

**T.C.
NEVŞEHİR HACI BEKTAŞ VELİ ÜNİVERSİTESİ
FEN BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**RUH SAĞLIĞI SORUNU OLAN HASTALARDA
İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALAMA, SOSYAL DESTEK
VE BUNLARIN TEDAVİYE UYUMA ETKİSİ**

**Tezi Hazırlayan
Nazmiye ÇALIŞKAN**

**Tez Danışmanı
Doç. Dr. Figen İNCİ**

**Hemşirelik Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi**

**Haziran 2019
NEVŞEHİR**

Doç.Dr. Figen İNCİ (I. Danışman) ve Dr. Öğr. Üyesi Rahşan KOLUTEK (II. Danışman) danışmanlığında Nazmiye ÇALIŞKAN tarafından hazırlanan “**Ruh Sağlığı Sorunu Olan Hastalarda İçselleştirilmiş Damgalama, Sosyal Destek ve Bunların Tedaviye Uyuma Etkisi**” başlıklı bu çalışma, jürimiz tarafından Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalında **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

17.06.2019

JÜRİ

İMZA

Başkan: Prof. Dr. Nimet KARATAŞ

(Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Semra ve Vefa Küçük Sağlık Yüksekokulu)

Üye: Doç. Dr. Figen İNCİ (Danışman)

(Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi Zübeyde Hanım Sağlık Yüksekokulu)

Üye: Dr. Öğr. Üyesi Arzu YÜKSEL

(Aksaray Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi)

ONAY:

Bu tezin kabulü Enstitü Yönetim Kurulunun **17.07.2019** tarih ve **42-431** sayılı kararı ile onaylanmıştır.

17/07/2019

Prof. Dr. Şahlan ÖZTÜRK
Enstitü Müdürü

TEZ BİLDİRİM SAYFASI

Tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu çalışmada yer alan bütün bilgilerin bilimsel ve akademik kurallar çerçevesinde elde edilerek sunulduğunu ve bana ait olmayan her türlü ifade ve bilginin kaynağına eksiksiz atıf yapıldığını bildiririm.


Nazmiye ÇALIŞKAN

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimin süresince bilgi ve birikimleri paylaşan Prof. Dr. Nimet KARATAŞ'a,

Hem üniversite döneminde öğrencisi olarak engin bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım, hem de tez çalışmam boyunca bana yol gösteren, sabrını ve desteğini hiç esirgemeyen, tez danışmanım, canım hocam, Doç. Dr. Figen İNCİ'ye,

İkinci danışmanlık görevini kabul eden Dr. Öğr. Üyesi Rahşan KOLUTEK'e

Evlatları olmaktan gurur duyduğum, beni ben yapan hayatımdaki en değerli iki insana; anneme ve babama,

Yürüdüğüm bu yolda bana inanan kardeşlerime,

Ve desteklerini hissettiğim tüm arkadaşlarıma teşekkür ederim.

RUH SAĞLIĞI SORUNU OLAN HASTALARDA İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALAMA, SOSYAL DESTEK VE BUNLARIN TEDAVİYE UYUMA ETKİSİ

(Yüksek Lisans Tezi)

Nazmiye ÇALIŞKAN

**NEVŞEHİR HACI BEKTAŞ VELİ ÜNİVERSİTESİ
FEN BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

Haziran 2019

ÖZET

Günümüzde psikiyatrik hastalığı olan bireyler hala tüm dünyada büyük bir damgalama ve ayrımcılık ile karşı karşıya kalmaktadır. Damgalama hastalığın gidişatını ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyen dolayısıyla tedaviye uyumu zorlaştıran etmenlerden biri olarak değerlendirilebilir. Ayrımcılık ve damgalama nedeniyle toplum dışına itilen ruh sağlığı sorunu olan hastalar sosyal destek kaynaklarını kaybetmektedirler. Ruh sağlığı sorunu olan hastaların tedavisinde sosyal desteğin önemi göz ardı edilemez. Bu araştırma ruh sağlığı sorunu olan hastaların tedaviye uyumlarını olumsuz etkileyebileceği düşünülen, içselleştirilmiş damgalama ve sosyal destek yetersizliğinin incelenmesi ve bunların tedaviye uyuma etkisinin araştırılması amacıyla yapılmıştır. Araştırmanın evrenini Şanlıurfa İl Merkezinde bulunan, Şanlıurfa Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde ruhsal sorunları nedeniyle ayaktan tedavi gören hastalar oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini ise; Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'nde Haziran 2018 - Ağustos 2018 tarihleri arasında ruhsal hastalık tanısı ile takip edilen, araştırmaya dâhil edilme kriterlerini karşılayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 200 hasta oluşturmuştur. Araştırmada veri toplama aracı olarak; araştırmacılar tarafından ilgili literatür taranarak hazırlanan sosyodemografik bilgileri içeren Kişisel Bilgi Formu, Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalama Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Morisky Uyum Ölçeği kullanılmıştır. Çalışmada elde edilen veriler SPSS istatistik paket programında (Version22, ChicagoIL, USA) değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı ve analitik istatistikler kullanılmıştır. Veri toplama araçlarından elde edilen veriler sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma değerleri ile incelenmiştir. Sayısal değişkenler ile ölçeklerden alınan puanlar arasındaki ve ölçeklerin

birbirleri ile arasındaki ilişki Spearman Korelasyon analizi ile kategorik değişkenlerde ölçeklerden alınan puanlar arasındaki fark ise ikili gruplarda Mann Whitney U, ikiden fazla gruplarda ise Kruskal Wallis testi ile değerlendirilmiştir. Karşılaştırmalarda $p < 0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Araştırmaya katılan bireylerin Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalama Ölçeği (RHİDÖ) toplam puan ortalaması 67.59 ± 16.46 , Yabancılaşma alt boyutu puan ortalaması 15.16 ± 4.60 , Kalıp Yargılar alt boyutu puan ortalaması 13.76 ± 3.68 , Algılanan Ayrımcılık alt boyutu puan ortalaması 10.05 ± 4.03 , Sosyal Geri Çekilme alt boyutu puan ortalaması 15.92 ± 4.77 , Damgalamaya Karşı Direnç alt boyutu puan ortalaması 12.69 ± 3.46 'dır. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) toplam puan ortalaması 47.27 ± 19.58 , Aile alt boyutu puan ortalaması 19.78 ± 7.95 , Arkadaş alt boyutu puan ortalaması 15.27 ± 9.38 , Özel Biri alt boyutu puan ortalaması 12.21 ± 9.29 'dur. Morisky Uyum Ölçeği Yüksek Uyum alt boyutu %24.5, Orta Düzey Uyum alt boyutu %50.5, Düşük Uyum alt boyutu ise %25.0 olarak belirlenmiştir. RHİDÖ Toplam puan ile ÇBASDÖ toplam puan ($r: -0.45$) ve ÇBASDÖ'nün Aile ($r: -0.34$), Arkadaş ($r: -0.33$) ve Özel Biri ($r: -0.32$) Alt Boyut puanları arasında negatif yönde zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki belirlenmiştir ($p < 0.05$). Araştırmaya katılan hastaların psikiyatrik hastalık süresi ile ÇBASDÖ Toplam puanı arasında negatif yönde çok zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r: -0.21$, $p < 0.05$). Sonuçlar incelendiğinde, araştırmamıza katılan ruh sağlığı sorunu olan bireylerin orta düzeyde içselleştirilmiş damgalamaya sahip oldukları ve orta düzeyde sosyal destek algıladıkları bulunmuştur. Ruhsal hastalıklarda tedaviye uyumda risk gruplarını belirlemede uzun süre hastalık tanısı ile izlenen ve sosyal desteği eksik algılayan hastaların dikkate alınması gerektiği söylenebilir.

Anahtar Kelimeler: *Ruh sağlığı, İçselleştirilmiş damgalama, Sosyal destek, Tedaviye uyum.*

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Figen İnci
Sayfa Adeti: 95

**EFFICIENCY INTERNALIZED STIGMA, SOCIAL SUPPORT AND THE
EFFECTS OF THEM TO THE ADAPTATION OF TREATMENT IN PATIENTS
WITH MENTAL HEALTH PROBLEMS**

(M. Sc. Thesis)

Nazmiye ÇALIŞKAN

**NEVŞEHİR HACI BEKTAŞ VELİ UNIVERSITY
GRADUATE SCHOOL OF NATURAL AND APPLIED SCIENCES**

June 2019

ABSTRACT

Today, individuals with psychiatric disorders are still facing a great deal of stigma and discrimination all over the world. Stigmatization can be considered as one of the factors that adversely affect the course of the disease and the quality of life. Patients with mental health problems who are pushed out of society due to discrimination and stigmatization lose their social support resources. The importance of social support in the treatment of patients with mental health problems can not be ignored. This study was carried out to investigate the effect of internalized stigma and social support deficits which are thought to affect the adaptation of the patients with mental health problems negatively to their treatment and to investigate their effect on treatment compliance. The population of the study consisted of the patients who were treated at the Mehmet Akif İnan Training and Research Hospital in Şanlıurfa City Center and were treated as outpatients due to their mental problems. The sample of the research; Between June 2018 and August 2018, the 200 patient who were followed up with the diagnosis of psychiatric disorder at the Psychiatry Outpatient Clinic of Mehmet Akif İnan Training and Research Hospital and met the criteria for inclusion in the study and accepted to participate in the study. As a data collection tool; Personal Information Form containing the sociodemographic information prepared by searching the related literature by the researchers, Internalized Stamping Scale of Mental Illnesses, Multidimensional Scale of Perceived Social Support and Morisky Adjustment Scale were used. The data obtained from the study were evaluated in SPSS statistical package program (Version22, Chicago IL, USA). The data obtained from data collection tools were analyzed with number, percentage, mean and standard deviation values. The relationship between the numerical variables and the scores obtained from the scales

and the relationship between the scales by Spearman correlation analysis, The difference between the scores obtained from the scales in categorical variables is Mann Whitney U, Kruskal Wallis test was used in more than two groups. $p < 0.05$ was considered statistically significant in the comparisons. The total score average of the internalized Stigma of Mental Illnesses was 67.59 ± 16.46 , The mean score of the alienation sub-dimension is 15.16 ± 4.60 , The mean value of Mold Judgments sub-dimension is 13.76 ± 3.68 , The average of the perceived Discrimination sub-dimension is 10.05 ± 4.03 , The average of the withdrawal sub-dimension is 15.92 ± 4.77 , The average of the stigma sub-dimension is 12.69 ± 3.46 . The mean total score of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support was 47.27 ± 19.58 , The mean of the family sub-dimension was 19.78 ± 7.95 , The mean of friend sub-dimension is 15.27 ± 9.38 , The mean of the special sub-dimension is 12.21 ± 9.29 . Morisky Fit Scale High Fit subscale 24.5%, Medium Adaptation sub-dimension was 50.5%, The Low Adaptation subscale was determined as 25.0%. Internalized Stigma Scale of Mental Disorders Total score with Multi-Dimensional Perceived Social Support Scale total score ($r: -0.45$) and Multidimensional Scale of Perceived Social Support Family ($r: -0.34$), Friend ($r: -0.33$) and Private Person ($r: -0.32$) There was a statistically significant negative correlation between the sub-dimension scores ($p < 0.05$). There was a very weak negative correlation between the duration of psychiatric illness and the total score of Multidimensional Scale of Perceived Social Support ($r: -0.21$, $p < 0.05$). When the results were examined, it was found that individuals with mental health problems who participated in our study had moderate internalized stigma and received moderate social support. It can be said that patients with mental illnesses who are diagnosed with the disease for a long time and who do not have any social support should be taken into consideration.

Keywords: Mental health, Internalized stamping, Social support, Adaptation to treatment.

Thesis Advisor: Assoc. Dr. Figen İnci

Number of Pages: 95

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY SAYFASI.....	i
TEZ BİLDİRİM SAYFASI.....	ii
TEŞEKKÜR.....	iii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT.....	vi
TABLolar LİSTESİ.....	xii
SİMGELER VE KISALTMALAR LİSTESİ.....	xii
1. BÖLÜM.....	1
GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. BÖLÜM.....	5
GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Ruhsal Sağlık ve Hastalık.....	5
2.1.1. Tarihsel süreçte ruhsal hastalıklara yönelik tutumlar.....	6
2.1.2. Ruhsal bozukluğu olan bireylerin bakımında psikiyatri hemşiresinin rolleri ve sorumlulukları.....	9
2.2. Damgalama Kavramı.....	9
2.2.1. İçselleştirilmiş damgalanma.....	13
2.2.2. Damgalamanın azaltılmasına yönelik uygulamalar.....	15
2.3. Sosyal Destek Kavramı.....	17
2.3.1. Ruh sağlığı sorunlarında sosyal destek.....	17

2.3.2.	Sosyal desteğin işlevleri.....	19
2.3.3.	Sosyal destek kaynakları.....	21
2.4.	Uyum Kavramı.....	22
2.4.1.	Psikiyatri hastalarında tedaviye uyum.....	22
2.4.2.	Hastaların tedaviye uyumunda psikiyatri hemşiresinin rolü.....	25
3.BÖLÜM.....		27
GEREÇ VE YÖNTEM.....		27
3.1.	Araştırmanın Tipi.....	27
3.2.	Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	27
3.3.	Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	27
3.4.	Araştırmaya Alınma ve Araştırmadan Dışlanma Kriterleri.....	28
3.5.	Verilerin Toplanması.....	28
3.5.1.	Aydınlatılmış Onam Formu.....	28
3.5.2.	Kişisel bilgi formu.....	29
3.5.3.	Ruhsal hastalıkların içselleştirilmiş damgalama ölçeği (RHİDÖ).....	29
3.5.4.	Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği.....	29
3.5.5.	Morisky uyum ölçeği.....	30
3.6.	Ön Uygulama.....	30
3.7.	Uygulama.....	30
3.8.	Verilerin Değerlendirilmesi.....	30
3.9.	Araştırmanın Sınırlılıkları.....	31

3.10.	Araştırmanın Etik Yönü.....	31
4.	BÖLÜM.....	32
	BULGULAR.....	32
5.	BÖLÜM.....	52
	TARTIŞMA.....	52
5.1.	Araştırmaya Katılan Bireylerin Ölçeklerden Aldıkları Ortalama Puanlara İlişkin Bulguların Tartışılması.....	52
5.2.	Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalama Ölçeği (RİHDÖ) ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) Alt Boyutları Arasındaki İlişki ile İlgili Bulguların Tartışılması.....	53
5.3.	Araştırmaya Katılan Bireylerin Yaş ve Psikiyatrik Hastalık Süresi ile Ölçeklerden Alınan Toplam Puanlar Arasındaki İlişki ile İlgili Bulguların Tartışılması.....	54
5.4.	Araştırmaya Katılan Bireylerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre İçselleştirilmiş Damgalanma Puan Ortalamaları ile İlgili Bulguların Tartışılması.....	55
5.5.	Araştırmaya Katılan Bireylerin Hastalık Özelliklerine Göre İçselleştirilmiş Damgalanma Puan Ortalamaları ile İlgili Bulguların Tartışılması.....	57
5.6.	Araştırmaya Katılan Bireylerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Puan Ortalamaları ile İlgili Bulguların Tartışılması.....	59
5.7.	Araştırmaya Katılan Bireylerin Hastalık Özelliklerine Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Puan Ortalamaları ile İlgili Bulguların Tartışılması.....	60
5.8.	Araştırmaya Katılan Bireylerin Morisky Uyum Ölçeği Uyum Düzeyine Göre RİHDÖ ve ÇBASDÖ'den Aldıkları Puan Ortalamaları ile İlgili	

Bulguların Tartışılması.....	61
6. BÖLÜM.....	63
SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....	63
KAYNAKLAR.....	67
EKLER.....	81
EK 1: Hastane Çalışma İzin Formu.....	82
EK 2: Etik Kurul İzin Formu	83
EK 3: Aydınlatılmış Onam Formu.....	84
EK 4: Kişisel Bilgi Formu.....	85
EK 5: Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği.....	90
EK 6: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği.....	92
EK 7: Morisky Uyum Ölçeği	94
ÖZGEÇMİŞ.....	95

TABLolar LİSTESİ

Tablo 4.1.	Araştırmaya Katılan Hastaların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	32
Tablo 4.2.	Araştırmaya Katılan Hastaların Hastalıkla İlgili Özelliklerine Göre Dağılımı.....	33
Tablo 4.3.	Araştırmaya Katılan Hastaların Ölçeklerden Aldıkları Ortalama Puanların Dağılımı.....	35
Tablo 4.4.	Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalama Ölçeği (RİHDÖ) Alt Boyutları ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) Alt Boyutları Arasındaki İlişki.....	36
Tablo 4.5.	Araştırmaya Katılan Hastaların Yaş ve Psikiyatrik Hastalık Süresi ile Ölçeklerden Alınan Toplam Puanlar Arasındaki İlişki.....	38
Tablo 4.6.	Araştırmaya Katılan Hastaların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre RİHDÖ Ortalama Puanlarının Dağılımı.....	39
Tablo 4.7.	Araştırmaya Katılan Hastaların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre ÇBADÖ Ortalama Puanlarının Dağılımı.....	41
Tablo 4.8.	Araştırmaya Katılan Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre RİHDÖ Ortalama Puanlarının Dağılımı.....	43
Tablo 4.9.	Araştırmaya Katılan Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre ÇBASDÖ Ortalama Puanlarının Dağılımı.....	47
Tablo 4.10.	Araştırmaya Katılan Hastaların Morisky Uyum Ölçeği Uyum Düzeyine Göre RİHDÖ Ortalama Puanlarının Dağılımı.....	50
Tablo 4.11.	Araştırmaya Katılan Hastaların Morisky Uyum Ölçeği Uyum Düzeyine Göre ÇBASDÖ Ortalama Puanlarının Dağılımı.....	50

SİMGELER VE KISALTMALAR LİSTESİ

RİHDÖ	Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalama Ölçeği
ÇBASDÖ	Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği
Med	Medyan (ortanca değer)
Min-Max	En küçük, en büyük değer
N	Araştırmanın evreni
N	Araştırmanın örneklemi
(r)	Spearman's Korelasyon
Sig(p)	Significance (anlamlılık)
± ss	Artan ya da azalan standart sapma
\bar{x}	Aritmetik ortalama

1. BÖLÜM

GİRİŞ VE AMAÇ

Ruh sağlığı kültürel normlarla uyumlu, yaşa uygun olan düşünce, duygu ve davranışlarla kanıtlanan, iç ve dış çevredeki stres kaynaklarına başarılı uyum olarak tanımlanmaktadır. Ruhsal bozukluk ise temel ruhsal işlevselliğin, psikolojik, biyolojik ve gelişimsel bir rahatsızlığını yansıtan, bireyin düşünce, duygu ve davranışlarında önemli düzeyde bozulmaya yol açan bir sağlık durumu olarak tanımlanmıştır [1].

Günümüzde her yıl dünya ölçeğinde ruhsal bozukluk geçiren insanların toplam nüfusa oranının %30'a yakın olduğu kabul edilmektedir. Hastalıklar nedeniyle oluşan tüm kayıpların %14'ünün nöropsikiyatrik hastalıklara bağlı olduğu, küresel ölçekte en çok yeti yitimi yaratan 10 hastalığın beşini ruhsal hastalıkların oluşturduğu bilinmektedir [2]. Ulusal düzeyde hastalık yükü açısından değerlendirildiğinde, psikiyatrik hastalıklar kardiyovasküler hastalıklardan sonra ikinci sırada yer almaktadır [3]. Yaklaşık dört kişiden biri yaşamının bir döneminde herhangi bir ruhsal hastalıktan etkilenmektedir [4].

Türkiye Ruh Sağlığı Profili Çalışması'nda nüfusun %18'inin yaşam boyu bir ruhsal hastalık yaşadığı, çocuk ve ergenlerin %11'de klinik düzeyde sorunlu davranış görüldüğü bildirilmiştir. Bulgular dünyada ve ülkemizde ruhsal hastalıkların yaygın olduğunu göstermektedir [3]. Tüm dünyada 2012 yılında bulaşıcı olmayan hastalıklara bağlı ölümlerin %46,2'sini kalp ve damar hastalıkları oluşturmaktadır ayrıca 2013 yılında tüm dünyada diyabet prevalansı %8,3 bulunmuştur [5,6]. Ruh sağlığı sorunlarına bakıldığında ise genel popülasyon içinde yaygın anksiyete bozukluğu ve panik bozukluk prevalansı %3-%5, sosyal anksiyete bozukluğu prevalansı ise %13 olarak belirlenmiştir. Kadınların yaklaşık %21'i ile erkeklerin yaklaşık %13'ünün yaşamları boyunca bir kez klinik olarak depresyona girebilecekleri öngörülmektedir [7,8]. Tüm bu oranlar dikkate alındığında tüm sağlık sorunları arasında ruhsal bozuklukların önemli bir yer tuttuğu söylenebilir. Ruhsal bozukluklar oldukça yaygın olarak görülmeleri, kronikleşme eğiliminde olmaları ve uzun tedavi süreçleri nedeniyle önemli bir halk sağlığı sorunudur [3].

Ruhsal hastalıkların yaygın olmasının yanı sıra bu hastaların çok azı yardım aramaktadır

[9]. Psikiyatrik hastalığa sahip bireyler hala tüm dünyada büyük bir damgalama ve ayrımcılığa maruz kalmaktadır [10]. Yapılan çalışmalar sonucunda toplumun ruhsal hastalıklar konusunda hem olumlu hem de olumsuz inançlara sahip olduğuna yönelik bulgular elde edilmekle birlikte, ruhsal bozukluğu olan bireylere karşı damgalayıcı, dışlayıcı bir tutumunun belirgin olduğu görülmektedir [11-13].

Ruhsal hastalığın doğrudan etkileri nedeniyle oluşan sosyal geri çekilme ve toplumsal damgalamanın yanı sıra, içselleştirilmiş damgalama da kişinin kendisini toplumdan sosyal olarak geri çekmesine neden olmaktadır [14]. İçselleştirilmiş damgalama, damgalanan bireylerin kendilerine yönelik tepkileridir [15]. Damgalamanın içselleştirilmesi utanç, düşük benlik saygısı, düşük kendilik değeri gibi olumsuz duygusal tepkilere ve otomatik düşüncelere yol açar [16]. Bir kez 'ruh sağlığı bozukluğu' tanısını alan birey, istese de istemese de kendisini olumsuz kalıp yargıların yönlendirildiği o grubun bir üyesi gibi hisseder [17]. Ruhsal hastalığa sahip bireyler açık bir ayrımcılık ya da kötü davranışa maruz kalmasalar bile psikiyatrik hastalık nedeniyle kendilerini damgalanmış olarak hissetmektedirler [18]. Bu da hastalığın gidişatını ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyen dolayısıyla tedaviye uyumu zorlaştıran etmenlerden biri olarak değerlendirilebilir.

Psikiyatri hastalarının tedaviye uyumunda sosyal destek son derece önemlidir. Kişinin iyilik haline katkı sağlayan aile ve arkadaş gibi kaynaklar sosyal destek olarak tanımlanır. Sosyal destek, kişiye değerli olduğunu, kendisi ile ilgilenildiğini, ona saygı duyulduğunu ve toplum tarafından kabul gördüğünü anlamasını sağlayan bir süreçtir. Sosyal desteğin varlığı, ruhsal bozukluğun iyileşmesinde önemli bir unsur olduğundan, hastaya somut olarak yardımda bulunurken tedaviye uyum sağlayıcı nitelik de içermelidir [19-21]. Psikiyatrik hastalığı olan bireyler için toplumda sosyal desteğin en önemli kısmını aile ve çevresi oluşturmaktadır. Ailesi, çevresi ve psikososyal etkenler hastanın iyilik halini belirleyen en önemli faktörlerdir. Aile ve çevre desteğinin varlığı hastanın tedavisinde uzun dönemli olumlu sonuçlar verir [22].

Ruh sağlığı sorunlarının tedavisinde en sık karşılaşılan sorun tekrarlı yatışlardır. "Döner kapı fenomeni" psikiyatride kliniğe tekrarlı yatışların çokluğunu açıklamak için kullanılan bir metafordur. Hastanın tedaviye uyumunun sağlanamadığı durumlarda, klinikte remisyonu sağlanıp taburcu edilen hasta çok kısa sürede hastalık belirtileri

alevlenmiş olarak geri dönmektedir.

Tedaviye uyum, hastanın, tedavi ekibinin tüm önerilerine davranış boyutunda uyum göstermesidir [23]. Tedaviye uyumsuzluğun söz konusu olduğu durumlarda bunların nedenleri açıklanmalıdır. Psikiyatride tedaviye uyumsuzluğun nedenleri arasında, kişinin hastalığa karşı iç görüşünün olmaması, hastalığın psikopatolojisi, ilaç kullanımına ilişkin olumsuz tutumlar ve hastalığın seyri gibi nedenler sayılabilir. Bunun yanı sıra; ilaçlarla ortaya çıkan yan etkiler, ilaç uyumunda yaşanan sorunlar, ekonomik güçlükler, tedaviye karşı yetersiz bilgilendirme veya tedaviyi yanlış yorumlama, bölgenin ve hastanenin fiziki şartları (yetkin personel ve donanım vb.) tedaviye uyumsuzluğun diğer nedenleri olarak sıralanabilir. Ayrıca, hastanın ve çevresinin ilaç tedavisine ve ruhsal hastalığa karşı tutumu, ilaç kullanımının toplumsal hayatta yarattığı düşünülen güçlükler, psikiyatri dışı medyum, hoca vb. gibi kişilere başvurmaya yol açan kültürel inançlar, tedavi konusunda görülen baskı gibi etkenler de tedaviye uyumun önündeki ciddi engellerdir. Hastanın sosyal ve çevresel desteğinin yeterli olup olmaması yanında, birlikte yaşadığı yakınlarının ya da ailesinin ilaç tedavisine karşı olan tutumu da tedaviye uyumda oldukça önemlidir [24-26].

Tedaviye uyumsuzluk, psikiyatrik rahatsızlıklarda sık gözlenir ve hem hasta ve ailesinin yaşam kalitesine olan olumsuz etkisi hem de oluşturduğu yüksek tedavi maliyeti nedeniyle çok önemlidir. Tedaviye uyumsuzluk, prognozun olumsuz şekilde ilerlemesinde, hastalığın kronikleşmesinde ve yeti yitiminin artmasında belirleyici etkenler arasındadır. Bu nedenle tedaviye uyumu bozan tüm faktörlerin elimine edilip, psikiyatri hastalarındaki uyumu artırmak önerilmektedir [27].

Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşiresi; bireyin, ailenin ve toplumun ruh sağlığının korunması ve geliştirilmesi, hastalıkların erken belirlenmesi ve tedavisi ile kronik hastalıkların rehabilitasyonunda önemli sorumluluklara sahiptir. En son 2011 yılında yayımlanan Hemşirelik Yönetmeliği'nde ruh sağlığı ve psikiyatri hemşiresinin hastalardaki uyumu artırmak için hastaların en az kısıtlayıcı olan çevrede güvenli tedavi ve hizmet almalarına yardımcı olması gerektiği ifade edilmektedir. Ayrıca hasta sorunlarının ele alındığı planlı ve düzenli görüşmeler yapması, gerekirse başka birimlerden destek alması, yararlı olabilecek destek sistemlerini değerlendirip aileyi yönlendirmesi, hasta ve ailesine ilaçların etki ve yan etkileri konusunda gerekli

eğitimleri planlaması, uygulaması ve eğitimin etkinliğini değerlendirmesi ruh sağlığı ve psikiyatri hemşiresinin görevleri arasında sayılmaktadır [28].

Tüm bu bilgiler doğrultusunda ruh sağlığı sorunu olan bireylerin tedaviye uyumlarını olumsuz etkileyebileceği düşünülen, içselleştirilmiş damgalama ve sosyal destek yetersizliğinin incelenmesi ve bunların tedaviye uyuma etkisinin araştırılması oldukça değerlidir. Bu araştırma, “Ruh Sağlığı Sorunu Olan Hastalarda İçselleştirilmiş Damgalama, Sosyal Destek ve Bunların Tedaviye Uyuma Etkisi” ni belirlemek amacıyla yapılmıştır.



2. BÖLÜM

GENEL BİLGİLER

2.1. Ruhsal Sağlık ve Hastalık

Ruhsal sağlık ve ruhsal hastalık kavramına, farklı değer yargılarından etkilenecek çeşitli biçimlerde tanımlar yapılmıştır. Bu tanımlar da toplumdan topluma, kültürden kültüre farklılık göstermektedir. Black ve Andreasen ruh sağlığını “kesin olmayan göreceli bir durum olarak tanımlarken” [31], Townsend ruh sağlığını “kültürel normlarla uyumlu, yaşa uygun olan düşünce duygu ve davranışlarla kanıtlanan, iç ve dış çevredeki stres kaynaklarına başarılı uyum” olarak tanımlamıştır [32]. Ruhsal sağlık; çeşitli tanımlarına rağmen kişinin, kendisiyle ve çevresiyle olan ilişkilerinde denge ve uyum içinde olması [43], çalışabilmesi, sevebilmesi, mutlu olabilmesi, kendisinin farkında olabilmesi ve kendine yönelik olumlu tutumları olmasıdır [38,43].

