde içselleştirilmiş damgalanma ve öznel iyileşme arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmada (2019) hastaların ÖzİDÖ puan ortalaması 57.07 ± 14.21 olarak bulunmuştur. İpçi'nin 120 şizofreni hastası ile yaptığı çalışmada (2019), ÖzİDÖ puan ort. 60,35±17,21 olarak ve Öztürk ve arkadaşlarının(2021) çalışmasında 61.42±15.39 olarak bulunmuştur. Elgit'in Toplum Ruh Sağlığı Merkezindeki şizofreni tanısı almış bireylerde uygulanan yönlendirilmiş imgeleme yönteminin bireylerin işlevselliğine etkisini inceledikleri çalışmada (2018) deney ve kontrol grubundaki hastaların uygulama sonrası ÖzİDÖ puan ortalaması sırasıyla 60,29±14,29 ve 52,41±14,01 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada katılımcıların iyileşme algılarının iyi olduğu söylenebilir ve diğer çalışma sonuçlarına benzerlik göstermektedir. Çalışmaların bir kısmı TRSM'lerdeki hastalarla yürütüldüğünden; katılımcıların öznel iyileşme algıları biraz daha yüksek olduğu görülmektedir. TRSM'lerde yürütülen psikosyal müdahaleler (psikoeğitim, psikososyal beceri eğitimi vb.) akran desteği, sosyal aktivite ve damgalanma konusundaki eğitim ve bireysel danışmanlıklar gibi programların bireylerin iyileşme algılarının yükselmesine neden olmuş olabilir. Literatürde TRSM'lere devam eden bireylerin yaşam kalitesinin, genel ve sosyal işlevselliğinin arttığı bildirilmektedir (Şahin ve Elboğa 2019).

Araştırmaya katılanların Öznel İyileşmeyi Değerlendirme Ölçeği puanları ile sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılmasına bakıldığında, yalnızca çalışma durumuna göre yalnızlık arasında anlamlı bir fark saptanmışken; diğer değişkenler ile arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Araştırmada tam zamanlı çalışanların çalışmayanlara/emeklilere göre ÖzİDÖ puan ortalamalarının anlamlı olarak yüksek olduğu, yani öznel iyileşme algılarının daha yüksek olduğu bulundu. Bu sonuç çok şaşırtıcı değildir. Çalışmak, birşeyler üretmek insanın temel davranışı olup ruh sağlığının sürdürülmesinde çok önemli bir kaynaktır. Üretim sürecine etkin bir biçimde katılan

insan, içinde yaşadığı toplumun bir parçası olduğunu, kendisine ihtiyaç duyulduğunu hisseder (https://www.ruhsalyasam.com/calismak-ruh-sagligi-icin-zorunludur/). Aynı zamanda çalışma ile gelir durumu yakından ilişkilidir. Bu anlamda kişinin gelir getiren bir işte çalışıyor olması hem bağımsız olarak kendini idare edebilmesinde hem de kendine güvenmesinde katkı sağlayabilir. Özetle çalışan kişilerin, ruhsal bakımdan kendisini daha sağlıklı olarak algılayabileceği düşünülebilir Öznel İyileşmeyi Değerlendirme Ölçeğini kullanan ve alınan puanları demografik değişkenlerle karşılaştıran oldukça az sayıda çalışma bulunmaktadır. Demografik değişkenlerle ÖzİDÖ'nin ilişkisini araştırmayan çalışmaların olduğu da görülmektedir (Grover ve ark., 2016; Jorge-Monteiro ve Ornelas, 2016; Elgit, 2018). Ölçek puanları ile demografik değişkenlerin ilişkisini inceleyen çalışmalar ise bulguları kısmen desteklemektedir. Giusti (2015) yaptığı çalışmada bu çalışmaya paralel olarak Öznel İyileşmeyi Değerlendirme Ölçeği puanları ile cinsiyet, doğum yeri, eğitim durumu ve gelir düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığını belirlemiştir. Zalazar ve arkadaşları (2017) da İyileşmeyi Değerlendirme Ölçeği puanları ile cinsiyet ve eğitim durumu arasında anlamlı bir farklılık olmadığını belirlemiştir. Bunun yanında Öznel İyileşmenin cinsiyete göre (İpçi, 2019), gelir durumuna göre (Yakışır, 2019); eğitim durumuna göre (Kaşlı ve ark., 2020) farklılaştığını bildiren çalışmalar bulunmaktadır.

Çalışmamızda tanı grupların öznel iyileşmeleri arasında anlamlı farklılık bulunmadı. Literatüre bakıldığında öznel iyileşme üzerine yapılan çalışmalarda genellikle tek bir tanı grubu üzerine yoğunlaştığı görülmüştür.

İpçi (2019) çalışmasında yaptığı regresyon analizine göre umutsuzluk ve benlik saygısının öznel iyileşmeyi predikte eden faktörler olduğunu belirlemiştir. Öznel iyileşme algısı tamamen bireysel bir durum olduğundan öznel ve biricik bir deneyimdir (Temesgen ve ark., 2019). Bu nedenle her birey kendi iyileşme yolculuğunu öznel biçimde değerlendireceğinden sonuçlar arasındaki farklılık bundan kaynaklanmış olabilir. Bunun yanında çalışmaların farklı örneklem ve tanı gruplarında yapılması da etkilemiş olabilir.

5.5. Katılımcıların RHİDÖ puanları ile UCLA Yalnızlık Ölçeği ve ÖzİDÖ puanları arasındaki ilişkiye yönelik bulgular

Bu çalışmada katılımcıların içselleştirilmiş damgalanma ve yalnızlıkları arasındaki ilişki incelendiğinde; RHİDÖ toplam puan ortalamaları ile UCLA Yalnızlık

Ölçeği arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki olduğu, damgalanmaya karşı direnç alt ölçeği ile UCLA Yalnızlık Ölçeği arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptandı. Bu veriler ışığında içselleştirilmiş damgalanma arttıkça hastaların yalnızlık düzeylerinin arttığı söylenebilir.

Özellikle şizofreni tanısı konmuş bireylerde damgalama, hastalık belirtilerinin doğurduğu zorluklar yanında sosyal ve çevresel nedenli zorluklar, bireylerin topluma uyum sağlamasını güçleştirebilmektedir (Eglit ve ark., 2018). Damgalanma algısının en önemli sonuçlarından birisinin, hastaların kendilerini topluma ait hissedememelerine yol açması ve bunun sonucunda hastalarda kendilerini toplumdan soyutlama ve davranışsal kaçınma görüldüğü, eski toplumsal ve mesleki rollerine tekrar dönmekte zorlandıkları belirtilmektedir (Kök ve Demir, 2018). İçselleştirilmiş damgalanma sonucunda bireyler toplumdaki olumsuz kalıp yargıları kendisi için kabullenir. Bunun sonucunda değersizlik, utanç gibi olumsuz duygularla kendisini toplumdan geri çekebilir (Kök ve Demir 2018). Nitekim bu çalışmada sosyal geri çekilme arttıkça yalnızlık duygusunun da arttığı görülmektedir. Çalışma sonuçlarına göre psikiyatrik hastalığı olan kişiler toplumun kalıp yargılarını onaylayarak hastalıklarından dolayı utanç ve yabancılaşma yaşamaktadır. Katılımcıların yalnızlık düzeyi ile iç damgalanmanın alt boyutlarına ilişkin yaşanan sorunların da payı olduğu görülmektedir.

Çalışma bulguları, literatürdeki içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri ile yalnızlık düzeyleri arasında aynı yönlü ilişki olduğunu bildiren çalışmalarla benzerlik göstermektedir (Switaj ve ark., 2014; Fekete ve ark., 2018; Yıldırım, 2018; Elbir, 2020; Lim ve ark., 2018; Mann ve ark. 2017; Fırat ve ark. 2020). Chrostek ve arkadaşlarının (2016) yalnızlıkla ilişkili faktörleri incelemek için yaptıkları çalışmada, daha yoğun yalnızlık duygularıyla en güçlü bağlantılı faktörün yüksek içselleştirilmiş damgalama düzeyi olduğu bulunmuştur; bunu zayıf sosyal destek, zayıf kişilerarası yeterlilik ve sosyal ağların izlediği bildirilmiştir. Sevinik ve Arslan (2020), eş/özel insanlar ve arkadaşlarıyla daha fazla vakit geçiren şizofreni hastalarının daha az yabancılaşma duygusu yaşadıklarını ve sosyal aktivite sıklığı daha fazla olanların kalıp yargıları daha az onayladıklarını bildirmişlerdir. Arkadaşları ve akrabaları ile daha az görüşenlerin ise daha fazla ayrımcılık algısı yaşadıkları, sosyal alanlardan daha fazla çekildikleri saptanmıştır.

Świtaj ve arkadaşları (2014), psikotik bozukluk tanılı 110 kişi ile yaptıkları çalışmada içselleştirilmiş damgalamanın depresyonu arttırararak kişilerin yalnızlık hissetmelerine neden olduğunu bildirmiştir. Lim ve arkadaşları (2018) ise yalnızlık ile belirti şiddetinin fazla olması, düşük öz saygı ve düşük öz-yeterlilik ve yüksek içselleştirilmiş damgalamanın ilişkili olduğunu bildirmiştir (Lim ve ark., 2018).

Yıldırım'ın (2018) şizofreni hastalarında ve Fırat ve arkadaşlarının (2020) psikiyatri servisinde yatarak tedavi gören hastalarda içselleştirilmiş damgalanma ve yalnızlık düzeyleri arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmalarında, bu çalışmaya parelel olarak Yabancılaşma, Kalıp Yargıların Onaylanması, Algılanan Ayrımcılık, Sosyal Geri Çekilme ve içselleştirilmiş damgalanma toplam puan ortalamaları ile yalnızlık puanları arasında pozitif yönde güçlü bir ilişki olduğu; Damgalanmaya Karşı Direnç alt boyutuyla ise istatistiksel olarak negatif yönde bir ilişkinin olduğu saptanmıştır. Elbir (2020) ise, RHİDÖ toplam ve alt ölçekleriyle UCLA Yalnızlık Ölçeği arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğunu belirlemiştir.

Literatürde damgalanmaya karşı direnç alt boyutu ile yalnızlık arasındaki ilişkiye dair çelişkili bulgular olduğu görülmektedir. Çalışmamızda Damgalanmaya Karşı Direnç alt boyutu ile yalnızlık arasında fark bulunmadı. Damgalanmalarına karşı direnç gösteren bireylerin hastalıkla başa çıkabilir duruma gelerek; sosyal işlevsellikleri ve kişiler arası ilişkilerini geliştirmelerine katkı sağlayarak yalnızlık düzeylerinde azalma görülebileceği belirtilmektedir (Fırat ve ark., 2020). Yalnızlık ve kendini damgalama, bir kültürden diğerine değişen kavramlardır. Çalışma sonuçları arasındaki farklılık bundan kaynaklanabileceği gibi örneklemin özellikleri ve büyüklüğünden de kaynaklanabilir. Yalnızlık ve içselleştirilmiş damgalanma arasında oldukça az çalışma olması nedeni ile bu konuda ileri çalışmaların yapılması önerilebilir.

Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği alt ölçekleriyle Öznel İyileşmeyi Değerlendirme Ölçeği arasındaki korelasyon incelendiğinde ise; RHİDÖ toplam ve yabancılaşma, kalıp yargıların onaylanması, algılanan ayrımcılık, sosyal geri çekilme alt ölçekleri ile ÖzİDÖ arasında negatif yönlü orta seviyede anlamlı bir ilişki saptanmışken, damgalanmaya karşı direnç ile pozitif yönlü zayıf bir ilişki olduğu saptandı. Bir başka deyişle içselleştirilmiş damgalama ve bunu oluşturan yabancılaşma, algılanan ayrımcılık, sosyal geri çekilme ve kalıp yargıların onaylanması arttıkça hastaların öznel iyileşme duygusu azalmakta ve iyileşme daha olumsuz

değerlendirilmektedir. Bu sonuç. içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri ile öznel iyi oluşları arasında ters yönlü ilişki olduğunu bildiren çalışma sonuçlarıyla (Perez-Garin ve ark., 2015; İpçi, 2019; Kvrgic ve ark., 2013; Hasson-Ohayon ve ark. 2014) parelellik göstermektedir.

İpçi (2019) yaptığı çalışmada, ÖzİDÖ puanı ile RHİDÖ tüm alt ölçekleri arasında bu çalışmaya paralel olarak ters yönlü zayıf bir bir ilişki(r=-0,38) olduğunu belirlemiştir. Kaşlı ve arkadaşları (2020), kronik psikiyatrik hastalığı olan bireylerle yürüttükleri çalışmada Öznel İyileşme Ölçeği ile RHİDÖ toplam ve alt boyutları arasında orta ve yüksek ilişki bulunduğunu belirlemişlerdir. Kvrgic ve arkadaşlarının (2013), 156 şizofreni ve şizoafektif bozukluk tanılı hasta ile yürüttükleri çalışmada yapılan regresyon analizi sonuçlarına göre daha fazla iyileşme yöneliminin, daha az kendini damgalama ile ilişkili olduğunu saptamışlardır. Ayrıca çalışmada düşük iyileşme yönelimi ve artan kendini damgalamanın şizofrenideki terapötik ittifakı baltalayabileceği; bu nedenle klinik ortamlarda, iyileşme yönelimi ve kendini damgalamanın da ele alınması gerektiği vurgulanmıştır.

Oexle ve arkadaşları (2018), kendini damgalamanın iyileşme üzerine uzun süreli etkisini araştırdıkları çalışmada, başlangıçtaki kendini damgalama düzeyinin 1 yıl sonra iyileşmedeki azalma ile ilişkili olduğunu bildirmiştir. Drapalski ve arkadaşlarının (2013) yaptığı çalışmada yüksek içselleştirilmiş damgalanma ile düşük iyileşme yönelimi, benlik saygısı, öz yeterlikte azalma ve daha fazla psikiyatrik sıkıntı arasında ilişki bulunmuştur.

Literatürde doğrudan öznel iyileşme ve içselleştirilmiş damgalama arasındaki ilişkiyi gösteren çalışmaların yanısıra, kendini damgalayıcı tutumlardan kaynaklanan içselleştirilmiş damgalanma deneyiminin benlik saygısı ve umudu azaltarak (Link ve ark., 2001; Yanos ve ark., 2012), klinik semptomları (Schrank ve ark. 2014) ve işlevselliği olumsuz etkileyerek (Cavelti ve ark., 2012; Yanos ve ark., 2012; İpçi ve ark., 2020), yaşam kalitesini azaltarak (Park ve ark., 2013) iyileşme üzerinde zararlı etkilerini gösteren bir çok çalışma bulunmaktadır. Şizofreni hastalarında öznel iyileşme ve bilişsel içgörü arasındaki ilişkinin araştırıldığı bir çalışmada, öznel iyileşme duygusunun klinik durum ve bilişsel içgörü ile ilişkili olduğu saptanmıştır (İpçi ve ark., 2017).

Şizofreni spektrum bozukluğunda kendini damgalama, ilişkili faktörler ve sonuçları üzerine yapılan sistematik incelemede, içselleştirilmiş damgalanmanın daha fazla depresyon, daha fazla sosyal kaygı, daha düşük yaşam kalitesi, daha az öz saygı,

daha az sosyal işlevsellik, daha az umut, daha az mesleki işlevsellik, daha az iyileşme, daha az destek ve daha az tedaviyi öngördüğü bildirilmiştir (Gerlinger ve ark., 2013).

Şizofreni tanılı hastalarla yapılan bir çalışmada kendini netleştirme ve iyileşme arasında ilişki araştırılmış ancak aralarında doğrudan bir ilişki bulunmamasına karşın öz-netliğin kendini damgalamayı etkilediği, kendini damgalamanın yaşamdaki anlamı etkilediği ve yaşamdaki anlamın iyileşmeyi etkilediği kurulan modelde gösterilmiştir (Hasson-Ohayon ve ark., 2014). Aynı çalışmada kendini damgalama ve iyileşme arasında ters yönde anlamlı bir ilişki ($r = -.45$, $p < 0.001$) olduğu bulunmuştur. Vass ve arkadaşlarının (2015) çalışmada, damgalanmanın hem semptomatik hem de öznel iyileşmeyi öngördüğünü ve damgalanmanın bu sonuçlar üzerindeki etkilerinde umutsuzluk ve benlik saygısının aracılık rolü olduğunu belirlemişlerdir.

6. SONUÇ

- Katılımcıların yaş ortalamasının 30,92±8,52 olduğu, %53,8'inin erkek, %53,8'inin bekar olduğu, %43,6'sının büyükşehirde doğduğu, %70,5'inin yaşamlarının uzun döneminde büyükşehirde yaşadığı, katılımcıların %42,3'ünün lise mezunu olduğu, %57,7'sinin tam zamanlı bir işte çalıştığı, %46,2'sinin giderlerinin gelirlerinden az olduğu belirlendi.
- Katılımcıların RHİDÖ puan dağılımları incelendiğinde; Yabancılaşma alt boyutu puan ortalamalarının 14,33±4,72, Kalıp Yargıların Onaylanması alt boyutu puan ortalamalarının 15,49±5,56, Algılanan Ayrımcılık alt boyutu puan ortalamalarının 11,99±4,18, Sosyal Geri Çekilme alt boyutu puan ortalamalarının 14,06±4,57, Damgalanmaya Karşı Direnç alt boyutu puan ortalamalarının ise 12,35±3,41 olduğu bulundu. Katılımcıların RHİDÖ toplam puan ortalamaları 68,22±17,51; UCLA Yalnızlık Ölçeği toplam puan ortalamalarının 53,02±6,32; ÖzİDÖ toplam puan ortalamalarının ise 54,13±18,92 olduğu saptandı.
- Katılımcıların Kalıp Yargıların Onaylanması alt boyutunda büyükşehirde doğanların ilçede doğanlara oranla daha az kendisine yönelik yargıları kabul ettiği bulundu. Ayrıca katılımcıların önlisans/lisans mezunu olanların lise mezunu olanlara göre daha az kendisine yönelik yargıları kabul ettiği bulundu.
- Katılımcıların Damgalanmaya Karşı Direnç alt boyutunda ilkokul mezunlarının liae ve önlisans/lisans mezunlarından daha çok damgalanmayı kabul ettiği bulundu.
- RHİDÖ alt ölçeklerinden Yabancılaşma, Kalıp Yargıların Onaylanması, Algılanan Ayrımcılık, Sosyal Geri Çekilme ile UCLA Yalnızlık Ölçeği arasında ileri düzeyde anlamlı pozitif yönlü orta derecede bir ilişki bulundu. Damgalanmaya Karşı Direnç alt ölçeği ile UCLA Yalnızlık Ölçeği arasında ilişki bulunmadı. RHİDÖ toplam puanı ile UCLA Yalnızlık Ölçeği arasında ise ileri düzeyde anlamlı pozitif yönde zayıf bir ilişki bulundu.
- RHİDÖ alt ölçeklerinden Yabancılaşma, Kalıp Yargıların Onaylanması, Algılanan Ayrımcılık, Sosyal Geri Çekilme ile Öznel İyileşmeyi Değerlendirme Ölçeği arasında ters yönlü orta seviyede bir ilişki bulundu. Damgalanmaya karşı direnç alt ölçeği ile Öznel İyileşmeyi Değerlendirme Ölçeği arasında pozitif yönlü

zayıf bir ilişki bulundu. RHİDÖ toplam puanı ile ÖzİDÖ puanları arasında ileri düzeyde anlamlı ters yönlü orta bir ilişki bulundu.

7. ÖNERİLER

Bu sonuçlara bakıldığında psikiyatri hemşireleri tarafından;

- Köy, ilçe gibi daha küçük yerleşim yerlerinde yaşayan kişilerin psikiyatrik hastalıklara yönelik inanç ve tutumlarını iyileştirmeye yönelik müdahaleler anahtar roldeki meslek gruplarının (muhtar, imam gibi), halkın bilinçlendirilmesine yönelik planlanmalı,
- Köy, ilçe gibi daha küçük yerleşim yerlerinde yaşayan kişiler için sağlık hizmetlerine daha rahat ulaşabilmesi için bu yerleşim yerlerine toplum ruh sağlığı merkezleri açılmalı,
- Psikiyatrik hastalığı olan kişilere verilen eğitimlerde damgalanmaya karşı direnci arttıracak girişimler planlanmalı,
- Sosyal etkileşimin artması, içselleştirilmiş damgalanma düzeyini ve yalnızlık düzeyini azaltacağından; sosyal etkileşimleri arttıracak ve bireyin toplumsal bağlarını kuvvetlendirecek aktivitelerin sayısının arttırılması,
- Yalnızlık duygusunu azaltmak, sosyal ilişkileri güçlendirmek için destek grupları, kendi kendine yardım gruplarına hastaların yönlendirilmesi,
- Bireylerin öznel iyileşme düzeyleri çalışma duruma göre değiştiğinden, psikiyatri hastalarına yönelik ayrımcılığın önlenmesi, iş yaşamına daha fazla katılım gibi yasal haklarının güvence altına alınmasına yönelik Ruh Sağlığı Yasasının çıkarılmasında etkin rol alınması,
- İçselleştirlmiş damgalanma, yalnızlık ve öznel iyileşme kavramları arasındakii ilişkiyi daha iyi anlayabilmek için değişkenler regresyon analizinin yapılacağı çalışmların yapılması,
- Şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluklar tanısı almış hastalarda içselleştirilmiş damgalanmanın, yalnızlık ile öznel iyileşme arasındaki ilişkiyi inceleyen daha büyük örneklemler içeren çalışmalar yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

Açıkgöz, F., Akkuş, D. (2018). Ruhsal Hastalıklarda Damgalama ile Mücadele: Anahtar Rol Üstlenen Meslekler. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 8(3), 142-146.

