



ARAŞTIRMA / RESEARCH

Şizofreni ve bipolar bozukluğu olan hastalarda içselleştirilmiş damgalanma, benlik saygısı ve algılanan sosyal destek

Internalized stigma, self-esteem and perceived social support among patients with schizophrenia and bipolar disorder

Hülya Kök¹, Satı Demir²

¹Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Eskişehir, Turkey

²Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ankara, Turkey

Cukurova Medical Journal 2018;43(1):99-106.

Abstract

Purpose: Organized as descriptive research, the present study aimed to investigate the internalized stigma, self-esteem and perceived social support levels in schizophrenia and bipolar disorder patients who were followed at a psychiatry outpatient clinic.

Materials and Methods: The study was conducted with 162 schizophrenia and 200 bipolar disorder patients who applied for treatment at two state hospitals and one university hospital. Data for the study were collected using patient information forms, the Internalized Stigma of Mental Illness Scale (ISMIS), the Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES) and the Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS).

Results: The ISMIS mean scores showed statistically significant differences based on the diagnoses of the patients, awareness of the diagnosis, suicide attempts and regular psychiatric care among the patients. The ISMIS mean scores of patients with the diagnosis of schizophrenia were significantly higher than those of the bipolar disorder patients. The ISMIS mean scores of the patients who did not know their diagnoses, who attempted suicide and who did not attend follow-ups regularly were higher. There was a positive correlation between the ISMIS and RSES scores of the patients. In contrast, there was a negative correlation between the ISMIS and MSPSS scores.

Conclusion: There is a relationship between low self-esteem and low social support perceived by patients and internalized stigmatization. It is therefore important to plan and conduct initiatives to increase patients' self-esteem and social support.

Key words: Psychiatry patients, internalized stigma, self-esteem, perceived social support

Öz

Amaç: Tanımlayıcı nitelikteki araştırma, psikiyatri polikliniğinde takip edilen şizofreni ve bipolar bozukluk tanısı almış hastalarda içselleştirilmiş damgalanma, benlik saygısı ve algılanan sosyal destek düzeyini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma; iki devlet hastanesi ve bir devlet üniversitesi hastanesinin psikiyatri polikliniğine başvuran 162 şizofreni ve 200 bipolar bozukluk tanılı hastalarla yürütülmüştür. Veriler Hasta Bilgi Formu, Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği (RHİDÖ), Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ) ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) ile toplanmıştır.

Bulgular: Hastaların tanısı, tanıyı bilme durumu, intihar girişimi ve kontrollerine düzenli gelme durumuna göre RHİDÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Şizofreni tanısı ile takip edilen hastaların RHİDÖ puan ortalamaları, bipolar bozukluk tanısı ile takip edilen hastalarınkinden anlamlı ölçüde daha yüksektir. Tanıyı bilmeyen, intihar girişiminde bulunan ve kontrollerine düzenli gelmeyenlerin RHİDÖ puan ortalamaları daha yüksektir. Hastaların RHİDÖ puanları ile RBSÖ puanları arasında pozitif bir ilişki saptanmıştır. Hastaların RHİDÖ puanları ile ÇBASDÖ puanları arasında ise negatif bir ilişki saptanmıştır.

Sonuç: Hastaların düşük benlik saygısı ve algıladıkları düşük sosyal destek ile içselleştirilmiş damgalanma arasında ilişki vardır. Bu yüzden hastaların benlik saygısını ve sosyal desteğini arttırmaya yönelik girişimlerin planlanması ve yürütülmesi önem kazanmaktadır.

Anahtar kelimeler: Psikiyatri hastası, içselleştirilmiş damgalanma, benlik saygısı, algılanan sosyal destek

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Hülya Kök, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Eskişehir, Turkey . E-mail: hulyakok2911@gmail.com
Geliş tarihi/Received: 13.04.2017 Kabul tarihi/Accepted: 06.05.2017

GİRİŞ

Damgalama, bir kişinin ya da grubun, ruhsal hastalık, etnik grup, ilaç kötüye kullanımı veya fiziksel yetersizlik gibi özelliklerine dayanarak kusurlu veya gözden düşmüş olarak olumsuz değerlendirilmesidir¹⁻³. Kanser, tüberküloz, lepra, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, epilepsi, alkol ve ilaç bağımlılıkları ve AIDS; üzerinde damga bulunan hastalıklardan bazıları olup, damgalamanın en fazla etkilediği gruplardan biri psikiyatri hastalarıdır⁴⁻⁶. Ruhsal hastalığa sahip bireylerde damgalamanın özellikle acı ve yıkıcı etkisi, onların toplumun bir üyesi olmadığı duygusu bırakmasıdır⁷. Çeşitli damgala(n)malar arasında bireye psikolojik olarak en fazla zarar veren içselleştirilmiş damgalanmadır⁸.