Ruhsal hastalık kavramını ise Townsend “düşünceler duygular ve davranışlarda görülen, yerel ve kültürel değerlerle uyuşmayan ve bireyin sosyal, iş ve fiziki işlevselliğini bozan iç ve dış çevreden gelen stresörlere uyumsuz bir tepki” olarak tanımlarken [32], Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) ruhsal bozukluğu “temel ruhsal işlevselliğin, psikolojik, biyolojik ve gelişimsel bir rahatsızlığı yansıtan, bireyin bilişleri, duyguları ve davranışlarındaki önemli düzeyde bozulmayla karakterize bir sağlık durumu” olarak tanımlamıştır [32]. Psikolojik ya da psikiyatrik bir yardıma gereksinim duyacak şekilde bilişsel, davranışsal veya duygusal bozukluklara sahip olan kişiler ruhsal yönden hasta olarak tanımlanmaktadır [44]. Ruhsal hastalıkların ortaya çıkmasında etkili olan birçok faktör bulunmaktadır. Kalıtım, kültürel yapı, sosyo-ekonomik sınıf, cinsiyet, aile, evlilik, iş hayatı, eğitim ve yaşanan çevre bunlardan bazılarıdır [1]. Ruhsal bozukluklar, bireyi ve bireyin çevresini mutsuz eden, iş ve çalışma isteğini azaltan, kişiyi rahatsız edici türden belirtileri içerir [44].

Duygu, düşünce ve davranışların ruhsal hastalık olarak kabul edilip edilmemesi, bunların şiddetine, süresine, kişinin denge ve uyumunu bozup bozmamasına, ortaya çıktığı çevreye, topluma, kültüre ve gerçekle bağlantısına bağlı olarak değerlendirilir [34]. Ruh sağlığı bozulan bireyin duygu, düşünce ve sergilediği davranışlarında genellikle değişik derecelerde tutarsızlık, aşırı tepkiler, uygunsuzluk ve yetersizlik

görülür. Bu özellikleri taşıyan bireylerin hasta sayılabilmesi için bu özelliklerin yineleyici olması, bireyin verimli çalışmasını ve kişiler arası ilişkilerini bozması gerekir [35]. Ruhsal hastalığı olan bireyde algılamada, düşüncelerde ve konuşmalarda görülen bozukluklar nedeniyle kişi, başka bireylerle olan ilişkilerini sürdürmekte güçlük yaşar, çevresine uyum sağlayamaz, endişeli ve korkulu davranır. Kendisini toplumdan soyutlar, rol ve sorumluluklarını yerine getiremez hale gelir [36, 37].

Ruhsal bozukluklar gelişmekte olan ülkelerde, her sosyoekonomik sınıfta, her ırkta ve her kültürel grupta görülmektedir. Birçok ülkede yapılan araştırmalar, ruhsal hastalıkların bilinenden çok daha yaygın olduğunu göstermektedir. Ruhsal sağlık alanında yapılan bazı istatistik bilgilere göre;

- Dünya Sağlık Örgütü her 4 kişiden 1'inin ruhsal hastalık geçirme riskiyle karşı karşıya olduğunu bildirmiştir.
- Dünya genelinde en çok sakatlığa neden olan 10 hastalıktan 5'inin ruhsal kaynaklı olduğu açıklanmıştır.
- Birleşmiş Milletler Raporu'na göre ise 450 milyon kişi herhangi bir ruhsal hastalık ile mücadele etmektedir [38,41].

Ülkemizde ruhsal hastalıkların yaygınlık durumu incelendiğinde ise, ruhsal hastalık görülme sıklığının %18-31 arasında olduğu, ruhsal sorunu olan 100 kişiden sadece %5'inin ruh sağlığı uzmanına başvurduğu ve %1'inin tedavi gördüğü açıklanmıştır [39,42]. Bu bulgular, bireylerin ruhsal sorunlarının farkında olamadıkları, profesyonel yardım arama gereksinimi duymadıkları ve herhangi bir yardım almadıkları biçiminde yorumlanır. Ruhsal hastalıkların ve ruhsal hastalığa sahip bireylerin her toplumda arttığı görüldüğü 21. yüzyılda, ruh sağlığı hizmetleri, sağlık hizmetlerinin önemli bir parçası haline gelmiştir. Bu nedenle dünya genelinde bütün ülkelerde ruh sağlığı sorunu, bir toplum sağlığı sorunu olarak kabul edilmektedir [40,42].

2.1.1. Tarihsel süreçte ruhsal hastalıklara yönelik tutumlar

Ruh hastalıklarına ve ruhsal hastalığa sahip bireylere farklı zaman ve kültürlerde farklı yaklaşımlar gösterilmiştir. Bazı toplumlar ruhsal hastalığa sahip bireylere özel bir önem verirken bazı toplumlar ise toplum dışına itmişlerdir [45].

İlk çağlarda hastalıklar doğaüstü zararlı ruhlara bağlanmıştır. Doğa karşısında çoğu kez güçsüz ve çaresiz kalan ilkel insan, açıklama getiremediği her şeyi tanrısal olarak düşünmüş ve o şekilde açıklamaya çalışmıştır. Büyücü hekimler ve şamanlar hastalıkları iyileştirmek adına çeşitli törenler ve danslar düzenlemişler, ruhları saklayan eşyaları yok etmişler, çılgınlık nöbetleri ve trans durumları ile zararlı ruhları kovduklarına inanmışlardır [33,35,46].

Eski çağlarda Eski Yunan döneminde Hipokrat (M.Ö. 460–337), hastalıkların doğaüstü güçlere değil, doğal etkilere bağlı olduğunu göstermiş ve bunların da diğer bedensel hastalıklar gibi tedavi edilmesi gerektiğini savunmuştur. Hipokrat, ruh sağlığı sorunu olan bireyden korkup uzaklaşmak yerine, onlara şefkatle yaklaşıp, iyi davranılması gerektiğini savunmuştur. Kalıtımın üzerinde durmuş, kalıtıma verdiği önem gibi çevresel etkenlere de önem vermiş ve gerektiğinde hastaları aile ortamından uzaklaştırmıştır. Hipokrat ile başlayıp, M.S. 200 yıllarında ölen Galen'e kadar devam eden dönem içinde ruh hastalarına daha insancıl yaklaşım gösterilmiştir [5].

Karanlık çağlar (15.yüzyıl) diye bilinen orta çağda büyüsel-gizemci düşünce egemen olmuştur. Ruhsal hastalığı olan bireyler dövülmüş, zincire vurulmuş, işkence edilmiş, hapisanelere kapatılmış, halkın alay ve eziyetlerine karşı savunmasız bırakılmış ve şeytanın içinde olduğu bir büyücü olarak gösterilerek diri diri yakılmıştır [5,46]. Ortaçağ Avrupası'nın karanlık ve acımasız tutumuna karşılık İslam toplumunda ve Türklerde ise ruhsal bozukluğu olan insanlara anlayışlı ve hoşgörülü davranılmıştır. Ruhsal bozukluğu olan kişilere yardım edilmesi, hatta diğer bireylerden daha çok korunması gerektiği düşünülmüştür. Selçuklu Devleti ve Osmanlı Devleti döneminde şifahaneler kurulmaya başlamış, ruhsal hastalığı olan bireyler toplumdan dışlanıp, uzaklaştırılmamış ve onlara kötü muamele gösterilmemiştir [34,35,45].

Avrupa'da Rönesans'ın hakimiyet sürdüğü 12. ve 13. yy. da sanatta ve kültürel yaşamın her alanında gücünü dinden alan otokratik ve feodal gurupların egemenliği giderek zayıflamaya başlamıştır. Bu dönemde artık büyücü avı, ruhsal hastalara şeytanın temsilcisi diyerek diri diri yakma uygulamaları sona ermiştir. Rönesans ile birlikte insanın anatomik ve fizyolojik yapısı incelenmiş, hastalıkların tanımları yapılmıştır. Bu dönemden sonra ruh hastalıklarının teşhisinde ve tedavisinde dikkat çekici iyileşmeler sağlanmıştır [5,34].

Ortaçağın kapanmasıyla 17. yüzyılda ruh hastaları hakkında bir kararın din adamları tarafından değil hekimler tarafından verilmesi gerektiği kabul edilmiş, ruh hastalarına hastanelerde, bakım evlerinde iyileştirme çalışmalarına gidilmiş [34,47,48] ve çağdaş psikiyatrinin gelişimi başlamıştır. Bu çağda ruh hastalarını zincirden kurtaran hekim olarak bilinen Pinel, aynı zamanda “Traitement Moral” isimli yapıtı ile planlı psikoterapinin ilkelerini belirten ilk hekimdir [48]. Bu dönemde hemşireler çoğunlukla fiziksel bakım ile ilgilenmişlerdir. Amerika Birleşik Devletleri’nde hemşire Linda Richard ve Dorethea Dix, psikiyatrik bakımın gelişmesini, ruhsal bozukluğu olan bireylerin bakımının devlet sorumluluğuna verilmesini ve bağımsız psikiyatri kliniklerinin açılmasını savunmuştur. Dix, ruhsal bozukluğu olan bireylerin yaşadıkları olumsuz koşulları değiştirmek için toplumu harekete geçirmeye çalışmış ve ruhsal bozukluğu olan bireylerin bakımı için hastanelerin kurulmasına öncü olmuştur [45,49].

On dokuzuncu yüzyılda önemli çalışmalar Fransız ve Alman ruh hekimleri tarafından yapılmıştır. Fransa’da Morel, Mangan, Charcot ve Piere Janet; Almanya’da ise Meynert, Kraepelin, Breuer, Freud, Yung ve Adler çağdaş psikiyatrinin kurucusu olmuşlar ve yeni hastalıkları tanımlayarak, bunları sınıflandırmışlardır [5,51]. Bu yüzyılın sonunda psikanaliz kuramı ile Sigmund Freud ruhsal hastalıklar konusunda çığır açmıştır. Freud genellikle nevroitik davranış bozukluğu gösteren hastaların içerisinde, özellikle histerik olanları incelemiştir [50].

Selçuklu ve Osmanlı dönemine bakıldığında ise akıl hastaları darüşşifaların alanı içinde bulunan bimarhanelerde tedavi edilmişlerdir. İlk gerçek akıl hastanesi Fatih Sultan Mehmet tarafından yapılmıştır [18]. Ülkemizde, ilk çağdaş psikiyatri eğitimi 1898’de Gülhane Askeri Tıp Okulu’nda Raşit Tahsin ile başlamış, Mazhar Osman ise onu izlemiştir [34]. II. Selim’in eşi Nur Banu Sultan tarafından yaptırılan Toptaşı Akıl hastanesi Cumhuriyet dönemine kadar Türkiye’nin akıl hastanesi olmuştur. Buranın başhekimliğini yapan Mazhar Osman çağdaş Türk psikiyatrisinin kurucusu olarak bilinmektedir [51]. 1945’de Ankara Tıp Fakültesi’nin kuruluşu ile psikiyatri kliniğini kuran Rasim Adasal ise psikiyatriyi topluma tanıtan hekimdir [5].

Cumhuriyet’le birlikte Manisa, Adana, Elazığ, Samsun gibi başka illerimizde de ruh sağlığı hizmeti veren ruh hastalıkları hastaneleri açılmıştır. Ayrıca pek çok sayıda, devlet hastaneleri bünyesindeki psikiyatri servisleri de hizmet vermektedir [50].

2.1.2 Ruhsal bozukluğu olan bireylerin bakımında psikiyatri hemşiresinin rolleri ve sorumlulukları

Sağlık çalışanları olarak hemşirelerin temel amacı sağlığın sürdürülmesi ve hastalık halinde uygun bakımın verilmesidir [38]. Ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireleri bireyin, ailenin toplumun özelliklerini bilmeli ve bu doğrultuda hemşirelik sürecine yön vermelidir. Bu nedenle psikiyatri hemşiresinin, ruhsal sağlık ve hastalık konularında bilgi sahibi olması, hemşirelik sürecinin kalitesi açısından önemlidir [1]. Bireyin ruh sağlığının korunması, toplum ruh sağlığı hizmetleri içerisinde yer almaktadır [38].

Toplum ruh sağlığı hizmetleri, toplum sağlığının ilkeleri doğrultusunda; ruh sağlığının yükseltilmesi ve korunmasını (birincil önleme), ruhsal hastalıkların erken tanısı ve erken müdahalesini (ikincil önleme), rehabilitasyonunu (üçüncül önleme) kapsamaktadır. Toplum ruh sağlığı hemşireleri, birincil, ikincil ve üçüncül önleme basamaklarında görev alarak, sağlık sisteminin ülkenin ihtiyaçları doğrultusunda etkili olmasında önemli rol almaktadırlar. Toplum ruh sağlığı hizmetlerinde, psikiyatri hemşiresinin temel girişimlerini içeren “Ruh Sağlığının Yükseltilmesi ve Sürdürülmesi Standardı” da bu amacı sağlamada bir kılavuz rolü görmektedir [38,52].

Özetle; bir ülkede ruh sağlığı hizmetlerinin etkin olarak yürütülmesini sağlayabilmek için, ülke bireylerinin ruh sağlığının korunması, riskli olabilecek grupların açıklanması, bunların erken tanı ve tedavisinin yapılması ve hepsinin dolaylı sonucu olarak, sağlıkta yaşam kalitesinin artırılması için eğitim ve danışmanlık adımlarından oluşan rehabilitasyon hizmetlerinin sunulması gerekmektedir [52].

2.2. Damgalama Kavramı

Damga (stigma) sözcüğü köken olarak “leke, delik, yara, küçük bir iz-işaret bırakma” anlamı taşısa da [54], damgalama bir kişiyi diğerlerinden ayıracak şekilde o kişinin etiketlenmesi, diğer insanlarla karşılaştırılarak aşağı görülmesi ve genel olarak kötülenmesi anlamına gelmektedir [55]. Damgalama veya etiketleme (stigmatizasyon), bazı hasta gruplarına karşı toplumun aldığı tavır ve toplumdan dışlanmaya kadar giden davranışlar bütünüdür [1].

İlk etiketlenen hastalıklardan biri olan cüzzam, Tanrı'nın insana verdiği bir “kötülük”

olarak nitelendirilmiştir. 1300'lü yıllarda kara ölüm adıyla bilinen veba, Tanrı'nın insanlara günahkâr davranışları yüzünden verdiği bir ceza olarak görülmüş, 15. yüzyılda tüm Avrupa kıtasını saran frengi, Orta Doğu'ya sıçramış, hastalığa yakalananlar tarih boyunca lanetlenmişlerdir [59]. Bu saydığımız hastalıklar gibi pek çok hastalığa sahip kişiler ya da durumlar için damgalama görülse de geçmişten bu yana tüm hastalar içinde, ruhsal bozukluk tanısı almış olan hastalar, damgalamanın olumsuz sonuçlarına en çok maruz kalan ve bunlardan en çok zarar gören kişiler olarak nitelendirilir [1]. Bu etiketlemenin kökeninde ise ruhsal hastalığa sahip olan kişilerin uygun olmayan, beklenmedik davranışlarının doğurduğu korku ve huzursuzluk yatmaktadır [60].

Ruhsal hastalıklarda etiketleme, ruhsal hastalığı olanların fiziksel hastalığı olan diğer kişilerden farklı olarak değerlendirilmesini ve toplumun bu kişilere birçok olumsuz durumu yüklemesini, genellikle bu hastaların tehlikeli olduğu ve ne zaman ne yapacağı belli olmayan kişiler olarak görülmesini içermektedir [60]. Ruhsal bir hastalıkla damgalamaya maruz kalan bireyler; toplumun ruhsal hastalığa sahip kişileri reddedeceğine ve değersizleştireceğine inanmakta, moral bozukluğu, benlik saygısında azalma, sosyal uyumda bozulma, işsizlik, gelir kaybı, psikiyatrik tedaviye uyum sağlamada güçlük çekme gibi birçok olumsuz sonuçla karşı karşıya kalmaktadır [63].

Toplum kendi kültürü kapsamında aykırı ya da normal olarak görmediği davranışlardan yola çıkarak, kendini korkutan, rahatsız eden davranışlarda bulunan kişileri etiketleme eğilimi göstermekte, böylece etiketlenen kişi ya da grup farklı olarak algılanmakta ve bu farklılık nedeniyle de etiketli kişilere birçok kötü özellik yüklenmektedir [56-58]. Yüklenen bu olumsuzluk karşısında belirgin bir duygusal çöküş yaşayan hasta ve hasta yakınlarının benlik saygıları azalmakta, aile ilişkileri zarar görmektedir. Bu bireyler toplumsal ilişkiler, arkadaş sahibi olma ve arkadaşlığı sürdürmede güçlük çekerler. Önce etiketlenen ve ardından birtakım olumsuzlukların yüklendiği bu kişiler daha sonra toplumdan yalıtılıp uzaklaştırılmaktadır [56-58]. Tüm bunların bir sonucu olarak hasta ve hasta yakınları hastalığı kabul etmekte zorlanırlar ve dolayısıyla tedavi gerçekleşmez ya da tedavide aksaklıklar meydana gelir [61].

Damgalama ruhsal hastalıklarda tedavi için önemli bir soruna sebep olmakta; hasta ve yakınlarının yaşantılarını ve psikolojik süreçlerini kötü etkilemekte ve böylece onların yaşam kalitelerinde olumsuzluklara yol açmaktadır [1]. Ruhsal hastalığa sahip bireylerin

damgalanması, bu kişilerin tedaviye uyum göstermelerinde olumsuzluklara yol açtığı gibi onların sosyal ilişkilerinde de ciddi sorunlarla uğraşmalarına sebep olmaktadır [17].

Damgalama hastalar kadar hasta yakınlarına da etki ettiğinden, hasta ve hasta yakınlarının sosyal yaşamlarını ve psikolojilerini olumsuz etkileyerek düşük bir yaşam kalitesi sürmelerine neden olmaktadır. Damgalama yaşayan bireyler durumundan utanma, yetersizlik duygusu hissetme, sosyal ilişkilerden kaçınma gibi nedenlerle kendilerini değersiz ve önemsiz görmekte, reddedilme korkusu yaşamakta, umutsuzluğa kapılmakta ve benlik saygıları düşmektedir. Damgalama bu bireylerde tedavi için sağlık kurumlarına başvurmadan kaçınmaya ve hatta ruhsal hastalıklardan kurtulmanın mümkün olabileceğine dair umutlarını yitirmelerine neden olabilmektedir [64].

Hastanın tanısı ne olursa olsun, ruh sağlığı ve hastalıkları kliniğine ya da hastanesine yatarak tedavi gören kişilerin daha fazla ayrımcılığa maruz kaldığı görülmektedir. Toplum hastanede yatarak tedavi gören hastalara karşı daha hoşgörüsüz ve daha fazla dışlayıcı davranmaktadır. Hatta hastaların kendi kendilerini damgalamaları sonucunda toplumsal ilişkilerden uzaklaştıkları da sık karşılaşılan bir durumdur. Ruhsal hastalığı olan kişiler yalnız hastalıklarından kaynaklanan belirtilerle değil, aynı zamanda hastalıkları nedeniyle ortaya çıkan sosyal damgalama ve kendini damgalama ile de baş etmek zorundadırlar. Kendini damgalama ruh sağlığı hizmetlerini her aşamada etkiler. En başta da tedavi için başvurma konusunda çekinceler yaratır ve bu durum klinik tablonun daha da ağırlaşmasına yol açabilir [53].

Hem yurtdışında hem de Türkiye’de yapılan çalışmalarda halkın genel olarak ruhsal hastalıklara karşı olumsuz bakış açısına sahip olduğu belirlenmiştir [53,56,58,63]. Bunun yanında ruhsal sorunları olan bireylerin psikiyatrik başvuru ve psikiyatrik bir tanı alma sonrası, ayrımcılık yaşamasalar bile, kendilerini damgalanmış hissettikleri görülmüştür. Bu durum, toplumun ruhsal hastalıklara yüklediği olumsuz ithamları, herhangi bir ruhsal hastalığa sahip bireylerin kendisine yöneltmesi sonucu ortaya çıkmaktadır [1].

Toplumun ruhsal bozukluklara karşı gösterdiği olumsuz tutum sonucu ortaya çıkan damgalama nedenleri açıklanırken 5 terim kullanılmaktadır [60].

- Stereotipler: Stereotipler, bir sosyal grubun geneli tarafından bilinen ancak

tabulaşmış ve doğru oldukları öngörülen bilgilerdir ve sıklıkla yanlış bilgilenme olarak biçimlenirler. Stereotipik düşünceler arasında, bu kişilerin şiddete eğilimli olduğu, tehlikeli oldukları, hastalık durumlarında kendilerini suçladıkları, bağımsız olarak yaşayamayacakları, dünyayı çocuksu bir biçimde algıladıkları gibi özellikler yer alır [66].

Damgalama, stereotipik biçimde ve bilişsel olarak “biz” ve “onlar” diye ayrıma yol açan bir durumdur. Damgalama, bireyin ya da grubun, ruhsal hastalık, etnik grup, ilaçların kötüye kullanımı veya fiziksel anlamda kendini yetersiz görme gibi özelliklerine dayanarak kusurlu veya gözden düşmüş olarak olumsuz değerlendirilmesidir [62].

- Önyargılar: Etkinleşen stereotipler nedeniyle hasta olan birey, diğer özelliklerinden bağımsız şekilde tehlikeli bir kişi olarak değerlendirilmeye başlanmıştır. Önyargılar, stereotipleri destekleyip bazı duygusal reaksiyonlara neden olur [18].
- Ayrımcılık: Değerlendirilen bir durum sonucu ortaya çıkan bilişsel ve duygusal yanıtlardır ve bu yanıtlar davranışa yansır. Önyargılı davranışların bir sonucu olarak geliştiği gibi, bireyin negatif stereotiplere sahip olması sonucunda da gelişebilir [65].
- Tutum: Kişilerin hayata bakış açısı, büyüdüğü çevredeki topluma uygun olarak şekillenir. Kişideki bu dünya görüşünün sonucu ile oluşan bakış açısına “tutum” denir. İnsanlar ruhsal hastalığa sahip bireylere yönelik genellikle negatif tutumlara sahiptirler [65].
- İçselleştirilmiş damgalama, toplumun hasta bireylere uyguladığı damgalama gibi stereotip, ön yargı ve ayrımcılık kavramlarını kapsamaktadır. Öncelikle, stereotipleri kabul eden birey, kendine ön yargılı yaklaşır. Örneğin “Evet doğru, ben güçsüz ve kendine bakamayacak kadar yetersiz bir insanım” diye düşünür [74].

Güncel literatür yapısal damgalama, sosyal damgalama ve içselleştirilmiş damgalama olmak üzere üç tür damgalamadan söz eder. Yapısal damgalama sistemsel düzeyde, sosyal damgalama grup düzeyinde, içselleştirilmiş damgalama ise bireysel düzeydedir [67]. Çeşitli damgalamalar arasında bireye psikolojik olarak en fazla zarar veren içselleştirilmiş damgalamadır [68].

2.2.1. İçselleştirilmiş damgalama

Damgalama kavramı, ruhsal hastalığı olan bireylere uygulanan toplumsal damgalama ve içselleştirilmiş damgalama olarak ikiye ayrılır [77,78]. Toplumsal damgalama, ruhsal hastalık etiketi ile oluşan olumsuz stereotipler sonucunda ayrımcılığa neden olmaktadır [78]. İçselleştirilmiş damgalama ise, damgalanan bireylerin kendilerine yönelik tepkileridir [15]. İçselleştirilmiş damgalama Corrigan'ın ifadesiyle; bireyin kendine olumsuz kalıp yargıları yüklenmesi ile tetiklenen değer kaybı, ayıplama, gizlilik ve geri çekilme olarak tanımlanmıştır [55].

İçselleştirilen damgalama, damgalama deneyiminin belirli bir şeklidir [70]. Öz damgalama olarak da bilinen içselleştirilmiş damgalama, genel halkın inandığı tehlike arz eden durum, yetersizlik duygusu gibi damgalayıcı görüşlerin ruhsal hastalığı olan kişi tarafından kabullenilmesidir [69]. İçselleştirilmiş damgalama algılanan veya deneyimlenen damgalamaya yönelik bilişsel (kendini alt edici düşünceler, içe kapanıklık duygusu, yetersizlik duygusu, kendisiyle ilgili olumsuz duygular vb); duygusal (bunalım hissi, üzüntü, utanma, ayıplama, öfke, vb) ve davranışsal (kendini inkâr, kendini izole etme, statüsünü gizleme, sosyal geri çekilme, sosyal kaçınma vb) tepkileri içerir [70].

Ruhsal hastalıklara yönelik damgalama, ayrımcılık ya da dışlamanın toplumlarda yaygın olarak görüldüğü, yapılan çalışmalarda belirtilmektedir [75,76]. Bunun yanında, bu bireylerin bazen toplum tarafından etiketleme, ayrımcılık ya da dışlanmaya maruz kalmadığı halde de kendilerini etiketlenmiş olarak algıladıkları görülmektedir [56]. İçselleştirilmiş damgalama nedeni ile hasta olan kişi kendisini toplumun damgaladığını ve dışladığını düşünmeye başlamaktadır. Bu durum hastaların damgalanmışlık duygusu yaşamalarına neden olmaktadır [71]. Ruhsal hastalığa sahip olan bireylerin yaşadığı içselleştirilmiş damgalama, bu bireylerin toplumda var olan damgalamayla da baş etmelerini zorlaştırmaktadır. Toplumdaki damgalamanın içselleştirilmesi, bireylerin ciddi şekilde sarsılmasına yol açmaktadır [79].

Ruhsal hastalığı olan kişilerin psikiyatri kliniğine başvuru yaptıktan ve psikiyatrik bir tanı aldıktan sonraki süreçte, açık bir ayrımcılığa ya da kötü bir davranışa maruz kalmasalar bile kendilerini damgalanmış olarak hissettikleri bilinmektedir. Bu hastaların, durumlarından utanma, yetersizlik duyguları yaşama, olumsuz

düşüncelerinde artma, sosyal ilişkilerinden kaçınma, kendilik değerlerinde düşme olduğu görülmüştür. Kullanılan psikiyatrik tanının damgalayıcı içeriği ne kadar fazla olursa bu belirtilerin şiddeti de o kadar artmaktadır [71].

Ruhsal hastalık tanısı almış olan kişiler toplumdan önce kendilerini damgalamaktadır. Bu süreç kişinin bir ruhsal hastalık tanısı almasıyla başlamakta toplumsal damgalama ise bu olgudan bağımsız olarak gelmektedir [71,72]. Bir kez kendisi ya da başkaları tarafından ‘ruh sağlığı bozukluğu’ tanısını alan birey, istese de istemese de kendisini olumsuz kalıp yargıların yönlendirildiği o grubun bir üyesi gibi hisseder [17]. Böylece bu kişide daha önceden var olan ruhsal yönden hasta kişi stereotipi canlanmaktadır. Bu olumsuz stereotiplerin neden olduğu, değersizlik, utanma, gizlilik ve geri çekilme içselleştirilmiş damgalamadır. Ruhsal hastalığı olan bu bireyler kendileri ya da diğerleri tarafından “akıl hastası” olarak damgalandıklarında, isteseler de istemeseler de kendilerini, stereotiplerin hedefindeki bu grubun bir üyesi olarak görürler [63]. Başka bir ifadeyle, hasta olan bireyde ruhsal hastalığı olan kişileri damgalama eğilimi ne kadar yüksek ise, kendisini de o kadar damgalanmış hissetmektedir. Bu bulgular sonucunda öncelikle hastalarda saptanan ama aslında toplumun tüm bireylerinde olduğu bilinen bir tanıma, içselleştirilmiş damgalama tanımına ulaşılmış ve bir ruhsal hastalık tanısı ya da etiketi alma ile birlikte etkisini göstermeye başlamıştır [71,72]. Damgalamayı psikolojik olarak özümseyen bireyler, stereotiplerin kendilerine uygun olduğuna inanarak bunları onaylamaya daha eğilimlidirler ve bu durum utanç duygusuyla sonuçlanır. Araştırma bulgusu ruh sağlığı bozukluğu tanısı alan bireylerin, reddedileceği ve değersiz görüleceği yönünde inançları olduğunu; buna bağlı olarak moral bozulması, öz-saygıda düşüş, sosyal uyumun bozulması, işsizlik, gelir düşmesi ve düşük tedavi uyumu gibi pek çok olumsuz sonuçla karşılaştığını göstermektedir [63].

Damgalama duygusunu belirleyen diğer bir etmen de kişinin yakın çevresidir. Çünkü içselleştirilmiş damgalama hastanın yakın çevresini de etkilemekte ve hastanın yakın çevresindeki insanlar, hem kendileri damgalama algısı yaşanmakta hem de bu nedenle hastayı damgalayıp, dışlamaktadır. Hasta yakınlarının, ailelerinde herhangi bir ruhsal hastalığa sahip bireyin bulunmasından utandıkları ve gizlemeye çalıştıkları görülmüştür. Zaten duyarlı olan hastanın bu süreçlerin sonucu olarak damgalama algısı da artmaktadır [71].

Damgalama algısı kişinin ruhsal hastalık tanısı alması sonucu ortaya çıkan, toplumdaki damgalama eğilimleri ile paralellik gösteren, toplum tarafından dışlanmışlık duygusudur. Bu psikolojik süreçte kişi somut bir kanıt olmaksızın, kendi durumu için bazı olumsuz değerlendirme ve yargılarda bulunmaya başlamakta, toplumda kendisinin değersizleştiğini, hasta olduğu için damgalandığını ve dışladığını hissetmektedir. Bu süreçte diğer kişilerden gelen damgalayıcı ve dışlayıcı yaklaşımlar bu algıyı güçlendirmektedir. Ama damgalanmış olma duygusunun temel nedeni kişinin içselleştirilmiş damgalama eğilimleridir [71].