Adams, K. B., Sanders, S., Auth, E. A. (2004). Loneliness and depression in independent living retirement communities: Risk and resilience factors. *Aging & mental health*, 8(6), 475-485.

Alexiová, A., Kågström, A., Winkler, P., Kondrátová, L., Janoušková, M. (2019). Correlates of internalized stigma levels in people with psychosis in the Czech Republic. *International Journal of Social Psychiatry*, 65(5), 347-353.

Albayrak, E. (2019). *Toplum ruh sağliği merkezine kayitli olan hastalarin içselleştirilmiş damgalanma ve iyileşme düzeylerinin incelenmesi* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum

Alptekin, K., Ulas, H., Akdede, B. B., Tümüklü, M., Akvardar, Y. (2009). Prevalence and risk factors of psychotic symptoms: in the city of Izmir, *Turkey. Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 44(11), 905.

Andreasen, N. C., Carpenter Jr, W. T., Kane, J. M., Lasser, R. A., Marder, S. R., Weinberger, D. R. (2005). Remission in schizophrenia: proposed criteria and rationale for consensus. *American Journal of Psychiatry*, 162(3), 441-449.

Amerikan Psikiyatri Birliği (2013). *DSM-5 tanı ölçütleri başvuru el kitabı*. E Köroğlu (Çev.). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

Arciniegas, D. B. (2015). Psychosis. *Continuum: Lifelong Learning in Neurology*, 21(3), 715 -736.

Arslan, A. (2016). *Onkoloji kliniklerinde tedavi gören hastalarda yalnızlık ve sosyal destek düzeyleri arasındaki ilişki* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi), Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Avcil, C., Bulut, H., & Sayar, G. H. (2016). Psikiyatrik hastalıklar ve damgalama. *Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 0(2), 175-202.

Badcock, J. C., Shah, S., Mackinnon, A., Stain, H. J., Galletly, C., Jablensky, A., Morgan, V. A. (2015). Loneliness in psychotic disorders and its association with cognitive function and symptom profile. *Schizophrenia Research, 169*(1-3), 268-273.

Badcock, J. C., Adery, L. H., Park, S. (2020). Loneliness in psychosis: A practical review and critique for clinicians. *Clinical Psychology: Science and Practice*, e12345

Badcock, J. C., Di Prinzio, P., Waterreus, A., Neil, A. L., Morgan, V. A. (2020b). Loneliness and its association with health service utilization in people with a psychotic disorder. *Schizophrenia Research*, 223, 105-111.

Beyazyüz, M., Beyazyüz, E., Albayrak, Y., Baykal, S., & 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

Bilge, A., Çam, O. (2010). Ruhsal Hastalığa Yönelik Damgalama ile Mücadele. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 9(1), 71-78

Bilgin Koçak, M. (2017). *Şizofrenide suisid girişiminin depresyon, içgörü, içselleştirilmiş damgalanma ve yaşam niteliği ile ilişkisi* (Yayımlanmamış uzmanlık tezi), Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi. Çanakkale

Binbay, T., Ulaş, H., Elbi, H., Alptekin, K. (2011). Türkiye'de psikoz epidemiyolojisi: Yaygınlık tahminleri ve başvuru oranları üzerine sistematik bir gözden geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 22(1), 40-52.

Bostancı, N. (2005). Ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik stigma ve bunun azaltılmasına yönelik uygulamalar. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 18(1), 32-38.

Bourgeois, M.L. (2016). *Şizofreni* (2. baskı). Ankara: Dost Kitabevi Yayınları

Candan, İ.E. (2019). *Kronik Şizofreni Hastalarında Bilişsel Içgörü, Yeti Yitimi Ve Öznel Iyileşmenin Değerlendirilmesi* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Cavelti, M., Kvrgic, S., Beck, E. M., Rüsch, N., Vauth, R. (2012). Self-stigma and its relationship with insight, demoralization, and clinical outcome among people with schizophrenia spectrum disorders. *Comprehensive psychiatry*, 53(5), 468-479.

Ceyhan, S. (2005). *Kayseri Nuh Naci Yazgan sağlık ocağı bölgesinde yaşayan 65 yaş ve üstü bireylerin yalnızlık düzeylerinin incelenmesi* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi), Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kayseri.

Chang, C. C., Wu, T. H., Chen, C. Y., Lin, C. Y. (2016). Comparing self-stigma between people with different mental disorders in Taiwan. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 204(7), 547-553.

Chau, A. K., Zhu, C., So, S. H. W. (2019). Loneliness and the psychosis continuum: a meta-analysis on positive psychotic experiences and a meta-analysis on negative psychotic experiences. *International Review of Psychiatry*, 31(5-6), 471-490.

Chrostek, A., Grygiel, P., Anczewska, M., Wciórka, J., Świtaj, P. (2016). The intensity and correlates of the feelings of loneliness in people with psychosis. *Comprehensive psychiatry*, 70, 190-199.

Corrigan, P. W., Watson, A. C. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World psychiatry*, 1(1), 16.

Corrigan, P. W., Larson, J. E., Ruesch, N. (2009). Self-stigma and the "why try" effect: impact on life goals and evidence-based practices. *World psychiatry*, 8(2), 75-81.

Corrigan, P. W., Rao, D. (2012). On the self-stigma of mental illness: Stages, disclosure, and strategies for change. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 57(8), 464-469.

Corrigan, P. W., Druss, B. G., Perlick, D. A. (2014). The impact of mental illness stigma on seeking and participating in mental health care. *Psychological Science in the Public Interest*, 15(2), 37-70.

Çam, O., 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., Çuhadar, D. (2011). Ruhsal hastalığa sahip bireylerde damgalama süreci ve içselleştirilmiş damgalama. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2(3), 136-140.

Çam, O., Engin, E. (2014). *Ruh Sağlığı ve hastalıkları hemşireliği bakım sanatı*. İstanbul Tıp Kitabevi.

Çam, O., Yalçıner, N. (2018). Ruhsal hastalık ve iyileşme. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 9(1), 55-60.

Çapar, M., (2018*) Şizofreni hastalarında damgalanmanın işlevsel iyileşmeye etkisi* (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Malatya

Çekiç, M. (2014). *Bipolar bozukluğu olan hastalarda içselleştirilmiş damgalanmanın empati ve işlevsellik üzerine etkisi* (Yayımlanmamış tıpta uzmanlık

tezi), Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.

Çelik, P. (2012). *Celal Bayar Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Polikliniğine başvuran depresif bozukluklu hastalarda içselleştirilmiş damgalanma ve ilişkili değişkenler* (Yayımlanmamış uzmanlık tezi). Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Manisa.

Çetin, M., Turgay, A. (2002). Modern psikofarmakolojinin ellinci yılında klorpromazinden günümüze antipsikotik tedavinin dünü bugünü. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 12, 211-226.

Davis, L. J. (2006). *The disability studies reader* (2. Baskı). Amerika Birleşik Devletleri: Taylor & Francis Group.

Deegan, P. E. (2005). The importance of personal medicine: A qualitative study of resilience in people with psychiatric disabilities. *Scandinavian Journal of Public Health*, *33*(66_suppl), 29-35.

Degnan, A., Berry, K., Humphrey, C., Bucci, S. (2021). The relationship between stigma and subjective quality of life in psychosis: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 102003.

Demir, A. G. (1989). UCLA Yalnızlık Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirliği. *Türk Psikoloji Dergisi*, 7(23), 14–18.

Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American psychologist*, 55(1), 34-43.

Diener, E., Wirtz, D., Tov, W., Kim-Prieto, C., Choi, D. W., Oishi, S., Biswas-Diener, R. (2010). New well-being measures: Short scales to assess flourishing and positive and negative feelings. *Social indicators research*, *97*(2), 143-156.

Dhingra, I., Rupani, K., Mahajan, P. T., Desai, D., De Sousa, A. (2016). Loneliness and Mental Health: Critical Clinical Issues. *Indian Journal of Mental Health*, 3(1), 6-16.

Doğanavşargil, Ö.G. (2010). *Şizofreni ve depresyonda içselleştirilmiş damgalanma ve yaşam kalitesi* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

Doğanavşargil Baysal, Ö.G. (2013). Damgalanma ve ruh sağlığı. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi, 22(2), 239-251.

Dönmez, Ç. F., Yılmaz, M. (2011). Elektrokonvülsif Tedavi ve Hemşirelik Bakımı. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2(2), 80-89.

Drapalski, A. L., Lucksted, A., Perrin, P. B., Aakre, J. M., Brown, C. H., DeForge, B. R., Boyd, J. E. (2013). A model of internalized stigma and its effects on people with mental illness. *Psychiatric Services*, 64(3), 264-269.

Durak, M., Senol-Durak, E. (2010). Psychometric qualities of the UCLA loneliness scale-version 3 as applied in a Turkish culture. *Educational Gerontology*, 36, 988-1007.

Ekinci, N.E., Demirel, M., Harmandar Demirel, D., Işık, U. (2015). Lise öğrencilerinin yalnızlık algılarının rekreasyonel etkinliklere katılımları ve bireysel değişkenlere göre incelenmesi. *Sportif Bakış: Spor ve Eğitim Bilimleri Dergisi*, 2(2), 71-78.

Ektiricioğlu, C. (2016). *Alkol ve madde bağımlılarında içselleştirilmiş damgalanma ve tedavi motivasyonu ilişkisinin incelenmesi* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Eglit, G. M., Palmer, B. W., Martin, A. V. S., Tu, X., Jeste, D. V. (2018). Loneliness in schizophrenia: Construct clarification, measurement, and clinical relevance. *PLoS One*, 13(3), e0194021.

Elbir, M. (2020). *Obsesif kompulsif bozuklukta içselleştirilmiş damgalanma ve ilişkili değişkenlerin araştırılması* (Yayımlanmamış uzmanlık tezi). Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Manisa

Elgit, Ö. (2018). *Toplum ruh sağlığı merkezindeki şizofreni tanısı almış bireylerde uygulanan yönlendirilmiş imgeleme yönteminin bireylerin işlevselliğine etkisi* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

Elmose, M., Lasgaard, M. (2017). Loneliness and social support in adolescent boys with attention deficit hyperactivity disorder in a special education setting. *Journal of Child and Family studies*, 26(10), 2900-2907.

Ersoy, M. A., Varan, A. (2007). Reliability and validity of the Turkish version of the internalized stigma of mental illness scale. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18(2), 163-271.

Esen Danacı, E., Böke, Ö., Can Saka, M., Erol, A., Ulusoy Kaymak, S. (2018). *Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar temel kitap*. Ankara: Miki Matbaacılık.

Evans-Lacko, S., Brohan, E., Mojtabai, R., Thornicroft, G. (2012). Association between public views of mental illness and self-stigma among individuals with mental illness in 14 European countries. *Psychological medicine*, 42(8), 1741-1752.