Psikiyatrik rahatsızlığı olan bireyler bir kez “akıl hastası” olarak etiketlendiklerinde, istemeyerek de olsa kendilerini yetersizlikleri olan ve dışlanan grubun bir üyesi olarak görmeye başlarlar⁴. İçselleştirilmiş damgalanma olarak isimlendirilen bu kavram, bireyin toplumdaki olumsuz kalıp yargıları kendisi için kabullenmesi ve bunun sonucunda değersizlik, utanç gibi olumsuz duygularla kendisini toplumdan geri çekmesidir⁹. Ruhsal hastalıklara yönelik damgalama, ayrımcılık ya da dışlamanın toplumlarda yaygın olarak görüldüğü, yapılan çalışmalarda belirtilmektedir¹⁰⁻¹². Bu hastalarda, durumundan utanma, yetersizlik duyguları, olumsuz otomatik düşüncelerde artma, sosyal ilişkilerden kaçınma, kendilik değerinde düşme ortaya çıkmaktadır. Kullanılan psikiyatrik tanının damgalayıcı içeriği ne kadar fazla ise bu belirtilerin şiddeti de o kadar artmaktadır¹³.

Benlik saygısı, kişinin kendisini nasıl değerlendirdiğini gösteren bir yargıdır. Benlik saygısı, kişinin kendini değerlendirmesi sonucunda ulaştığı benlik kavramını onaylamasından doğan beğeni durumu olarak tanımlanır¹⁴. Benlik saygısı, hissedilen damgalanma duygusunda kilit rol oynar. Düşük benlik saygısı daha fazla damgalanma hissine yol açar. Toplumda ayrımcılık ve damgalanma yaşayan hastaların da benlik saygısında azalma gözlenir^{15, 16}. Damgalanma hissini yaşayan ve benlik saygısı azalmış hasta kendini soyutlamaya başlar, toplumdan uzaklaşır, tedavi uyumsuzluğu artar. Olumlu ve olumsuz duygulanım; bilişsel (inanılan ve hissedilen değersizlik, damgalanma) özellikler hastaların başa çıkma mekanizmalarını ve benlik saygısını etkiler^{17,18}. Yatarak tedavi gören hastaların toplum tarafından reddedilme korkularının olduğu bilinmektedir ve bu

nedenle bu hastalar kendilerine güvenmemekte ve daha savunmacı bir tutum göstermektedirler³.

Sosyal destek; bireye çevresindeki insanlar tarafından yapılan yardım olarak tanımlanır. Kriz ve emosyonel gerginlik durumlarında bireyler, doğal yardımcı olarak görülen aile üyeleri ve arkadaşlarına dayanma ihtiyacı duyarlar. Bu formal olmayan yardımcılarının oluşturduğu destek ağı bireyin uyum süreci ve sağlığı üzerinde önemli bir etkiye sahiptir¹⁹. Algılanan sosyal destek, kişilerin etraflarında bulunan sosyal destek ağının ne kadar farkında olduklarını ve bundan ne kadar memnun olduklarını içermektedir²⁰. Algılanan sosyal destek, bir anlamda, kişinin kendine biçtiği genel değerdir. Damgalanma algısının en önemli sonuçlarından biri de hastaların kendilerini toplumda hak ettikleri yerde, hatta topluma ait hissedememelerine neden olmasıdır. Damgalanma algısı nedeni ile hastalar hastalık etkilerinden bağımsız olarak eski toplumsal ve mesleki rollerine tekrar dönememektedir. Damgalanma algısı hastalarda psikolojik nedenlerle kendini toplumdan soyutlamaya ve davranışsal kaçınmaya yol açmaktadır. Toplumda eski işlevselliğine dönemeyen ve toplumsal bağları zayıflayan hastalar daha fazla damgalanmaktadır²¹. İçselleştirilmiş damgalanma kaçınan savunmaları ve aktif sosyal kaçınmayı artırır²². Bir anlamda yaşamı anlamlı kılan iş yaşamı, sosyal ilişkiler, maneviyat ve iyileşme çabasından bireyi uzaklaştırır²³. Link ve arkadaşları ruhsal bozukluğu olan hastaların genel olarak toplumun aşağılayıcı ve ayrımcı tutumlarını içselleştirdikleri için sürekli toplum tarafından reddedilme beklemedikleri bildirmişler ve bu çerçevede bu hastaların hastalıklarını saklama eğiliminde olduklarını ya da toplumsal ilişkilerden kaçındıklarını; böylece de reddedilme kaygısını en aza indirdiklerini ileri sürmüşlerdir²⁴. Hayward ve arkadaşları bipolar bozukluk tanısı konan hastalarda yaptıkları çalışmada hastaların, toplum tarafından arkadaş olarak kabul edilmeyeceklerini, daha az zeki ve güvenilmez olarak değerlendirileceklerini, işverenlerin kendilerine iyi ücret vermeyeceklerini ve diğer işçilere davrandıkları gibi davranmayacaklarını, kadınların kendilerine görüşme randevusu vermeyeceklerini, psikiyatri kliniğine yattıkları için kendilerinin fikirlerini daha az ciddiye alacakları şeklinde düşündüklerini belirlemişler²⁵.

Bu bilgiler ışığında bu araştırma psikiyatri polikliniğinde ayaktan takip edilen şizofreni ve bipolar bozukluk tanılı hastalarda içselleştirilmiş damgalanma, benlik saygısı ve algılanan sosyal destek

düzeyini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma tipi ve katılımcılar

Tanımlayıcı nitelikte olan bu çalışma, iki devlet hastanesi ve bir devlet üniversitesi hastanesinin psikiyatri polikliniklerinde takip edilen şizofreni ve bipolar bozukluk tanısı almış hastalarda yürütülmüştür.