Ruh sağlığı bozukluğu tanısı alan bireyler yaşam kalitelerinin düştüğünü, hastalık belirtileri azalma gösterse de damgalama nedeni ile yaşam kalitelerindeki düşüşün devam ettiğini söylemektedir [71]. Ruh sağlığı bozukluğu olan bireylerin yaşam kalitelerinin bozulduğuna ilişkin Türkiye’de ve dünyada pek çok çalışma yürütülmüştür. Üstündağ ve Kesebir’in İki uçlu (Bipolar) Bozukluk tanısı olan hastalar ile yaptıkları çalışmada hastaların neredeyse yarısının (%46) içselleştirilmiş damgalamaları olduğu saptanmıştır [80].

Damgalama ve bireyin damgalamaya tepkisi, ruhsal hastalıkların tedavisinde iyileştirilebilen bir sorun olması yönünden içselleştirilmiş damgalamanın üzerinde çalışılması bir yönüyle umut verici bir durumdur [17]. Damgalamanın olumsuz sonuçları bireyi ileri sağlık problemlerine götürecek önemli nedenlerden biridir, bu yüzden içselleştirilmiş damgalama dikkat edilip üzerinde durulması gereken önemli bir durumdur.

2.2.2. Damgalamanın azaltılmasına yönelik uygulamalar

Günümüzde damgalama ve ayrımcılık halen çözümlenememiş konulardır. Uzun vadeli ve işbirliği gerektiren çalışmalara gereksinim vardır. Dünya Psikiyatri Birliği (WPA), 1996 yılında şizofreni ile ilgili etiketleme ve ayrımcılıkla mücadele için “Open The Doors (Kapıları Açın)” programını başlatmıştır. Programa 20’den fazla ülkenin katılımı sağlanmıştır [81]. “Open The Doors” programı ile şizofreni ile ilgili farkındalığı sağlamak, hastalığın doğası ve tedavi olanakları hakkındaki bilgi düzeyini arttırmak, toplumun ruhsal hastalığı olan bireylere ve onların ailelerine yönelik tutumlarını iyileştirmek, ön yargı, damga ve ayrımcılığı ortadan kaldırmaya yönelik faaliyetleri başlatmak amaçlanmıştır [1].

Türkiye 2001 yılında, Dünya Psikiyatri Birliği (WPA)'nin küresel programının resmi merkezlerinden biri olarak kabul edilmiştir. İstanbul, Damga ve Ayrımcılıkla Mücadele Programı için pilot bölge olarak seçilmiştir. 2003 yılı Haziran ayında ise Ankara'da düzenlenmiş olan Ulusal Sosyal Psikiyatri Kongresi'nin ana teması "damgalama" olmuştur. 2003 ve 2005 yıllarında düzenlenen sempozyumlarda, hasta ve hasta yakınlarının da katıldığı damgalama temalı paneller gerçekleştirilmiştir. İstanbul, İzmir ve Ankara'da bulunan liselerde öğrenci ve öğretmenlere eğitim verilmiş, sahada çalışan pratisyen hekim, hemşire ve ebelere yönelik eğitimler ve projeler yapılmıştır [82].

Bireyin, ailenin ve toplumun ruh sağlığının korunması, geliştirilmesi ve sürdürülmesi ancak multidisipliner ekip anlayışı ile işleyen sağlık hizmetiyle gerçekleştirilir. Bu ekibin üyelerinden biri de hemşiredir. Hemşirelik; birey, aile ve toplumun sağlığını birincil, ikincil ve üçüncül korumada rol alan, birey ya da topluma doğrudan ve günün 24 saati kesintisiz hizmet veren, önemli konumda olan bir meslektir [83]. Psikiyatri hemşireliği; bireyin, ailenin ve toplumun ruhsal sağlığını geliştiren, ruhsal hastalık ve acı çekme yaşantısını önlemede, hastalığın oluşturduğu sorunlarla başetmede, etiketlemeyi en aza indirmede profesyonel bir hemşirenin yardım ettiği kişiler arası bir süreç olarak ifade edilir [86].

Hastalarla doğrudan temas içinde olan psikiyatri hemşireleri etiketlemeyi önleme ile ilgili olarak, ruhsal bozukluklara yönelik tutumları ile tüm sağlık profesyonelleri ve halk arasında köprü oluşturmalarıdır. Psikiyatri hemşireleri, hastalara olan yaklaşım ve tutumları ile toplumda birer rol model oluşturmalarıdır. Bu nedenle psikiyatri hemşireleri ilk olarak kendi tutumlarını gözden geçirmeli, herhangi bir ruhsal hastalığı olan bireylerin bu tutumlara yönelik nasıl etkilendiğini değerlendirmelidir [84].

Damgalamayı azaltıp, önlemedeki hemşirelik faaliyetlerinin başında, hemşirelerin ruhsal hastalıklara karşı kendi içlerinde var olan negatif tutumların farkında olmaları ve bunları daha olumlu tutumlara dönüştürmeleri yer almaktadır. Toplumun psikiyatrik hastalıklar ve bunların tedavileri konusunda bilgi sahibi olması, damgalamanın etkisini önleyeceği için gerek psikiyatri hemşireleri gerekse bu alanda uzmanlaşmış akademisyen hemşireler damgalamayı azaltmakla ilgili organizasyonlara katılmalı, okul ve işyeri gibi kalabalık alanlarda, toplumla bilgiyi paylaşarak olumlu bir değişim oluşturmalarıdır. Bu nedenle eğitim programlarının yapılması ve damgalanmayla baş

etmeye yönelik araştırma programlarının planlanması önemlidir [84,85].

2.3. Sosyal Destek Kavramı

Doğumdan ölüme kadar geçen dönemde, bireye yardım eden bütün kişiler arası ilişkiler, sağlığı korumaya yönelik olan sosyal destek sistemleridir. Sosyal ilişki ölçümleri arkadaş sayısı, görüşülen bireyler arasında akrabaların oranı, yaşanılan bölgedeki derneklere üyelik gibi sosyal ilişki ağının yapısal yönlerinin göstergelerinden biridir [87].

Sosyal destek ile ilgili yapılan araştırmaların sayısının artmasına rağmen, sosyal desteğin tanımı ile ilgili görüş birliği çok azdır ve literatürde çok sayıda tanımı bulunmaktadır [92,93]. Sosyal destek olgusunun temelinde, bireyin çevresindekiler tarafından sevilme, güvenilme, saygı duyulma, ilgi görme, değer verilme gibi ihtiyaçlarının bulunduğu varsayılmaktadır. Bu gereksinimlerin değişik boyutları ele alındığı için farklı tanımlar ortaya çıkmakta ve görüş ayrılıklarına sebep olmaktadır [96].

Sosyal destek, birey ya da gruplarla resmi veya resmi olmayan ilişkiler kurarak alınan bilgi, yardım ve teselli olarak tanımlanmaktadır [93]. Caplan sosyal desteği ihtiyaç duyulduğunda, araçsal veya bilgisel rehberlik sağlayıcı olarak tanımlarken [97], Cobb sosyal destek olgusunu, bireyin sosyal olarak uyumlu olan bir topluma ait olması ve değer verilen, saygı duyulan, sevilen birisi olması inancını veren bilgi olarak tanımlamıştır [93]. House ve Kahn ise sosyal desteği, aile üyeleri, arkadaşlar, komşular, iş arkadaşları, akrabalar gibi birey için önemli olan diğer insanlar tarafından gerçekleştirilen işlevler olduğunu söylemişlerdir [92]. Bu değişik tanımlamalar sonucunda Budak sosyal destek kavramını, bireyin stresle ve yaşadığı sıkıntılarla baş etmede dışarıdan sağladığı (arkadaş ortamı, aile üyeleri, iş çevresi gibi) her türlü destek olarak açıklamıştır [97].

2.3.1. Ruh sağlığı sorunlarında sosyal destek

Sosyal destek bireyde ruhsal bozuklukların oluşmaması için koruyucu bir rol oynamaktadır. Fakat sosyal desteğin sağlanması için bireyin sosyal ilişki kurarak diğer kişilerle bu ilişkisini sürdürmede yeterli olması gerekir. Bu yeterlik, çevrenin değil

bireyin özelliğidir [100].

Sosyal destek, bir kişinin stresle başa çıkabilme durumuna katkı sağlayan psikolojik ve araçsal kaynakları oluşturur [89]. Psikiyatri hastaları, cerrahi hastaları ve hiçbir hastalığı olmayan kişilerin karşılaştırıldıkları bir araştırmada, psikiyatri hastalarının, diğer gruplardan daha az miktarda sosyal destek bildirdikleri bulunmuştur [29]. Bu bulguyu destekler nitelikte bipolar bozukluğu olan hastalarla yapılan bir çalışmada yetersiz sosyal desteğin hastalığın tekrarlama riskini arttırdığı bulunmuş [29], bipolar bozukluk ve anksiyete tanılı hastalarda yapılan başka bir çalışmada ise yaşam kalitesi, yaşam doyumu, algılanan sosyal destek ve sosyal ağ puanları sağlıklı bireylerden ve hemodiyaliz hastalarından daha düşük çıkmıştır [88].

Son yıllarda sosyal destekle ilgili yapılan çalışmalarda, sosyal ilişkilerin yeteri kadar destekleyici olup olmadığı konusundaki fikirlerin bireyin izlenimlerine, yani algılanan desteğe yöneldiği belirtilmektedir [29]. Algılanan sosyal destek, başka insanlardan gelen desteğin varlığının yeterli mi yoksa yetersiz mi olduğunun bilişsel olarak değerlendirilmesidir [92]. Algılanan sosyal destek, kişinin kendinde gördüğü genel değerdir. Başka kişilerden sevildiğini, değer gördüğünü, gerektiğinde yardım bulacağını, ilişkilerinin doyum verici olduğunu düşünen bireyin algıladığı destek de fazla olmaktadır. Algılanan sosyal destek, kişilik özellikleri gibi kalıcı olan özelliklerin yanı sıra, tutum ve mizaç gibi daha kolay değişebilen özelliklerden de etkilenmektedir [87].

Sosyal desteğin sevgi, şefkat, benlik saygısı, bir gruba ait olma gibi temel olan sosyal ihtiyaçları karşılayıp, fiziksel ve ruhsal sağlığa olumlu yönde etki ettiği ve yaşamda karşılaşılan zorluklarla baş etmede kişinin önemli bir yardımcısı olduğu anlatılmaktadır [94,95]. Son yıllarda sosyal destek psikolojik danışmanların, psikoterapistlerin, sosyal psikologların, aile terapistlerinin üzerinde durdukları ve ön plana çıkardıkları olgulardan biri haline gelmiştir. Sosyal desteğin özellikle, ölüm, iş kaybı, iflas etme, yer değişikliği yapma, okula gitmekle ilgili yaşanan problemler, meslek seçme, hastalık, stres, depresyon, evlilik, sadakatsizlik, tutuklanma, ilaç bağımlılığı gibi kriz durumlarda daha önemli ve gerekli bir rol oynadığı söylenmektedir [98,99].

Son 25 yıldır, bir baş etme kaynağı olan sosyal destek hastalıklara karşı koruyucu olarak rol almaktadır [29]. Dünya Sağlık Örgütü iyilik hali için sosyal desteğin önemini

vurgulamıştır ve sosyal desteğin ruhsal ve fiziksel sağlık ile pozitif bir ilişkiye sahip olduğunu gösteren birçok araştırma yapılmıştır [29,96]. Ruh sağlığı ve duygusal iyilik hali gibi sağlıkla ilişkili alanlarda yaşam kalitesini geliştirmede sosyal desteğin önemi bilinmekte ve literatürde sürekli vurgulanmaktadır. Yapılan bir araştırmada, psikososyal uyum yönünde yararlı etkiler sağlayan ve stresin zarar verici etkisinden insanları koruyan bir mekanizma olarak sosyal destek üzerine odaklanmıştır [92]. Bireye yardımcı olan bu sosyal destek sistemleri House'a göre bireye üç şekilde yardım edebilir:

1. Birey üzerinde olumsuz etki yaratan stres faktörlerinin etkilerini azaltabilir veya ortadan kaldırabilir.
2. Olumsuz yaşam durumlarında bireyin dayanma gücünü artırarak, bireyin sağlığının düzelmesini sağlayabilir.
3. Çevredeki stresörlerin etkilerine karşı kısmen veya tamamen tampon görevi uygulayabilir [101].

Bu bahsedilen durumlardan yola çıkarak sosyal desteğin; özellikle bireylerin iyileşme süreçlerini hızlandırmakta, tıbbi tedaviye uyumlarını ve yaşam kalitelerini arttırmakta, yaşam sürelerini uzatabilmekte ve olumlu sağlık davranışlarına katılmalarını sağlamakta değerli olduğu söylenebilir [95]. Sosyal destek, hasta bireyler için önemli olduğu kadar, sağlıklı bireyler için de önem taşımaktadır. Yaşamımızın zorlu ve stresli geçen kısımlarında daha çok desteğe gereksinimimiz olduğunu kabul edersek, bu dönemleri aldığımız sosyal destek ile daha kolay atlatabiliriz.

2.3.2. Sosyal desteğin işlevleri

Literatürde sosyal destek işlevleri, araçsal destek, duygusal destek, saygı desteği, bilgisel destek ve sosyal arkadaşlıklar başlıkları altında incelenmektedir.

a) Araçsal Destek (somut ve maddi destek): Maddi yardım, araçsal kaynak ya da gerekli hizmetlerin sağlanmasıdır. Araçsal destek, sorun oluşturan bir durumun doğrudan çözümünü sağlar. Araçsal desteğin diğer sosyal destek türlerinden farkı, kişinin sorununu doğrudan onun yerine çözüme gibi bir yararının olmasıdır [90].

b) Duygusal Destek: Duygusal destek kişiye saygı, şefkat, ilgi sağlayarak kişinin

benlik saygısının artmasına yardımcı olur [90]. Duygusal destek, empati yapma, şefkat, rahatlatma, güven sağlama ve duygusal açıdan deneyim için imkan sağlar. Cohen duygusal desteği kısaca, empati yapma, şefkat, rahatlatma, güven ve duygusal yönden deneyim için imkan oluşturan bir işlev olarak değerlendirir [89].

c) Saygı Desteği: Kişinin saygı gördüğü ve kabul edildiği bilgisidir. Benlik saygısı iletişimle artırılır. Kişilerin kendilerini değerli olarak değerlendirmeleri için ve kişisel hatalarını veya farklılıklarını kabul edebilmeleri için saygı desteği aynı zamanda duygusal desteğe, anlam desteğine, kendilik saygısı desteğine, rahatlatma ve yakınlık desteğine benzer [91].

d) Bilgisel Destek: Kişinin bir problemi anlaması, tanımlaması ve baş etmesinde yardımcı işlevi görür. Onay, geribildirim, sosyal karşılaştırma, tavsiye, önermeler ve yönlendirmeler sağlayan davranışlar, bilgisel olarak destek işleviyle ilgili davranışlardır [90]. Bilgisel destek, birinin problemleriyle ilgilenmek, yol göstermek ve öneride bulunmakla sağlanır [88].

e) Sosyal Arkadaşlıklar: Cohen ve Wills sosyal arkadaşlık ilişkilerini diğerleriyle boş zamanlarını değerlendirme ve eğlence aktivitelerinde bulunmak şeklinde ifade etmişlerdir. Sosyal arkadaşlıklar, diğerleriyle yakın ilişki kurarak temas-ilişki ihtiyacını giderip, stresi azaltabilir. Problemleriyle ilgili olarak kaygılanan kişilerin dikkatlerini başka yöne çekmeye yardımcı olabilir ya da pozitif ortamın sağladığı etkiyle bu problemlerle baş etmeyi kolaylaştırabilir [91]. Bu destek işlevi, insanların sorunlarından sıyrılmasını sağlar ve olumlu duygu durumuna geçmelerini kolaylaştırır. Birlikte yapılan etkinlikler stresi azaltır, bir arada bulunmayı, bağlılığı ve kişilerarası yoğun iletişimi sağlar [90].

Çevrede destekte bulunan insanlar farklı sosyal destek işlevlerini yerine getiriyor olabilirler. Örneğin; kanser tanısı almış hastanın yerine alışverişe çıkan arkadaşı onun için araçsal destek sağlarken, bu hastanın eşi, çocukları ve yakın çevresi gösterecekleri sevgi ile kişiye duygusal destekte bulunabilirler. Tedavi olduğu merkezde çalışan doktor ve hemşireler kişiye hastalığı ve hastalığının seyri konusunda bilgi vererek bilgi desteği sağlayabilirler. Kişinin ailesiyle arkadaşlarıyla aktiviteler yapması, keyifli zaman geçirmesi ve onlarla sırlarını paylaşması sosyal desteğin sosyal arkadaşlıklar işlevini sağlayabilir. Bazen de bir kişi aynı anda tüm destek işlevlerini yerine getiriyor olabilir.

Bebeklik döneminde sosyal destek işlevlerini çoğunlukla gerçekleştiren kişi annelerimizken, çocukluk dönemiyle birlikte oyun ve okul arkadaşlarımız, öğretmenlerimiz sosyal destek kaynaklarımızı oluştururlar ve zamanla sosyal destek kaynaklarımız çeşitlenip artar [91].

2.3.3. Sosyal destek kaynakları

Sosyal destek kaynakları genellikle resmi ve resmi olmayan destek kaynakları olarak iki ana bölüm içinde incelenir. Resmi kurum ve kuruluşlar, yasal olarak hizmet veren sivil toplum kuruluşları ve gönüllü kuruluşlar resmi destek kaynaklarıdır. Aile, arkadaş, komşu, akraba gibi çevremizde bulunan ve yakın ilişkilerde bulunduğumuz bireyler ise resmi olmayan sosyal destek kaynakları olarak ele alınır [103].

Bireyler herhangi bir stres oluşturan durumla karşı karşıya kaldıklarında ilk olarak genelde resmi olmayan kaynak olan eş, arkadaş veya ailelerine başvururlardır. Fakat bireyler yakın çevresinden aldığı bu kaynağın yeterli olmadığını düşündüğünde profesyonel yardımlara veya resmi kaynaklara da başvurabilmektedirler [104]. Resmi olmayan kaynakların içerisinde en etkili olan kaynak aile kaynağıdır. Aile, bireyin üzerinde olumlu ya da olumsuz etkilere sahip olan, bireyin ilk sosyal desteğinin başlatıldığı ve sürdürüldüğü kurumdur. Örneğin, bireyin ailesinden yeteri kadar sosyal destek görmesi bireyin stres düzeyini olumlu yönde etkileyecektir. Aksi takdirde, birey ailesinden sosyal destek görmüyorsa stres düzeyi artacak ve bu da bireyin karakteristik özelliklerine olumsuz yansıtacaktır [105].

Ailenin yanı sıra sosyal destek kaynakları içinde etkili olan bir diğer faktör ise arkadaşlardır. Kurulan arkadaş ilişkileri, aile içerisinde giderilemeyen önemli bir ihtiyaç ve sosyal destek kaynağıdır. İyi arkadaşlık ilişkileri olmayan bir kişinin psikolojik sorunlarının artması olağan bir durumdur [105]. Bu yüzden aile ve arkadaştan algılanan sosyal destek eksikliğinin uyum problemlerine ve tedavide olumsuzluklara yol açtığı söylenebilir. Algılanan sosyal destek olgusunda yalnızca önceki ilişkilerden karşılanan sosyal destek değil, aynı zamanda şu an yaşadığı ve daha sonra da yaşaması muhtemel olan ilişkileri etkileyen bir olgudan bahsedilir [102].

Algılanan sosyal destek, bireylerin çevresinde bulunan sosyal destek ağının ne kadar farkında olduğunu ve bundan ne kadar memnun kaldığını göstermektedir [29]. Genel bir

ifadeyle algılanan sosyal desteğin iki temel ögesinin olduğunu söyleyebiliriz. Bunlar; gereksinim görüldüğünde başvurulabilecek insanların varlığı ve var olan sosyal destekten memnuniyet derecesidir. Örneğin, kimi insanlar sosyal destek sunan çok sayıda insan olmasını isterken, kimileri için de bir tek kişi yeterlidir. Bu da insanların kişilikleriyle ilgili bir durumdur [99].

Tüm bu bilgilerin sonucu olarak yeterli düzeyde algılanan sosyal desteğin sağlığın korunması, geliştirilmesi, hastalıkların tedavisi ve rehabilitasyonunu doğrudan etkilediği ve hastalık sürecine olumlu katkılar sunduğu söylenebilir.

2.4. Uyum Kavramı

Uyum, sözcük anlamı olarak bir olay ya da durum karşısında sergilenen olumlu tavır, kabullenme ve beklenen şekilde davranış olarak ifade edilmektedir. Planlanan yönde yapılan davranış değişikliğinin bireyde izlenmesi uyumun bir sonucudur [114]. Genel olarak, beklenen bir davranış olarak düşünülen uyum, sağlık personelinin önerileri ile hastanın davranışı arasındaki ilişkinin bir boyutudur. Hastanın ilaçlarını aksatmadan alması ve tıbbi önerilere uyum sağlaması hastalıkların tedavisinde, tedavinin olumlu yanıtlanması için önemlidir [26,107,115].

2.4.1. Psikiyatri hastalarında tedaviye uyum

Günümüzde halen gerek dünyada gerekse Türkiye’de psikiyatri hastalarının ilaç tedavisine uyum sağlamaları ile ilgili sorunlar yaşanmaktadır. Türkiye’de psikiyatri hastalarının akut dönemde hastaneye yatırılarak tedavilerinin yapıldığı, taburculuktan sonra takiplerin yapılmadığı, hastanın tekrar atak geçirinceye kadar aile ile birlikte yaşamına devam ettiği bilinmektedir [19].

Tedaviye uyum hastanın, sağlık çalışanları tarafından uygun şekilde planlanan tedavisini, kabul edip bu tedaviyi uygulamasıdır. Bir tedavi planına başlayıp onu bitirmek, kontrollere düzenli katılım sağlamak, ilaçları söylenen miktarda ve dozda, uygun saatte almak, yaşam tarzını hastalığa göre düzenlemek, hastalığı yönetmek tedaviye uyumun başlıca öğeleridir [110].

Hastanın tedaviye uyumunu gerçekleştirmek için bireye, hayatını hastalığı ile nasıl sürdürebileceğinin ve hastalığın oluşturduğu sorunlar ile nasıl başa çıkabileceğinin

anlatılması gerekir. Bunun için hastanın kendisinin ve ailesinin, hastalık, bakım ve tedavi olanakları konusunda bilgilendirilmesi gerekir. Çünkü hasta, hastalığına ve tedavisine ilişkin doğru bilgi almazsa ya da tedavinin ne kadar önemli olduğunu kavrayamazsa tedaviye uyum sağlayamayacaktır [127]. Ruhsal bozukluğu olan kişilerde tedaviye uyum sağlayamamanın, fiziksel hastalığa sahip kişilere göre daha yüksek olduğu ve tedaviye uyumu zorlaştıran sebeplerin birçoğunun kontrol altına alınabilir özellikte olduğu söylenmektedir [118,119].

Tedaviye uyum gösterememenin birçok sebebi bulunmaktadır. Bunlar; tedavi planının karmaşık olması, ilaçların gösterdiği yan etkiler, hastaların ilaç tedavisi konusundaki bilgi eksiklikleri, hastanın ilacın fayda göstereceğine inanmaması, ilaca yönelik daha önce yaşanan olumsuz sonuçların olması, ilacın bağımlılık yapıp bırakılamayacağına yönelik yaşanan tedirginlik, tedavi ekibi ile iletişim kuramama gibi nedenlerdir [117]. Psikiyatri hastaları, hastalığın nüksettiği zamanlarda tedavi almak istemeyebilir ya da yapılan tedavinin faydalı olmadığı düşüncesine sahip olarak tedaviyi reddedebilirler [121]. Bu yüzden hastalığın ve tedavinin özellikleri ilaç uyumunda önemli rol almaktadır. Kronik psikiyatrik bir hastalık kişinin hayatında değişikliklere, her açıdan yaşanan kayıplara ve başkalarına bağımlı hale gelmesine neden olduğundan uyumla ilgili sorunlar yaşanabilir [116].

Kronik psikiyatrik hastalıklarda tedaviye uyumsuzluğa sık rastlanılmakta, bunun sonucu olarak da hastanın iyilik süresi kısaltılmakta ve tekrarlı hastane yatışları meydana gelmektedir [117]. Tedaviye uyum gösterememe, hastalık semptomlarının düzelmemesi, tekrarı olan hastane yatışları, hastanede yatış sürecinin uzaması ve dolayısıyla tedavi maliyetinin artması, hastalığın kronik hale gelmesiyle zamanla gelişen iş gücündeki kayıplar, aileye fazlaca yük olurken, sağlık kurumlarına ise hem zaman ve hem de enerji kaybı olarak olumsuz şekilde yansımaktadır [25,118].

Tedaviye uyumu sağlayabilmek için uyumu etkileyecek sebepleri anlamak gerekmektedir. Ruh sağlığı sorunlarında hastalığın inkârı ve ilaçların oluşturduğu yan etkiler bunlar arasında en fazla bilinenlerdir [106,107]. Psikiyatrik bozukluk tanısı alan hastalarda ilaca uyumsuzluk göstermenin sebepleri içinde, hastanın hastalığa karşı içgörüsünün yetersiz olması, ilaç kullanımına yönelik duyduğu tedirginlikler, hastalığın süreci, ilaçlara bağlı ortaya çıkan yan etkiler, sosyal ve çevresel desteğin azlığı,

ekonomik sıkıntılar, tedaviyi yanlış yorumlama veya tedaviye karşı yetersiz bilgilendirme, yaşanan ortamın ya da tedavi görülen hastanenin elverişsiz durumu, hastanın ve çevresinin ilaç tedavisine ve ruhsal bozukluğa yönelik tutumu, ilaç kullanımının toplum içinde yarattığı önyargılar, kültürel inançlar (özellikle yaşadığımız toplumda sık görülen medyum, şifacı, hoca gibi insanlardan istenen yardım) gelmektedir [25,26,113].

Aynı anda birkaç hastalığın varlığı da tedavi uyum düzeyini düşürebilmektedir [122]. Psikiyatrik hastalıkların tedavisinde hem ilaçlı tedavi hem de ilaçlı olmayan sosyal destekli tedaviler uygulanabilmektedir. İlaçlı tedavide kullanılan ilaçların ağır yan etkileri iyileşmeye olan inancın azalmasına ve tedaviye olan uyum düzeyinin düşmesine sebep olmaktadır [25]. Tedaviye daha önceden uyum sağlamamış olmak da, sonradan gösterilecek uyumsuzluğun nedenidir. Bireyin, hastalık ve ilaç kullanımıyla ilgili inançları ve önerilen tedaviye uyumu kişilik özellikleri yönünde değişmektedir. Özellikle narsistik ve paranoid kişilik özelliklerinde olanların tedaviye uyumu olumsuz yönde gelişmektedir [26].

Psikiyatride tedaviye uyumsuzluk klinik uygulamalarda çok sık görülen ve hastanın tekrar hastaneye yatışını gerektiren önemli bir problemdir [111]. Tedaviye uyumsuzluk reçete edilen ilaçları kullanmamak ya da zamanına uymayarak dikkatsiz-düzensiz kullanmak, reçete edilmeyen ve çevreden önerilen ilaçları alıp kullanmak, randevulara düzenli gelmemek ve bunun gibi davranışlarda bulunmaktır [112]. İçselleştirilmiş damgalama hasta ile ilgili bir diğer tedaviye uyumsuzluk sebebidir ve tedaviye uyum sürecini uzatarak; kişinin benlik saygısını ve öz yeterliliğini olumsuz olarak etkilemektedir [86,108]. Yıldırım ve ark.[108] yaptıkları çalışmada, içselleştirilmiş damgalama düzeyinin hasta ile tedaviye uyum işbirliğini olumsuz yönde etkilediğini saptamıştır.

Literatürde çevre ile ilişkili faktörlerden, hastanın sosyal destek algısının da yine tedaviye uyumu etkilediği belirtilmiştir [19,109]. Sosyal destek iyileşmeyi gerçekleştirmede anlamlı bir güçtür. Yeterli sosyal destek sağlığın korunmasını, geliştirilmesini, hastalıkların tedavisini ve rehabilitasyonunu olumlu açıdan etkileyerek hastalık sürecinde uyumu sağlamakta, sosyal izolasyonu azaltarak hastaların yaşam kalitesini artırmaktadır. Aile ve sosyal destek konusunda yaşanan aksaklıklar ilaç uyum problemlerine ve tedavide olumsuz durumlara yol açmaktadır [19]. Kelleci ve Ata'nın

yaptığı araştırmada, arkadaş ve özel birinin desteğini alan hastaların ilaç uyum düzeylerinin daha yüksek olduğu belirtilmiş [19], Aylaz ve Kılınç yaptığı çalışmada psikiyatri hastalarında sosyal desteği olanların olmayanlara göre tedavi uyumunun daha yüksek olduğu bulunmuştur [124].

Psikiyatri hastalarında tedaviye uyum düzeyini yükseltmek için bazı yöntemler kullanılmaktadır. Bu yöntemlerin başında bilişsel davranışçı tedavi, psikoeğitim, sosyal beceri eğitimi, motivasyonel görüşme, aile girişimleri ve tedavi uyum programları gibi hastayı destekleyici eğitimler gelmektedir [123].