Fabrega Jr, H. (1991). The culture and history of psychiatric stigma in early modern and modern Western societies: a review of recent literature. *Comprehensive Psychiatry*, 32(2), 97-119.

Fekete, E. M., Williams, S. L., Skinta, M. D. (2018). Internalised HIV-stigma, loneliness, depressive symptoms and sleep quality in people living with HIV. *Psychology & Health*, 33(3), 398-415.

Fırat, M., Demir Gökmen, B., Cengiz, M. (2020) Psikiyatri servisinde yatan hastalarda içselleştirilmiş damgalanma ve yalnızlık ilişkisinin incelenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 11(4), 268-274.

Fidan, M., Usta, F. (2013). İyilik hali ölçeğinin Türkçe formunun güvenirlik ve geçerliğinin incelenmesi. *Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi*, 2(3), 265-269.

Fung, K. M., Tsang, H. W., Corrigan, P. W. (2008). Self-stigma of people with schizophrenia as predictor of their adherence to psychosocial treatment. *Psychiatric rehabilitation journal*, 32(2), 95-104.

Gerlinger, G., Hauser, M., De Hert, M., Lacluyse, K., Wampers, M., Correll, C. U. (2013). Personal stigma in schizophrenia spectrum disorders: a systematic review of prevalence rates, correlates, impact and interventions. *World Psychiatry*, 12(2), 155-164.

Grover, S., Hazari, N., Singla, N., Chakrabarti, S., Aneja, J., Sharma, S., Avasthi, A. (2016). Recovery among patients with severe mental illness: Factor analysis of recovery assessment scale in Indian setting. *Indian Journal of Social Psychiatry*, 32(2), 92-103.

Giusti, L., Ussorio, D., Tosone, A., Di Venanzio, C., Bianchini, V., Necozione, S., ... & Roncone, R. (2015). Is personal recovery in schizophrenia predicted by low cognitive insight?. *Community mental health journal*, 51(1), 30-37.

Güler, C. (2017). *İyileşme değerlendirme ölçeği'nin türkçe formunun geçerlik ve güvenirliği* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

Gürhan, N. (Ed.). (2016). *Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği*. Ankara: Ankara Nobel Tıp Kitabevleri

Haliloğlu, S. (2008). *Ortaöğretim 9. sınıf öğrencilerinin yalnızlık düzeyleri, bağlanma biçimleri ve işlevsel olmayan tutumları arasındaki ilişkinin incelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, İnönü Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Malatya.

Hasson-Ohayon, I., Mashiach-Eizenberg, M., Elhasid, N., Yanos, P. T., Lysaker, P. H., Roe, D. (2014). Between self-clarity and recovery in schizophrenia: reducing the self-stigma and finding meaning. *Comprehensive psychiatry*, 55(3), 675-680.

Hawkley, L. C., Cacioppo, J. T. (2010). Loneliness matters: A theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Annals of behavioral medicine*, 40(2), 218-227.

Hawkley, L. C. (2018). Loneliness. Encyclopedia Britannica. https://www.britannica.com/science/loneliness adresinden indirildi (30.03.2021)

Holubova, M., Prasko, J., Latalova, K., Ociskova, M., Grambal, A., Kamaradova, D., Vrbova, K., Hruby, R. (2016). Are self-stigma, quality of life, and clinical data interrelated in schizophrenia spectrum patients? A cross-sectional outpatient study. *Patient preference and adherence*, 10, 265-274.

https://sozluk.gov.tr/. (2021, Şubat 10).

https://www.nami.org/Blogs/NAMI-Blog/February-2021/The-Many-Impacts-of-Self-Stigma. (2021, Şubat 20).

https://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/priority-areas/stigma-and-discrimination. (2021, Şubat 20).

https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/mental-illness/in-depth/mental-health/art-20046477. (2021, Mart 15).

https://www.psychiatry.org/patients-families/stigma-and-discrimination. (2021, Şubat 20).

https://www.ruhsalyasam.com/calismak-ruh-sagligi-icin-zorunludur/ (2021, Mart 25).

İpçi, K., İncedere, A., Kiras, F., Yıldız, M. (2017) Şizofreni hastalarında öznel iyileşme ile bilişsel içgörü arasındaki ilişkinin araştırılması. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(1), 1-4.

İpçi, K. (2019). *Şizofreni hastalarında iyileşme: öznel iyileşme ile nesnel iyileşme arasındaki ilişkinin araştırılması* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi), Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kocaeli.

İpçi, K., Yildiz, M., İncedere, A., Kiras, F., Esen, D., Gürcan, M. B. (2020). Subjective recovery in patients with schizophrenia and related factors. *Community mental health journal*, 56(6), 1180-1187.

İsmanur, O.B. (2016) *Relationships between internalized stigma, hopelessness and self-esteem and their sociodemographic and clinical characteristics in a group of patients with severe mental illness* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi), Istanbul Bilgi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul

Janoutová, J., Janáčková, P., Šerý, O., Zeman, T., Ambroz, P., Kovalová, M., ... Janout, V. (2016). Epidemiology and risk factors of schizophrenia. *Neuroendocrinology Letters*, 37(1), 1-8.

Jorge-Monteiro, M. F., Ornelas, J. H. (2016). Recovery Assessment Scale: Testing validity with Portuguese community-based mental health organization users. *Psychological assessment*, 28(3), e1-e11.

Kalı, A.H. (2018). *Pozitif ve negatif belirtilerle seyreden şizofreni hastalarinda tedavi uyumu ve yaşam kalitesi* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep

Kamaradova, D., Latalova, K., Prasko, J., Kubinek, R., Vrbova, K., Mainerova, B., ... Tichackova, A. (2016). Connection between self-stigma, adherence to treatment, and discontinuation of medication. *Patient preference and adherence*, 10, 1289-1298.

Kamışlı, S., Dil, S., Daştan, L., Eni, N. (2016). Özgürlük duygusu ve içselleştirilmiş damgalanma: Ayaktan ve yatarak psikiyatrik tedavi alan hastaların karşılaştırılması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 27(4), 251-256.

Karagöl, A., Çalışkan, D., Beyazyüz, M. (2013). Halk sağlığı açısından ruhsal bozukluklarda üç boyutuyla damgalama. *STED*, 22(3), 96-101.

Kaşlı, S., Al, O., Bademli, K. (2020). Internalized stigmatization and subjective recovery in individuals with chronic mental illness. *International Journal of Social Psychiatry*, 0020764020960762

Kocal, Y., Karakuş, G., Sert, D. (2017). Şizofreni: Etyoloji, klinik özellikler ve tedavi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 26(2), 251-267.

Kocabaşoğlu, N., Aliustaoğlu, S. (2003). Stigmatizasyon. *Yeni Symposium*, 41(4), 190-192

Kök, H. (2014). *Psikiyatri polikliniğinde takip edilen hastalarda içselleştirilmiş damgalanma, benlik saygisi ve algilanan sosyal destek*(Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Gazi Üniversitesi Sağlik Bilimleri Enstitüsü, Ankara

Kök, H., Demir, S. (2018). Şizofreni ve bipolar bozukluğu olan hastalarda içselleştirilmiş damgalanma, benlik saygısı ve algılanan sosyal destek. *Cukurova Medical Journal*, 43(1), 99-106.

Köroğlu, E., Güleç, C. (2007). *Psikiyatri temel kitabı*. Ankara: HYB Basın Yayın.

Krajewski, C., Burazeri, G., Brand, H. (2013). Self-stigma, perceived discrimination and empowerment among people with a mental illness in six countries: Pan European stigma study. Psychiatry Research, 210(3), 1136-1146.

Kudo, J., Mori, H., Gomibuchi, T. (2002). Loneliness as expressed by schizophrenic patients in the early remission phase. *Nagoya journal of medical science*, 65(3/4), 115-126

Kukla, M., Lysaker, P. H., 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.

Kulaksızoğlu, I.B., Tükel, R., Üçok, A., Yargıç, İ., Yazıcı, O.(2009). *Psikiyatri*. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Basım ve Yayınevi

Kvrgic, S., Cavelti, M., Beck, E.-M., Rüsch, N., & Vauth, R. (2013). Therapeutic alliance in schizophrenia: The role of recovery orientation, self-stigma, and insight. *Psychiatry Research*, 209(1)

Lamster, F., Nittel, C., Rief, W., Mehl, S., Lincoln, T. (2017). The impact of loneliness on paranoia: An experimental approach. *Journal of behavior therapy and experimental* psychiatry, 54, 51-57.

Lang, F. U., Kösters, M., Lang, S., Becker, T., Jäger, M. (2013). Psychopathological long-term outcome of schizophrenia–a review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 127(3), 173-182.

Lasgaard, M., Nielsen, A., Eriksen, M. E., Goossens, L. (2010). Loneliness and social support in adolescent boys with autism spectrum disorders. *Journal of autism and developmental disorders*, 40(2), 218-226

Lim, M. H., Gleeson, J. F., Alvarez-Jimenez, M., Penn, D. L. (2018). Loneliness in psychosis: a systematic review. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 53(3), 221-238.

Link, B. G., Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual review of Sociology*, 27(1), 363-385.

Link, B. G., Struening, E. L., Neese-Todd, S., Asmussen, S., Phelan, J. C. (2001). Stigma as a barrier to recovery: The consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illnesses. *Psychiatric services*, 52(12), 1621-1626.

Livingston, J. D., Boyd, J. E. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Social science & medicine*, 71(12), 2150-2161.

Ludwig, K. A., Nye, L. N., Simmons, G. L., Jarskog, L. F., Pinkham, A. E., Harvey, P. D., Penn, D. L. (2020). Correlates of loneliness among persons with psychotic disorders. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 55(5), 549-559.

Luo, Y., Hawkley, L. C., Waite, L. J., Cacioppo, J. T. (2012). Loneliness, health, and mortality in old age: A national longitudinal study. *Social science & medicine*, 74(6), 907-914.

Lv, Y., Wolf, A., Wang, X. (2013). Experienced stigma and self-stigma in Chinese patients with schizophrenia. *General hospital psychiatry*, 35(1), 83-88.

Lysaker, P. H., Hamm, J. A., Hasson-Ohayon, I., Pattison, M. L., Leonhardt, B. L. (2018). Promoting recovery from severe mental illness: implications from research on metacognition and metacognitive reflection and insight therapy. *World Journal of Psychiatry*, 8(1), 1-11.

Mann, F., Bone, J. K., Lloyd-Evans, B., Frerichs, J., Pinfold, V., Ma, R., ... Johnson, S. (2017). A life less lonely: the state of the art in interventions to reduce loneliness in people with mental health problems. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 52(6), 627-638.

Marsman, A., Mandl, R. C., Klomp, D. W., Bohlken, M. M., Boer, V. O., Andreychenko, A., ... Pol, H. E. H. (2014). GABA and glutamate in schizophrenia: A 7 T 1H-MRS study. *NeuroImage: Clinical*, 6, 398-407.

Masi, C. M., Chen, H. Y., Hawkley, L. C., & Cacioppo, J. T. (2011). A meta-analysis of interventions to reduce loneliness. *Personality and Social Psychology Review*, *15*(3), 219-266.