Bu hastanelere 2013 yılında toplam 2862 hasta başvuru yapmıştır. Araştırmanın alınacak örneklem sayısını elde etmek için "Evreni belli örnekleme yöntemi" kullanılmıştır ve örneklem sayısı 362 kişi olarak bulunmuştur. Çalışmaya 18 yaş ve üstü, DSM 5 ölçütlerine göre şizofreni ve bipolar bozukluk (psikotik özellikli dönemi olmayan) tanısı almış, ek bir psikiyatrik tanı almamış, tanı aldıktan sonra en az 6 ay geçmiş, okur yazar, işitme ve anlama sorunu olmayan, remisyon döneminde, gönüllü hastalar dahil edilmiştir. Hastaların poliklinik muayeneleri sonrasında hastalarla yüz yüze görüşülerek veri toplama araçları uygulanmıştır.

Çalışmanın uygulanabilmesi için üniversitesi hastanesinin ilgili ana bilim dalı başkanlığından ve başhekimliğinden, Eskişehir Kamu Hastaneler Birliği'nden yazılı izin alınmıştır. Hastanelerden yazılı izin alındıktan sonra etik kurula başvurulmuş ve Gazi Üniversitesi Etik Komisyon Kurulu'ndan yazılı izin alınmıştır (Etik kurul onay tarihi: 25.06.2014; Onay kodu: 7782166-604.01.02-17784). Çalışmaya başlamadan önce çalışmaya katılacak hastalara çalışma hakkında açıklama yapılarak hastalardan bilgilendirilmiş yazılı onam alınmıştır.

Veri toplama araçları

Hasta Bilgi Formu

Hasta bilgi Formu ilgili literatür doğrultusunda araştırmacı tarafından oluşturulmuştur. Formda hastaların, sosyodemografik, hastalık, daha önceki hastane deneyimlerine yönelik toplam 13 soru yer almaktadır ^{6, 26-30}.

Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği (RHİDÖ)

Ritsher ve diğerleri (2003) tarafından geliştirilmiş olan RHİDÖ 29 maddeden oluşan ve içsel damgalanmayı değerlendiren bir öz-bildirim ölçeğidir ²⁶. Türkçeye uyarlama çalışması Ersoy ve

Varan⁶ tarafından yapılmıştır. RHİDÖ dörtlü bir Likert tipi ölçektir. Ölçeğin; 1. Yabancılaşma, 2. Kalıp Yargıların Onaylanması, 3. Algılanan Ayrımcılık, 4. Sosyal Geri Çekilme ve 5. Damgalanmaya Karşı Direnç olmak üzere beş alt ölçeği bulunmaktadır. "Damgalanmaya karşı direnç" alt ölçeğinin maddeleri ters olarak puanlanmaktadır. Beş alt ölçeğe ait puanların toplanarak RHİDÖ toplam puanı hesaplanır. Toplam puan 29 ile 116 puan arasında değişir. RHİDÖ'den alınan yüksek puanlar, içselleştirilmiş damgalanmanın yüksek olduğunu gösterir. Ersoy ve Varan'ın çalışmasında ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0.93, bizim çalışmamızda Cronbach Alpha 0.92 bulunmuştur ⁶.

Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ)

Benlik saygısı ölçeği Rosenberg tarafından (1963) geliştirilmiştir. Ülkemizde, ölçeğin güvenilirlik ve geçerlilik çalışmaları Çuhadaroğlu tarafından (1986) yapılmıştır. Araştırmanın amacı doğrultusunda benlik saygısını ölçmeye yönelik olarak, ölçeğin ilk "10" maddesi kullanılmıştır. Ölçek puanı 0 ile 6 puan arasında değişmektedir. Ölçekten alınan puanın yüksek olması benlik saygısının düşük olduğu anlamına gelir. RBSÖ'nin iç tutarlılık katsayısı Çuhadaroğlu'nun (1986) çalışmasında ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0.89; bizim çalışmamızda Cronbach Alpha 0.72 bulunmuştur ³¹.

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)

Ölçek Zimet ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Ülkemizde geçerlik ve güvenilirlik çalışması Eker ve Arkar (2001) tarafından yapılmıştır. Ölçek toplam 12 maddeden oluşmaktadır. Ölçek "Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 Kesinlikle evet" şeklinde 7 dereceli olarak düzenlenmiş likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin kesme noktası yoktur. Ölçek alınan puanın yüksek olması, algılanan sosyal desteğin de yüksek olduğu anlamına gelir. Eker ve Arkar çalışmasında ölçeğin Cronbach's alfa değeri 0.80-0.95; bizim çalışmamızda Cronbach Alpha 0.88'dir ²⁰.

İstatistiksel analiz

Bu çalışmada elde edilen verilerin istatistiksel analizi için SPSS 20.0 paket programı kullanılmıştır. Bağımsız değişkenlere ait frekans ve yüzdelik dağılımlar verilmiştir. Verilerin analizinde Mann-Whitney U, Kruskal Wallis H ve One-Way ANOVA testleri kullanılmıştır. Anlamlılık durumunda gruplar arası fark için Bonferroni testi

yapılmıştır. Değişkenler arasındaki ilişki Spearman korelasyon ile değerlendirilmiştir. İstatistiksel anlamlılık seviyesi $p < 0.05$ olarak alınmıştır.

