

Bir Eğitim Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniğine Başvuran Hastalarda İçselleştirilmiş Damgalanma Düzeylerinin Bazı Tanı Grupları, Sosyodemografik Özellikler ve Benlik Saygısı ile İlişkisi

Murat Beyazyüz¹, Elmas Beyazyüz², Yakup Albayrak³, Saliha Baykal¹, Erol Göka⁴

¹ Yrd. Doç. Dr., Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Tekirdağ

² Uz. Dr., Tekirdağ Devlet Hastanesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Bölümü, Tekirdağ

³ Doç. Dr., Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Tekirdağ

⁴ Prof. Dr., Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Konya

Yazışma Adresi: Namık Kemal Üniversitesi, Tıp Fakültesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Polikliniği, Tunca Cad. 100. Yıl Mah., Tekirdağ-Türkiye

Telefon: +902822505263 - Faks: +902822509950 - E-mail: beyazyuz@yandex.com

Geliş Tarihi: 29 Nisan 2015 - Kabul Tarihi: 09 Haziran 2015

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada, anksiyete bozuklukları, somatoform bozukluklar ve obsesif kompulsif bozukluk şeklinde gruplandırılan hasta örneklerinde içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri ile sosyodemografik özellikler, benlik saygısı düzeyleri, ve birtakım kalıp önyargılar arasındaki ilişkinin araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya alınan gönüllü hastalarla görüşme yapılmış, sosyodemografik bilgi formu ve hastalık bilgi formu doldurulmuştur. Hastalar Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ) ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği'ni (RBSÖ) kendileri doldurmuştur.

Bulgular: Çalışmamızda içselleştirilmiş damgalanma düzeyinin erkek hastalarda kadın hastalara göre, evli hastalarda bekârlara göre, köyde yaşayanlarda kent merkezinde yaşayanlara göre, ailesinde ruhsal hastalık olmayanlarda ailesinde ruhsal hastalık öyküsü olanlara göre daha yüksek olduğu sonucu elde edilmiştir. Çalışmamızda benlik saygısı puanları ile içselleştirilmiş damgalanma puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon bulunmuştur.

Tartışma: Çalışmamızın sonuçları içselleştirilmiş damgalanmanın ağır olmayan ruhsal hastalıklarda da tedaviye başvurma sürecinde etkili olabileceğini bu nedenle damgalama ve içselleştirilmiş damgalanma ile mücadelede bu tanı gruplarının da ihmal edilmemesi gerektiğini, bu mücadeledeki ayrımcılığın da aslında ağır

ruhsal hastalığı olanların daha fazla damgalanmasına sebep olabileceğini düşündürmektedir.

Anahtar Sözcükler: İçselleştirilmiş damgalanma, damgalama, hafif ve orta şiddetli ruhsal hastalıklar

ABSTRACT

Association between Internalized Stigma and Some Diagnostic Subgroups, Socio-demographic Variables, and Self-esteem Levels in Patients That Refer to the Psychiatry Clinic of an Education and Research Hospital

Objective: This study was designed to investigate the associations between internalized stigma levels and socio-demographic variables, self-esteem levels, and some rigid bias in a patient sample which is divided into subgroups according to diagnostic categories of anxiety disorders, somatoform disorders and obsessive compulsive disorders.

Methods: After an interview, socio-demographic data forms and illness data forms were filled in by the interviewer. Then Internalized Stigma of Mental Illness Scales and Rosenberg Self-esteem scales were given to patients to be filled in.

Results: According to statistical analysis, higher internalized stigma levels were found in males, singles, rural habitants, and those who have not familial history of mental illness. In our study lower self-esteem was found to be negatively correlated with higher

internalized stigma levels.

Discussion: Results of our study suggest that internalized stigma may influence the help-seeking behaviors and overall process of treatment, not only for patients with severe mental illnesses, but also for those who have mild or moderate mental disturbances. These diagnostic groups must be paid attention while executing studies against stigma and self-stigma. Otherwise, this kind of discrimination in anti-stigma campaigns may increase the stigmatization of mental illnesses.

Keywords: Internalized stigma, stigma, mild an moderate mental illnesses

GİRİŞ

“Damga” ve “damgalama” Batı dillerindeki “stigma” ve “stigmatization” kavramlarının kabul edilmiş Türkçe karşılıklarıdır. Damga, bir bireyin toplum tarafından reddedilmesine, kabul görmemesine, aşağı görülmesine ve dışlanmasına sebep olan bir işaret, iz veya etiket olarak tanımlanabilir.¹ “Damgalama” da bir kişinin veya belli bir topluluğun toplumun genelinden ayrı tutularak dışlanması, değersiz görülmesi, ayrıma tabi tutulması, genel olarak olumsuzlanmasıdır.²