Mercan, H. M. (2017). *Obsesif kompulsif bozukluk hastalarında içselleştirilmiş damgalanmanın yaşam kalitesi ve tedavi uyumu üzerine etkisi* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi), Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep

Mete L.(2006). *Şizofreni En Uzak Ülke*. İstanbul: Say Yayınları

Morgades-Bamba, C. I., Fuster-Ruizdeapodaca, M. J., Molero, F. (2019). Internalized stigma and its impact on schizophrenia quality of life. *Psychology, health & medicine*, 24(8), 992-1004.

Muñoz, M., Sanz, M., Pérez-Santos, E., & de los Ángeles Quiroga, M. (2011). Proposal of a socio–cognitive–behavioral structural equation model of internalized stigma in people with severe and persistent mental illness. *Psychiatry Research*, 186(2-3), 402-408.

Myers, J.E. Sweeney, T.J., Witmer, J.M. (2000). The wheel of wellness counseling for wellness: A holistic model for treatment planning. *Journal of Counseling and Development,* 78, 251–266.

Oban, G., Küçük, L. (2011). Damgalama erken yaşlarda başlar… gençlerde ruhsal hastalıklara yönelik damgalamayla mücadelede eğitimin rolü. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2(3), 141-148.

Ocaktan, M. E., Özdemir, O., Akdur, R. (2004). Birinci Basamakta Ruh Sağlığı Hizmetleri. *Kriz Dergisi*, 12(2), 63-73.

Oexle, N., Müller, M., Kawohl, W., Xu, Z., Viering, S., Wyss, C., ... & Rüsch, N. (2018). Self-stigma as a barrier to recovery: a longitudinal study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 268(2), 209-212.

Oran, N. T., & Şenuzun, F. (2008). Toplumda kırılması gereken bir zincir: HIV/AIDS stigması ve baş etme stratejileri. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 5(1), 1-16.

Özatça, A. (2009). *Ergenlerde sosyal ve duygusal yalnızlığın yordayıcısı olarak aile işlevleri.* (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Adana.

Özbek, B. (2017). *Üniversite öğrencilerinde internet bağımlılığının yalnızlık düzeyleri açısından değerlendirilmesi* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi), Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Öztürk, M. O., Uluşahin A. (2016). *Ruh sağlığı ve bozuklukları* (14. Baskı). Ankara: Miki Matbaacılık.

Öztürk, S., Altan Sarıkaya, N., Öz, S. (2021). Toplum ruh sağlığı merkezinden hizmet alan ve almayan hastaların yeti yitimi ve sosyal işlevsellik düzeyleri ile öznel iyileşme algılarının karşılaştırılması. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*

Pamuk, M., Atlı, A., Kış, A. (2015). Türkiye'de yalnızlık üzerine yapılan tezlerin cinsiyet bağlamında incelenmesi: Meta-analitik bir çalışma. *Journal of Theory and Practice in Education*, 11, 1392-1414.

Park, S. G., Bennett, M. E., Couture, S. M., Blanchard, J. J. (2013). Internalized stigma in schizophrenia: relations with dysfunctional attitudes, symptoms, and quality of life. *Psychiatry Research*, *205*(1-2), 43-47.

Perälä, J., Suvisaari, J., Saarni, S. I., Kuoppasalmi, K., Isometsä, E., Pirkola, S., ... Lönnqvist , J. (2007). Lifetime prevalence of psychotic and bipolar I disorders in a general population. *Archives of General Psychiatry*, *64*(1), 19-28.

Perese, E.F., Wolf, M. (2005). Combating loneliness among persons with severe mental illness: social network interventions'characteristics, effectiveness, and applicability. *Issues in Mental Health Nursing*, 26(6), 591-609.

Pérez-Garín, D., Molero, F., Bos, A. E. (2015). Internalized mental illness stigma and subjective well-being: The mediating role of psychological well-being. *Psychiatry Research*, *228*(3), 325-331.

Perlman, D., Peplau, L. A. (1984). Loneliness research: A survey of empirical findings. Preventing the harmful consequences of severe and persistent loneliness, L. A. Peplau , S. E. Goldston (Ed.), Preventing the Harmful Consequences of Severe and Persistent Loneliness içinde (13-46). Washington. DC: US Government Printing Office

Pinto-Foltz, M. D., Logsdon, M. C. (2009). Reducing stigma related to mental disorders: initiatives, interventions, and recommendations for nursing. *Archives of Psychiatric Nursing*, 23(1), 32-40.

Reynolds, G. P., Kirk, S. L. (2010). Metabolic side effects of antipsychotic drug treatment–pharmacological mechanisms. *Pharmacology & therapeutics*, 125(1), 169-179.

Ritsher, J. B., Otilingam, P. G., Grajales, M. (2003). Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. *Psychiatry research*, 121(1), 31-49.

Ritsher, J. B., & Phelan, J. C. (2004). Internalized stigma predicts erosion of morale among psychiatric outpatients. *Psychiatry Research*, *129*(3), 257-265.

Roe, D., Mashiach-Eizenberg, M., Lysaker, P. H. (2011). The relation between objective and subjective domains of recovery among persons with schizophrenia-related disorders. *Schizophrenia Research, 131*(1-3), 133-138.

Russell, D. W. (1996). UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, validity, and factor structure. *Journal of Personality Assessment*, *66*(1), 20-40.

Rüsch, N., Angermeyer, M. C., Corrigan, P. W. (2005). Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry*, *20*(8), 529-539.

Sarıkoç, G. (2011). *Ruhsal sorunlari nedeniyle ayaktan izlenen hastalarin içselleştirilmiş etiketlenmeleri* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Hacettepe Üniversitesi Sağlik Bilimleri Enstitüsü, Ankara

Sarıkoç, G., Öz, F. (2016). The effects and stigma of mental illness in Turkey. *Community Mental Health Journal, 52*(3), 353-360.

Sarısoy, G., Kaçar, Ö. F., Pazvantoğlu, O., Korkmaz, I. Z., Öztürk, A., Akkaya, D., ... Şahin, A. R. (2013). Internalized stigma and intimate relations in bipolar and schizophrenic patients: a comparative study. *Comprehensive Psychiatry*, *54*(6), 665-672.

Schrank, B., Slade, M. (2007). Recovery in psychiatry. *Psychiatric Bulletin*, 31(9), 321-325.

Schrank, B., Amering, M., Hay, A. G., Weber, M., Sibitz, I. (2014). Insight, positive and negative symptoms, hope, depression and self-stigma: a comprehensive model of mutual influences in schizophrenia spectrum disorders. *Epidemiology and Psychiatric Sciences, 23*(3), 271-279.

Schwartz, C., Gronemann, O. C. (2009). The contribution of self-efficacy, social support and participation in the community to predicting loneliness among persons with schizophrenia living in supported residences. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, *46*(2), 120.

Sevinik, H. (2016). *Şizofreni hastalarında içselleştirilmiş damgalanma ve sosyal işlevsellik düzeyi* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi), Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya

Sevinik, H., Arslan, F. T. (2020). Şizofreni hastalarında içselleştirilmiş damgalanma ve sosyal işlevsellik düzeyinin belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, *11*(3), 173-180.

Shioda, A., Tadaka, E., Okochi, A. (2016). Loneliness and related factors among people with schizophrenia in Japan: a cross-sectional study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *23*(6-7), 399-408.

Slade, M., Leese, M., Cahill, S., Thornicroft, G., Kuipers, E. (2005). Patient-rated mental health needs and quality of life improvement. *The British Journal of Psychiatry*, *187*(3), 256-261.

Stain, H. J., Galletly, C. A., Clark, S., Wilson, J., Killen, E. A., Anthes, L., ... Harvey, C. (2012). Understanding the social costs of psychosis: the experience of adults affected by psychosis identified within the second Australian National Survey of Psychosis. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 46(9), 879-889.

Svendsen, L. (2018). *Yalnızlığın Felsefesi*, (Çev. M. Erşen) İstanbul. Redingot

Świtaj, P., Grygiel, P., Anczewska, M., Wciórka, J. (2014). Loneliness mediates the relationship between internalised stigma and depression among patients with psychotic disorders. *International Journal of Social Psychiatry*, *60*(8), 733-740.

Şahin, Ş., Elboğa, G. (2019). Toplum ruh sağlığı merkezinden yararlanan hastaların yaşam kalitesi, tıbbi tedaviye uyumu, içgörü ve işlevsellikleri. *Cukurova Medical Journal*, *44*(2), 431-438.

Taşkın, E. O., Şen, F. S., Özmen, E., Aydemir, Ö. (2006). Kırsal kesimde depresyonlu hastalara yönelik tutumlar: sosyal mesafe ve etkileyen etmenler. *Türkiye'de Psikiyatri*, *8*(1), 11-17.

Taşkın, E. O. (2007). *Stigma Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumlar ve Damgalama* (1. Baskı). İzmir: Meta Basım ve Matbaacılık.

Teke, G. (2017). *Hemşirelerin psikolojik yardım arama davranışları, içselleştirilmiş damgalama ve benlik saygısının belirlenmesi* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi) Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara

Tel, H., Pınar, Ş. E. (2012). Ayaktan izlenen psikiyatri hastalarinda içselleştirilmiş damgalama ve benlik saygisi. *Psikiyatri Hemsireleri Dernegi*, *3*(2),61-66.

Temesgen, W. A., Chien, W. T., 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.

Temesgen, W. A., Chien, W. T., Bressington, D. (2020). Factors influencing subjective recovery of people with recent-onset psychosis: A cross-sectional study in a low-income Sub-Saharan country. *Psychiatry Research*, 287, 112282.

Trémeau, F., Antonius, D., Malaspina, D., Goff, D. C., Javitt, D. C. (2016). Loneliness in schizophrenia and its possible correlates. An exploratory study. *Psychiatry Research*, 246, 211-217.

Tomruk, N. B., Oral, T. (2007). Elektrokonvulsif tedavinin klinik kullanımı: Bir gözden geçirme. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, *8*(4), 302-309.

Townsend, M. C. (2016). *Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliğinin temelleri: kanıta dayalı uygulama bakım kavramları* (6. baskı)(Çev. C. T. Özcan, N. Gürhan) Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi.

Türkmen, S. N., Yorulmaz, M., Koza, E., Özdemir, S. G. (2018). Internalized stigmatization and social functioning in psychiatric patients. *Journal of Turgut Ozal Medical Center*, 25(1), 12-17.

Tuzgöl Dost, M. (2004). *Üniversite öğrencilerinin öznel iyi oluş düzeyleri*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

Uzbay, İ.T. (2019). *Nöropsikofarmakoloji akılcı nöropsikiyatrik ilaç kullanımı* (1. Baskı). İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevleri.

Üçok, A. (2003). Şizofreni hastası neden damgalanır? *Klinik Psikiyatri*, Ek, 1, 3-8.

Üstün, B., Şengün İnan, F. (2018) Psikiyatri hemşireliği uygulamasina bir örnek: damgalamayla mücadele eğitim programi. *Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 15(2), 131-135.