BULGULAR

Araştırmaya katılan hastaların tanımlayıcı ve hastalıkla ilgili özellikleri tablolarda belirtilmiştir (Tablo 1 ve 2). Çalışmaya katılan hastaların eğitim, medeni, ekonomik durum ve yaşadığı yere göre RHİDÖ ortalamaları arasında istatistiksel olarak

anlamli bir fark bulunmuştur ($p < 0.05$). Okuryazar olan hastaların puan ortalamaları lise ve üniversite/lisansüstü eğitimi olan hastalara oranla, ilköğretim mezunu olanların puan ortalamaları ise üniversite/lisansüstü eğitimi olanlarınkine oranla anlamli ölçüde daha yüksektir ($p < 0.05$). Boşanmış/eşi ölmüş /evli ama ayrı yaşayan hastaların RHİDÖ puan ortalamaları evli olanlarınkinden anlamli ölçüde daha yüksektir (Tablo 1).

Tablo 1. Hastaların tanımlayıcı özelliklerine göre RHİDÖ, RBSÖ ve ÇBASDÖ puan ortalamaları

Özellikler	n	%	RHİDÖ		RBSÖ		ÇBASDÖ	
			ort±SS	Test	ort±SS	Test	ort±SS	Test
Yaş								
≤25	37	10.2	75.51±17.16	Z=16.995 P=0.473	2.37±1.58	Z=17.070 P=0.427	43.67±11.48	Z=18.175 p=0.056
26 - 35	97	26.8	75.88±18.93		2.08±1.33		44.05±10.78	
36 - 45	97	26.8	78.40±17.40		2.30±1.38		42.12±9.87	
46 - 55	84	23.2	80.64±17.01		2.52±1.49		41.48±10.29	
≥56	47	13.0	79.06±18.98		2.28±1.37		42.04±9.89	
Cinsiyet								
Kadın	167	46.1	77.43±17.32	x=3.459 p=0.484	2.22±1.37	x=3.802 p=0.433	41.56±10.41	F=0.896 p=0.467
Erkek	195	53.9	78.56±18.45		1.36±1.45		43.06±10.30	
Eğitim Durumu								
Okuryazar	67	18.5	85.61±13.78 ^{ab}	x=24.932 p < 0.001	2.71±1.38 ^{ab}	x=15.014 p=0.002	40.49±9.37	x=3.394 p=0.335
İlköğretim	110	30.4	80.78±18.07 ^c		2.44±1.32		42.97±10.60	
Lise	119	32.9	75.59±17.85 ^a		2.14±1.46 ^a		43.31±10.69	
Üniversite	66	18.2	70.89±18.28 ^{b,c}		1.63±1.41 ^b		40.49±9.37	
Medeni Durum								
Evli	159	43.9	76.21±17.69 ^a	x=7.304 p=0.026	2.11±1.32 ^a	x=8.563 p=0.014	43.23±10.14	x=3.099 p=0.212
Bekar	132	36.5			2.33±1.56		42.78±11.55	
Dul/Ayrı	71	19.6			2.65±1.27 ^a		40.76±9.40	
Ekonomik Durumu								
İyi	63	17.4	74.69±17.66 ^a	x=8.076 p=0.018	2.08±1.42	x=5.620 P=0.060	45.00±10.56 ^a	F=4.864 p=0.008
Orta	199	55.0	82.33±17.31		2.23±1.36		43.15±10.11	
Kötü	100	27.6	76.94±18.01 ^a		2.57±1.50		40.14±10.42 ^a	
Yaşadığı Yer								
İl	296	81.8	77.28±18.28	x=6.151 p=0.046	2.24±1.44 ^a	x=6.757 p=0.034	43.23±10.18	x=5.743 p=0.057
İlçe	44	12.2	78.77±16.22		2.40±1.30		38.81±10.70	
Köy	22	6.1	86.77±14.21		2.90±1.20 ^a		42.31±11.21	

Z=Mann-Withney U Testi, F=One Way ANOVA Testi, x= Kruskal -Wallis H Test; a, b,c= Bonferroni testine göre aralarında istatistiksel açıdan önemli fark vardır; $p < 0,05$

Hastaların eğitim durumu, medeni durumu ve yaşadığı yere göre RBSÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamli bir fark bulunmuştur ($p < 0.05$). Okuryazar olan hastaların RBSÖ puan ortalamaları lise ve üniversite /lisansüstü eğitimi olan hastalarınkine oranla anlamli ölçüde daha yüksektir. Boşanmış/eşi ölmüş/evli ama ayrı yaşayan hastaların RBSÖ puan ortalamaları daha yüksektir

($p < 0.05$). Köyde yaşayan hastaların RBSÖ puan ortalamaları ilde yaşayanlara göre anlamli ölçüde daha yüksektir ($p < 0.05$) (Tablo 1). Hastaların tanısı, intihar girişimi öyküsü ve kontrollere düzenli gelme durumuna göre RBSÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamli bir fark bulunmuştur ($p < 0.05$). Şizofreni tanısı ile takip edilen, intihar girişimi öyküsü olan ve kontrollerine düzenli

gelmeyen hastaların RBSÖ puan ortalamaları daha yüksektir (Tablo 2).