2.4.2. Hastaların tedaviye uyumunda psikiyatri hemşiresinin rolü

Ruh sağlığı sistemi konusunda yeni düzenlemeler yapılmakla birlikte mevcut durum yönünde hastaların bakım alacakları ve tedavi görecekları tek merkez ikinci basamak sağlık hizmetleridir. Bu durum içerisinde hastanın klinikte geçirdiği sürede hastalığı yönetme konusunda teşvik edilmesi ve ilaç uyumunun sağlanması psikiyatri hemşirelerinin öncelikli planları içindedir [19]. Amerikan Hemşireler Birliği'nin psikofarmakoloji rehberinde; psikiyatri hemşirelerini ilaç sınıflandırmalarını bilme, ilacın endikasyonları ve kontrendikasyonları hakkında bilgi sahibi olma, ilacın toksisite belirtilerini bilip gözleme, hasta ve ailesini tedavi planına alma, hastanın geçmişteki ilaç kullanımına dair veriler toplama, tedavinin yarar ve zararlarının farkında olma gibi sorumlulukları bulunduğu belirtilmiştir [117]. Bu bağlamda hastanın tedaviye uyumunda hemşirelerin sorumluluğu kaçınılmazdır.

Hemşire ilk olarak hastanın tedaviye uyumunu etkileyebilecek durumları belirlemeye çalışmalı, bunları hastanın uyumunu arttıracak yönde kullanmalı ve uyumsuzluğa neden olabilecek olumsuz etkileri ortadan kaldırmalıdır [30]. Sosyal desteğin tedaviye uyumdaki işlevi konusunda, eğitilmiş psikiyatri hemşirelerinin, tedaviye uyumu sağlamak amacıyla hasta bireye ve hasta yakınlarına, hastanın tedaviye uyum konusunda bilgi eksikliğinin giderilmesi, tedaviye uyumsuzluğa eğilimli hastaların daha dikkatli takip edilmesi, tedaviye uyumu arttırmaya yönelik eğitim verilmesi ve hasta ile yakınlarının arasındaki sosyal destek bağlarının güçlendirilmesi gibi görev ve sorumlulukları vardır. Bu sayede hastaların tedaviye uyumu artırılabilir [125,126].

Hemşire, hastaya yaklaşımında, hastasını tanımak, isteklerini anlamak ve karşılamak

yönündeki bilinçli çabalarıyla, hastayla arasındaki iletişimi artırır. Hastalarla iletişimlerinde duyarlı davranarak, hastanın duygularını anlamaya çalışmalıdır [30]. Kronik psikiyatrik bozukluklarda aile gönüllü olarak veya zorunlu olarak hastanın bakım sorumluluğunu üstlendiğinden ailenin tedaviye etkin bir biçimde katılımı sağlanmaktadır [124]. Bundan dolayı ailenin de hastalık ve tedavi konusunda yeterli ve doğru bilgisinin olması, hastanın ilaçlarını düzenli bir şekilde kullanmasına yardımcı olması ve desteklemesi, hastalığın semptomlarına yönelik uygun bir yaklaşım sergilemesi gerekir [30].

Tedaviye uyumsuzluk yönünden herhangi risk altında olabilecek hastaların (öğrenim düzeyi düşük, sosyal güvencesi olmayan, sosyal desteği yetersiz olan ve tedavinin işe yaramayacağını düşünen hastalar) daha dikkatli gözlenmesi gerekir. Yeterli bilgi donanımına sahip hemşirenin, tedaviye uyumsuz hastaları saptayıp; bununla ilgili bir planı işleme koyması ve hedeflenen uyum davranışını takip edip değerlendirmesi, hastanın tedavi rejimini etkili yönetmesini ve tedaviye uyumunu olumlu yönde etkileyecektir [125].

3. BÖLÜM

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma; ruh sağlığı sorunu olan hastalarda içselleştirilmiş damgalama, sosyal destek ve bunların tedaviye uyuma etkisini incelemek amacıyla tanımlayıcı türde yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Şanlıurfa İl Merkezinde bulunan, Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde ruhsal sorunları nedeniyle ayaktan tedavi gören hastalarla yapılmıştır. Araştırma yapılırken; Şanlıurfa ilinin büyük bir il olması, Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin ise, hem Şanlıurfa il merkezinden hem de Şanlıurfa ilinin ilçelerinden gelen çok sayıda hastaya sağlık hizmeti veriyor olması ve hastanenin ulaşılabilirlik durumu göz önünde bulundurulmuştur. Hastane bünyesinde psikiyatri alanında uzman 8 doktor bulunmaktadır ve bunlardan 5'i aktif olarak poliklinik hizmeti vermektedir. Poliklinikte psikiyatri hemşiresi bulunmamaktadır. Bu yüzden poliklinikte hemşirelik hizmeti verilmemektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Şanlıurfa İl Merkezine bulunan, Şanlıurfa Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde ruhsal sorunları nedeniyle ayaktan tedavi gören hastalar oluşturmuştur.

Araştırmanın örnekleme belirlenirken bir önceki yıla ait psikiyatri polikliniğine ayaktan başvuru yapan ve en az son bir yıldır ruh sağlığı sorunu ile izlenmekte olan hasta sayısına ulaşılmak istenmiştir. Ancak hastanenin bilgi işlem merkezi böyle bir sayıyı veremeyeceğini, tekrarlı başvuruları ve en az son bir yıldır tanı almış olmayı ayırt edemeyeceğini bildirmiştir. Bir önceki yılın hasta sayısı bilinemeyince evreni belli örneklem hesabı yapılamamıştır. Bunun üzerine araştırmacı Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'nde 1 Haziran 2018 – 31 Ağustos 2018 tarihleri arasında hafta içi her gün polikliniğe başvuran, en az bir yıldır ruh sağlığı sorunu ile izlenen, araştırmaya dâhil edilme kriterlerini karşılayan ve araştırmaya

katılmayı kabul hastaları örnekleme dâhil etmiştir. Üç aylık süre sonunda polikliniğe başvuran hastaların tekrar ettiği görülünce veri toplama işlemi sonlandırılmış, toplam 200 hasta araştırmanın örneklemini oluşturmuştur.

3.4. Araştırmaya Alınma ve Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

Araştırmaya davet edilen bireylerde aşağıdaki özelliklerin bulunmasına dikkat edilmiştir;

- Şanlıurfa Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde ruh sağlığı sorunu nedeniyle en az bir yıldır ayaktan tedavi alıyor olmak,
- 18 yaşından büyük olmak,
- Anket formunu cevaplandıramayacak düzeyde fiziksel ya da ruhsal hastalığa sahip olmamak,
- Türkçe anlıyor ve konuşabiliyor olmak,
- Araştırmanın yönergesini takip edecek zihinsel kapasiteye sahip olmak,
- Anket uygulaması sırasında karşılıklı iletişimi engelleyecek düzeyde işitme problemine sahip olmamak,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak.

3.5. Verilerin Toplanması

Araştırmada veri toplama aracı olarak; araştırmacılar tarafından ilgili literatür taranarak hazırlanan sosyodemografik bilgileri içeren Kişisel Bilgi Formu (EK 1), Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalama Ölçeği (RHİDÖ) (EK 2), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (EK 3) ve Morisky Uyum Ölçeği (EK 4) kullanılmıştır.

3.5.1. Aydınlatılmış Onam Formu

Ruh sağlığı sorunu nedeniyle ayaktan tedavi gören hastaların, araştırmanın adının ve araştırma hakkında içeriğin yer aldığı aydınlatılmış onam formuyla ilgili bilgi sahibi olmaları sağlanmış ve bunların içinden araştırmaya katılmayı kabul eden hastaların

onamları alınmıştır.

3.5.2. Kişisel bilgi formu

Ruh sağlığı sorunu nedeniyle ayaktan tedavi gören hastaların sosyodemografik ve hastalık özelliklerini sorgulayan, toplam 19 sorudan oluşan form araştırmacılar tarafından ilgili literatür incelenerek hazırlanmıştır.

3.5.3. Ruhsal hastalıkların içselleştirilmiş damgalama ölçeği (RHİDÖ)

RHİDÖ 2003 yılında Ritsher ve ark. tarafından geliştirilmiş, Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ersoy ve Varan (2007) tarafından yapılmıştır [17]. Psikiyatri hastalarında içselleştirilmiş damgalamayı değerlendiren öz-bildirim ölçeği toplam 29 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin yabancılaşma (1., 5., 8., 16., 17., 21. maddeler), kalıp yargıların onaylanması (2., 6., 10., 18., 19., 23., 29. maddeler), algılanan ayrımcılık (3., 15., 22., 25., 28. maddeler), sosyal geri çekilme (4., 9., 11., 12., 13., 20. maddeler) ve damgalamaya karşı direnç (7., 14., 24., 26., 27. maddeler) olmak üzere 5 alt boyutu bulunmaktadır. Dörtlü likert tipi ölçekte damgalanmaya karşı direnç alt ölçeğinin maddeleri ters olarak puanlanmakta, ölçek puanındaki artış kişinin içselleştirilmiş damgalama düzeyinin olumsuz yönde yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçekten alınan toplam puan 29 ile 116 arasında değişmekte ve içselleştirilmiş damgalamaya ilişkin toplam puanı göstermektedir.

Ölçeğin tümü için Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0.93, yabancılaşma alt boyutu için 0.84, kalıp yargıların onaylanması alt boyutu için 0.71, algılanan ayrımcılık için 0.87, sosyal geri çekilme için 0.85, damgalanmaya karşı direnç 0.63 olarak belirlenmiştir [17]. Bizim çalışmamızda ise alfa iç tutarlılık katsayısı ölçeğin tümü için 0.89, yabancılaşma için 0.71, kalıp yargıların onaylanması için 0.49, algılanan ayrımcılık için 0.76, sosyal geri çekilme için 0.81, damgalanmaya karşı direnç için 0.61 bulunmuştur. Ölçek ve alt ölçeklerden elde edilen katsayılar, kabul edilebilir düzeyde iç tutarlılık göstermektedir.

3.5.4. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği (ÇBASDÖ)

ÇBASDÖ 12 maddeden oluşup aile, arkadaş ve özel bir insan olmak üzere 3 alt boyut içerir. Yedili likert tipi ölçek 1988 yılında Zimet ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş,

Eker ve Arkar tarafından Türkçe geçerlik güvenilirlik çalışması yapılmıştır [29]. Ölçeğin tümü için Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0.89, aile alt boyutu için 0.85, arkadaş alt boyutu için 0.88, özel biri alt boyutu için 0.92 olarak belirlenmiştir. Bizim araştırmamızda ise, alfa iç tutarlılık katsayısı, ölçeğin tümü için 0.89, aile alt boyutu için 0.90, arkadaş alt boyutu için 0.96, özel biri alt boyutu için 0.96 olarak bulunmuştur.

3.5.5. Morisky uyum ölçeği

Morisky tarafından geliştirilen ölçeğin 1986 yılında geçerlilik çalışması yapılmıştır. Evet/hayır şeklinde yanıtlanan soruların tümüne “hayır” denmişse ilaç uyumu yüksek, bir veya iki soruya “evet” denmişse ilaç uyumu orta, üç veya dört soruya evet denmişse ilaç uyumu düşük olarak değerlendirilir. Ülkemizde geçerlilik güvenilirlik çalışması Yılmaz (2004) tarafından gerçekleştirilmiştir [30].

3.6. Ön Uygulama

Araştırma verileri toplanmaya başlamadan önce soruların anlaşılabilirliğini değerlendirmek için ön uygulaması Şanlıurfa İli Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'nde ayaktan tedavi alan gönüllü toplam 10 hasta ile yapılmıştır. Uygulama sonrası veri toplama formları gözden geçirilmiştir.

3.7. Uygulama

Araştırmanın uygulaması gerekli kişi ve kurumlardan yazılı izinler alındıktan sonra 1 Haziran 2018 – 31 Ağustos 2018 tarihleri arasında Şanlıurfa Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde ruh sağlığı sorunu nedeniyle ayaktan tedavi gören, en az bir yıldır ruh sağlığı sorunu ile izlenen ve araştırmaya katılmayı kabul eden 200 hasta ile gerçekleştirilmiştir.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmada elde edilen veriler SPSS istatistik paket programında (Version22, Chicago IL, USA) değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirmesinde tanımlayıcı ve analitik istatistikler kullanılmıştır. Veri toplama araçlarından elde edilen veriler sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma değerleri ile incelenmiştir. Sayısal değişkenler ile ölçeklerden alınan puanlar ve ölçeklerin birbirleri arasındaki ilişki Spearman korelasyon

analizi ile kategorik değişkenlerde ölçeklerden alınan puanlar arasındaki fark ise ikili gruplarda Mann Whitney U, ikiden fazla gruplarda Kruskall Wallis testi ile değerlendirilmiştir. Karşılaştırmalarda $p < 0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

- Bağımlı Değişkenler: Araştırmanın bağımlı değişkenleri, Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalama Ölçeği (RHİDÖ), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Morisky Uyum Ölçeği'nden alınan puanlardır.
- Bağımsız Değişkenler: Araştırmanın bağımsız değişkenleri, Kişisel Bilgi formundan elde edilen verilerdir.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmadan elde edilen sonuçlar kullanılan ölçüm araçlarının güvenilirlik ve geçerlilik boyutları ile sınırlıdır. Ayrıca araştırma sonuçları, çalışmada kullanılan istatistiksel teknikler ile sınırlıdır.

3.10. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın etik açıdan uygunluğu Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi Etik Kurul'u tarafından onaylanmıştır (EK 2). Araştırmanın uygulanabilmesi için Şanlıurfa Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastanesi yönetiminden gerekli izinler alınmıştır (EK 1). Araştırmaya davet edilen bireylere gerekli açıklamalar yapılarak yazılı ve sözlü onamları alınmıştır.

4. BÖLÜM

BULGULAR

Tablo 4.1. Hastaların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Dağılımı (n=200)

Sosyo-demografik Özellikler	$\bar{X} \pm SS$	
Yaş	36.01±13.15	
	Sayı	%
Cinsiyet		
• Kadın	107	53.5
• Erkek	93	46.5
Medeni Durum		
• Evli	112	56.0
• Bekâr	71	35.5
• Dul veya Boşanmış	17	8.5
Yaş		
• 18-24 yaş	49	24.5
• 25-31 yaş	45	22.5
• 32-38 yaş	23	11.5
• 39-45 yaş	37	18.5
• 46 yaş ve üzeri	46	23.0
Anne-Babanın Varlığı		
• Anne-baba sağ	108	54.0
• Anne ölü-baba sağ	9	4.5
• Anne sağ-baba ölü	47	23.5
• Anne- baba ölü	36	18.0
Eğitim Durumu		
• Okuryazar değil	12	6.0
• Okuryazar	23	11.5
• İlkokul mezunu	56	28.0
• Ortaokul mezunu	39	19.5
• Lise mezunu	40	20.0
• Ön lisans veya Lisans mezunu	30	15.0
Birlikte Yaşadığı Kişiler		
• Yalnız yaşıyor	16	8.0
• Anne-baba ile yaşıyor	60	30.0
• Eşi ile yaşıyor	18	9.0
• Çocukları ile yaşıyor	4	2.0
• Eşi ve çocukları ile yaşıyor	92	46.0
• Kardeşi ile yaşıyor	4	2.0
• Arkadaşı ile yaşıyor	4	2.0
• Asker	2	1.0
Şu An Yaşanılan Yer		
• Köy	19	9.5
• İlçe	12	6.0
• İl	169	84.5
Çalışma Durumu		
• Çalışıyor	54	27.0
• Çalışmıyor	123	61.5
• Hastalığı nedeni ile işi bırakmış	20	10.0
• Emekli	3	1.5
Toplam	200	100.0

Tablo 4.1. Hastaların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Dağılımı (devam)

Sosyo-demografik Özellikler	$\bar{X} \pm SS$	
Yaş	36.01±13.15	
	Sayı	%
Sosyal Güvence		
• Yok	22	11.0
• SSK	95	47.5
• Bağ-Kur	21	10.5
• Emekli Sandığı	62	31.0
Aylık Gelir		
• 500 TL ve altı	44	22.0
• 600-1500 TL	55	27.5
• 1600-2000 TL	42	21.0
• 2100-2600 TL	29	14.5
• 2600 TL ve üzeri	30	15.0
Toplam	200	100.0

Tablo 4.1’de hastaların sosyo-demografik özellikleri yer almaktadır. Araştırma kapsamındaki hastaların yaş ortalaması 36.01 ± 13.15 iken, araştırmaya katılan bireylerin yaklaşık yarısını erkekler (%46.5) oluşturmaktadır. Araştırmaya katılan bireylerin çoğunluğunu (%56.0) evli, il merkezinde ikamet eden (%84.5), eşi ve çocukları ile yaşayan (%46.0), anne-babası hayatta olanlar (%54.0) oluşturmaktadır. Bireylerin eğitim ve çalışma durumu incelendiğine ise %28.0’nın ilkökul mezunu olduğu, büyük çoğunluğunun çalışmadığı (%61.5), yaklaşık yarısının (%47.5) sosyal güvencesinin SSK olduğu ve %27.5’inin gelir düzeyinin 600-1500 olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.2. Hastaların Hastalıkla İlgili Özelliklerine Göre Dağılımı (n=200)

Hastalık Özellikleri	$\bar{X} \pm SS$	
Hastalık Süresi	7.58±6.46 (yıl)	
	Sayı	%
Psikiyatrik Hastalık Tanısı		
• Şizofreni	14	7.0
• Depresif Bozukluk	93	46.5
• Anksiyete Bozukluğu	35	17.5
• Duygudurum-Bipolar Bozukluk	16	8.0
• Obsesif Kompulsif Bozukluk	11	5.5
• Travma Sonrası Stres Bozukluğu	6	3.0
• Kişilik Bozukluğu	5	2.5
• Cinsel Kimlik ile İlgili Sorunlar	2	1.0
• Madde ile İlgili Bozukluklar	18	9.0

Tablo 4.2. Hastaların Hastalıkla İlgili Özelliklerine Göre Dağılımı (*devam*)

Hastalık Özellikleri	$\bar{X} \pm SS$	
Hastalık Süresi	7.58±6.46 (yıl)	
	Sayı	%
Hastalık Süresi		
• 1-3 yıl	63	31.5
• 4-6 yıl	52	26.0
• 7-9 yıl	33	16.5
• 10-12 yıl	17	8.5
• 13 yıl ve üzeri	35	17.5
Psikiyatrik Nedenle Hastaneye Yatışın Varlığı		
• Var	42	21.0
• Yok	158	79.0
Hastaneye Yatış Sayısı (n=42)		
• 1 kez	18	9.0
• 2-3 kez	16	8.0
• 4 ve üzeri	8	4.0
Ailede Psikiyatrik Hastalık Öyküsü		
• Var	63	31.5
• Yok	137	68.5
Ailede Psikiyatrik Hastalık Tanısı (n=63)		
• Şizofreni	4	2.0
• Depresyon	43	21.5
• Anksiyete Bozukluğu	10	5.0
• Bipolar Bozukluk	2	1.0
• Obsesif Kompulsif Bozukluk	1	0.5
• Alzheimer	3	1.5
Bir Yılda Ayaktan Tedaviye Başvuru Sayısı		
• 1-2 kez	28	14.0
• 3-4 kez	58	29.0
• 5 ve üzeri	114	57.0
Psikiyatrik İlaçların Düzenli Kullanımı		
• Hiç doz atlamıyor	105	52.5
• Ayda bir doz atlıyor	39	19.5
• Ayda birden fazla doz atlıyor	56	28.0
Kullanılan Psikiyatrik İlacın Yan Etkisi		
• Var	98	49.0
• Yok	102	51.0
Psikiyatrik İlacın Yan Etkisi (n=98)		
• Sersemlik	4	2.0
• Ağız kuruluğu	1	0.5
• İştah artışı	4	2.0
• Aşırı uyku	12	6.0
• Kaslarda seğirme	2	1.0
• Baş ağrısı	12	6.0
• Mide bulantısı-kusma	19	9.5
• Halsizlik-yorgunluk	33	16.5
• Baş dönmesi	7	3.5
• İştahsızlık	4	2.0
Kendine/Başkasına Zarar Verme Durumu		
• Var	40	20.0
• Yok	160	80.0

Tablo 4.2. Hastaların Hastalıkla İlgili Özelliklerine Göre Dağılımı (devam)

Hastalık Özellikleri	$\bar{x} \pm SS$	
Hastalık Süresi	7.58±6.46 (yıl)	
Ruhsal Hastalığa Ek Başka Hastalık		
• Diyabet	14	7.0
• Hipertansiyon	16	8.0
• Kalp hastalığı	5	2.5
• Böbrek hastalığı	5	2.5
• Solunum yolu hastalıkları	14	7.0
• Diğer	5	2.5
• Hastalığı yok	141	70.5

Araştırmaya katılan hastaların hastalıkla ilgili özelliklerinin yer aldığı Tablo 4.2’de görüldüğü gibi araştırmaya katılan bireylerin büyük çoğunluğunda depresif bozukluk tanısı (%46.5) olduğu, %68.5’inin ailesinde herhangi bir psikiyatrik hastalığı olmadığı, ailesinde psikiyatrik hastalığı olan bireylerin ise %21.5’inin yine depresyon tanısına sahip olduğu belirlenmiştir. Bu bireylerde hastaneye yatışın %21.0 oranında görüldüğü, %9.0 oranındaki bireyin hastaneye 1 kez yatışının olduğu ve bir yılda ayaktan tedaviye başvuru sayısı 5 ve üzeri olan bireylerin %57.0 olduğu saptanmıştır. Araştırmaya katılan bireylerin yarıdan fazlasının (%52.5) ilaçları kullanırken hiç doz atlamadığı, ilaç yan etkisi yaşamadığı (%51.0), yan etki yaşayanların ise en çok halsizlik-yorgunluk (%16.5) hissettiği görülmüştür. Araştırma kapsamındaki bireylerin büyük çoğunluğunun kendine ya da başkasına zarar vermediği (%80), psikiyatrik hastalık dışında herhangi hastalığının olmadığı (%70.5) belirlenmiştir. Araştırma kapsamındaki bireylerin hastalık süresinin ise ortalama 7.58±6.46 yıl olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.3. Hastaların Ölçeklerden Aldıkları Ortalama Puanların Dağılımı

ÖLÇEKLER	$\bar{x} \pm SS$	Med (Min-Max)
Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalama Ölçeği (RHİDÖ)		
RHİDÖ Toplam	67.59±16.46	68.50(31.00-105.00)
• Yabancılaşma	15.16±4.60	15.00(6.00-24.00)
• Kalıp Yargıların Onaylanması	13.76±3.68	14.00(7.00-24.00)
• Algılanan Ayrımcılık	10.05±4.03	10.00(5.00-20.00)
• Sosyal Geri Çekilme	15.92±4.77	17.00(6.00-24.00)
• Damgalamaya Karşı Direnç	12.69±3.46	13.00(5.00-20.00)
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)		
ÇBASDÖ Toplam	47.27±19.58	43.50 (12.00-84.00)
• Aile	19.78±7.95	22.00 (4.00-28.00)
• Arkadaş	15.27±9.38	15.50 (4.00-28.00)
• Özel Biri	12.21±9.29	7.00 (4.00-28.00)

Tablo 4.3. Hastaların Ölçeklerden Aldıkları Ortalama Puanların Dağılımı (*devam*)

	Sayı	%
Morisky Uyum Ölçeği		
• Yüksek Uyum	49	24.5
• Orta Düzey Uyum	101	50.5
• Düşük Uyum	50	25.0

Araştırmaya katılan hastaların ölçeklerden aldıkları puanların dağılımı Tablo 4.3’de gösterilmektedir. Hastaların Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalama Ölçeği (RHİDÖ) toplam puan ortalaması 67.59 ± 16.46 , Yabancılaşma alt boyutunun puan ortalaması 15.16 ± 4.60 , Kalıp Yargıların Onaylanması alt boyutunun puan ortalaması 13.76 ± 3.68 , Algılanan Ayrımcılık alt boyutunun puan ortalaması 10.05 ± 4.03 , Sosyal Geri Çekilme alt boyutunun puan ortalaması 15.92 ± 4.77 , Damgalamaya Karşı Direnç alt boyutunun puan ortalaması 12.69 ± 3.46 ’dır. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) toplam puan ortalaması 47.27 ± 19.58 , Aile alt boyutunun puan ortalaması 19.78 ± 7.95 , Arkadaş alt boyutunun puan ortalaması 15.27 ± 9.38 , Özel Biri alt boyutunun puan ortalaması 12.21 ± 9.29 ’dur. Morisky Uyum Ölçeği Yüksek Uyum alt boyutu %24.5, Orta Düzey Uyum alt boyutu yüzdesi %50.5, Düşük Uyum alt boyutu yüzdesi ise %25.0 olarak belirlenmiştir.

Tablo 4.4. Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalama Ölçeği (RHİDÖ) Alt Boyutları ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) Alt Boyutları Arasındaki İlişki

Korelasyon	ÇBASDÖ Toplam	Aile	Arkadaş	Özel Biri
RHİDÖ Toplam				
Spearman’s Korelasyon (r)	-.459	-.345	-.339	-.324
Sig (p)	.000	.000	.000	.000
Yabancılaşma				
Spearman’s Korelasyon (r)	-.381	-.309	-.232	-.292
Sig (p)	.000	.000	.001	.000
Kalıp Yargıların Onaylanması				
Spearman’s Korelasyon (r)	-.348	-.258	-.302	-.248
Sig (p)	.000	.000	.000	.000

Tablo 4.4. Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalama Ölçeği (RİHDÖ) Alt Boyutları ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) Alt Boyutları Arasındaki İlişki (*devam*)

Korelasyon	ÇBASDÖ Toplam	Aile	Arkadaş	Özel Biri
Algılanan Ayrımcılık				
Spearman's Korelasyon (r)	-.376	-.365	-.305	-.196
Sig (p)	.000	.000	.000	.006
Sosyal Geri Çekilme				
Spearman's Korelasyon (r)	-.378	-.218	-.270	-.291
Sig (p)	.000	.002	.000	.000
Damgalamaya Karşı Direnç				
Spearman's Korelasyon (r)	-.362	-.253	-.261	-.272
Sig (p)	.000	.000	.000	.000

Tablo 4.4.'de Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalama Ölçeği (RİHDÖ) Toplam ve Alt Boyutları ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) Toplam ve Alt Boyutları arasındaki ilişki yer almaktadır. Tablo incelendiğinde RİHDÖ Toplam puan ile ÇBASDÖ toplam puanı arasında negatif yönde orta düzeyde, ÇBASDÖ'nün Aile, Arkadaş ve Özel Biri Alt Boyut puanları arasında negatif yönde zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki belirlenmiştir ($p<0.05$). RİHDÖ'nün Yabancılaşma Alt Boyut puanı ile ÇBASDÖ Toplam puan ve ÇBASDÖ'nün Aile ve Özel Biri Alt Boyut puanları arasında negatif yönde zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki ($p<0.05$), ÇBASDÖ'nün Arkadaş Alt Boyut puanı arasında ise negatif yönde çok zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki ($p<0.05$) saptanmıştır. RİHDÖ'nün Kalıp Yargıların Onaylanması Alt Boyut'u ile ÇBASDÖ Toplam puan ve ÇBASDÖ'nün Arkadaş Alt Boyut puanı arasında negatif yönde zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki ($p<0.05$), ÇBASDÖ'nün Aile ve Özel Biri Alt Boyut puanları arasında ise negatif yönde çok zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki ($p<0.05$) görülmektedir. RİHDÖ'nün Algılanan Ayrımcılık Alt Boyut puanı ile ÇBASDÖ Toplam puan ve ÇBASDÖ'nün Aile ve Arkadaş Alt Boyut puanları arasında negatif yönde zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki ($p<0.05$), ÇBASDÖ'nün Özel Biri Alt Boyut puanı arasında ise negatif yönde çok zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki ($p<0.05$) belirlenmiştir. RİHDÖ'nün Sosyal Geri Çekilme Alt Boyut'u ile ÇBASDÖ Toplam puan ve ÇBASDÖ'nün Arkadaş ve Özel Biri Alt Boyut puanları arasında negatif yönde zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki ($p<0.05$), ÇBASDÖ'nün Aile Alt Boyut puanı arasında ise negatif yönde çok zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki ($p<0.05$) saptanmıştır. RİHDÖ'nün Damgalamaya Karşı Direnç Alt Boyut'u ile

ÇBASDÖ Toplam puan ve ÇBASDÖ'nün Arkadaş ve Özel Biri Alt Boyut puanları arasında negatif yönde zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki ($p<0.05$), ÇBASDÖ'nün Aile Alt Boyut puanı arasında ise negatif yönde çok zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki ($p<0.05$) belirlenmiştir.

Tablo 4.5. Hastaların Yaş ve Psikiyatrik Hastalık Süresi ile Ölçeklerden Aldıkları Toplam Puanlar Arasındaki İlişki

Korelasyon	RİHDÖ Toplam	ÇBASDÖ Toplam
Yaş		
Spearman's Korelasyon (r)	-.126	-.062
Sig (p)	.074	.384
Psikiyatrik Hastalık Süresi		
Spearman's Korelasyon (r)	.003	-.217
Sig (p)	.964	.002

Araştırma kapsamındaki hastaların yaşları ve psikiyatrik hastalık süreleri ile ölçeklerden aldıkları puanlar arasındaki ilişki Tablo 5'de görülmektedir. Hastaların yaşları ile RİHDÖ ve ÇBASDÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$). Araştırmaya katılan hastaların psikiyatrik hastalık süresi ile RİHDÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmezken ($p>0.05$), psikiyatrik hastalık süresi ile ÇBASDÖ Toplam puanı arasında negatif yönde çok zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0.05$).