Üstündağ, M. F., Kesebir, S. (2013). İki uçlu bozuklukta içselleştirilmiş damgalanma: Klinik özellikler, yaşam kalitesi ve tedaviye uyum ile ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, *24*(4), 1-9.

Vass, V., Morrison, A. P., Law, H., Dudley, J., Taylor, P., Bennett, K. M., 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*(2), 487-495.

Vos, T., Barber, R. M., Bell, B., Bertozzi-Villa, A., Biryukov, S., Bolliger, I., ... Duan, L. (2015). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The Lancet*, *386*(9995), 743-800.

Watson, A. C., Corrigan, P., Larson, J. E., & Sells, M. (2007). Self-stigma in people with mental illness. *Schizophrenia Bulletin*, 33(6), 1312-1318.

West, M. L., Yanos, P. T., Smith, S. M., Roe, D., Lysaker, P. H. (2011). Prevalence of internalized stigma among persons with severe mental illness. *Stigma Research and Action, 1*(1), 3-10.

Yakışır, S. S. (2019). *Şizofreni hastalarının karşılanmayan ihtiyaçları* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi), Kocaeli üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kocaeli.

Yağcıoğlu, A. E. A. (2007). Antipsikotik ilaçların etki mekanizmaları: şizofreni tedavisinde" atipiklik" bir üstünlük mü. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18(4), 364-374.

Yanos, P. T., Roe, D., Markus, K., Lysaker, P. H. (2008). Pathways between internalized stigma and outcomes related to recovery in schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatric Services*, 59(12), 1437-1442.

Yanos, P. T., West, M. L., Gonzales, L., Smith, S. M., Roe, D., Lysaker, P. H. (2012). Change in internalized stigma and social functioning among persons diagnosed with severe mental illness. *Psychiatry research*, 200(2-3), 1032-1034.

Yanos, P. T., DeLuca, J. S., Roe, D., Lysaker, P. H. (2020). The impact of illness identity on recovery from severe mental illness: A review of the evidence. *Psychiatry research*, 288, 112950.

Yaşar, M. R. (2007). Yalnızlık. *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 17(1), 237-260.

Yıldırım, T. (2018). *Şizofreni hastalarında içselleştirilmiş damgalanma ile yalnızlık arasındaki ilişki* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi), İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Malatya.

Yıldız, M., Erim, R., Soygur, H., Tural, U., Kiras, F., Gules, E. (2018). Development and validation of the Subjective Recovery Assessment Scale for patients with schizophrenia. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*, 28(2), 163-169.

Yılmaz, E. (2012). *Şizofreni hastalarında içselleştirilmiş damgalanmanın tedaviye uyuma etkisi* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi), Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.

Yurcu, G., Kocakula, Ö. (2015). Konaklama işletmelerinde çalışan yalnızlığının öznel iyi oluş üzerine etkisi. *Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2 (1), 30-41

Zalazar, V., Valdez, J. C., Mascayano, F., Vera, N., Scorza, P., & Agrest, M. (2017). Feasibility and psychometric properties of the Recovery Assessment Scale (RAS) in people with mental illness for its use in Argentina. *Journal of Psychosocial Rehabilitation and Mental Health*, 4(2), 179-188.

FORMLAR

Ek 1: Kişisel Bilgi Formu

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

AÇIKLAMA: Bu çalışmada amaç psikiyatri hastalarında içselleştirilmiş damgalanmanın, yalnızlık ve öznel iyi oluş arasındaki ilişkiyi saptamaktır. **Sizden alacağımız bilgiler araştırma ekibince saklı tutulacak ve araştırma dışında kullanılmayacaktır.**

Katılımınız için teşekkür ederiz.

1.Kaç Yaşındasınız? .....

2.Cinsiyetiniz nedir?

a) Erkek b) Kadın

3.Doğum yeriniz?

a) Büyükşehir b) İlçe c) Köy

4.Hayatınızı en çok nerede geçirdiniz?

a) Büyükşehir b) İlçe c) Köy

5.Kaç kardeşsiniz? .....

6.Medeni durumunuz nedir?

a) Evli b) Bekar c) Boşanmış

7.Kimlerle yaşıyorsunuz?

a) Yalnız b) Anne-baba c) Akrabalar d) Eş ve çocuklar e) Bakım evi/huzurevi

8.Eğitim düzeyiniz nedir?

a) Okuryazar b) İlkokul c) Lise d) Önlisans/Lisans e) Lisansüstü

9.Çalışma durumunuz nedir?

a) Tam zamanlı b) Yarı zamanlı c) Çalışmıyor d) Emekli

10.Gelir düzeyiniz nasıl?

a) Giderim gelirimden az b) Giderim gelirimle eşit c) Gelirim giderimden fazla

SHOT ON MI 8
AI DUAL CAMERA
CamScanner ile tarandı

Ek 2: Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği (RHİDÖ)

Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği (RHİDÖ)

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

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

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

		Kesinlikle aynı fikirde değilim	Aynı fikirde değilim	Aynı fikirdeyim	Kesinlikle aynı fikirdeyim
1	Ruhsal bir hastalığım olduğu için kendimi bu dünyada bir yabancı gibi hissediyorum	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 yaklaşmaktan 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 davranmama neden olabileceğinden dolayı eskisi kadar sosyal değilim	1	2	3	4
10	Ruhsal hastalığı olan kişiler iyi ve doyum verici bir hayat yaşayamazlar.	1	2	3	4
11	İnsanları ruhsal hastalığımla sıkmak istemediğimden dolayı, kendi hakkımda fazla konuşmam.	1	2	3	4

SHOT ON MI 8
AI DUAL CAMERA
CamScanner ile tarandı

12	Halk arasındaki ruhsal hastalıklarla ilgili olumsuz düşünceler, benim "normal" yaşamın dışında kalmama neden oluyor.	1	2	3	4
13	Ruhsal hastalığı olmayan kişilerle birlikteyken, kendimi sanki o ortama ait değilmiş ve yetersizmişim gibi hissediyorum	1	2	3	4
14	Ruhsal hastalığı açıkça anlaşılan biriyle toplum içinde birlikte görülmek beni rahatsız etmez.	1	2	3	4
15	Sırf ruhsal hastalığımdan dolayı insanlar bana sık sık ne yapmam gerektiğini söyleyip, sanki çocukmuşum gibi davranırlar	1	2	3	4
16	Ruhsal hastalığım olduğu için kendimden memnun değilim.	1	2	3	4
17	Ruhsal hastalığımın olması hayatımı berbat etti.	1	2	3	4
18	İnsanlar görünüşümden ruhsal bir hastalığımın olduğunu anlayabilirler	1	2	3	4
19	Ruhsal hastalığımdan dolayı benimle ilgili çoğu kararı başkalarının vermesine ihtiyaç duyarım	1	2	3	4
20	Ailemi ve arkadaşlarımı utandırmamak için sosyal ortamlardan uzak dururum	1	2	3	4
21	Ruhsal hastalığı olmayanların beni anlamaları mümkün değildir	1	2	3	4
22	Sırf ruhsal hastalığım olduğu için insanlar beni göz ardı eder ya da pek ciddiye almazlar	1	2	3	4
23	Ruhsal hastalığım olduğu için topluma hiçbir katkım 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

SHOT ON MI 8
AI DUAL CAMERA
CamScanner ile tarandı

Ek 3: UCLA Yalnızlık Ölçeği – 3.Versiyon

UCLA-Yalnızlık Ölçeği – 3.Versiyon

Aşağıda çeşitli duygu ve düşünceleri içeren ifadeler verilmektedir. Sizden istenilen her ifade de tanımlanan duygu ve düşünceyi ne sıklıkta hissettiğinizi ve düşündüğünüzü her biri için tek bir kutuyu işaretleyerek belirtiniz.

Durak, M. & Senol-Durak, E. (2010). Psychometric Qualities of the UCLA Loneliness Scale-Version 3 as Applied in Turkish Culture. *Educational Gerontology, 36*(10-11) kaynağından alınan ölçek sayın Mithat Durak'tan veya www.mithatdurak.com adresine üye olunarak görülebilir.

SHOT ON MI 8
AI DUAL CAMERA
CamScanner ile tarandı

Ek 4: Öznel İyileşmeyi Değerlendirme Ölçeği (ÖzİDÖ)

Öznel İyileşmeyi Değerlendirme Ölçeği (ÖİDÖ):						
	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 durumlarla başa çıkabiliyorum					
9	Çevremdeki insanlar bana güveniyor					
10	Çevrem tarafından aranan ve önemsenen birisiyim					
11	Hastalığımın tedavisi için elimden geleni yapıyorum					
12	Hastalığımın 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					

SHOT ON MI 8
AI DUAL CAMERA
CamScanner ile tarandı

Ek 5: Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Sizi Dr. Öğr. Üyesi Sevil Yılmaz danışmanlığında Mert Küçükşahinoğlu tarafından yürütülen " Psikiyatri Hastalarında İçselleştirilmiş Damgalanmanın Yalnızlık ve Öznel İyi Oluş ile İlişkisi " başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmanın amacı psikiyatri hastalarında içselleştirilmiş damgalamanın, yalnızlık ve öznel iyi oluş ile ilişkisini araştırılmasıdır. Araştırmada sizden tahminen 20 dakikanızı ayırmanız istenmektedir. Araştırmada sizden üç adet ölçek çözmeniz istenecektir. Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz **gizli tutulacaktır**; ancak verileriniz yayın amacı ile kullanılabilir. İletişim bilgileriniz ise sadece izninize bağlı olarak ve farklı araştırmacıların sizinle iletişime geçebilmesi için "ortak katılımcı havuzuna" aktarılabilir. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya mertkso24@gmail.com e-posta adresi ve 05318317092 numaralı telefondan ulaşabilirsiniz. Araştırma tamamlandığında genel/size özel sonuçların sizinle paylaşılmasını istiyorsanız lütfen araştırmacıya iletiniz.