Hastaların psikiyatri servisinde yatma sayısı ve tanısını bilme durumu ile ÇBASDÖ puan ortalamalarına baktığımızda ise aralarında istatistiksel

açından anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0.05$). Psikiyatri servisinde 10 ve üstü kez yatan hastaların ÇBASDÖ puan ortalamaları, 1kez ve 2-5 kez yatan hastalarından anlamlı ölçüde daha düşüktür. (Tablo2).

Tablo 2. Hastaların tanılayıcı özelliklerine göre RHİDÖ, RBSÖ ve ÇBASDÖ puan ortalamaları

Özellikler			RHİDÖ		RBSÖ		ÇBASDÖ	
	Tanı	n	%	Ort. ±SS	Test	ort. ±SS	Test	ort ±SS
Şizofreni	200	55.2	82.20±17.54	Z=33.502 P<0.001	2.57±1.48	Z=32.468 p=0.002	42.49±10.57	Z=28.939
Bipolar	162	44.8	74.67±17.56		2.08±1.37		42.49±10.25	p=0.639
Hastalık Süresi		12.2						
≤2 yıl	44	31.2	71.90±19.19	x=7.759 p=0.101	1.76±1.27	x=8.215 p=0.084	45.04±12.82	x=3.848 p=0.427
3 - 8 yıl	113	21.8	77.34±17.65		2.24±1.31		43.37±9.84	
9 - 14 yıl	79	19.1	72.67±16.91		2.42±1.55		41.31±8.96	
15 -20 yıl	69	15.7	81.02±17.25		2.48±1.34		42.14±10.77	
≥21 yıl	57		81.05±18.80		2.44±1.55		41.77±10.65	
Hastaneye yatanlar	326	90.1	78.23±18.15	Z=5.371 p=0.404	2.33±1.42	Z=5.070 p=0.181	42.25±10.41	Z=7.026 p=0.052
Yatış Sayısı								
1 kez	80	24.5	76.95±16.77	x=3.766 p=0.288	2.04±1.29	x=7.364 p=0.61	43.60±9.88a	x=13.539 p=0.004
2 - 5 kez	185	56.7	77.30±18.84		2.33±1.42		42.69±10.71b	
6 - 9 kez	27	8.3	82.51±15.39		2.41±1.22		41.51±8.81	
≥10 kez	34	10.4	82.94±18.88		2.94±1.68		37.23±10.37a.b	
Tanıyı Bilenler	229	63.3	75.69±17.84	Z=27.205 p=0.001	2.20±1.38	Z=25.601 p=0.128	43.44±10.37	Z=22.215 p=0.045
İntihar Girişimi	129	35.6	82.67±16.57	Z=11.620 P< 0.001	2.63±1.45	Z=11.922 p=0.001	41.24±10.90	Z=17.033 p=0.060
Kontrollere Düzenli Gelenler	274	75.7	76.17±17.71	Z=14.931 p=0.001	2.19±1.37	Z=13.956 p=0.026	43.84±9.87	x=3.848 p=0.427

Z=Mann-Witney U Testi; x= Kruskal -Wallis H Testi; a,b= Bonferroni testine göre aralarında istatistiksel açıdan önemli fark vardır; $p < 0.05$

Tablo 3. Hastaların RHİDÖ, RBSÖ ve ÇBASDÖ Puanları İlişkisi

Ölçekler	RBSÖ r (p)	ÇBASDÖ r (p)
RHİDÖ	0.671 (0.000)	-0,411 (0.000)

r=Spearman analizi

Hastaların RHİDÖ puanları ile RBSÖ puanları arasında pozitif bir ilişki saptanmıştır ($r = 0.671$; $p < 0.001$). Hastaların RHİDÖ puanları ile ÇBASDÖ puanları arasında ise negatif bir ilişki saptanmıştır ($r = -0,411$; $p < 0.001$) (Tablo 3).

TARTIŞMA

Çalışmamızda eğitim düzeyi düşük olan hastaların daha çok içselleştirilmiş damgalanma yaşamaları bu hastaların sorunlarla baş etme ve hastalığı ile ilgili

yardım aramada daha çok güçlük yaşamaları ile ilgili olabilir ³². Eğitim düzeyi arttıkça toplumun kalıp yargılarının daha az onaylandığı, kendini toplumdaki geri çekme yerine sosyalleşme eğilimi gösterebileceği ve dolayısı ile içselleştirilmiş damgalanma düzeyinin daha az olacağı düşünülebilir. Bizim çalışmamıza benzer şekilde diğer çalışmalarda da eğitim düzeyi düşük olanların içselleştirilmiş damgalanmayı daha çok yaşadıkları ifade edilmiştir ^{27, 33}.

Çalışmamızda ekonomik durumu kötü olan hastalarda içselleştirilmiş damgalanmanın yüksek olması bu hastaların yaşam koşullarının, sosyal aktivitelerinin ve tedavi alternatiflerinin daha sınırlı olabileceğini düşündürmektedir. Nitekim Arslantaş ve arkadaşlarının sosyoekonomik düzeyi iyi olan hastaların daha çok yardım arama davranışlarında bulunduğunu belirtmişlerdir³². Çalışmamıza benzer olarak Çam ve Çuhadar'ın çalışmasında da düşük gelirli hastaların içselleştirilmiş damgalanma düzeyinin yüksek olduğu görülmüştür ³⁴.