Tablo 4.6. Hastaların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre RİHDÖ Ortalama Puanlarının Dağılımı (n=200)

Özellikler	RİHDÖ Toplam		Yabancılaşma		Kalp Yargılarının Onaylanması		Algılanan Ayrımcılık		Sosyal Geri Çekilme		Damgalamaya Karşı Direnç	
	$\bar{x}\pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{x}\pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{x}\pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{x}\pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{x}\pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{x}\pm SS$	Med (Min-Max)
Yaş												
• 18-24 yaş	69.40±17.24	72.00 (32.00-104.00)	16.02±4.70	17.00 (6.00-24.00)	13.63±4.08	14.00 (7.00-23.00)	10.75±4.17	11.00 (5.00-20.00)	16.10±4.35	16.00 (6.00-24.00)	12.89±3.63	14.00 (6.00-20.00)
• 25-31 yaş	70.31±16.11	72.00 (34.00-105.00)	15.91±4.60	16.00 (6.00-24.00)	14.08±3.26	14.00 (7.00-23.00)	10.26±3.91	10.00 (5.00-18.00)	17.11±4.64	18.00 (6.00-24.00)	12.93±3.42	13.00 (5.00-19.00)
• 32- 38 yaş	65.17±18.21	68.00 (31.00-96.00)	15.00±4.70	16.00 (6.00-21.00)	13.43±4.02	13.00 (7.00-24.00)	9.43±3.83	8.00 (5.00-18.00)	15.78±6.28	18.00 (6.00-24.00)	11.52±4.04	11.00 (6.00-19.00)
• 39-45 yaş	67.26±13.83	68.00 (38.00-93.00)	15.02±4.10	15.00 (6.00-22.00)	14.00±3.06	14.00 (9.00-20.00)	9.72±3.93	9.00 (5.00-19.00)	16.08±4.26	17.00 (7.00-23.00)	12.78±3.26	13.00 (5.00-19.00)
• 46 yaş ve üzeri	64.17±16.91	64.00 (37.00-100.00)	13.71±4.62	14.00 (6.00-22.00)	13.54±4.02	13.00 (7.00-22.00)	9.65±4.20	8.50 (5.00-18.00)	14.50±4.70	16.00 (6.00-22.00)	12.76±3.19	13.00 (8.00-20.00)
p**	0.408		0.133		0.800		0.578		0.166		0.506	
Cinsiyet												
• Kadın	66.28±16.72	65.00 (32.00-105.00)	14.90±4.80	15.00 (6.00-24.00)	13.60±3.55	14.00 (7.00-23.00)	9.66±4.03	9.00 (5.00-19.00)	15.63±4.94	16.00 (6.00-24.00)	12.47±3.34	13.00 (6.00-20.00)
• Erkek	69.08±16.12	71.00 (31.00-104.00)	15.46±4.35	16.00 (6.00-24.00)	13.93±3.84	14.00 (7.00-24.00)	10.49±4.00	10.00 (5.00-20.00)	16.24±4.57	18.00 (6.00-24.00)	12.94±3.60	13.00 (5.00-20.00)
p*	0.227		0.348		0.481		0.132		0.319		0.317	
Medeni Durum												
• Evli	66.38±16.18	65.00 (31.00-104.00)	14.74±4.57	15.00 (6.00-24.00)	13.71±3.63	13.00 (7.00-24.00)	9.73±3.97	9.00 (5.00-20.00)	15.66±4.84	17.00 (6.00-24.00)	12.52±3.23	13.00 (5.00-20.00)
• Bekâr	67.74±17.06	70.00 (32.00-105.00)	15.25±4.59	16.00 (6.00-24.00)	13.70±3.99	14.00 (7.00-23.00)	10.38±3.91	10.00 (5.00-19.00)	15.84±4.81	16.00 (6.00-24.00)	12.56±3.69	13.00 (6.00-19.00)
• Dul veya Boşanmış	74.88±14.58	77.00 (49.00-97.00)	17.58±4.27	19.00 (9.00-23.00)	14.29±2.66	14.00 (10.00-19.00)	10.76±4.88	10.00 (5.00-19.00)	17.88±3.83	18.00 (9.00-24.00)	14.35±3.74	14.00 (6.00-20.00)
p**	0.132		0.054		0.731		0.445		0.246		0.149	

*Mann Whitney U test, ** Kruskal Wallis test

Tablo 4.6. Hastaların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre RİHDÖ Ortalama Puanlarının Dağılımı (*devam*)

Özellikler	RİHDÖ Toplam		Yabancılaşma		Kalp Yargılarının Onaylanması		Algılanan Ayrımcılık		Sosyal Geri Çekilme		Damgalamaya Karşı Direnç	
	$\bar{x} \pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{x} \pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{x} \pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{x} \pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{x} \pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{x} \pm SS$	Med (Min-Max)
Eğitim Durumu												
• Okur yazar değil	74.08±21.47	84.00 (37.00-100.00)	15.41±4.99	15.50 (8.00-21.00)	16.25±3.88	16.50 (7.00-22.00)	11.91±4.60	13.50 (5.00-17.00)	16.50±5.43	18.50 (6.00-22.00)	14.00±4.15	15.50 (8.00-19.00)
• Okuryazar	66.56±16.85	70.00 (31.00-92.00)	14.65±4.90	16.00 (6.00-24.00)	14.34±3.97	15.00 (7.00-21.00)	10.08±3.88	10.00 (5.00-18.00)	15.47±5.07	17.00 (6.00-24.00)	12.00±3.19	12.00 (6.00-17.00)
• İlkokul mezunu	68.51±14.73	68.00 (38.00-104.00)	15.19±4.46	15.00 (6.00-24.00)	13.98±3.19	13.50 (9.00-24.00)	10.00±4.09	9.50 (5.00-20.00)	16.44±4.95	18.00 (6.00-24.00)	12.89±2.97	13.00 (7.00-18.00)
• Ortaokul mezunu	68.61±16.25	72.00 (40.00-105.00)	15.30±4.52	15.00 (7.00-24.00)	13.33±3.94	13.00 (7.00-23.00)	10.87±4.21	11.00 (5.00-18.00)	15.64±4.60	15.00 (7.00-24.00)	13.46±3.04	14.00 (6.00-20.00)
• Lise mezunu	67.10±17.66	68.50 (34.00-101.00)	15.57±5.00	16.00 (6.00-24.00)	13.57±3.81	14.00 (7.00-22.00)	9.55±3.87	9.50 (5.00-17.00)	16.25±4.21	17.50 (6.00-23.00)	12.15±4.34	13.00 (5.00-20.00)
• Ön lisans veya Lisans mezunu	63.36±15.86	63.00 (32.00-94.00)	14.66±4.30	15.00 (6.00-21.00)	12.70±3.42	12.50 (7.00-21.00)	8.96±3.59	8.00 (5.00-17.00)	14.96±5.05	16.00 (6.00-24.00)	12.06±3.34	13.00 (5.00-17.00)
P**	0.754		0.925		0.133		0.358		0.839		0.371	

** Kruskal Wallis test

Tablo 4.6'da hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre RİHDÖ'den aldıkları puanların dağılımları yer almaktadır. Araştırmaya katılan hastaların sosyo-demografik özelliklerinden yaş, cinsiyet, medeni durum ve eğitim durumuna göre RİHDÖ Toplam ve Alt Boyutlarından aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmemiştir ($p>0.05$).

Tablo 4.7. Hastaların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre ÇBADÖ Ortalama Puanlarının Dağılımı (n=200)

Özellikler	ÇBASDÖ Toplam		Aile		Arkadaş		Özel Biri	
	$\bar{x}\pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{x}\pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{x}\pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{x}\pm SS$	Med (Min-Max)
Yaş								
18-24 yaş	49.20±20.19	48.00 (12.00-84.00)	18.89±7.81	21.00 (4.00-28.00)	17.87±10.02	21.00 (4.00-28.00)	12.42±10.1 7	4.00 (4.00-28.00)
25-31 yaş	46.73±19.84	40.00 (12.00-84.00)	20.17±7.17	22.00 (4.00-28.00)	14.93±9.46	13.00 (4.00-28.00)	11.62±9.22	5.00 (4.00-28.00)
32- 38 yaş	50.26±20.75	52.00 (12.00-84.00)	20.56±7.34	21.00 (4.00-28.00)	15.52±9.37	15.00 (4.00-28.00)	14.17±9.60	12.00 (4.00-28.00)
39-45 yaş	46.81±18.52	43.00 (12.00-84.00)	18.56±9.29	22.00 (4.00-28.00)	15.37±8.87	16.00 (4.00-28.00)	12.86±9.31	11.00 (4.00-28.00)
46 yaş ve üzeri	44.60±19.37	39.00 (12.00-84.00)	20.91±8.07	24.50 (4.00-28.00)	12.63±8.62	9.00 (4.00-28.00)	11.06±8.37	6.00 (4.00-28.00)
p**	0.739		0.614		0.117		0.723	
Cinsiyet								
Kadın	50.36±19.39	49.00 (12.00-84.00)	19.60±8.00	22.00 (4.00-28.00)	17.01±9.06	19.00 (4.00-28.00)	13.73±9.32	11.00 (4.00-28.00)
Erkek	43.70±19.30	38.00 (12.00-84.00)	19.97±7.93	21.00 (4.00-28.00)	13.26±9.39	9.00 (4.00-28.00)	10.46±9.00	4.00 (4.00-28.00)
p*	0.010		0.645		0.008		0.010	
Medeni Durum								
Evli	45.89±18.34	41.00 (12.00-84.00)	20.40±7.85	23.00 (4.00-28.00)	13.72±9.06	11.00 (4.00-28.00)	11.76±8.81	7.00 (4.00-28.00)
Bekâr	52.14±20.80	54.00 (12.00-84.00)	19.97±7.62	22.00 (4.00-28.00)	18.42±9.53	22.00 (4.00-28.00)	13.74±10.4 4	11.00 (4.00-28.00)
Dul veya Boşanmış	36.00±17.06	33.00 (12.00-72.00)	14.88±8.74	14.00 (4.00-28.00)	12.35±7.59	13.00 (4.00-26.00)	8.76±5.93	5.00 (4.00-23.00)
p**	0.005		0.038		0.002		0.290	
Eğitim Durumu								
Okuryazar değil	51.16±21.29	50.50 (12.00-84.00)	18.91±7.20	18.50 (4.00-28.00)	15.91±9.42	14.50 (4.00-28.00)	16.33±8.68	19.00 (4.00-28.00)
Okuryazar	46.43±20.02	48.00 (12.00-84.00)	17.91±8.74	19.00 (4.00-28.00)	15.26±8.37	18.00 (4.00-28.00)	13.26±8.84	15.00 (4.00-28.00)
İlkokul mezunu	43.80±18.72	38.50 (12.00-84.00)	19.83±8.55	23.00 (4.00-28.00)	12.87±9.01	10.50 (4.00-28.00)	11.08±8.74	7.00 (4.00-28.00)
Ortaokul Mezunu	43.33±18.72	39.00 (12.00-84.00)	19.64±8.19	21.00 (4.00-28.00)	12.89±9.25	9.00 (4.00-28.00)	10.79±9.37	4.00 (4.00-28.00)
Lise mezunu	47.80±18.44	45.00 (18.00-84.00)	20.72±6.95	22.00 (4.00-28.00)	15.87±9.69	16.00 (4.00-28.00)	11.20±9.53	4.00 (4.00-28.00)
Ön lisans veya Lisans mezunu	57.23±20.50	60.00 (12.00-84.00)	20.36±7.74	22.50 (4.00-28.00)	21.80±7.84	24.00 (4.00-28.00)	15.06±10.0 0	12.50 (4.00-28.00)
p**	0.596		0.724		0.378		0.355	

*Mann Whitney U test, ** Kruskal Wallis test

Tablo 4.7.'de araştırmaya katılan hastaların sosyo-demografik özelliklerinden yaş, cinsiyet, medeni durum ve eğitim durumuna göre ÇBASDÖ'nden aldıkları puan ortalamaları görülmektedir. Hastaların yaşlarına göre yapılan gruplamada ÇBASDÖ Toplam ve ÇBASDÖ'nn alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmemiştir ($p>0.05$). Cinsiyet açısından incelendiğinde ÇBASDÖ Toplam puan ile ÇBASDÖ'nn Arkadaş ve zel Biri Alt Boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ($p<0.05$) fark belirlenmiştir. Kadınların ÇBASDÖ Toplam puan ile ÇBASDÖ'nn Arkadaş ve zel Biri Alt Boyut puan ortalamaları erkeklerden daha yüksektir. Araştırmaya katılan bireylerin medeni durumlarına göre yapılan karşılaştırmada bekâr olanlar ile dul veya boşanmış olanlar arasında ÇBASDÖ Toplam puan açısından istatistiksel olarak fark olduğu, dul veya boşanmış olanların ÇBASDÖ Toplam puanının daha düşük olduğu belirlenmiştir. ÇBASDÖ Arkadaş Alt Boyut puan ortalamasında fark bekâr olan gruptan kaynaklanmaktadır. Bekâr olanların puan ortalaması evli ve dul veya boşanmış olanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0.05$). Medeni duruma göre yapılan gruplamada dul veya boşanmış olanların ÇBASDÖ Aile Alt Boyut puan ortalaması evli ve bekâr olanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşüktür ($p<0.05$). Araştırmaya katılan bireylerin eğitim durumlarına göre yapılan karşılaştırmada ÇBASDÖ Toplam ve ÇBASDÖ'nn alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmemiştir ($p>0.05$).

Tablo 4.8. Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre RİHDÖ Ortalama Puanlarının Dağılımı (n=200)

Özellikler	RİHDÖ Toplam		Yabancılaşma		Kalp Yargılarının Onaylanması		Algılanan Ayrımcılık		Sosyal Geri Çekilme		Damgalanmaya Karşı Direnç	
	$\bar{x} \pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{x} \pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{x} \pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{x} \pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{x} \pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{x} \pm SS$	Med (Min-Max)
Hastalık Süresi												
• 1-3 yıl	66.73±17.54	71.00 (32.00-101.00)	15.04±4.54	15.00 (6.00-24.00)	13.44±3.57	14.00 (7.00-19.00)	9.98±4.01	9.00 (5.00-19.00)	15.28±4.83	17.00 (6.00-24.00)	12.96±3.72	14.00 (6.00-19.00)
• 4-6 yıl	71.34±14.22	69.50 (43.00-104.00)	16.19±4.65	17.00 (7.00-24.00)	14.25±3.67	14.00 (8.00-24.00)	10.84±4.17	11.00 (5.00-20.00)	17.40±4.22	18.00 (6.00-24.00)	12.65±3.24	13.00 (5.00-20.00)
• 7-9 yıl	62.42±16.07	62.00 (31.00-105.00)	14.00±4.54	13.00 (6.00-24.00)	13.06±3.99	13.00 (7.00-23.00)	8.72±3.30	8.00 (5.00-16.00)	14.39±4.53	15.00 (6.00-23.00)	12.24±3.63	13.00 (5.00-19.00)
• 10-12 yıl	66.64±17.59	65.00 (38.00-96.00)	15.47±4.51	17.00 (7.00-23.00)	13.17±3.32	12.00 (8.00-21.00)	9.35±3.69	8.00 (5.00-17.00)	16.17±5.49	15.00 (8.00-24.00)	12.47±3.64	13.00 (5.00-18.00)
• 13 yıl ve üzeri	68.88±16.79	74.00 (38.00-100.00)	14.80±4.63	15.00 (6.00-22.00)	14.54±3.73	15.00 (7.00-22.00)	10.57±4.42	10.00 (5.00-19.00)	16.17±4.90	17.00 (6.00-24.00)	12.80±3.18	12.00 (8.00-20.00)
p**	0.168		0.273		0.351		0.224		0.049		0.825	
Psikiyatrik Nedenle Hastaneye Yatışın Varlığı												
• Var	69.52±17.58	73.50 (31.00-104.00)	15.21±4.50	16.00 (6.00-23.00)	14.97±4.20	15.00 (7.00-24.00)	10.88±4.36	10.00 (5.00-20.00)	16.52±4.72	17.50 (6.00-24.00)	11.92±3.94	12.00 (5.00-20.00)
• Yok	67.07±16.17	68.00 (32.00-105.00)	15.15±4.64	15.00 (6.00-24.00)	13.43±3.47	13.00 (7.00-23.00)	9.82±3.92	9.50 (5.00-19.00)	15.75±4.79	17.00 (6.00-24.00)	12.89±3.31	13.00 (5.00-20.00)
p*	0.361		0.923		0.039		0.168		0.266		0.100	

*Mann Whitney U test, ** Kruskal Wallis test

Tablo 4.8. Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre RİHDÖ Ortalama Puanlarının Dağılımı (*devam*)

Özellikler	RİHDÖ Toplam		Yabancılaşma		Kalp Yargılarının Onaylanması		Algılanan Ayrımcılık		Sosyal Geri Çekilme		Damgalanmaya Karşı Direnc	
	$\bar{x}\pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{x}\pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{x}\pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{x}\pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{x}\pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{x}\pm SS$	Med (Min-Max)
Hastaneye Yatış Sayısı (n=42)												
• 1 kez	72.05±19.80	74.00 (31.00-104.00)	15.94±4.65	16.00 (6.00-23.00)	16.16±4.84	16.00 (7.00-24.00)	11.38±4.65	11.00 (5.00-20.00)	16.61±4.71	17.50 (6.00-24.00)	11.94±4.24	12.50 (6.00-19.00)
• 2-3 kez	65.81±15.50	65.50 (38.00-86.00)	13.87±3.87	14.00 (7.00-21.00)	13.31±2.84	13.50 (9.00-19.00)	10.93±4.50	10.50 (5.00-18.00)	16.37±4.71	17.50 (8.00-24.00)	11.31±3.92	11.00 (5.00-18.00)
• 4 ve üzeri yatış	71.25±17.11	76.00 (39.00-97.00)	16.25±5.20	16.50 (7.00-22.00)	15.62±4.34	16.50 (9.00-22.00)	9.62±3.62	9.00 (5.00-16.00)	16.62±5.37	18.50 (6.00-21.00)	13.12±3.39	12.00 (9.00-20.00)
p**		0.628		0.369		0.111		0.650		0.914		0.545
Ailede Psikiyatrik Hastalık Öyküsü												
• Var	66.50±17.39	69.00 (31.00-101.00)	15.14±4.66	16.00 (6.00-24.00)	13.61±3.58	14.00 (7.00-24.00)	9.74±4.07	9.00 (5.00-19.00)	15.61±5.07	18.00 (6.00-24.00)	12.38±3.62	13.00 (5.00-20.00)
• Yok	68.08±16.05	68.00 (32.00-105.00)	15.17±4.58	15.00 (6.00-24.00)	13.82±3.74	14.00 (7.00-23.00)	10.18±4.01	10.00 (5.00-20.00)	16.05±4.64	17.00 (6.00-24.00)	12.83±3.39	13.00 (5.00-20.00)
p*		0.715		0.942		0.678		0.407		0.837		0.471
Bir Yılda Ayaktan Tedaviye Başvuru Sayısı												
• 1-2 kez	67.60±16.82	72.00 (34.00-104.00)	15.92±4.54	17.00 (6.00-23.00)	13.64±4.31	15.00 (7.00-23.00)	9.89±4.45	9.50 (5.00-20.00)	15.46±4.96	16.00 (6.00-24.00)	12.67±3.19	13.00 (6.00-18.00)
• 3-4 kez	65.41±15.93	63.00 (32.00-101.00)	14.44±4.38	14.50 (6.00-24.00)	13.43±3.42	13.00 (7.00-22.00)	9.77±3.92	8.50 (5.00-19.00)	15.20±4.77	16.00 (6.00-24.00)	12.55±3.52	13.00 (5.00-19.00)
• 5 ve üzeri	68.69±16.67	69.50 (31.00-105.00)	15.34±4.70	16.00 (6.00-24.00)	13.95±3.66	14.00 (7.00-24.00)	10.22±4.00	10.00 (5.00-19.00)	16.39±4.71	17.50 (6.00-24.00)	12.77±3.52	13.00 (5.00-20.00)
p**		0.431		0.253		0.688		0.724		0.271		0.967

*Mann Whitney U test, ** Kruskal Wallis test

Tablo 4.8. Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre RİHDÖ Ortalama Puanlarının Dağılımı (*devam*)

Özellikler	RİHDÖ Toplam		Yabancılaşma		Kalıp Yargıların Onaylanması		Algılanan Ayrımcılık		Sosyal Geri Çekilme		Damgalanmaya Karşı Direnç	
	$\bar{x}\pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{x}\pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{x}\pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{x}\pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{x}\pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{x}\pm SS$	Med (Min-Max)
Psikiyatrik İlaçların Düzenli Kullanımı												
• Hiç doz atlamıyor	65.89±16.88	65.00 (31.00-105.00)	14.57±4.77	15.00 (6.00-24.00)	13.84±3.63	14.00 (7.00-23.00)	9.64±4.10	9.00 (5.00-18.00)	15.55±4.94	17.00 (6.00-24.00)	12.27±3.43	13.00 (5.00-19.00)
• Ayda bir doz atlıyor	66.53±14.33	64.00 (34.00-93.00)	15.00±4.34	16.00 (6.00-24.00)	13.53±3.69	13.00 (8.00-24.00)	9.76±3.81	9.00 (5.00-18.00)	15.51±4.33	15.00 (6.00-24.00)	12.71±3.44	13.00 (5.00-19.00)
• Ayda birden fazla doz atlıyor	71.50±16.66	73.00 (37.00-104.00)	16.39±4.26	16.00 (6.00-24.00)	13.75±3.84	13.00 (7.00-23.00)	11.00±3.95	11.00 (5.00-20.00)	16.89±4.66	18.00 (6.00-24.00)	13.46±3.46	14.00 (5.00-20.00)
p**		0.114		0.070		0.797		0.098		0.202		0.120
Kendine/Başkasına Zarar Verme Durumu												
• Var	75.90±13.49	76.50 (42.00-101.00)	16.47±3.60	16.50 (9.00-24.00)	15.62±3.39	16.00 (7.00-22.00)	12.07±3.83	13.00 (5.00-19.00)	18.12±3.78	19.00 (7.00-24.00)	13.60±3.52	14.00 (6.00-20.00)
• Yok	65.51±16.51	64.50 (31.00-105.00)	14.83±4.77	15.00 (6.00-24.00)	13.29±3.61	13.00 (7.00-24.00)	9.54±3.92	9.00 (5.00-20.00)	15.36±4.84	16.00 (6.00-24.00)	12.46±3.42	13.00 (5.00-20.00)
p*		0.000		0.053		0.000		0.000		0.001		0.084

*Mann Whitney U test, ** Kruskal Wallis test

Tablo 4.8’de araştırmaya katılan hastaların hastalık özelliklerine göre RİHDÖ’den aldıkları puanların dağılımlı yer almaktadır. Psikiyatrik hastalık süresine göre yapılan gruplamada RİHDÖ Toplam puan ve RİHDÖ’nn Yabancılaşma, Kalıp Yargıların Onaylanması, Algılanan Ayrımcılık ve Damgalanmaya Karşı Direnç Alt Boyut puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenemezken ($p>0.05$), RİHDÖ’nn Sosyal Geri ekilme alt boyutunda 4-6 yıldır hasta olanların puan ortalaması 7-9 yıldır hasta olanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Psikiyatrik hastalık nedeniyle hastaneye yatışı olan ve olmayanlar arasında RİHDÖ Toplam puan ile Yabancılaşma, Algılanan Ayrımcılık, Sosyal Geri ekilme ve Damgalanmaya Karşı Direnç Alt Boyut puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenemezken ($p>0.05$), Kalıp Yargıların Onaylanması Alt Boyut puan ortalaması psikiyatrik hastalık nedeniyle hastaneye yatışı olanlarda olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Hastaneye yatış sayısı, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü, bir yılda ayaktan tedaviye başvuru sayısı ve psikiyatrik ilaçların düzenli kullanım durumuna göre yapılan gruplamalarda RİHDÖ Toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). Kendine/başkasına zarar verme durumuna göre RİHDÖ Toplam puan ile Kalıp Yargıların Onaylanması, Algılanan Ayrımcılık ve Sosyal Geri ekilme Alt Boyut puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark tespit edilmiştir ($p<0.05$). Kendine/başkasına zarar verenlerin RİHDÖ Toplam, Kalıp Yargılar, Algılanan Ayrımcılık ve Sosyal Geri ekilme Alt Boyut puan ortalamaları kendine/başkasına zarar vermeyenlerden daha yüksektir.

Tablo 4.9. Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre ÇBASDÖ Ortalama Puanlarının Dağılımı (n=200)

Özellikler	ÇBASDÖ Toplam		Aile		Arkadaş		Özel Biri	
	$\bar{x}\pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{x}\pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{x}\pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{x}\pm SS$	Med (Min-Max)
Hastalık Süresi								
1-3 yıl	53.74±21.41	54.00 (12.00-84.00)	20.74±7.81	23.00 (4.00-28.00)	18.42±9.13	21.00 (4.00-28.00)	14.57±10.3 8	14.00 (4.00-28.00)
4-6 yıl	43.11±17.58	42.00 (12.00-84.00)	18.30±7.57	19.00 (4.00-28.00)	14.13±9.34	14.00 (4.00-28.00)	10.67±8.22	6.50 (4.00-28.00)
7-9 yıl	50.51±16.42	50.00 (21.00-84.00)	21.36±7.27	23.00 (4.00-28.00)	15.09±8.82	14.00 (4.00-28.00)	14.06±9.02	13.00 (4.00-28.00)
10-12 yıl	47.76±20.07	41.00 (18.00-83.00)	18.58±9.31	20.00 (4.00-28.00)	15.47±10.2 2	15.00 (4.00-28.00)	13.70±10.7 9	5.00 (4.00-28.00)
13 yıl ve üzeri	38.48±17.55	36.00 (12.00-73.00)	19.31±8.59	21.00 (4.00-28.00)	11.37±8.58	7.00 (4.00-28.00)	7.80±6.18	4.00 (4.00-22.00)
p**	0.002		0.305		0.010		0.011	
Psikiyatrik Hastalık Nedeniyle Hastaneye Yatış								
Var	47.35±19.24	44.00 (14.00-84.00)	21.95±7.17	25.00 (4.00-28.00)	14.07±9.66	10.00 (4.00-28.00)	11.33±9.05	4.00 (4.00-28.00)
Yok	47.24±19.73	43.50 (12.00-84.00)	19.20±8.07	21.00 (4.00-28.00)	15.59±9.31	16.00 (4.00-28.00)	12.44±9.37	7.50 (4.00-28.00)
p*	0.987		0.049		0.391		0.396	
Hastaneye Yatış Sayısı (n=42)								
1 kez	47.11±21.22	43.00 (14.00-84.00)	21.38±7.09	23.50 (6.00-28.00)	12.50±9.43	8.00 (4.00-28.00)	13.22±10.01	10.00 (4.00-28.00)
2-3 kez	47.25±18.82	42.50 (14.00-83.00)	22.93±8.48	27.50 (4.00-28.00)	14.25±9.91	9.50 (4.00-28.00)	10.06±7.87	4.00 (4.00-28.00)
4 ve üzeri yatış	48.12±17.75	49.50 (26.00-70.00)	21.25±4.59	21.00 (12.00-28.00)	17.25±10.1 2	19.50 (4.00-28.00)	9.62±9.37	4.00 (4.00-27.00)
p**	0.968		0.242		0.370		0.529	
Ailede Psikiyatrik Hastalık Öyküsü								
Var	46.39±18.59	44.00 (12.00-84.00)	19.07±7.53	20.00 (4.00-28.00)	15.34±9.12	17.00 (4.00-28.00)	11.96±9.16	6.00 (4.00-28.00)
Yok	47.67±20.07	43.00 (12.00-84.00)	20.10±8.14	23.00 (4.00-28.00)	15.24±9.53	15.00 (4.00-28.00)	12.32±9.39	8.00 (4.00-28.00)
p*	0.734		0.229		0.948		0.924	
Bir Yılda Ayaktan Tedaviye Başvuru Sayısı								
1-2 kez	51.64±22.05	48.00 (12.00-84.00)	20.71±7.40	22.00 (4.00-28.00)	17.00±9.25	20.50 (4.00-28.00)	13.92±10.07	11.50 (4.00-28.00)
3-4 kez	47.74±19.87	40.50 (12.00-84.00)	20.08±7.49	22.00 (4.00-28.00)	15.63±9.60	15.00 (4.00-28.00)	12.01±9.56	6.50 (4.00-28.00)
5 ve üzeri	45.95±18.80	44.50 (12.00-84.00)	19.39±8.34	21.50 (4.00-28.00)	14.66±9.32	14.00 (4.00-28.00)	11.89±8.99	8.50 (4.00-28.00)
p**	0.466		0.870		0.521		0.632	

*Mann Whitney U test, ** Kruskal Wallis test

Tablo 4.9. Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre ÇBASDÖ Ortalama Puanlarının Dağılımı (devam)