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı/araştırmacılar tarafından yapıldı. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda yeterli güven verildi.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve telkin olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının :
Adı-Soyadı:.....
İmzası:
İletişim Bilgileri: e-posta: Telefon:
İletişim bilgilerimin diğer araştırmacıların benimle iletişime geçebilmesi için "ortak araştırma havuzuna" aktarılmasını;
☐ kabul ediyorum ☐ kabul etmiyorum (lütfen uygun seçeneği işaretleyiniz)

Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin;

Veli veya Vasisinin

Adı-Soyadı:.....
İmzası:

Araştırmacının

Adı-Soyadı:
İmzası:

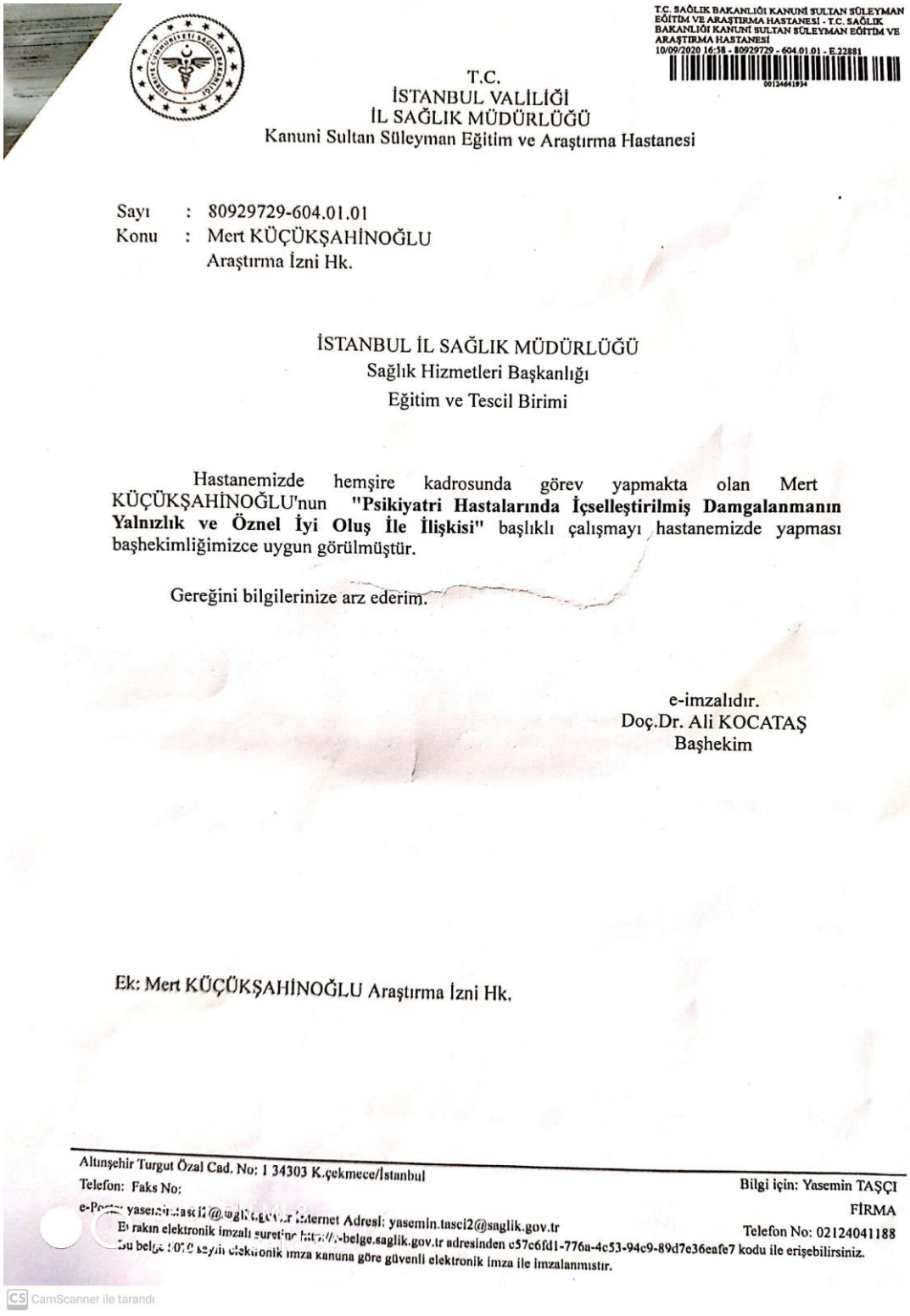
Şahidin:
Adı-Soyadı:.....
İmzası:

SHOT ON MI 8
AI DUAL CAMERA
CamScanner ile tarandı

ETİK KURUL KARARI

Ek 6: Etik Kurul İzni

Ek 7: Kurum İzni



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI KANUNİ SULTAN SÜLEYMAN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ - T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI KANUNİ SULTAN SÜLEYMAN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
10/09/2020 16:58 - 80929729 - 604.01.01 - E.22881
00134661934

T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Sayı : 80929729-604.01.01
Konu : Mert KÜÇÜKŞAHİNOĞLU
Araştırma İzni Hk.

İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Sağlık Hizmetleri Başkanlığı
Eğitim ve Tescil Birimi

Hastanemizde hemşire kadrosunda görev yapmakta olan Mert KÜÇÜKŞAHİNOĞLU'nun **"Psikiyatri Hastalarında İçselleştirilmiş Damgalanmanın Yalnızlık ve Öznel İyi Oluş İle İlişkisi"** başlıklı çalışmayı hastanemizde yapması başhekimliğimizce uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır.
Doç.Dr. Ali KOCATAŞ
Başhekim

Ek: Mert KÜÇÜKŞAHİNOĞLU Araştırma İzni Hk.

Altınşehir Turgut Özal Cad. No: 1 34303 K.çekmece/İstanbul
Telefon: Faks No:
e-Posta: yasemin.tasci2@saglik.gov.tr Internet Adresi: yasemin.tasci2@saglik.gov.tr
Bilgi için: Yasemin TAŞÇI
FİRMA
Telefon No: 02124041188
Ekrakın elektronik imzalı suretine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden e57e6fd1-776a-4e53-94e9-89d7e36eafe7 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

CamScanner ile tarandı

Ek 8: İl Sağlık Müdürlüğü İzni

İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - İSTANBUL EĞİTİM ve TESCİL BİRİMİ
20/10/2020 19:04 - 15916306 - 604.01.01 - E.6168
00127153494

T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : 15916306-604.01.01
Konu : Mert KÜÇÜKŞAHİNOĞLU'nun
Yüksek Lisans Araştırma İzni Hk.

KANUNİ SULTAN SÜLEYMAN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİNE

İlgi : 10/09/2020 tarihli ve 80929729-604.01.01-22881 sayılı yazı.

İlgi sayılı yazınızda belirtilen Hastanenizde hemşire kadrosunda görev yapmakta olan İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Üniversitesi Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans öğrencisi Mert KÜÇÜKŞAHİNOĞLU'nun, **"Psikiyatri Hastalarında İçselleştirilmiş Damgalanmanın Yalnızlık ve Öznel İyi Oluş İle İlişkisi"** konulu yürütmekte olduğu tezini, hastanenizde yapması ile ilgili başvuru evrakları Başkanlığımıza iletilmiştir.

Söz konusu araştırma talebi, Müdürlüğümüz Sağlık Hizmetleri Başkanlığı Araştırma, Basılı Yayım, Duyuru İçeriği Değerlendirme Komisyonu **05.10.2020 tarih** ve **2020/35 sayılı** kararınca uygun görülmüştür. Çalışmanın kurumunuzun uygun gördüğü zaman diliminde (başvuru dosyasında belirtilen aralık gözetilerek) sürecin koordinasyonunun tarafınızca sağlanması, çalışma bitiminde bir nüshasını elektronik ortamda (CD halinde) Müdürlüğümüze teslim edilmesi gerektiğinin çalışmada adı geçen kişiye tebliği hususunda;

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

e-imzalıdır.
Uz. Dr. Hasan Basri VELİOĞLU
Başkan

İstanbul Cad. General Kani Elitez Sk. No:8 / 1 Yenimahalle / Bakırköy
Telefon: Faks No:
e-Posta:arzu.sarmusak@saglik.gov.tr İnt.Adresi: www.istanbulsaglik.gov.tr
Bilgi için:Arzu SARMUSAK
SÜREKLİ İŞÇİ
Telefon No:(0 212) 638 33 99

Evrakın elektronik imzalı suretine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden c57c6fd1-776a-4c53-94c9-89d7e36eafe7 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek 9: Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği Kullanım İzni

Gmail

Mert Küçükşahinoğlu <mertkso24@gmail.com>

Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği Hakkında

Mehmet Akif Ersoy <akifersoy@gmail.com> 11 Eylül 2019 19:19
Alıcı: Mert Küçükşahinoğlu <mertkso24@gmail.com>

ÖLÇEK AŞAĞIDA
KOLAY GELSİN

> On 11 Sep 2019, at 18:00, Mert Küçükşahinoğlu <mertkso24@gmail.com> wrote:
>
> Merhaba
>
> İyi günler ben Mert Küçükşahinoğlu, İstanbul Cerrahpaşa Üniversitesi Ruh Sağlığı Ve Psikiyatri Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisiyim. Psikiyatri Hastalarında İçselleştirilmiş Damgalanmanın Yalnızlık ve Öznel İyi Oluş ile İlişkisi isimli çalışmamda izniniz olursa sizin geçerlik ve güvenirliğini yaptığınız Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeğini kullanmak istiyorum. Saygılarımla
>
>
> Mert Küçükşahinoğlu

olcek - İRHDÖ.pdf
209K

Ek 10: UCLA Yalnızlık Ölçeği - 3. Versiyon Kullanım İzni

Gmail **Mert Küçükşahinoğlu <mertkso24@gmail.com>**

UCLA Yalnızlık ölçeği 3. Versiyon Hakkında

Mithat Durak <mithatdurak@gmail.com> 11 Eylül 2019 19:52
Alıcı: Mert Küçükşahinoğlu <mertkso24@gmail.com>

Sayın Küçükşhinoğlu,

UCLA Yalnızlık Ölçeği – III. versiyonunu aşağıda yazan hususlar çerçevesinde araştırmanızda kullanabilirisiniz.

İyi çalışmalar...

İlgilendiğiniz ölçeğe/ölçeklere ve ölçek bilgilerine ya da makalelerine web siteme (www.mithatdurak.com) üye olarak ulaşabilirsiniz.

Geliştirdiğimiz/uyarladığımız psikometrik ölçüm araçları ticari amaç gütmeyen bilimsel çalışmalarda ve uygulamalarda tarafımdan **izin alarak** kullanabilir. Ticari amaç güden çalışmalar için tarafıma başvurulduğunda telif için görüşebiliriz. İzin almaksızın ölçeklerin kullanımında; her türlü yasal hakkım saklıdır, gerektiğinde **etik ve hukuki süreçlere başvurabilirim**.