Çalışmamızda köyde yaşayan hastaların daha çok içselleştirilmiş damgalanma yaşadığı saptanmıştır. Köy küçük bir yerleşim birimi olduğu için kişiler arası ilişkiler daha yakın ve sıktır. Köyde yaşayanların sosyokültürel düzeyleri ilde yaşayanlara oranla daha düşük olabilir. Bu nedenle hastalar çevresinden daha olumsuz tepkiler alıyor olabilirler. Bu şekilde çevreden alınan tepkiler hastanın kendisi ile ilgili algılamasını olumsuz etkileyebilir. Bunun yanı sıra köyde yaşayan hastaların ilde yaşayanlara oranla sağlık hizmetlerine daha zor ulaştığı ve tedaviye uyumlarının zorlaştığı beraberinde içselleştirilmiş damgalanmayı arttırdığı söylenebilir. Angermeyer ve diğerlerinin kent ve kasaba örneklemelerinde yaptıkları karşılaştırmalı bir çalışmada kasabada yaşayan hastaların kentlilere göre daha fazla damgalandıklarını ileri sürmüştür ³⁵.

Çalışmamızda şizofreni tanısı ile takip edilen hastaların içselleştirilmiş damgalanma puan ortalamaları, bipolar bozukluk tanısı ile takip edilen hastalarinkinden anlamlı ölçüde daha yüksektir. Şizofreni hastalığının sürekli olması ve psikotik belirtilerinin daha ağır olması buna karşın bipolar bozukluğun ataklar halinde olması aradaki iyilik dönemlerinde hastaların günlük rutinlerini daha rahat sürdürmesi içselleştirilmiş damgalanmanın şizofreni hastalarında daha yüksek olmasını bir nedeni açıklayabilir. Çalışmamıza benzer şekilde Sarısoy ve arkadaşları yaptığı çalışmada da şizofreni hastalarının bipolar bozukluk tanılı hastalara oranla daha çok içselleştirilmiş damgalanma yaşadıkları

belirtilmiştir ³⁶.

Eğitimin kendini yeterli, başarılı, değerli hissetmeyi, kendine güvenmeyi geliştiren ve daha üst statüde çalışmayı kolaylaştıran bir etken olduğu düşünüldüğünde çalışmamızda okuryazar olan hastaların benlik saygısının daha düşük olması beklendik bir bulgudur. Psikiyatri hastalarında yapılan bir çalışmada bizim bulgumuza benzer şekilde eğitim düzeyi arttıkça benlik saygısının arttığı görülmüştür ^{16, 22}. Köyde yaşayanların da daha düşük eğitim düzeyine sahip bireyler olabileceği ve bunun düşük benlik saygısını getirebileceği söylenebilir.

Çalışmamızda şizofreni tanısı ile takip edilen kişilerin benlik saygısının daha düşük olması bu hastaların psikotik semptomların daha çok ve şiddetli olması ile ilgili olabilir. Ayrıca çalışmamızda şizofreni tanısı alan hastaların içselleştirilmiş damgalanma düzeyi bipolar bozukluğu olan hastalarinkinden daha yüksek bulunmuştur. Yüksek içselleştirilmiş damgalanma da şizofreni hastalarının benlik saygısını düşürüyor olabilir.

İntihar girişiminde bulunan hastaların benlik saygısının daha düşük olması, yaşamda benlik saygısının destekleyici bir faktör olması ile açıklanabilir ³⁷. Benlik saygısı kişinin kendine verdiği değer olarak düşünüldüğünde, düşük benlik saygısı beraberinde intihar riskini getirebilir. Çalışmamızda kontrollerine düzenli gelmeyenlerin benlik saygısı kontrollerine düzenli gelenlere göre istatistiksel olarak anlamlı ölçüde daha düşüktür. Kontrollerine düzenli gelen hastaların tedavilerine uyum sağladıkları, hastalık belirtilerine daha az yaşadıkları ve bu yolla benlik saygılarını korudukları söylenebilir.

Çalışmamızda ekonomik durumu kötü olan hastaların algılanan sosyal destek düzeyi daha düşüktür. Bu hastaların çevresinden yeterli maddi destek alamadığı söylenebilir. Benzer şekilde yapılan diğer bir çalışmada da ekonomik durumu kötü olan hastaların sosyal desteğinin daha az olduğu belirtilmiştir ³⁸.

Çalışmamızda psikiyatri servisinde 10 ve üstü kez yatan hastaların ÇBASDÖ puan ortalamaları, 1 kez ve 2-5 kez yatan hastalarinkinden anlamlı ölçüde daha düşüktür. Tekrarlayan ataklar durumunda psikiyatri servisinde hastalar yatarak tedavi edilirler. Ataklar ise kontrollerine düzenli gitmeyen, ilaçlarına düzenli almayan hastalarda daha çok görülmektedir. Sosyal destek, hastaların kontrol ve tedavilerine düzenli devam etmelerini destekleyici bir faktör

olarak kabul edilebilir. Bu nedenle yetersiz sosyal destek hastalarda atak sayısını ve hastaneye yatış sayısını arttırmıyor olabilir.