Özellikler	ÇBASDÖ Toplam		Aile		Arkadaş		Özel Biri	
	$\bar{x}\pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{x}\pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{x}\pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{x}\pm SS$	Med (Min-Max)
Psikiyatrik İlaçların Düzenli Kullanımı								
Hiç doz atlamıyor	47.63±18.23	44.00 (12.00-84.00)	20.40±7.38	22.00 (4.00-28.00)	15.56±9.41	17.00 (4.00-28.00)	11.67±8.58	8.00 (4.00-28.00)
Ayda bir doz atlıyor	53.58±19.50	52.00 (14.00-84.00)	20.74±7.32	23.00 (4.00-28.00)	16.97±9.19	17.00 (4.00-28.00)	15.87±10.53	15.00 (4.00-28.00)
Ayda birden fazla doz atlıyor	42.17±21.01	37.50 (12.00-84.00)	17.94±9.15	20.00 (4.00-8.00)	13.55±9.35	10.00 (4.00-28.00)	10.67±9.18	4.00 (4.00-28.00)
p**	0.016		0.370		0.210		0.018	
Kendine/Başkasına Zarar Verme Durumu								
Var	43.77±21.22	42.50 (12.00-84.00)	17.07±8.65	18.00 (4.00-28.00)	15.02±9.90	16.50 (4.00-28.00)	11.67±8.99	5.50 (4.00-28.00)
Yok	48.14±19.12	45.00 (12.00-84.00)	20.45±7.64	22.50 (4.00-28.00)	15.33±9.28	15.00 (4.00-28.00)	12.35±9.39	7.50 (4.00-28.00)
p*	0.272		0.019		0.796		0.580	

*Mann Whitney U test, ** Kruskal Wallis test

Tablo 4.9’da hastaların hastalık özelliklerine göre ÇBASDÖ’den aldıkları puanların dağılımı yer almaktadır. Araştırmaya katılan hastaların hastalık süresine göre yapılan grupta 1-3 yıldır hasta olanların ÇBASDÖ toplam puan ortalaması 4-6 yıldır hasta olanlar ile 13 yıl ve üzeri hasta olanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0.05$). ÇBASDÖ Arkadaş Alt Boyutunda 1-3 yıldır hasta olanlar ile 13 yıl ve üzeri hasta olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulunmuştur ($p<0.05$), 1-3 yıldır hasta olanların puan ortalaması daha yüksektir. ÇBASDÖ Özel Biri Alt Boyutunda ise 1-3 yıldır hasta olanların puan ortalaması 13 yıl ve üzeri hasta olanlardan, 7-9 yıldır hasta olanların puan ortalaması 13 yıl ve üzeri hasta olanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Psikiyatrik hastalık nedeniyle hastaneye yatışı olan ve olmayanlar arasında ÇBASDÖ Toplam puan ile Arkadaşlar ve Özel Biri Alt Boyut puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenemezken ($p>0.05$), Aile Alt Boyut puan ortalaması psikiyatrik hastalık nedeniyle hastaneye yatışı olanlarda olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Hastaneye yatış sayısı, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü ve bir yılda ayaktan tedaviye başvuru sayısına göre yapılan gruplamalarda ÇBASDÖ Toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). Psikiyatrik ilaçların düzenli kullanım durumuna göre yapılan

gruplamada ayda bir doz atlayanlar ile ayda birden fazla doz atlayanlar arasında ÇBASDÖ Toplam puanı açısından fark belirlenmiştir ($p<0.05$), ayda bir doz atlayanların sosyal destek algısı daha yüksek bulunmuştur. ÇBASDÖ Özel Biri Alt Boyut puan ortalamaları ayda bir doz atlayanlarda, hiç doz atlamayan ve ayda birden fazla doz atlayanlardan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Kendine/başkasına zarar verme durumuna göre ÇBASDÖ Toplam puan ile Arkadaşlar ve Özel Biri Alt Boyut puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark tespit edilemezken ($p>0.05$), kendine/başkasına zarar vermeyenlerin ÇBASDÖ Aile Alt Boyut puan ortalaması kendine/başkasına zarar verenlerden daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4.10. Hastaların Morisky Uyum Ölçeği Uyum Düzeyine Göre RİHDÖ Ortalama Puanlarının Dağılımı (n=200)

Morisky Uyum Ölçeğine Göre Hastaların Uyum Düzeyi	RİHDÖ Toplam		Yabancılaşma		Kalıp Yargıların Onaylanması		Algılanan Ayrımcılık		Sosyal Geri Çekilme		Damgalanmaya Karşı Direnç	
	$\bar{x}\pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{x}\pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{x}\pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{x}\pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{x}\pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{x}\pm SS$	Med (Min-Max)
Yüksek Uyum	66.08±17.47	66.00 (31.00-100.00)	14.36±4.81	14.00 (6.00-23.00)	13.79±3.63	14.00 (7.00-22.00)	10.12±4.46	10.00 (5.00-18.00)	15.22±4.93	17.00 (6.00-24.00)	12.57±3.31	13.00 (6.00-19.00)
Orta Düzey Uyum	66.36±16.37	64.00 (34.00-105.00)	14.94±4.65	15.00 (6.00-24.00)	13.76±3.66	13.00 (7.00-23.00)	9.62±3.92	9.00 (5.00-20.00)	15.68±4.87	16.00 (6.00-24.00)	12.35±3.55	13.00 (5.00-19.00)
Düşük Uyum	71.54±15.26	73.00 (37.00-101.00)	16.40±4.09	16.50 (6.00-24.00)	13.72±3.84	13.00 (7.00-24.00)	10.84±3.74	11.00 (5.00-19.00)	17.08±4.26	18.00 (6.00-24.00)	13.50±3.36	14.00 (5.00-20.00)
p**	0.099		0.073		0.947		0.158		0.142		0.236	

** Kruskal Wallis test

Tablo 4.11. Hastaların Morisky Uyum Ölçeği Uyum Düzeyine Göre ÇBASDÖ Ortalama Puanlarının Dağılımı (n=200)

Morisky Uyum Ölçeğine Göre Hastaların Uyum Düzeyi	ÇBASDÖ Toplam		Aile		Arkadaş		Özel Biri	
	$\bar{x}\pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{x}\pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{x}\pm SS$	Med (Min-Max)	$\bar{x}\pm SS$	Med (Min-Max)
Yüksek Uyum	49.67±18.76	48.00 (12.00-84.00)	20.34±7.61	23.00 (4.00-28.00)	16.71±9.08	20.00 (4.00-28.00)	12.61±8.10	11.00 (4.00-28.00)
Orta Düzey Uyum	47.92±18.48	44.00 (12.00-84.00)	20.17±7.59	21.00 (4.00-28.00)	15.55±9.46	16.00 (4.00-28.00)	12.18±9.53	7.00 (4.00-28.00)
Düşük Uyum	43.60±22.25	39.00 (12.00-84.00)	18.42±8.94	21.50 (4.00-28.00)	13.30±9.37	10.00 (4.00-28.00)	11.88±10.05	4.00 (4.00-28.00)
p**	0.229		0.665		0.220		0.780	

** Kruskal Wallis test

Tablo 4.10'da hastaların Morisky Uyum Ölçeği gruplamalarına göre RİHDÖ Toplam puan ve RİHDÖ'nin alt boyut puan ortalamaları yer almaktadır. Morisky Uyum Ölçeği gruplamalarına göre RİHDÖ Toplam puan ve RİHDÖ'nin alt boyut puan ortalamaları arasındaki istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık belirlenmemiştir ($p>0.05$).

Tablo 4.11'de araştırmaya katılan hastaların Morisky Uyum Ölçeği gruplamalarına göre ÇBASDÖ Toplam puan ve ÇBASDÖ'nin alt boyut puan ortalamaları yer almaktadır. Morisky Uyum Ölçeği gruplamalarına göre ÇBASDÖ Toplam puan ve ÇBASDÖ'nin alt boyut puan ortalamaları arasındaki istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).



5. BÖLÜM

TARTIŞMA

Dünyada her beş kişiden birinde yardım alması gereken ruhsal hastalık görülmektedir [128]. Ruh sağlığında belirgin bozukluğu olan bu insanlar içinde buldukları toplumda çoğunlukla farklı olduklarını, konuşmalarıyla ve hareketleriyle ortaya koyarken, bu farklılık toplumda onlarla ilgili bazı tutumların oluşmasına neden olmuştur [129]. Olumlu tutum ve görülen destek tedaviye katılımı kolaylaştırırken, olumsuz tutumlar ruhsal sağlık sorunu olan bireylerin bütün yaşamsal faaliyetlerini kısıtlamaktadır [130].

Bu bölüm psikiyatri polikliniğinde ruh sağlığı sorunu ile ayaktan izlenen hastalarda içselleştirilmiş damgalama, sosyal destek ve tedaviye uyum faktörlerinin incelenmesi amacıyla yapılan araştırmadan elde edilen bulgular literatür ışığında tartışılmaktadır.

5.1 Araştırmaya Katılan Hastaların Ölçeklerden Aldıkları Ortalama Puanlara İlişkin Bulguların Tartışılması

Çalışmaya katılan bireylerin RİHDÖ toplam puan ortalaması 67.59 ± 16.46 , Yabancılaşma Alt Boyut'u puan ortalaması 15.16 ± 4.60 , Kalıp Yargılar Alt Boyut'u puan ortalaması 13.76 ± 3.68 , Algılanan Ayrımcılık Alt Boyut'u puan ortalaması 10.05 ± 4.03 , Sosyal Geri Çekilme Alt Boyut'u puan ortalaması 15.92 ± 4.77 , Damgalanmaya Karşı Direnç Alt Boyut'u puan ortalaması 12.69 ± 3.46 olarak bulunmuştur. Katılımcıların ölçekteki toplam ve alt boyut puanlarının orta düzeyde olduğu görülmektedir. Araştırmamıza katılan ruh sağlığı sorunu olan bireylerin orta düzeyde damgalamayı içselleştirdiklerini söyleyebiliriz. Literatür incelendiğinde, benzer şekilde araştırmalarda ruh sağlığı sorunu olanlarda içselleştirilmiş damgalama orta düzeyde bulunmuştur [64,141]. Bulgular doğrultusunda ruh sağlığı sorunu olan bireylerin içselleştirilmiş damgalamalarının orta düzeyde olduğu söylenebilir.

Araştırmamızda belirtilen algılanan sosyal destek, bireyin ailesi, arkadaşları ve yaşamındaki özel biri gibi sosyal destek kaynaklarından alınan her türlü yardım ve destek anlamını taşımaktadır. Çalışmamızda Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek puan ortalaması 47.27 ± 19.58 , Aile Alt Boyut'u puan ortalaması 19.78 ± 7.95 , Arkadaş Alt Boyut'u puan ortalaması 15.27 ± 9.38 , Özel Biri puan ortalaması 12.21 ± 9.29 olarak

bulunmuştur. Bulgulara ölçek maksimum puanları açısından bakıldığında araştırmaya katılan bireylerin orta düzeyde sosyal destek aldığı söylenebilir. Literatüre bakıldığında ise bipolar bozukluk tanılı hastalarda yapılan bir çalışmada ÇBASDÖ puan ortalaması 66.02 ± 17.69 olarak bulunmuştur [135]. Ruhsal hastalığı olan bireylerde algılanan sosyal destek düzeyinin ne olduğunu söyleyebilmek için daha geniş örnekleme de yapılmış daha çok çalışmaya gereksinim olduğu söylenebilir.

Araştırmamıza katılan bireylerin Morisky Uyum Ölçeği'nden aldıkları ortalama puanların dağılımına bakıldığında ise, %24.5'inin yüksek uyum, %50.5'inin orta düzey uyum, %25.0'inin düşük uyum gösterdiği saptanmıştır. Benzer şekilde yapılan bir çalışmada, araştırmaya katılan bireylerin %20'sinin yüksek uyum, %48.6'sının orta düzey uyum ve %31.4'ünün düşük düzeyde uyum gösterdiği belirlenmiştir [19]. Konuyla ilgili yapılan başka bir araştırmada ise hastaların %40.9'unun ilaç tedavisine uyum gösterdiği, %19.9'unun orta düzey uyum gösterdiği ve %39.9'unun uyumsuz olduğu belirlenmiştir [146]. Bu bize araştırmanın bulgularının genel literatürle uyumlu olduğunu göstermektedir. Psikiyatri hastalarının ilaç uyumsuzluğunun yüksek olduğu ifade edilebilir.

Psikiyatri hastalarının tedaviye uyumuna ilişkin yapılan çalışmalarda genel olarak tedaviye uyumun düşük olduğu ve bunun uygulanan tedavilerin başarısını önleyen bir engel oluşturduğu düşünülmektedir [147]. Bunun yanı sıra kronik psikiyatrik bozukluğu olan hastalarla yapılan bir çalışmada, hastanın ya da ailenin hastalık ve tedaviye ilişkin bilgisinin eksik olması sonucu, hastaların kontrollere düzensiz geldikleri ya da hiç gelmedikleri ve tedavinin sıklıkla sonlandırıldığı belirlenmiştir [118]. Kronik psikiyatrik bozukluğu olan hastalarla yapılan bir başka çalışmada, hastaların %68.5'inin doktor izni olmadan, ilacın yan etkisi olduğu, ilacın tedavi etmediği ve iyileştiği düşüncesi ile tedaviyi bıraktığı saptanmıştır [148]. Yine yapılan başka bir çalışmada ise ilaçların yan etkileri hastaya sıkıntı verdiği için tedaviye uyumsuzluk nedenleri arasında yer almaktadır [149]. Tedaviye uyumsuzluğun nedeni olarak görülebilecek bu durumların değiştirilmesi/ortadan kaldırılması uyumu artırmada önemli olduğu düşünülmektedir.

5.2. Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalama Ölçeği (RİHDÖ) ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) Alt Boyutları Arasındaki İlişki ile İlgili Bulguların Tartışılması

Araştırmamızda RİHDÖ toplam puan ortalaması ile ÇBASDÖ toplam puan ortalaması arasında negatif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki saptanırken, ÇBASDÖ'nün Aile, Arkadaş ve Özel Biri Alt Boyut puan ortalamaları arasında negatif yönde zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki belirlenmiştir. RİHDÖ'nün Yabancılaşma Alt Boyut puan ortalaması ile ÇBASDÖ toplam puan ve ÇBASDÖ'nün Aile, Arkadaş ve Özel Biri Alt Boyut puan ortalamaları arasında negatif yönde zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. RİHDÖ'nün Kalıp Yargılar Alt Boyut'u ile ÇBASDÖ Toplam puan ve ÇBASDÖ'nün Aile, Arkadaş ve Özel Biri Alt Boyut puanları arasında negatif yönde zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki görülmektedir. RİHDÖ'nün Algılanan Ayrımcılık Alt Boyut puanı ile ÇBASDÖ Toplam puan ve ÇBASDÖ'nün Aile, Arkadaş ve Özel Biri Alt Boyut puanları arasında negatif yönde zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki belirlenmiştir. RİHDÖ'nün Sosyal Geri Çekilme Alt Boyut'u ile ÇBASDÖ Toplam puan ve ÇBASDÖ'nün Aile, Arkadaş ve Özel Biri Alt Boyut puanları arasında negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki saptanmıştır. RİHDÖ'nün Damgalanmaya Karşı Direnç Alt Boyut'u ile ÇBASDÖ Toplam puan ve ÇBASDÖ'nün Aile, Arkadaş ve Özel Biri Alt Boyut puanları arasında negatif yönde zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki belirlenmiştir. Literatürde araştırmamıza benzer olarak şizofreni ve bipolar bozukluğu olan hastalar ile ilgili yapılan bir çalışmada, bireylerin RHİDÖ toplam puanları ile ÇBASDÖ toplam puanları arasında ise negatif yönde anlamlı ($p<0.001$) bir ilişki saptanmıştır [68]. Literatür bulgusu da bizim bulgumuzu destekler niteliktedir. Bulgular doğrultusunda ruh sağlığı sorunu olan bireylerde sosyal destek algısının artmasının içselleştirilmiş damgalamayı azalttığı söylenebilir.

5.3. Hastaların Yaş ve Psikiyatrik Hastalık Süresi ile Ölçeklerden Aldıkları Toplam Puanlar Arasındaki İlişki ile İlgili Bulguların Tartışılması

Araştırmaya katılan bireylerin yaş ortalaması 36.01 ± 13.15 dir. Araştırmaya katılan bireylerin yaşlarına göre içselleştirilmiş damgalama ve sosyal destek algısı puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Araştırmamızda hastalık süresinin 7.58 ± 6.46 yıl olduğu belirlenmiş ve psikiyatrik hastalık süresi ile ÇBASDÖ toplam arasında negatif yönde zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Ortalama hastalık süresinin 8.35 ± 8.11 yıl ve ortalama hastaneye yatış sayısının 3.25 ± 2.08 olduğu başka bir araştırmada ise, araştırmaya katılan bireylerin

çoğunluğunun orta düzeyde ilaç uyumu sağladığı belirlenmiş, hastaların ilaç uyumlarına göre ÇBASDÖ puan ortalamaları incelendiğinde ise aile desteği açısından gruplar arasında fark olmadığı ancak arkadaş desteği ve özel birisinin desteği alt boyutlarına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farkın olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Yapılan bir çalışmada arkadaş ve özel birisinin desteğini hisseden hastaların ilaç uyum puanları daha yüksek bulunmuştur [19]. Bu bulgulara bakılarak hastalık süresinin artışının sosyal desteği azalttığı, sosyal desteğin azalmasının ilaç uyumunu azalttığını söyleyebiliriz. Tedaviye uyumda risk gruplarını belirlemede uzun süre hastalık tanısı ile izlenen ve sosyal desteği eksik algılayan hastaların dikkate alınması önerilir.

5.4. Hastaların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre RİHDÖ Puan Ortalamaları ile İlgili Bulguların Tartışılması

Mevcut çalışmada araştırmaya katılan bireylerin yaşlarına göre içselleştirilmiş damgalama puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Psikiyatri hastalarında yapılan ve yaş ortalaması 40.46 ± 11.82 olan başka bir çalışmada araştırmamıza benzer olarak yaşın içselleştirilmiş damgalamayı etkilemediği belirlenmiştir [131]. Yine yapılan diğer çalışmalarda yaş ortalaması ile RHİDÖ puan ortalaması incelendiğinde, aralarında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olmadığı belirlenmiştir [17,132]. Psikiyatri hastalarında yapılan başka bir çalışmada ise 35-54 yaş grubunun diğer yaş gruplarına göre içselleştirilmiş damgalama düzeyi daha yüksek olduğu görülmüştür [133]. Ağırlıklı olarak yaş ile içselleştirilmiş damgalama arasında ilişki olmadığını gösteren çalışmalar olmakla birlikte yaşın artmasının damgalamayı artırdığını gösteren çalışmada olması bu konuda detaylı/doğru bilgi için geniş örneklemelerde yapılmış daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğunu göstermektedir.

Araştırmaya katılan bireylerin cinsiyetine göre içselleştirilmiş damgalama puan ortalamalarına bakıldığında, istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte erkeklerin içselleştirilmiş damgalama toplam puan ortalamaları (69.08 ± 16.12), kadınlardan (66.28 ± 16.72) daha yüksek bulunmuştur. Konu ile ilgili psikiyatri hastalarında yapılan başka bir çalışmada çalışmamıza benzer şekilde cinsiyete göre içselleştirilmiş damgalama puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır [133]. Yapılan başka bir çalışmada ise erkeklerin içselleştirilmiş damgalama toplam puan

ortalamalarının (73.69 ± 18.21), kadınlarınkinden (68.01 ± 14.53) istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır [84]. Erkek cinsiyetinin ruh sağlığı sorunlarının içselleştirilmiş damgalaması açısından risk grubunu oluşturduğunu söyleyebilmek için daha çok çalışma yapılmasına ihtiyaç duyulduğu söylenebilir.

Araştırmaya katılan bireylerin medeni durumuna göre içselleştirilmiş damgalama puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı ancak istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte dul veya boşanmış olanların daha çok içselleştirilmiş damgalama yaşadığı belirlenmiştir. Bu durum dul veya boşanmış olan bireylerin, kendilerine her açıdan destek olabilecek eşlerinin olmaması nedeniyle damgalamayı daha çok içselleştirdiğini düşündürmektedir. Literatür incelendiğinde bipolar bozukluğu olan hastalarda yapılan bir araştırmada çalışmamıza benzer şekilde medeni durumun içselleştirilmiş damgalama düzeyinde bir farklılık yaratmadığı saptanmıştır [73]. Yapılan başka bir çalışmada ise evli hastaların bekâr ve boşanmışlara oranla daha fazla damgalama yaşadığı bulunmuştur [134]. Araştırma sonuçlarında ortaya çıkan farklı bulgular medeni durumun içselleştirilmiş damgalamayı tek başına etkileyen bir değişken olmadığını, konuyu etkili olabilecek diğer değişkenlerle birlikte inceleyen daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulduğu söylenebilir.

Araştırmaya katılan bireylerin eğitim durumuna göre içselleştirilmiş damgalama puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın bulunmadığı ancak istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte okur-yazar olmayan bireylerin içselleştirilmiş damgalama puan ortalamasının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Literatüre bakıldığında; Ersoy ve Varan'ın genel psikiyatri hastalarıyla yaptığı çalışmada çalışmamızla paralel olarak eğitim düzeyi ile RIHDÖ puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır [17]. Yen ve ark. çalışmasında eğitim seviyesi düşük olan hastaların içselleştirilmiş damgalama düzeyinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir [132]. Yalnızca bipolar bozukluğu olan hastalarla yapılan başka bir çalışmada ise eğitim düzeyi düşük olanların içselleştirilmiş damgalamayı daha çok yaşadıkları ifade edilmiştir [80]. Ortaya çıkan bu sonuçlar, bireylerin yaşadığı içselleştirilmiş damgalamanın, eğitim durumuna göre farklılık göstereceğini anlatmakla birlikte, eğitim düzeyi düşük olan bireylerin daha çok içselleştirilmiş damgalama yaşamaları bu hastaların sorunlarla baş etme ve hastalığı ile ilgili yardım aramada daha çok güçlük yaşamaları ile ilgili olabilir.

5.5. Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre RİHDÖ Puan Ortalamaları ile İlgili Bulguların Tartışılması

Araştırmamızda hastalık özelliklerine ilişkin değişkenler incelendiğinde, psikiyatrik nedenle hastaneye yatan RİHDÖ'nün Kalıp Yargılar Alt Boyut'unda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark oluşturduğu bulunmuştur. Psikiyatrik bir hastalık nedeniyle hastaneye yatanların puan ortalaması, psikiyatrik bir hastalık nedeniyle hastaneye yatışı olmayanların puan ortalamasından yüksektir. Genel olarak toplumumuzda psikiyatrik hastalıklar için ayaktan tedavi almakla, hastanede yatarak tedavi almak arasında önemli bir fark olduğu düşünülmektedir. Araştırmaya dahil olan katılımcılar için tedavi olmak amacıyla hastaneye yatıyor olmanın hastalığın ciddi olduğu ya da ilerlediği anlamına gelebileceği, bunun da “ben hastayım”, “toplum içinde yaşayamam”, “hastanede yatmam gerekir” gibi olumsuz etiketleri beraberinde getirdiği söylenebilir. Literatür araştırması yapıldığında çalışmamıza benzer olarak bipolar hastalarla yapılan farklı çalışmalarda hastaneye yatış durumunun içselleştirilmiş damgalama düzeyini etkilemediği ifade edilmiştir [73,135].

Çalışmamızda hastaneye yatış sayısına göre yapılan grupta gruplar arasında içselleştirilmiş damgalama puan ortalamaları açısından anlamlı bir farkın bulunmadığı belirlenmiştir. Konuya ilişkin yapılan bazı çalışmalarda hastaneye yatış sayısı arttıkça içselleştirilmiş damgalama düzeyinin arttığı bulunmuştur [135,136,137]. Yapılan başka bir çalışmada hastaların hastaneye yatış sayısı ve hastalık süresinin uzamasıyla çevrenin olumsuz tepkisinin ve damgalamanın arttığı bulunmuştur [56]. Bir diğer çalışmada ise yılda bir kez hastaneye yatışı olan hastaların içselleştirilmiş damgalama ve alt gruplarından yabancılaşma ve sosyal geri çekilme puanlarının, düzensiz yatışları olan, yılda iki kez ve iki yılda bir kez yatışı olan hastalara göre yüksek olduğu saptanmıştır [64]. Bizim araştırmamızın sonucundan farklı olarak, hastanede yatış sayısının artması, hastalığın daha da ağırlaştığını ve bireylerin aralıklarla yatarak tedavi edilmesi gerektiğini gösterdiği için, bireylerin algıladıkları damgalamada artışa neden olduğunu düşündürmektedir.

Araştırmamızda ailede psikiyatrik hastalık öyküsü varlığına göre yapılan grupta gruplar arasında içselleştirilmiş damgalama puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farkın bulunmadığı belirlenmiştir. Literatür incelendiğinde

çalışmaların araştırmamızı destekler nitelikte olduğu görülmektedir [80,138]. Araştırma sonuçları ailede psikiyatrik hastalığın olmasının bireylerin içselleştirilmiş damgalama düzeylerini etkilemediğini göstermektedir.

Araştırmamızda bir yılda ayaktan tedaviye başvuru sayısına göre yapılan grupta gruplar arasında içselleştirilmiş damgalama puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farkın bulunmadığı saptanmıştır. Konuyla ilgili yapılan başka çalışmalara bakıldığında, kontrollerine düzenli gelmeyen hastaların içselleştirilmiş damgalamayı daha çok yaşadıkları belirtilmiştir [68,73]. Bunun dışında, toplumda ruhsal hastalığı olan bireylere karşı sergilenen olumsuz tutumlar, bireylerin sosyalleşme, evlenme, çalışma, ev kiralama, komşuluk yapma ihtiyaçlarını kısıtlamaktadır. Bu durum bireyin toplumsal ilişkilerden iyice kopmasına ve bunlara bağlı olarak hastalıkla etkin baş edememesine yol açmaktadır [150]. Bizim araştırmamızda fark yaratmamakla birlikte yapılan diğer araştırmaların sonucuna bakarak kontrollere düzenli gelen bireylerin yaşadıkları sıkıntıları anlatma ve hastalıklarıyla ilgili yardım alma fırsatlarının olması damgalamayı azaltıyor diyebiliriz.

Çalışmamızda psikiyatrik ilaçların düzenli kullanımına göre yapılan grupta gruplar arasında içselleştirilmiş damgalama puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farkın bulunmadığı belirlenmiştir. Fung ve ark'nın (2008) şizofreni hastalarıyla yaptıkları çalışmada, içselleştirilmiş damgalama ile psikiyatrik tedaviye uyum arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur [139]. Yapılan diğer bir çalışmada ise şizofreni hastalarının çoğunluğunun damgalamaya karşı direncinin düşük olduğu ve antipsikotik ilaca uyumda güçlük çektiği saptanmıştır [152]. Çalışmamızdan elde edilen sonuç literatür araştırmalarıyla uyumlu olmamakla birlikte ilaç kullanımı düzenli olmayan bireylerin, hastalık sürecini daha ağır geçireceği ve içselleştirilmiş damgalamayı daha yoğun yaşayacağı düşünülmektedir.

Araştırmamızda kendine/başkasına zarar verme durumuna göre yapılan grupta kendine/başkasına zarar verenlerin hem RİHDÖ toplam puan hem de RİHDÖ'nün Kalıp Yargılar, Algılanan Ayrımcılık ve Sosyal Geri Çekilme Alt Boyutları puan ortalaması, kendine/başkasına zarar vermeyenlerin puan ortalamasından anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Benzer çalışmalara bakıldığında, intihar girişiminde bulunan hastaların daha fazla içselleştirilmiş damgalama yaşadıklarını belirleyen çalışmalar

bulunduğu gibi [140,141], intihar girişiminin, hastalardaki içselleştirilmiş damgalama düzeyini etkileyen bir faktör olmadığı sonuçlarına ulaşmış çalışmalar da mevcuttur [80,137]. Yapılan araştırma sonuçları konuyla ilgili daha ayrıntılı araştırma yapılması gerektiğini düşündürmektedir. Mısır'da yapılan bir çalışmada ise bireylerin yaşadığı şiddet öyküsünün hastalarda şiddet davranışıyla ilişkili olduğu bulunmuş, aile ile sağlıklı iletişim geliştirmenin hastalarda şiddeti azaltan önemli faktör olarak görülebileceği belirtilmiştir [151].

5.6. Hastaların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre ÇBASDÖ Puan Ortalamaları ile İlgili Bulguların Tartışılması

Araştırmaya katılan bireylerin cinsiyetine göre çok boyutlu algılanan sosyal destek ortalama puanları incelendiğinde, ÇBASDÖ toplam ve ÇBASDÖ'nün Arkadaş ve Özel Biri Alt Boyutları ortalama puanlarında fark belirlenmiştir. Kadınların puanları erkeklerin puanlarından dan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Konuyla ilgili yapılan araştırmaya bakıldığında sosyal destek ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamasına karşın, kız öğrencilerin sosyal destek puanları erkeklerinkinden yüksek bulunmuştur [142]. Yine yapılan başka bir çalışmada sosyal destek ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamasına karşın, kızların sosyal destek puanları erkeklerin sosyal destek puanına yakın bulunmuştur [153]. Araştırma sonuçları doğrultusunda toplumsal yaşamda var olmak adına kadın cinsiyetinin sosyal destek gereksinim ve algısının yüksek olduğunu söyleyebiliriz.