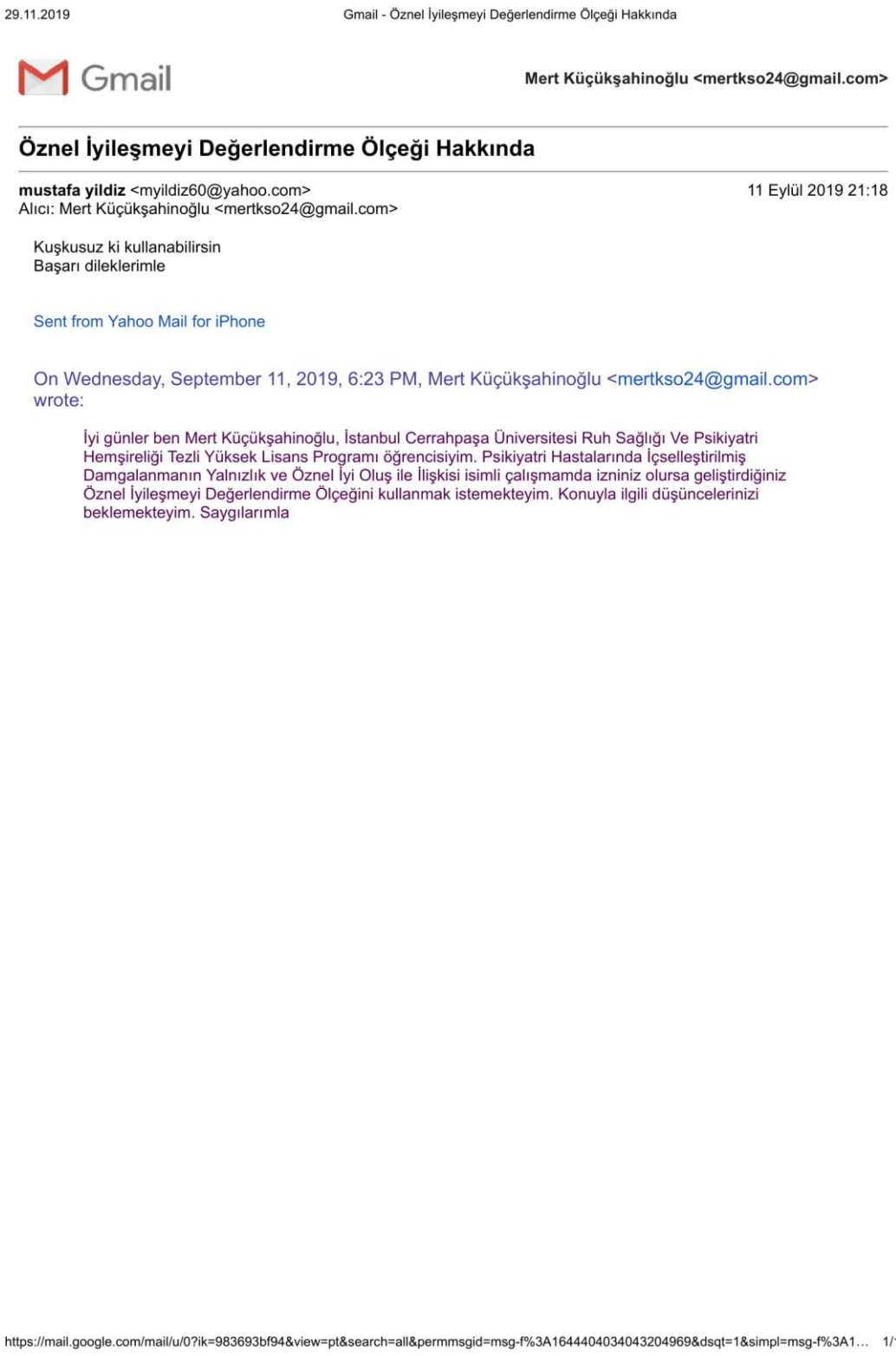
Ölçeklerimizin her türlü kullanımında; ilgili ölçeğimizin kaynakçası ölçek için çoğaltılan her sayfanın altında **dipnot** olarak verilmelidir. Aksi halde, ilgili ölçeğin kullanım için tarafımdan izin alınmış olsa bile bu izin geçersizdir.

Verdiğimiz bu izin, ölçeklerimizin tamamını ya da bir kısmını yansıtacak şekilde ölçek maddelerimizin üçüncü kişilerin göreceği şekilde yayınlanması iznini (örneğin yayınlanan tezlerde ekler/appendix kısmında ölçek maddelerinin yayınlanması) kapsamamaktadır. Bu hususa özen göstermeniz ve **ölçeklerimizin maddelerini üçüncü kişilerin göreceği şekilde hiçbir yerde hiçbir şekilde yayınlamamanız gerekmektedir**. Ölçek maddelerinin tümünü ve/veya bir kısmını üçüncü kişilerin göreceği şekilde bir yerde yayınlamanız halinde her türlü yasal hakkım saklıdır, gerektiğinde etik ve hukuki süreçlere başvurabilirim.

Web siteme kayıt olduğunuzda (www.mithatdurak.com) ilgilendiğiniz ölçeğe ya da ölçeklere ve bu ölçekle ya da ölçeklerle ilgili bilgilere ve makalelere ulaşabilirsiniz. Bunun için lütfen **kayıt formundaki tüm bilgileri eksiksiz giriniz**, sizden istenen bilgileri saklama tutumu göstermeyiniz. Aksi takdirde, üyeliğinizi onaylamam ve ölçeklere ulaşmanız mümkün olamayacaktır.

Mert Küçükşahinoğlu <mertkso24@gmail.com>, 11 Eyl 2019 Çar, 19:37 tarihinde şunu yazdı:
[Alıntılanan metin gizlendi]
[Alıntılanan metin gizlendi]

Ek 11: Öznel İyileşmeyi Değerlendirme Ölçeği Kullanım İzni



29.11.2019 Gmail - Öznel İyileşmeyi Değerlendirme Ölçeği Hakkında

Gmail

Mert Küçükşahinoğlu <mertkso24@gmail.com>

Öznel İyileşmeyi Değerlendirme Ölçeği Hakkında

mustafa yildiz <myildiz60@yahoo.com> 11 Eylül 2019 21:18
Alıcı: Mert Küçükşahinoğlu <mertkso24@gmail.com>

Kuşkusuz ki kullanabilirsin
Başarı dileklerimle

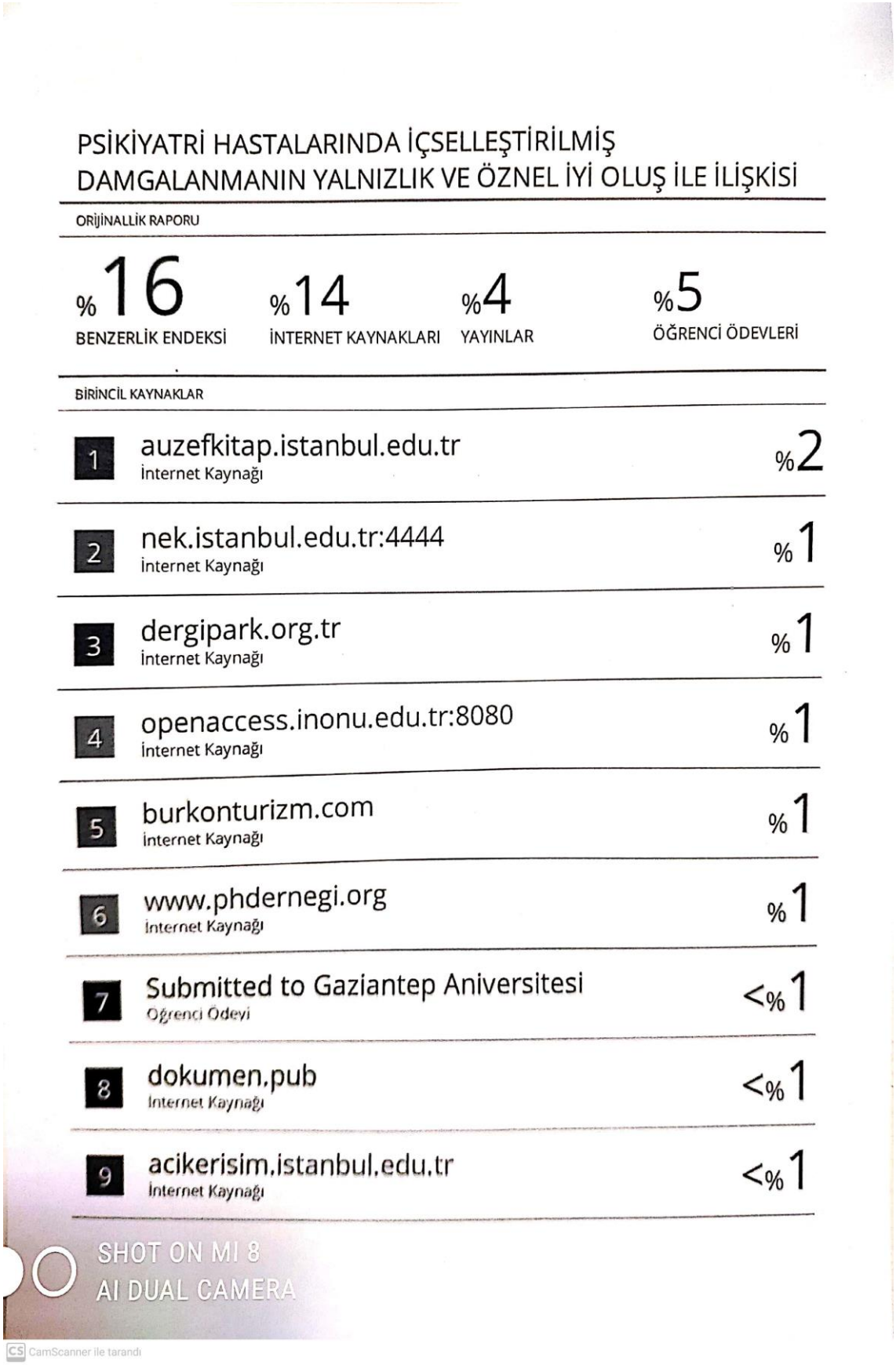
Sent from Yahoo Mail for iPhone

On Wednesday, September 11, 2019, 6:23 PM, Mert Küçükşahinoğlu <mertkso24@gmail.com> wrote:

İyi günler ben Mert Küçükşahinoğlu, İstanbul Cerrahpaşa Üniversitesi Ruh Sağlığı Ve Psikiyatri Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisiyim. Psikiyatri Hastalarında İçselleştirilmiş Damgalanmanın Yalnızlık ve Öznel İyi Oluş ile İlişkisi isimli çalışmamda izniniz olursa geliştirdiğiniz Öznel İyileşmeyi Değerlendirme Ölçeğini kullanmak istemekteyim. Konuyla ilgili düşüncelerinizi beklemekteyim. Saygılarımla

https://mail.google.com/mail/u/0?ik=983693bf94&view=pt&search=all&permmsgid=msg-f%3A1644404034043204969&dsqt=1&simpl=msg-f%3A1… 1/1

İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI



PSİKİYATRİ HASTALARINDA İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMANIN YALNIZLIK VE ÖZNEL İYİ OLUŞ İLE İLİŞKİSİ

ORİJİNALLİK RAPORU

%16	%14	%4	%5
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	auzefkitap.istanbul.edu.tr İnternet Kaynağı	%2
2	nek.istanbul.edu.tr:4444 İnternet Kaynağı	%1
3	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	%1
4	openaccess.inonu.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	%1
5	burkonturizm.com İnternet Kaynağı	%1
6	www.phdernegi.org İnternet Kaynağı	%1
7	Submitted to Gaziantep Aniversitesi Öğrenci Ödevi	<%1
8	dokumen.pub İnternet Kaynağı	<%1
9	acikerisim.istanbul.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1

SHOT ON MI 8
AI DUAL CAMERA
CamScanner ile tarandı