Hastaların düşük benlik saygısı, ve algıladıkları düşük sosyal destek ile içselleştirilmiş damgalanma arasında ilişki vardır. Benlik saygısı kişiler arası ilişkilerde güveni ve kendine değer vermeyi kapsayan bir kavramdır. İçselleştirilmiş damgalanma yaşayan kişi ise kendini yetersiz ve tehlikeli olarak algılamaktadır. Bu nedenle benlik saygısında düşme, içselleştirilmiş damgalanmada artışa neden olabilir. Yapılan farklı çalışmalarda da benlik saygısı düştükçe içselleştirilmiş damgalanmanın arttığı vurgulanmıştır^{7,15,39}. Sosyal destek azaldıkça içselleştirilmiş damgalanma düzeyinin arttığı görülmüştür. Sosyal destek düşük olduğunda hastalar kendilerini yakın çevresinin ve toplumun dışında hissetmesine neden olabilir. Bu durumda hastalar içselleştirilmiş damgalanmayı daha fazla yaşayabilirler.

Şizofreni tanısı alan, okuryazar olan, boşanmış/eşi ölmüş /evli ama ayrı yaşayan ekonomik durumu kötü olan, tanısını bilmeyen, intihar girişimi öyküsü olan ve kontrollerine düzenli gelmeyen hastalar daha fazla içselleştirilmiş damgalanma yaşamaktadır. Şizofreni tanısı alan, okuryazar olan, boşanmış/eşi ölmüş /evli ama ayrı yaşayan, ekonomik durumu kötü olan, köyde yaşayan, intihar girişimi öyküsü olan ve kontrollerine düzenli gelmeyen hastaların benlik saygısı daha düşüktür. Ekonomik durumu kötü olan, psikiyatri servisinde yatış sayısı fazla olan ve tanısını bilmeyen hastaların algıladıkları sosyal destek düzeyi daha düşüktür.

Düşük benlik saygısı ve sosyal destek algısı içselleştirilmiş damgalanmayı etkilediği için hastaların benlik saygısını ve sosyal desteğini arttırmaya yönelik girişimlerin planlanması ve yürütülmesi önem kazanmaktadır. İçselleştirilmiş damgalanmayı azaltma ve sosyal destek algısını arttırmak için hastalar tanısı hakkında bilgilendirilmelidir. Eğitim düzeyi, aile bütünlüğü ve ekonomik durum açısından dezavantajlı olan hastalar içselleştirilmiş damgalanma açısından riskli gruplardır. Bu hastalar toplum içinde var olma ve benlik saygısı açısından desteklenmelidir. Aileler hastaya yaklaşım ve sosyal desteğin önemi konusunda aydınlatılmalıdır. Bu araştırmanın sonuçları, araştırma kapsamındaki kurum ve örneklemle sınırlıdır. Hastaların düşük benlik saygısı ve algıladıkları düşük sosyal destek ile içselleştirilmiş damgalanma arasında nedensellik ilişkisine inceleyecek araştırmalara ihtiyaç vardır.

KAYNAKLAR

1. Hanzawa S, Nosaki A, Yatabe K, Nagai Y, Tanaka G, Nakane H et al. Study of understanding the internalized stigma of schizophrenia in psychiatric nurses in Japan. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2012;66:113-20.
2. Corrigan P, Edwards A, Qreen A, Thwart S, Perm D. Prejudice, social distance, and familiarity with mental illness. *Schizophr Bull*. 2001;27:219-25.
3. Link B, Phelan J. Conceptualizing stigma. *Annu Rev Sociol*. 2001;27:363-85.
4. Çam O, Çuhadar D. Ruhsal Hastalığa Sahip Bireylerde Damgalama Süreci ve İçselleştirilmiş Damgalama. *J Psy Nurs*. 2011;3:136-40.
5. Brakel WH. Measuring health-related stigma - a literature review. *Psychol Health Med*. 2006;11:307-34.
6. Ersoy M, Varan A. Ruhsal hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği Türkçe Formu'nun güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Türk Psikiyatri Derg*. 2007;18:163-71.
7. Ritsher JB, Otilingam PG, Grajales M. Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Res*. 2003;121:31-49.
8. Ritsher JB, Phelan JC. Internalized stigma predicts erosion of morale among psychiatric outpatients. *Psychiatry Res*. 2004;129:257-65.
9. Corrigan PW. The impact of stigma on severe mental illness. *Cogn Behav Pract*. 1998;201-22.
10. Çam O, Bilge A. Ruh hastalığına yönelik inanç ve tutumlar. *Anadolu Psikiyatri Derg*. 2007;8:215-23.
11. Sağduyu A, Aker T, Özmen E, Uguz Ş, Ögel K, Tamar D. Şizofrenisi olan hastaların yakınlarında şizofreniye yönelik tutumlar. *Türk Psikiyatri Derg* 2003;14:203 -12.
12. Savaş H, Yumru M, Göral L, Özen M. Türkiye'nin güneydoğusunda psikiyatrik hastalıklar bağlamında psikiyatri ve psikoloji ile ilişkili bilgi ve tutumlar: Gaziantep şehrinde bir kesit. *Anadolu Psikiyatri Derg*. 2006;7:133-9.
13. Taşkın EO. İçselleştirilmiş Damgalama ve Damgalanma Algısı. Stigma Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumlar ve Damgalama. İzmir, Meta Basım ve Matbaacılık, 2007.
14. Mann M, Hosman CMH, Schaalma PS, Vires KN. Self-esteem in a broad-spectrum approach for mental health promotion. *Health Educ Res*. 2004;19:357-72.
15. Werner P, Aviv A, Barak Y. Self-stigma, self esteem and age in persons with schizophrenia. *Int Psychogeriatr*. 2007;20:174-87.
16. Verhaeghe M, Bracke P, Bruynooghe K. Stigmatization and self-esteem of persons in recovery from mental illness: the role of peer support. *Int J Soc Psychiatry*. 2008;54:206-18.
17. Kahng SK, Mowbray CT. Psychological traits and behavioral coping of psychiatric consumers: the