Çalışmamızda araştırmaya katılan bireylerin medeni durumuna göre, ÇBASDÖ toplam puanı bekâr bireylerde evli ve dul veya boşanmış bireylere kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. ÇBASDÖ'nün Arkadaş Alt Boyut'u ortalama puanı diğer gruplardan daha yüksektir. ÇBASDÖ'nün Aile alt boyutunda ise evli bireylerin puan ortalaması bekâr ve dul veya boşanmış bireylere göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Depresyon ve bipolar bozukluğu olan hastalarla yapılan bir çalışmada araştırmamızdan farklı olarak bekâr olan hastaların algılanan sosyal destek düzeyinin evli olanlara göre daha düşük olduğu bulunmuştur [143]. Konuyla ilgili yapılan başka bir çalışmada ise medeni durum ile algılanan sosyal destek düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olup evli olan hastaların algıladıkları sosyal

destek düzeyi evli olmayan hastalara göre daha yüksek bulunmuştur [154]. Algılanan sosyal desteğin aile, arkadaş ve özel biri olmak üzere üç alt boyutu vardır. Araştırmalarda evli veya bekâr olmanın farklı sonuçlar ortaya koyuyor olması bu alt boyutlar dikkate alındığında anlaşılabilir gözükmektedir. Ayrıca destek algısının, sadece destek olabilecek birinin varlığı ile değil, bu varlığın destek olunacak kişi tarafından algılanmasıyla, kişiye kendini güvende hissettirmesi ile ilgili olduğu da unutulmamalıdır.

Çalışmamızda eğitim durumuna göre yapılan gruplamalarda grupların ÇBASDÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farkın bulunmadığı saptanmıştır. Ancak istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte araştırmaya katılan ön lisans veya lisans mezunu bireylerin puan ortalamaları; okuryazar olmayan, okuryazar, ilkokul mezunu, ortaokul mezunu ve lise mezunu olan bireylerin puan ortalamalarından daha yüksek bulunmuştur. Literatür incelendiğinde eğitim düzeyi düşük olan epilepsi hastaları ile yapılan bir çalışmada depresyon ve anksiyete değerlerinin daha yüksek bulunduğu ve ÇBASDÖ'nün tüm alt boyutlarının negatif yönde anlamlı derecede etkilendiği saptanmıştır [144]. Yine yapılan başka bir çalışmada çalışmamıza benzer şekilde bireylerin eğitim grupları ile algılanan sosyal destek ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır [154].

5.7. Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre ÇBASDÖ Puan Ortalamaları ile İlgili Bulguların Tartışılması

Araştırmamızda psikiyatrik nedenle hastaneye yatışın varlığına göre yapılan gruplamada hastaneye yatışı olanların ÇBASDÖ'nün Aile Alt Boyut'u puan ortalaması psikiyatrik nedenle hastaneye yatışı olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Psikiyatrik nedenle hastaneye yatışı olan katılımcıların ailelerinin sosyal desteğini daha çok algıladıkları görülmektedir. Araştırmamızda hastaneye yatış sayısına bakıldığında ise ÇBASDÖ toplam ve alt boyutları ile arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Literatürde buna benzer yapılan çalışma incelendiğinde ise psikiyatri servisine 10 kez ve üstü yatan hastaların ÇBASDÖ puan ortalamaları, 1 kez ve 2-5 kez yatan hastalarinkinden anlamlı ölçüde daha düşük bulunmuştur [68]. Araştırma sonuçları bireylerin algıladıkları yetersiz sosyal desteğin hastaneye yatış sayısını arttırdığı söylenebilir.

Çalışmamızda ailede psikiyatrik hastalık öyküsüne göre yapılan grupta ÇBASDÖ toplam ve alt boyutlarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamasına karşılık, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü olmayanların puan ortalaması, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü olanlardan daha yüksek bulunmuştur. Psikiyatrik yardım alan ergenlerle yapılan bir çalışmada araştırmamıza benzer olarak, ailesinde psikiyatrik yardım alan bireylerin olduğu gruplarda ÇBASDÖ ve ÇBASDÖ'nün alt boyutlarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır [153]. Ailede psikiyatrik problemi olan bireyin varlığı, hastalığı tanıyor ve yaşıyor olmanın sosyal destek algısı açısından bir fark yaratmadığı görülmektedir.

Araştırmamıza katılan bireylerin bir yılda ayaktan tedaviye başvuru sayısına bakıldığında ise istatistiksel olarak anlamlı olmamasına karşın yılda 1-2 kez başvuranların ÇBASDÖ toplam ve alt boyutları puan ortalamaları yılda 1-2 kezden fazla başvuranlardan daha yüksek bulunmuştur. Bu bulgu bize bireylerin algıladıkları sosyal destek azaldıkça, hastaneye yapılan başvuru sayılarının arttığını göstermektedir.

Araştırmamızda psikiyatrik ilaçların düzenli kullanımına göre yapılan grupta gruplar arasında ÇBASDÖ toplam ve ÇBASDÖ'nün Özel Biri Alt Boyut'u puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Ayda bir doz atlayanlar ile ayda birden fazla doz atlayanlar arasında ÇBASDÖ toplam puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmiştir, ayda bir doz atlayanların sosyal destek algısı daha yüksektir. Konuya ilişkin literatür incelendiğinde ise, "hangi sosyal destek türüne sahip bireylerin ilaç uyumu daha iyi düzeydedir?" sorusuna yanıt aramak amacıyla yapılan bir çalışmada, aile desteği açısından gruplar arasında fark olmadığı ancak arkadaş desteği ve özel birisi desteği alt boyutlarına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farkın olduğu saptanmıştır [145]. Yapılan başka bir çalışmada ise psikiyatrik hastalara bakım vericinin olmaması ya da bakım vericinin yaşlı olmasının %15 oranında düşük ilaç uyumuna ve kontrol randevularına gelmemeye neden olduğu belirlenmiştir [110].

5.8. Hastaların İlaç Uyum Düzeyine Göre RİHDÖ ve ÇBASDÖ'den Aldıkları Puan Ortalamaları ile İlgili Bulguların Tartışılması

Araştırmamıza katılan bireylerin uyum düzeyine göre yapılan grupta yüksek, orta ve düşük düzeyde tedavi uyumu gösteren gruplar arasında RİHDÖ ve ÇBASDÖ toplam

ve alt boyutları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Literatürde benzer çalışmaya bakıldığında, hasta yakınlarına göre kronik psikiyatri hastalarının tedaviye uyumu ile ilgili yapılan çalışmada hastalık süreci özelliklerine göre hastaların tedaviye uyumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur [148]. Mevcut araştırmada içselleştirilmiş damgalama ve sosyal destek algısının ilaç uyumu açısından bir fark oluşturmadığı görülmektedir.



6. BÖLÜM

SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Ruh sağlığı sorunu olan hastalarda içselleştirilmiş damgalama, sosyal destek ve bunların tedaviye uyuma etkisinin incelendiği çalışmada aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır:

- Araştırma kapsamındaki bireylerin yaş ortalaması 36.01 ± 13.15 iken, araştırmaya katılan bireylerin yaklaşık yarısını erkekler (%46.5) oluşturmaktadır. Araştırmaya katılan bireylerin çoğunluğunu (%56.0) evli, il merkezinde ikamet eden (%84.5), eşi ve çocukları ile yaşayan (%46.0), anne-babası hayatta olanlar (%54.0) oluşturmaktadır. Bireylerin eğitim ve çalışma durumu incelendiğine ise %28.0'nın ilkokul mezunu olduğu, büyük çoğunluğunun çalışmadığı (%61.5), yaklaşık yarısının (%47.5) sosyal güvencesinin SSK olduğu ve %27.5'inin gelir düzeyinin 600-1500 olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.1).
- Araştırmaya katılan bireylerin depresif bozukluk tanısı (%46.5) olduğu, %68.5'inin ailesinde herhangi bir psikiyatrik hastalığı olmadığı, ailesinde psikiyatrik hastalığı olan bireylerin ise %21.5'inin yine depresyon tanısına sahip olduğu belirlenmiştir. Bu hastaların %21.0'nın hastaneye yatışının olduğu, %9.0'nın hastaneye 1 kez yatışının olduğu ve bir yılda ayaktan tedaviye başvuru sayısı 5 ve üzeri olan hastaların oranının %57.0 olduğu saptanmıştır. Araştırmaya katılan bireylerin yarıdan fazlasının (%52.5) ilaçları kullanırken hiç doz atlamadığı, ilaç yan etkisi yaşamadığı (%51.0), yan etki yaşayanların ise en çok halsizlik-yorgunluk (%16.5) hissettiği görülmüştür. Araştırma kapsamındaki bireylerin büyük çoğunluğunun kendine ya da başkasına zarar vermediği (%80), psikiyatrik hastalık dışında herhangi bir hastalığının olmadığı (%70.5) belirlenmiştir. Araştırma kapsamındaki bireylerin hastalık süresi ise ortalama 7.58 ± 6.46 yıldır (Tablo 4.2).
- Araştırmaya katılan bireylerin Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalama Ölçeği (RHİDÖ) toplam puan ortalaması 67.59 ± 16.46 , Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) ortalama toplam puanı 47.27 ± 19.58 , Morisky Uyum Ölçeği Yüksek Uyum alt boyutu %24.5, Orta Düzey Uyum alt boyutu %50.5, Düşük Uyum alt boyutu ise %25.0 olarak bulunmuştur (Tablo 4.3).

- RİHDÖ Toplam puan ile ÇBASDÖ toplam puan ve ÇBASDÖ'nün Aile, Arkadaş ve Özel Biri Alt Boyut puanları arasında negatif yönde zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki belirlenmiştir ($p<0.05$). RİHDÖ'nün Yabancılaşma Alt Boyut puanı ile ÇBASDÖ Toplam puan ve ÇBASDÖ'nün Aile ve Özel Biri Alt Boyut puanları arasında negatif yönde zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki ($p<0.05$), ÇBASDÖ'nün Arkadaş Alt Boyut puanı arasında ise negatif yönde çok zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki ($p<0.05$) saptanmıştır. RİHDÖ'nün Kalıp Yargılar Alt Boyut'u ile ÇBASDÖ Toplam puan ve ÇBASDÖ'nün Arkadaş Alt Boyut puanı arasında negatif yönde zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki ($p<0.05$), ÇBASDÖ'nün Aile ve Özel Biri Alt Boyut puanları arasında ise negatif yönde çok zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki ($p<0.05$) görülmektedir. RİHDÖ'nün Algılanan Ayrımcılık Alt Boyut puanı ile ÇBASDÖ Toplam puan ve ÇBASDÖ'nün Aile ve Arkadaş Alt Boyut puanları arasında negatif yönde zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki ($p<0.05$), ÇBASDÖ'nün Özel Biri Alt Boyut puanı arasında ise negatif yönde çok zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki ($p<0.05$) belirlenmiştir. RİHDÖ'nün Geri Çekilme Alt Boyut'u ile ÇBASDÖ Toplam puan ve ÇBASDÖ'nün Arkadaş ve Özel Biri Alt Boyut puanları arasında negatif yönde zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki ($p<0.05$), ÇBASDÖ'nün Aile Alt Boyut puanı arasında ise negatif yönde çok zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki ($p<0.05$) saptanmıştır. RİHDÖ'nün Damgalanma Alt Boyut'u ile ÇBASDÖ Toplam puan ve ÇBASDÖ'nün Arkadaş ve Özel Biri Alt Boyut puanları arasında negatif yönde zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki ($p<0.05$), ÇBASDÖ'nün Aile Alt Boyut puanı arasında ise negatif yönde çok zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki ($p<0.05$) belirlenmiştir.
- Psikiyatrik hastalık süresi ile ÇBASDÖ Toplam puanı arasında negatif yönde çok zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0.05$).
- Cinsiyet açısından incelendiğinde kadınları ÇBASDÖ toplam puanı ile ÇBASDÖ'nün Arkadaş ve Özel Biri Alt Boyut puan ortalamaları erkeklerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ($p<0.05$) yüksek bulunmuştur.

- Bekâr olanların ÇBASDÖ toplam puan ortalaması evli ve dul veya boşanmış olanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0.05$). ÇBASDÖ Arkadaş Alt Boyut puan ortalamasında fark bekâr olan gruptan kaynaklanmaktadır. Bekâr olanların ÇBASDÖ Arkadaş Alt Boyut puan ortalaması daha yüksektir. Medeni duruma göre yapılan gruplamada dul veya boşanmış olanların ÇBASDÖ Aile Alt Boyut puan ortalaması evli ve bekâr olanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşüktür ($p<0.05$).
- Psikiyatrik hastalık nedeniyle hastaneye yatışı olan ve olmayanlar arasında RİHDÖ Toplam puan ile Kalıp Yargı Alt Boyut puan ortalaması psikiyatrik hastalık nedeniyle hastaneye yatışı olanlarda olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).
- Kendine/başkasına zarar verenlerin RİHDÖ Toplam puan ile Kalıp Yargılar, Algılanan Ayrımcılık ve Sosyal Geri Çekilme Alt Boyut puan ortalamaları kendine/başkasına zarar vermeyenlerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).
- Psikiyatrik hastalık nedeniyle hastaneye yatışı olan ve olmayanlar arasında ÇBASDÖ Toplam puan ile Aile Alt Boyut puan ortalaması psikiyatrik hastalık nedeniyle hastaneye yatışı olanlarda olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).
- Psikiyatrik ilaçların düzenli kullanım durumuna göre yapılan gruplamada ÇBASDÖ Özel Biri Alt Boyut puan ortalamaları ayda bir doz atlayanlarda, hiç doz atlamayan ve ayda birden fazla doz atlayanlardan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Bu sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur;

- Psikiyatrik tanısı olan bireylerin içselleştirilmiş damgalamasını etkileyen diğer faktörlerinde belirlenmesi için çalışmalar yapılması,
- Psikiyatrik tanısı olan bireylerin damgalamayla mücadele etmeye yönelik danışmanlık hizmetlerinin planlanması,

- Hasta ve yakınlarına sosyal desteğin tedaviye uyumdaki işlevi konusunda bilgi verilmesi ve hasta ile yakınlarının arasındaki sosyal destek bağlarının güçlendirilmesi,
- Hastanın tedaviye uyumu konusunda bilgi eksikliğini giderilmesi ve tedaviye uyumu arttırmaya yönelik eğitim verilmesi,
- Tedaviye uyumsuzluğa eğilimli hastaların daha dikkatli takip edilmesi,
- Bireylerde içselleştirilmiş damgalamanın azaltılmasına, sosyal desteğin artırılmasına ve tedaviye uyumun desteklenmesine yönelik çalışmaların etkinliğinin bilimsel olarak araştırılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Çetinkaya Duman, Z., "Ruhsal Sağlık ve Ruhsal Hastalık", Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinin Temelleri Kanıta Dayalı Uygulama Bakım Kavramları, Çev. Ed. Celale Tangül Özcan, Nermin Gürhan, *Akademisyen Tıp Kitabevi*, s. 2-13, Ankara, 2016.
2. Yeşilbursa, D., "En iyi yatırım ruh sağlığına yatırım. Türkiye Psikiyatri Derneği 10 Ekim Dünya Ruh sağlığı günü basın açıklaması", *Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni*, 14(2), s. 16-18, 2011.
3. Alataş, G., Kahiloğulları, A. K., Yanık, M., "Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011-2023)", Ed. Yasin Erkoç, Seraceddin Çom, M. Ali Torunoğlu, Gazi Alataş, Akfer K. Kahiloğulları, *T.C. Sağlık Bakanlığı*, s. 5-15, Ankara, 2011.
4. Orak, O. S., "Ruhsal Sağlık ve Ruhsal Hastalık", Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği, Ed. Nermin Gürhan, *Nobel Tıp Kitabevleri*, s. 3-13, Ankara, 2016.
5. "Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı (2015-2020)", Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, *Türkiye Halk Sağlığı Kurumu*, s.9, Ankara, 2015.
6. "Türkiye Diyabet Programı (2015-2020)", Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, *Türkiye Halk Sağlığı Kurumu*, s.21-27, Ankara, 2014.
7. Engin, E., "Anksiyete, Obsesif Kompulsif ve İlişkili Bozukluklar", Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinin Temelleri Kanıta Dayalı Uygulama Bakım Kavramları, Çev. Ed. Celale Tangül Özcan, Nermin Gürhan, *Akademisyen Tıp Kitabevi*, s. 460-490, Ankara, 2016.
8. Ançel, G., "Depresif Bozukluklar", Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinin Temelleri Kanıta Dayalı Uygulama Bakım Kavramları, Çev. Ed. Celale Tangül Özcan, Nermin Gürhan, *Akademisyen Tıp Kitabevi*, s. 378-427, Ankara, 2016.
9. Kılıç, C., "Türkiye Ruh Sağlığı Profili", T.C. Sağlık Bakanlığı, *Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu*, s. 77-94, Ankara, 1998.
10. Taşkın, E. O., "Damgalama süreci ve şizofreniye yönelik damgalama", *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 10(Ek 2), s. 58-9, 2009.

11. Özmen, E., Özmen, D., Taşkın, E. O., Demet, M. M., "Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin depresyona yönelik tutumları", *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 4, s. 87-97, 2003.
12. Taşkın, E. O., Şen, F. S., Özmen, E., Aydemir, Ö., "Kırsal Kesimde Depresyonlu Hastalara Yönelik Tutumlar: Sosyal Mesafe ve Etkileyen Etmenler", *Türkiye'de Psikiyatri*, 8(1), s. 11-17, 2006.
13. Özmen, E., Ögel, K., Boratav, C., Sağduyu, A., Aker, T., Tamar, D., "Depresyon İle İlgili Bilgi Ve Tutumlar: İstanbul örneği", *Türk Psikiyatri Dergisi*, 14(2), s.89-100, 2003.
14. Doğanavşargil, Ö., "Şizofreni ve Depresyonda İçselleştirilmiş Damgalama ve Yaşam Kalitesi", *Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi*, s. 3-4, İzmir, 2009.
15. Macinnes, DL., Lewis, M., "The Evaluation of a Short Group Program me to Reduce Self-Stigma in People with Serious and Enduring Mental Health Problems", *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15, s. 59-65, 2008.
16. Corrigan, P. W., "How Clinical Diagnosis Might Exacerbate the Stigma of Mental İllness", (İçinde: Yortan, N., "Ruh Sağlığı Birimine Başvuran Bireylerin İçselleştirilmiş Damgalama Düzeyleri ile Sağlık Kontrol Odağı İnançları Arasındaki İlişki", *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, 2017).
17. Ersoy, M. A., Varan, A., "Ruhsal hastalıklarda içselleştirilmiş damgalanma ölçeği Türkçe formunun güvenilirlik ve geçerlik çalışması", *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18(2), s. 163-171, 2007.
18. Taşkın, E. O., "İçselleştirilmiş Damga ve Damgalanma Algısı", *Stigma Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumlar ve Damgalama*, Ed. E. Oryal Taşkın, *Meta Basım ve Matbaacılık*, s. 31-40, İzmir, 2007.
19. Kelleci, M., Elvan, E., "Psikiyatri kliniğinde yatan hastaların ilaç uyumları ve sosyal destekle ilişkisi", *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2(3), s. 105-110, 2011.
20. Arsel, C. O., Durak, Batıgün, A., "İntihar ve cinsiyet: Cinsiyet rolleri, iletişim becerileri, sosyal destek ve umutsuzluk açısından bir değerlendirme", *Türk*

Psikoloji Dergisi, 26(68), s. 1-10, 2011.

21. Çay. M., "Evden Kaçan 12-18 Yaş Arasındaki Çocukların Sosyodemografik Özellikler ve Algıladıkları Sosyal Destek Açısından İncelenmesi (Antalya İli Örneği)", *Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek lisans tezi*, s. 30-36, Konya, 2015.
22. Yıldırım, A., Ekinci, M., "Ruhsal eğitimin şizofreni hastalarının ailelerinin aile işlevleri, hastaların sosyal destek düzeyleri ve tedaviye uyum üzerine etkisi", *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 11, s. 195-205, 2010.
23. Muslu, S., "Şizofrenide Sosyal Desteğin ve Aile Tutumunun Hastanın Tedaviye Uyumu Üzerindeki Etkisinin Araştırılması", *Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, s. 1-4, Ankara, 2010.
24. Demirkol, M. E., Tamam, L., "Psikiyatrik Bozukluklarda Tedavi Uyumu", *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 8(1), s. 85-93, 2016.
25. Üstünsoy Çobanoğlu, S., Aker, T., Çobanoğlu, N., "Şizofreni ve diğer psikotik bozukluğu olan hastalarda tedaviye uyum sorunları", *Düşünen Adam Dergisi*, 16(4), s. 211-218, 2003.
26. Aker, T., Üstünsoy, S., Kuğu, N., Yazıcı, A., "Psikotik Bozukluğu Olan Hastalarda Tedaviye Uyum ve İlaç Tedavisine Uyumsuzluğu Değerlendirme Ölçeği", *36. Ulusal Psikiyatri Kongresi Özet Kitabı*, Antalya, 2000.
27. Taj, R., Khan, S., "A Study of Reason of Non-Compliance to Psychiatric Treatment", *J Ayub Med Coll Abbottabad*, 17, s. 26-8, 2005.
28. Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, *Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı*, s. 8-9, Ankara, 2011.
29. Eker, D., Arkar, H., Yıldız, H., "Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği", *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12(1), s. 17-25, 2001.
30. Yılmaz, S., "Psikiyatri hastalarında İlaç Yan Etkileri ve İlaç Uyumu," *İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, s. 47, İstanbul, 2004.
31. Black, D.W., Andreasen, N.C., "Introductory text book of psychiatry", *American Psychiatric Publishing*, 5 th ed., Washington, 2011.

32. Townsend, M.C., “Psychiatric/mental health nursing: Concepts of care in evidence-based practice”, *Philadelphia: F.A. Davis*, 7 th ed., 2012.
33. Saygın, N., Buldukoğlu, K., “Hasta ve Yakınlarının Bakış Açısıyla Psikiyatrik Yatışın Nedenleri”, *Antalya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi*, Antalya, 2007.
34. Öztürk, O., “Ruh Sağlığı ve Bozuklukları”, *Nobel Tıp Kitabevi*, 9, s.109. Ankara, 2002.
35. Topaç, E., Vural, H., “Aile Bireylerinin Ruhsal Hastalıklara Karşı Tutumları”, *GATA Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi* Ankara, 2004.
36. Yurt, V., “Psikiyatride Rehabilitasyon.” Psikiyatri Hemşireliği El Kitabı, Ed: N. Kum, *Vehbi Koç Vakfı Yayınları*. s. 254- 263. İstanbul, 2000.
37. Shives, L.R., Isaacs, A., “Basic Concepts Of Psychiatric-Mental Health Nursing” *Philadelphia: Lippincott Williams &Wilkins*, Ed.5. p:13-26, 70-71. 2002.
38. Pektaş, İ., Bilge, A., Ersoy, M.A., “Toplum ruh sağlığı hizmetlerinde epidemiyolojik çalışmalar ve toplum ruh sağlığı hemşireliğinin rolü”, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 7:43-48. 2006.
39. Sağlık Bakanlığı, “Ruhsal Bozukluğu Olanları Dışlamayalım Tedavi İçin Cesaretlendirelim”, *T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Kitapçığı*, s:2. 2001.
40. Bilge, A., Çam, O., “Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnanç Ölçeği Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması”, *Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi*. İzmir, 2006.
41. Gültekin, B.K., “Psikiyatride güncel yaklaşımlar”, *Current Approaches In Psychiatry*, 2(4). 2010.
42. Çakır, B., “Genetik Epidemiyoloji: “Psikiyatrik Araştırmalarda Veri ve Kullanımı”, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 13(4): 300-311. 2002.
43. Güleç, C., “Toplum Ruh Sağlığı Açısından Psikiyatrik Epidemiyoloji, Halk Sağlığı Temel Bilgiler”, Ed. Bertan, M., Güler, Ç., *Güneş Kitabevi*, 2.bs., 1995:42-451, Ankara, 2002.

44. Fidaner, C., "I.Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu", s.1-7, İzmir, Nisan 2004.
45. Aştı, N., Bostancı N., "Psikiyatri ve Psikiyatri Dışı Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Ruh Sağlığı Bozuk Olan Bireylere Karşı Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi", *İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi*, İstanbul, 2000.
46. Babaoğlu, A., "Psikiyatri Tarihi", 2.bs., *Okyanus Yayınları*, İstanbul, 2001.
47. Gülseren, L., "Şizofreni ve aile; güçlükler, yükler, duygular, gereksinimler", *Türk Psikiyatri Dergisi*, 13(2): 143- 151. 2002.
48. Özcebe, H., Yurdakul, M., Yurdakul, S., Vargel, İ., "Hemşireler için psikiyatri", *Hatiboğlu yayınevi*, Ankara, 1993.
49. Kukulu, K., Ergün, G., "Psikiyatri Servisinde Çalışan Hemşirelerin Şizofreni Tanısı Almış Bireylere Bakış Açısı", *Antalya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi*, Antalya, 2005.
50. Çelikkol, A., "Ruh hastalıklarından Korunma", 1.bs., *Gendaş Yayınları*, 2007.
51. Köksel, Ö., "Kötü Ruhtan Ruh Sağlığına / Türkiye'de Psikiyatri Tarihi", 1.bs., *Alfa yayın*, İstanbul, 1998.
52. Bilge, A., Çam, O., "Toplum Ruh Sağlığı Hizmetlerinde Rehabilitasyon ve Hemşirelik", *Sağlık ve Toplum Dergisi*, 12(4): 33-37. 2002.
53. Özmen, E., Taşkın, E.O., "Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumların Ruh Salığı Hizmetlerine Etkisi", Ed.:Taşkın, E.O., *Stigma Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumlar ve Damgalama*, 1.bs, *Meta Basım Matbaacılık*, 193-208, İzmir, 2007.
54. Yaman, E., Güngör, H., "Damgalama Eğilimine İlişkin Öğretmen Görüşleri", *Adıyaman Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 7(18), 823–851, 2014.
55. Corrigan, P.W., Edwards, A.B., Green, A., ve ark. "Prejudice, social distance, and familiarity with mental illness", *Schizophr Bull*, 27:219-25, 2001.
56. Alptekin, K., Arıkan, M.K., Aydemir, Ö., Cankurtaran, E.Ş., Cimilli, C., Danacı, A.E. ve diğ. "Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutum ve Damgalamayı Etkileyen Etmenler", Ed.: Taşkın, E. O. *Stigma, Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumlar ve Damgalama*, *Turkuaz Bilişim&Bilgisayar&Yayınçılık*, Ankara, 74-114, 2007.

57. Myers, B., Fakier, N., Louw, J., “Stigma, treatment beliefs, and substance abuse treatment use in historically disadvantaged communities”, *African Journal of Psychiatry*, (12) 3, 318-322. 2009.
58. Arboleda-Flórez, J., “Considerations on the stigma of mental illness”, *The Canadian Journal of Psychiatry*, 48(10), 645-650, 2003.
59. Bilge, A., Çam, O., “Ruhsal Hastalığa Yönelik Damgalama ile Mücadele”, *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 9(1), 71-78. 2010.
60. Eryıldız, D., “Gündüz Hastanesi ve Rehabilitasyon Merkezine Devam Eden Kronik Şizofreni Hastaları ile Bir Rehabilitasyon Programına Katılmayan Kronik Şizofreni Hastalarının İşlevsellik ve Yaşam Kalitesi Açısından Karşılaştırılması”, *Bakırköy Prof. Dr. Mahzar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Uzmanlık Tezi*, İstanbul, 2008.
61. Becker, T., Thornicroft, G., Leese, M., “Social Networks and service use among representative cases of psychosis in South London”, *Br J Psychiatry*, 171:15-9. 1997.
62. Hanzawa, S., Nosaki, A., Yatabe, K., Nagai, Y., Tanaka, G., Nakane, H., Nakane, Y. “Study of understanding the internalized stigma of schizophrenia in psychiatric nurses in Japan”, *Paper presented at the Psychiatry Clin Neurosci*, 2012.
63. Boyd-Ritsher, J., Phelan, J., “Internalized stigma predicts erosion of morale among psychiatric outpatients”, *Psychiatry Research*, 129(3), 157 – 265, 2004.
64. Tel, H., Ertekin Pınar, Ş., “Ayaktan izlenen psikiyatri hastalarında içselleştirilmiş damgalama ve benlik saygısı”, *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 3(2), 61–66, 2012.
65. Avcil, C., Bulut, H., Sayar, G. H. “Psikiyatrik Hastalıklar ve Damgalama”, *Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 2(2), 175–202. 2016.
66. Karagöl, A., Çalışkan, D., Beyazyüz, M. “Halk Sağlığı Açısından Ruhsal Bozukluklarda Üç Boyutuyla Damgalama”, *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 96–101, 2013.
67. Özge, G., Baysal, D., “Damgalanma ve Ruh Sağlığı”, *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 22(2), 239–251, 2013.
68. Kök, H., Demir, S., “Şizofreni ve bipolar bozukluğu olan hastalarda içselleştirilmiş

- damgalanma, benlik saygısı ve algılanan sosyal destek”, *Cukurova Medical Journal*, 43(1),99–106, 2018.
69. Yanos, P. T., Roe, D., & Lysaker, P. H., “Narrative Enhancement and Cognitive Therapy: a new group based treatment for internalized stigma among persons with severe mental illness”, *Journal of International Group Psychotherapy*, 61(4), 576-595, 2011.
70. Sarısoy, G., Kaçar, Ö. F., Pazvanoğlu, O., Zabun-Korkmaz, I., Öztürk, A., Akkaya, D., Şahin, A. R., “Internalized Stigma and İntimate Relations in Bipolar and Schizophrenic Patients: A Comparative Study”, *Comprehensive Psychiatry*, 54, 665-672, 2013.
71. Taşkın, E. O., “İçselleştirilmiş Damgalama ve Damgalanma Algısı”, *Meta Basım ve Matbaacılık*, 31-40, İzmir, 2007.
72. Çam, O., Bilge, A., “Ruh hastalığına yönelik inanç ve tutumlar”, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8, 215 – 223, 2007.
73. Çam, O., Çuhadar, D., “Bipolar Bozukluğu Olan Hastalıklarda İşlevsellik Düzeyi Damgalanma Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi”, *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(2), 230-246, 2012.
74. Corrigan, M.C., Rüsch, N., Corrigan, P.W., “Mental illness stigma: concepts, consequences and initiatives to reduce stigma”, *European Psychiatry*, 20(8), 529-539, 2004.
75. Sağduyu, A., Aker, T., Özmen, E., Uguz, Ş., Ögel, K., Tamar, D., “Şizofrenisi Olan Hastaların Yakınlarının Şizofreniye Yönelik Tutumları”, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 14(3), 203-212, 2003.
76. Taşkın, E.O., Şen, F.S., Aydemir, Ö. ve ark. “Türkiye’de kırsal bir bölgede yaşayan halkın şizofreniye ilişkin tutumları”, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 13, 205-214, 2002.
77. Corrigan, P.W., Watson, A.C., Barr, L., “The Self-Stigma of mental illness: implications for self-esteem and self-efficacy”, *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25(9), 875-884, 2006.
78. Vauth, R., Kleim, B., Wirtz, M., Corrigan P.W., “Self-efficacy and empowerment as outcomes of self-stigmatizing and coping in schizophrenia”, *Psychiatry*

Research,150(1), 71– 80, 2007.