- mediating role of self-esteem. *Health Soc Work*. 2005;30:87-97.
18. Lysaker PH, Tsai J, Yanos P, Roe D. Associations of multiple domains of self-esteem with four dimensions of stigma in schizophrenia. *J Schizophr Res*. 2008;98:194-200
 19. Çakır Y, Palabıykoğlu R. Gençlerde sosyal destek-çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Kriz Dergisi*. 1997;5:15-24
 20. Eker D, Arkar H, Yıldız H. Factorial structure, validity, and reliability of revised form of the multidimensional scale of perceived social support. *Türk Psikiyatri Derg*. 2001;12:17-25.
 21. Yanos PT, Roe D, Lysaker PH. Narrative enhancement and cognitivetherapy: a new group based treatment for internalized stigma among persons with severe mental illness. *Int J Group Psychother*. 2011;61:576-95.
 22. Yanos PT, Roe D, Markus K, Lysaker PH. Pathways between internalized stigma and outcomes related to recovery in schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatr Serv*. 2008;59:1437-42.
 23. Corrigan PW, Larson JE, Rüsch N. Self-stigma and the “why try” effect: impact on life goals and evidence-based practices. *World Psychiatry*. 2009;8:75-81.
 24. Link BG, Phelan JC, Bresnahan M, Stueve A, Pescosolido BA. Public conceptions of mental illness: labels, causes, dangerousness, and social distance. *Am J Public Health*. 1999;89:1328-33.
 25. Hayward P, Wong G, Lam D. Stigma and self-esteem in manic depression: an exploratory study. *J Affect Disord*. 2002;69:61-7.
 26. Boyd-Ritsher J, Otilingam P, Grajales M. Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. *Psychiatric Res*. 2003;121:31-49.
 27. Çoşkun S, Güven -Caymaz N. Bir kamu ve özel psikiyatri hastanesine başvuran hastaların içselleştirilmiş damgalanma düzeyi yönünden karşılaştırılması. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2013;3:121-8.
 28. West ML, Yanos PT, Smith SM, Roe D, Lysaker PH. Prevalence of internalized stigma among persons with severe mental illness. *Stigma Res Action*. 2011;1:3-10.
 29. Tel H, Ertekin Ş. Ayaktan izlenen psikiyatri hastalarında içselleştirilmiş damgalanma ve benlik saygısı. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2012;3:61-6.
 30. Cerit C, Filizer A, Tural Ü, Tufan AE. Stigma: a core factor on predicting functionality in bipolar disorder. *Compr Psychiatry*. 2012;53:484-89.
 31. Çuhadaroğlu F. *Adolesanlarda Benlik Saygısı*. (Uzmanlık tezi). Ankara, Hacettepe Üniversitesi, 1986.
 32. Arslantaş H, Gültekin BK, Söylenemez A, Dereboy F. Bir üniversite hastanesi psikiyatri polikliniğine ilk kez başvuran hastaların damgalanma ile ilgili inanç, tutum ve davranışları. *Journal of Adnan Menderes University Medical Faculty*. 2010;11:11-7.
 33. Üstündağ MF, Kesebir S. Internalized stigmatization in bipolar patients: relationship with clinical properties, quality of life and treatment compliance. *Türk Psikiyatri Derg*. 2013;24:231-39.
 34. Çam O, Çuhadar D. Bipolar bozukluğu olan hastalıklarda işlevsellik düzeyi damgalanma arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2012;2:230-46.
 35. Angermeyer MC, Beck M, Dietrich S, Holzinger A. The stigma of mental illness: patients' anticipations and experiences. *Int J Soc Psychiatry*. 2004;50:153-62.
 36. Sarısoy G, Kaçar ÖF, Pazvantoğlu O, Korkmaz IZ, Öztürk A, Akkaya D et al. Internalized stigma and intimate relations in bipolar and schizophrenic patients: a comparative study. *Compr Psychiatry*. 2013;54:665-72.
 37. Watson AC, Corrigan P, Larson JE, Sells M. Self-stigma in people with mental illness. *Schizophr Bull*. 2007;33:1312-18.
 38. Albal E, Kutlu Y. Depresyonla başa çıkma öz yeterlik düzeyi ile algılanan sosyal destek arasındaki ilişki. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2010;1:115-20.
 39. Drapalski AL, Lucksted A, Perrin PB, Aakre JM, Brown CH, DeForge BR, Boyd JE. A model of internalized stigma and its effects on people with mental illness. *Psychiatr Serv*. 2013;64:264-69