79. Link B.G., Phelan, J.C., “Conceptualizing stigma”, *Annual Review of Sociology*, 27:363-85, 2001.
80. Üstündağ, M.F., Kesebir, S., “İki uçlu bozuklukta içselleştirilmiş damgalanma: Klinik özellikler, yaşam kalitesi ve tedaviye uyum ilişkisi”, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 24(4), 231-239, 2013.
81. Sartorius, N., “Stigma and mental health”, *The Lancet*, 370 (9590), 810-811, 2007.
82. Bilge, A., Çam, O., “Ruhsal Hastalığa Yönelik Damgalama ile Mücadele”, *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 9(1), 71-78, 2010.
83. Öz, F., “Ruh Sağlığı Alanında Çalışan Hemşirelerin Eğitimi, İşlevselliği”, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 10(EK2), 10-11, 2009.
84. Sarıkoç, G., “Ruhsal Sorunları Nedeniyle Ayaktan İzlenen Hastaların İçselleştirilmiş Etiketlenmeleri”, *Psikiyatri Hemşireliği Programı*, Hacettepe Üniversitesi, Ankara, 2011.
85. Çam, O., Çuhadar D., “Ruhsal Hastalığa Sahip Bireylerde Damgalama Süreci ve İçselleştirilmiş Damgalama” *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2(3), 136-140, 2011.
86. Kum, N., “Psikiyatri Hemşireliği El Kitabı”, *Vehbi Koç Yayınları*, İstanbul, 2000.
87. Ardahan, M., “Sosyal Destek ve Hemşirelik”, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9(2), 68-74, 2006.
88. Tang, I. C., Wu, H. C., “Quality of Life and Self-stigma in Individual with Schizophrenia”, *Psychiatr Q*, 83, 497-507. doi: 10.1007/s11126-012-9218-2, 2012.
89. Cohen, S., “Social Relationships and Health”, *American Psychologist*, 59 (8)676-684, 2004.
90. Wan, Chot, K., Jaccard, J., “The Relationship Between Social Support And Life Satisfaction as a Function of Family Structure”, *Journal of Marriage And The Family*, 58, 2; 502-513, 1996.
91. Yetim, Ü., Annak, B.B., “Sosyal Destek, Sosyal Ağ, Yaşam Kalitesi ve Yaşam Doyumu Duygu-Durum ve Anksiyete Bozukluğu Tanısı Almış Kişiler ve Düzenli Hemodiyaliz Tedavisi Gören Hastalar Açısından Bir Karşılaştırma”, *Yüksek Lisans*

Tezi, Mersin, 2005.

92. Park, H. S., “Effects of Social Support, Coping Strategies, Self-Esteem, Mastery, and Religiosity On The Relationship Between Stress and Depression Among Korean Immigrants in the United States: Structural Equation Modeling”, *Doctoral dissertation, The University of Texas at Austin, State of Texas*, 2007.
93. Arzola, G., “Social Support and Depression Among Older Adults”, *Master dissertation California State University, Los Angeles*, 2007.
94. Akın, D., Ceyhan, E., “Resmi ve özel genel lise öğrencilerinin ailelerinden, arkadaşlarından ve öğretmenlerinden algıladıkları sosyal destek düzeyleri açısından kendini kabul düzeylerinin incelenmesi”, *Sosyal Bilimler Dergisi*, 2, 70, 2005.
95. Ayaz, S., Efe, Ş. Korukluoğlu, S., “Jinekolojik kanserli hastaların algıladıkları sosyal destek düzeyleri ve etkileyen faktörler”, *Türkiye Klinikleri*, 28(6), 881, 2008.
96. Başer, Z., “Aileden Algılanan Sosyal Destek İle Kendini Kabul Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi”, *Yüksek Lisans Tezi*, Erzurum, 2006.
97. Akkaya, Ç., “Ortaöğretim Öğrencilerinde Algılanan Sosyal Destek ve Öz-Duyarlık Düzeyleri”, *Yüksek Lisans Tezi*, Sakarya, 2011.
98. Budak, B., “Çocukluk Çağı Lösemileri ve Sosyal Destek Sistemlerinin Aile İşlevlerine Etkisi”, *Yüksek Lisans Tezi*, Samsun, 1999.
99. Bayraktar, Ö., “Üniversite Öğrencilerinin Algılanan Sosyal Destek Düzeyleri ile Duyusal Zekaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi”, *Yüksek Lisans Tezi*, Konya, 2011.
100. Büyükkoca, M., “Algılanan Sosyal Destek İle Postpartum Depresyon Arasındaki İlişkinin İncelenmesi”, *Yüksek Lisans Tezi*, İzmir, 2001.
101. Çivilidağ, A., “Üniversitelerdeki Öğretim Elemanlarının Psikolojik Taciz (Mobbing), İş Doyumu ve Algılanan Sosyal Destek Düzeyleri”, *Doktora Tezi*, Konya, 2011.
102. Ceran, S.Ö., “İşgörence Algılanan Sosyal Destek İle Mesleki Tükenmişlik ve İş Doyumu İlişkinin İncelenmesi”, *Yüksek Lisans Tezi*, İstanbul, 2010.
103. Özbesler, C., “Çocukluk Çağı Lösemileri ve Sosyal Destek Sistemlerinin Aile

- İşlevlerine Etkisi”, *Doktora Tezi*, Ankara, 2001.
104. Ceyhun, A.T., “Zihinsel Yetersizliği Olan Çocuklarla Çalışan Öğretmenlerde İş Stres, Algılanan Sosyal Destek Ve İş Doyumu”, *Yüksek Lisans Tezi*, Bolu, 2009.
105. Deveci, F., “Ergenlerde Karar Verme Stilleri ile Algılanan Sosyal Destek Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi”, *Yüksek Lisans Tezi*, Adana, 2011.
106. Yılmaz, S., Buzlu, S., “Antipsikotik kullanan hastalarda ilaç yan etkileri ve ilaç uyumu”, *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 20(2):93-103, 2012.
107. Dilbaz, N., Karamustafalıoğlu, O., Oral, T., “Psikiyatri polikliniğe başvuran şizofreni hastalarında tedaviye uyumun ve uyumu etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi”, *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 16:223-32, 2006.
108. Yılmaz, E., Okanlı, A., “Şizofreni hastalarında içselleştirilmiş damgalamanın tedaviye uyumuna etkisi”, *II. Uluslararası & VI. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi Poster Bildiri*, s.187, Erzurum, Ekim, 2012.
109. Gray, R., “Adherence therapy; working together to improve health. A treatment Manual for health careworkers”, University of East Anglia United Kingdom, http://www.academia.edu/2436503/Adherence_therapy_manual, 2012.
110. Roy, R., Jahan, M., Kumari, S., Chakraborty, P.K., “Reasons for drugnon-compliance Of psychiatric patients: A centrebasedstudy”, *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, 31:24-8, 2005.
111. Üçok, A., “Şizofreni tedavisinde karşılaşılan güçlükler”, *Kronik Ruhsal Hastalıklarda Tedavi İşbirliği*, 1:7-8, 2011.
112. Çakır, F., İnem, C., Yener, F., “Kronik psikotik hastalarda taburculuk sonrası takip ve tedaviye uyum”, *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 23:50-9, 2010.
113. Dilbaz, N., “Tedavi işbirliği program”, *Kronik Ruhsal Hastalıklarda Tedavi İşbirliği*, 1:3-6, 2011.
114. Velioglu, P., “Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar”, *Alas Ofset*, s.256-7, İstanbul, 1999.

115. akır, F., İnem, C., Yener, F., “Kronik psikotik hastalarda taburculuk sonrası takip ve tedaviye uyum”, *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 23: 50-9, 2010.
116. Serçekuş, P.F., Mete, S., “Uyum modeli ve sosyal bilişsel öğrenme kuramının doğum eğitiminde kullanımı”, *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 1:57-68, 2009.
117. Demirkıran, F., Terakye, G., “Depresif hastaların ilaç tedavisine uyumları ve destekleyici hemşirelik uygulamalarının uyum düzeyine etkisi”, *Kriz Dergisi*, 9:29-39, 2001.
118. Ünal, S., akıl, G., Elyas, Z., “Taburculuk sonrası tedaviye gelmeyen psikotik hastaların özellikleri”, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 7:69-75, 2006.
119. Torun, F., orapıoğlu, A., Yüksel, G., “Polikliniğe devamı yordamak mümkün mü?”, *Yeni Symposium*, 41:125-30, 2003.
120. Yıldız, M., “Psikiyatri uygulamalarında hasta ve aile eğitimi”, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 10(Ek 2):16-7, 2009.
121. Sis, elik, A., Özdemir, F., Durmaz, H., Pasinlioğlu, T., “Determining the perception level of nurse sregarding spiritual it yand spiritual careand the factors that affect their perception level”, *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergis*, 1: 1-12, 2014.
122. Demirkol, M.E., Tamam, L., Evlice, Y.E., Karaytuğ, M.O., “Psikiyatri hastalarının tedaviye uyumu” , *Cukurova Medical Journal (Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi)*, 40: 555-8, 2015.
123. Dikeç, G., Kutlu, Y., “Ruhsal Bozukluklarda Tedavi Uyumunu Artırmak İçin Bir Yöntem: Tedaviye Uyum Programı”, *J Am Psychiatr Nurs* 6: 40-6, 2015.
124. Aylaz, R., Kılınç, G., “The Relation ship Between Treatment Adherence and Social Support in Psychiatric Patients in the East of Turkey”, *Arch Psychiatr Nurs*, 31: 157-3, 2017.
125. Ocaktan, M.E., Özdemir, O., Akdur, R., “Birinci basamakta ruh sağlığı hizmetleri”, *Kriz dergisi*, 12: 63-73, 2004.
126. Güney, M., “Ruhsal hastalıklarda stigmatizasyonu önlemek için neler yapılabilir?”,

Kriz Dergisi, 12: 67-71, 2004.

127. Okçin, F., “Kroner Stent Uygulanan Hastalara Verilen Planlı Sağlık Eğitiminin Hastaların Tedaviye Uyum Durumlarına Olan Etkisinin İncelenmesi”, *Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi*, İzmir, 2000.
128. Çam, O., Engin, E., “Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı”, *İstanbul Tıp Kitabevi*, 1. bs., s.16, İstanbul, 2014.
129. Özyiğit, E.Ş., Savaş, H.A., Ersoy, M.A., Yüce, S., Tutkun, H., Sertbaş, G., “Hemşirelerin ve hemşirelik öğrencilerinin şizofreniye ilişkin tutumları”, *Yeni Symposium*, 42: 105-112. 2004.
130. World Health Organization, World Health Report, http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_en.pdf, 2002.
131. Beyazyüz, M., Beyazyüz, E., Albayrak, Y., Baykal, S., Göka, E., “Bir Eğitim Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniğine Başvuran Hastalarda İçselleştirilmiş Damgalanma Düzeylerinin Bazı Tanı Grupları, Sosyo-demografik Özellikler ve Benlik Saygısı ile İlişkisi”, *Yeni Symposium*, 52 (2), Haziran, 2015.
132. Yen, C.F., Chen, C.C., Lee, Y., Tang, T.C., Yen, J.Y., Ko, C.H., “Self stigma and its correlates among outpatients with depressive disorders”, *Psychiatric Services*, 56 (5): 599- 601, May, 2005.
133. West, M.L., Yanos, P.T., Smith, S.M., Roe, D., Lysaker, P.H., “Prevalence of Internalized Stigma among Persons with Severe Mental Illness”, *StigmaRes Action*, 1(1), 3-10, 2011.
134. Kamışlı, S., Dil, S., Daştan, L., Eni, N., “*Türk Psikiyatri Dergisi*”, 27(4):251-6, 2016.
135. Cerit, C., Filizer, A., Tural, Ü., Tufan, A. E. “Stigma: a corefactor on predicting functionality in bipolar disorder”, *Comprehen sive Psychiatry*, 53, 484-489, 2012.
136. Livingston, J., Boyd, J., “Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis”, *Social Science and Medicine*, 2150 – 2161, 2010.
137. Coşkun, S., Güven Caymaz, N., “Bakırköy ruh sağlığı ve sinir hastalıkları

hastanesi ile özel bir psikiyatri ünitesine başvuran hastaların içselleştirilmiş damgalanma düzeyi yönünden karşılaştırılması”, *III. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi Özet Kitabı*, s. 85-6, 2009.

138. Oban, G., Küçük, L., “Ergenlerde Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalamayı Etkileyen Etmenler”, *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2(1):31-39, 2011.
139. Fung, M.T., Tsang, H.W.H., Corrigan, P., “Sel-stigma of people with schizophrenia as predictor of their adherenceto pschosocial treatment”, *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 32(2):95-104, 2008.
140. Chang, C., Wu, T., Chen, C., Lin, C. “Comparing Self-stigma Between People With Different Mental Disorders in Taiwan”, *The Journal of Nervousand Mental Disease*, 204(7), 547–553, <https://doi.org/10.1097/nmd.0000000000000537>, 2016.
141. İsmanur, O. B., “Relation ships Between Internalized Stigma, Hopelessnessand Self-esteemand Their Sociodemographic and Clinical Characteristics in a Group of Patientswith Severe Mental Illness” *İstanbul University Master Thesis*, İstanbul, 2016.
142. Yılmaz. E., Yılmaz, E., Karaca, F., “Üniversite öğrencilerinin sosyal destek ve yalnızlık düzeylerinin incelenmesi”, *Genel Tıp Dergisi*, 18(2): 71-79, 2008.
143. Albal, E., Kutlu, Y., “Depresyonla Başa Çıkma Öz Yeterlik Düzeyi ile Algılanan Sosyal Destek Arasındaki İlişki”, *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 1(3), 115-120, 2010.
144. Akçalı, A., Altındağ, A., Geyik, S., Cansel, N., “Epilepsi hastalarında yaşam kalitesi, depresyon, anksiyete ve çok boyutlu algılanan sosyal destek”, *Nöropsikiyatri Arşivi*, 46: 91-7, 2009.
145. Neeleman, J., Power, M.J., “Social support and depression in three groups of Psychiatric patientsand a group of medical controls”, *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 29:46-51, 1994.
146. Coldham, E.L., Addington, J., Addington. D., “Medication adherence of individuals with a firstepisode of psychosis”, *Acta Psychiatr Scand*,106:286-90, 2002.
147. Sussman, N., Joffe, R.T., “Augmentation of antidepressant medication”, *J Clin*

Psychiatry, 59(5):3-4, 1998.

148. Tel, H., Doğan, S., Özkan, B., Çoban S., “Hasta Yakınlarına Göre Kronik Psikiyatrik Bozukluğu Olan Hastaların Tedaviye Uyumu”, *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 1(1):7-12, 2010.
149. Cramer, J.A., Rosenheck, R., “Compliance with medication regimens for mental and physical disorders”, *Psychiatr Serv*, 49:196-201, 1998.
150. Arkan, B., Bademli, K., Çetinkaya Duman, Z., “Sağlık çalışanlarının ruhsal hastalıklara yönelik tutumları: son 10 yılda Türkiye’de yapılan çalışmalar”, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3:214-31, 2011.
151. Sehlo, M.G., Youssef, U.M., Hussein, R.A., Elgohary, H.M., “There lation ship of perceived family criticismandother risk factors toviolence among patients with schizophrenia”, *Middle East Current Psychiatry*, 22:70–7, 2015.
152. Bifftu. B.B., Dachew, B.A., Tiruneh, B.T., “Stigma resistance among people with schizophrenia at Amanuel Mental Specialized Hospital Addis Ababa, Ethiopia: a cross-sectional institution based study”, *BMC Psychiatry*, 14:259, 2014.
153. Güzel. H., “Psikiyatrik Yardım Alan Ergenlerin Sosyal Destek Algıları ve Bunu Etkileyen Etmenler”, *Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi*, Ankara, 2005.
154. Kutlu, Y., Albal, E., “Depresyonla Başa Çıkmada Öz Yeterlilik İle Algılanan Sosyal Destek Arasındaki İlişki”, *İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi*, İstanbul, 2009.



EKLER

EK 1: Hastane Çalışma İzin Formu



T.C.
ŞANLIURFA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 97910496-044
Konu : Anket Çalışması

MEHMET AKİF İNAN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

İlgi : 26.03.2018 tarihli ve 64106871-090.99-E.339 sayılı yazımız.

İlgi sayılı yazınıza istinaden, Hastanenizde Hemşire olarak çalışmakta olan Nazmiye ÇALIŞKAN'ın "Ruh Sağlığı Sorunu Olan Hastalarda İçselleştirilmiş Damgalama, Sosyal Destek ve Bunların Tedaviye Uyuma Etkisi" konulu anket çalışması talebi incelenmiş olup, tarafımızca uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-İmzalıdır.
Halil BEYAZKENDİR
İl Sağlık Müdürü a.
Personel ve Destek Hizmetleri
Başkanı

Paşabaşı Mah. Ticaret ve Sanayi Odası Yeni Binası Kat:6
Faks No:04143182430

e-Posta: mehmetfatih.yuksel@saglik.gov.tr İnt. Adresi: ŞANLIURFA KAMU
HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ-MEHMET FATİH
YÜKSEL-EĞİTİM BİRİMİ

Evsakin elektronik imzalı suretine <http://o-belge.saglik.gov.tr> adresinden 4925ca1c-16e7-4c91-b0ac-23bd90db666f koda ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanununa göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için: MEHMET FATİH YÜKSEL
Unvan: TIBBİ SEKRETER

Telefon No:0414 318 24 61

EK 2: Etik Kurul İzin Formu

ETİK KURUL İZİN BELGESİ
T.C.
NİĞDE ÖMER HALİDEMİR ÜNİVERSİTESİ ETİK KURUL KARARI

Toplantı Tarihi :29/01/2018
Toplantı Sayısı :02

KARAR-2018/02-03: Üniversitemiz Niğde Zübeyde Hanım Sağlık Yüksekokulu Öğretim Üyesi Doç. Dr. Figen İNCL ve öğrencisi Nazmiye ÇALIŞKAN tarafından hazırlanan "Ruh Sağlığı Sorunu Olan Hastalarda İncellenmiş Damgalama, Sosyal Destek ve Bunların Tedaviye Uyuma Etkisi" isimli proje başvurusunun raporör görüşü doğrultusunda etik açıdan uygunluğuna, oy birliği ile karar verilmiştir.

Prof.Dr. Mehmet ŞENER
(Başkan)

Prof.Dr. Ayhan CEYHAN
(Üye)

Prof.Dr. Ayten ÖZTÜRK
(Üye)

Prof.Dr. Çiğdem ULUBAŞ SERÇE
(Üye)

Prof.Dr. Esen GÜRBÜZ
(Üye)

Prof.Dr. Zeliha YILDIRIM
İZİMLİ

Yrd.Doç.Dr. Nalan GÖRDELES BEŞER
(Üye)

Prof. Dr. İlyas GÖKHAN
(Üye)

ASLI GİBİDİR

Prof. Dr. Mehmet ŞENER
Etik Kurul Başkanı


EK 3: Aydınlatılmış Onam Formu

Çalışmanın Adı: “Ruh Sağlığı Sorunu Olan Hastalarda İçselleştirilmiş Damgalama, Sosyal Destek ve Bunların Tedaviye Uyuma Etkisi”

Araştırmaya Katılmayı Kabul Eden Sayın Danışan; Bu araştırma bir devlet hastanesinde ruh sağlığı sorunu olan hastalarda içselleştirilmiş damgalama, sosyal destek ve bunların tedaviye uyuma etkisini belirlemek amacıyla yapılacaktır. Araştırmadan sorumlu kişilerin isimleri ve unvanları aşağıda belirtilmiştir. Araştırma süresince size riskli bir müdahalede bulunulmayacaktır. Araştırmaya katıldığınız için size herhangi bir ücret ödenmeyecek ve bağlı olduğunuz sosyal güvenlik kurumundan herhangi bir ücret talep edilmeyecektir. Bu araştırmaya katılmanız size ek bir yükümlülük ya da zarar getirmeyecektir. Sorulara verdiğiniz yanıtların bir kelimesi bile bilimsel yayın oluşturma dışında kullanılmayacaktır.

Kimlik bilgileriniz üçüncü kişilerle kesinlikle paylaşılmayacaktır. Bu araştırmaya katılmak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmayı reddetmek ve araştırmadan çekilme hakkına sahiptir. Araştırmadan kendi isteğinizle ayrıldığınızda ya da araştırmacı tarafından araştırma kapsamı dışında tutulduğunuzda herhangi bir cezai işlem uygulanmayacak ve sizin zararınıza maddi ya da manevi hiçbir bir durum oluşmayacaktır.

KATILIMCININ BEYANI

Araştırmanın amacını anladım. Bu araştırma kapsamında bana yöneltilen soruları cevaplamayı kabul ediyorum.

Adı-soyadı

Tarih-imza

SORUMLU ARAŞTIRMACILAR:

Nazmiye ÇALIŞKAN

Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi

Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Öğrencisi

Doç. Dr. Figen İNCİ

Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi

Hemşirelik Bölümü Öğretim Üyesi

EK 4: Kişisel Bilgi Formu

1.Kaç yaşındasınız ?.....

2.Cinsiyetiniz nedir ?

(1) kadın

(2) erkek

(3) diğer(belirtiniz)

3.Medeni durumunuz nedir ?

(1) evli

(2) bekar

(3) boşanmış

(4) dul

(5) eşinden ayrı yaşıyor

4.Aşağıdaki durumlardan hangisi size uymaktadır?

(1) anne ve baba sağ

(2) anne ölü baba sağ

(3) anne sağ baba ölü

(4) anne ve baba ölü

5.Eğitim durumunuz nedir?

(1) okur-yazar değil

(2) okur-yazar

(3) ilkokul

(4) ortaokul

EK 4: Kişisel Bilgi Formu (Devam)

(5) lise

(6) ön lisans

(7) lisans

(8) lisansüstü

6.Kiminle yaşıyorsunuz?

(1) yalnız yaşıyorum

(2) anne/baba ile yaşıyorum

(3) eşim ile yaşıyorum

(4) çocuklarım ile yaşıyorum

(5) eşim ve çocuklarım ile yaşıyorum

(6) kardeşim ile yaşıyorum

(7) arkadaşım ile yaşıyorum

7.Şu an yaşadığımız yer neresidir?

(1) köy

(2) kasaba

(3) ilçe

(4) il

(5) yurtdışı

8.Çalışma durumunuz nedir?

(1) çalışıyorum

(2) çalışmıyorum

EK 4: Kişisel Bilgi Formu (Devam)

(3) hastalığım nedeniyle işimi bırakmak zorunda kaldım

(4) malulen emekliyim

(5) emekliyim

9.Sosyal güvenceniz nedir?

(1) yok

(2) ssk

(3) bağ-kur

(4) emekli sandığı

(4) yeşil kart

(5) özel sağlık sigortası

10.Aylık gelir düzeyiniz nedir?

(1) 500 tl ve altı

(2) 600-1500 tl

(3) 1600-2000 tl

(4) 2100-2600 tl

(5) 2600 tl ve üzeri

11.Ruhsal hastalığınızın başlangıç tarihi nedir?.....

12.Ruhsal hastalığınızın tanısı nedir?(Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz.)

(1) Alzheimer

(2) Şizofreni

EK 4: Kişisel Bilgi Formu (Devam)

(3) Depresif Bozukluk

(4) Anksiyete Bozukluğu

(5) Duygudurum - Bipolar Bozukluk

(6) Obsesif - Kompulsif Bozukluk

(7) Travma Sonrası Stres Bozukluğu

(8) Kişilik Bozuklukları

(9) Somatoform ve Dissosiatif Bozukluk

(10) Beslenme ve Yeme Bozuklukları

(11) Cinsellik ve Cinsel Kimlik ile İlgili Sorunlar

(12) Maddeyle İlgili Bozukluklar

13. Psikiyatrik bir hastalık nedeniyle hastaneye yatışınız var mı?

(1) evet Varsa yatış sayınız kaçtır? :

(2) hayır

14. Ailede sizin dışınızda psikiyatrik hastalık öyküsü olan var mı?

(1) evet Varsa tanısı:

(2) hayır

15. Bir yılda ayaktan tedaviye başvuru sayınız nedir?

(1) bir-iki

(2) üç-dört

(3) beş ve üzeri

16. İlaçlarınızı ne kadar düzenli kullanıyorsunuz?

EK 4: Kişisel Bilgi Formu (Devam)

- (1) Hiç doz atlamıyorum
- (2) Ayda 1 den az doz atlıyorum
- (3) Ayda 1 den fazla doz atlıyorum

17.Kullandığınız ilaca bağlı yan etkiler var mı?

- (1) evet Varsa belirtiniz:
- (2) hayır

18.Ruhsal hastalığa bağlı kendisine veya başkalarına zarar verme öyküsünüz var mı?

- (1) evet Varsa tanımlayınız:
- (2) hayır

19.Ruhsal hastalığınıza ek olarak başka bir hastalığınız var mı? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz.)

- (1) Diyabet hastalığı
- (2) Hipertansiyon
- (3) Kalp hastalığı
- (4) Böbrek hastalığı
- (5) Solunum Yolları Hastalıkları
- (6) Diğer (açıklayınız)

EK 5: Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği

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

“Kesinlikle aynı fikirde değilim” diyorsanız (1) rakamını

“Aynı fikirde değilim” diyorsanız (2) rakamını

“Aynı fikirdeyim” diyorsanız (3) rakamını

“Kesinlikle aynı fikirdeyim” diyorsanız (4) rakamını, daire içine alarak okuduğunuz cümleye ne ölçüde katıldığınızı ya da katılmadığınızı belirtiniz. Her cümle için rakamlardan sadece bir tanesini işaretleyiniz.

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

yetersizmişim gibi hissediyorum.				
14. Ruhsal hastalığı açıkça anlaşılan biriyle toplum içinde birlikte görülmek beni rahatsız etmez.	1	2	3	4
15. Sırf ruhsal hastalığımın dolayısı ile insanlar bana sık sık ne yapmam gerektiğini söyleyip, sanki çocukmuşum gibi davranırlar.	1	2	3	4
16. Ruhsal hastalığım olduğu için kendimden memnun değilim.	1	2	3	4
17. Ruhsal hastalığımın olması hayatımı berbat etti.	1	2	3	4
18. İnsanlar görünüşümden ruhsal bir hastalığım olduğunu anlayabilirler.	1	2	3	4
19. Ruhsal hastalığımın dolayısı ile benimle ilgili çoğu kararı başkalarının vermesine ihtiyaç duyarım.	1	2	3	4
20. Ailemi ve arkadaşlarımı utandırmamak için sosyal ortamlardan uzak dururum.	1	2	3	4
21. Ruhsal hastalığı olmayanların beni anlamaları mümkün değildir.	1	2	3	4
22. Sırf ruhsal hastalığım 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

EK 6: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

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

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

Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet
------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

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

Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet
------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

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

Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet
------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

4. İhtiyacım olan duygusal desteği ve sosyal desteği ailemden alırım.

Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet
------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

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

Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet
------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

6. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.

Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet
------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

7. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.

Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet
------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

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

Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet
------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

9. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.

Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet
------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

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

Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet
------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

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

Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet
------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.

Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet
------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

EK 7: Morisky Uyum Ölçeği

1- İlacınızı almayı unutuyor musunuz?

Evet() Hayır ()

2- İlacınızı zamanında almayı unutur musunuz?

Evet() Hayır ()

3- Kendinizi iyi hissettiğinizde ilaç almayı bırakıyor musunuz?

Evet() Hayır ()

4- İlaç aldığınızda kendinizi kötü hissederseniz ilaç almayı bırakır mısınız?

Evet () Hayır ()

ÖZGEÇMİŞ

Nazmiye ÇALIŞKAN 1993 yılında Kayseri’de doğdu. İlk, orta ve lise öğrenimini Kayseri’de tamamladı. 2012 yılında kazandığı Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi, Zübeyde Hanım Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik bölümünden 2016 yılında mezun oldu. Mezun olduğu 2016 yılında başladığı Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Tezli Yüksek Lisans Programı (Ruh Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans)’na devam etmektedir. 2017 yılında başladığı Şanlıurfa Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Yoğun Bakım Ünitesi’nde, yoğun bakım hemşiresi olarak görev yapmaktadır.

Adres: Esentepe Mah. Ertuğrul Cad. Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Yoğun Bakım Ünitesi 63300 Haliliye/Şanlıurfa

Telefon: 0543 328 15 37 / 0414 318 48 00

e-posta: nzmy.clskn@gmail.com