Ruhsal hastalığı olanlara yönelik damgalamanın hastaların hayatlarına pek çok açıdan olumsuz etki ettiği çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir.³ Ülkemizde yapılan çalışmalar da damgalamanın olumsuz sonuçlarının önemli boyutlarda olduğunu ortaya çıkarmıştır.^{2,4-7} Damgalanma, ruhsal bir hastalık tanısının hem hastalar hem de hasta yakınları tarafından felaket şeklinde algılanmasına, gelecekle ilgili kaygıların ortaya çıkmasına, umutsuzluk, hayal kırıklığı gibi duyguların yaşanmasına sebep olmaktadır.⁸⁻¹⁰ Damgalanma, hastaların ve hasta yakınlarının tanıyı kabullenmesini de güçleştirmekte, buna bağlı olarak da tedaviler ve kontrol muayeneleri aksamaktadır. Aynı şekilde damgalama bazı hastaların mesleklerini kaybetmelerine, işsiz kalmalarına, tekrar iş bulmakta zorlanmalarına, hastalıklarını sürekli gizleme ihtiyacı duymalarına, başkalarının görmesinden çekindikleri için ilaç kullanmamalarına da neden olmaktadır.⁹⁻¹¹

“İçselleştirilmiş damgalanma”, ruhsal hastalığı olan kişinin, toplumun ruhsal hastalıklarla ilgili olumsuz inançlarını içselleştirerek kendisini bu inançlar doğrultusunda tanımlamasıdır.¹² İçselleştirilmiş damgalanmanın varlığı her zaman için kişinin diğerleri tarafından

damgalanması ve ayrıma tabi tutulması gibi bir önşartın varlığını gerektirmez. İçselleştirilmiş damgalanma kişi psikiyatrik yardım alma ihtiyacı hissettiği anda kendi zihninde başlayan bir süreçtir. Bu nedenle içselleştirilmiş damgalanma somut damgalanma deneyimleri sonucunda değil, belli ortak inanç ve önyargıları olan bir toplum içinde yaşama sonucunda ortaya çıkan öznel bir durum olarak kabul edilebilir.¹³ Damgalamayı içselleştirmiş olan hastalarda hastalıktan utanma, aşağılık duyguları, yetersiz hissetme, olumsuz otomatik düşüncelerde artma, aile ve arkadaş ilişkilerinde bozulma ve benlik saygısında azalma ortaya çıkmaktadır. Ruhsal hastalığın damgalayıcı etkisi ne kadar fazla ise bu belirtiler de o kadar şiddetli olarak görülmektedir.¹⁴

İçselleştirilmiş damgalama ile ilgili çalışmalarda elde edilen sonuçlar kişinin kendi kendini damgalama sürecinin en az toplumun damgalaması kadar olumsuz etkileri olduğunu ortaya koymuştur. Boyd-Ritsher ve Phelan ayaktan izlenen psikiyatri hastaları üzerinde yaptıkları çalışmalarında hastaların % 73.2 sinde içselleştirilmiş damgalamanın yüksek olduğunu bulmuşlardır. Hastaların % 50’sinin başkalarının kendilerine farklı şekilde davrandığı şeklinde bir inançlarının olduğu da bu çalışmanın sonuçlarındandır.¹⁵ Werner ve arkadaşlarının şizofreni hastaları üzerinde yaptıkları bir çalışmada içselleştirilmiş damgalanmanın orta düzeyde olduğu, yaşlı hastalarda gençlere göre daha az içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri olduğu ve içselleştirilmiş damgalanma ile benlik saygısı arasında ters yönde bir korelasyon olduğu tespit edilmiştir.¹⁶

Lysaker ve ark. 2007 yılında yayınladıkları bir makalede içselleştirmiş damgalanma ile ilgili bir hipotez öne sürerler. Bu hipoteze göre, bir ruhsal hastalığı olan kişinin, bu hastalıkla ilgili farkındalığının yaptığı etki, kişinin hastalığa atfettiği anlamlarla hafifleyebilir. Kişinin ruhsal hastalığı kabullenmesine, sosyal rollerini tam olarak yerine getiremeyeceği gibi bir inanç eşlik ediyorsa, bu durumda yüksek farkındalık artmış bir umutsuzlukla, sorunlarla baş etmede ve hedeflerine erişmede azalmış bir motivasyonla ilişkili olacaktır. Buna mukabil, kişi ruhsal hastalığının farkında olup, bunun tatmin edici bir hayata engel olmayacağı inancına sahipse, farkındalık hastalık seyrine olumlu bir etki yapacaktır.¹⁷ Bu araştırmacıların sunduğu modele göre hastalar, ruhsal hastalıkla ilgili algılamalarının inşasında, pasif kabulleniği değil, aktif biçimde şekillendirici rol oynarlar.^{18,19}

Bu hipotezler literatürde genellikle “ağır ruhsal hastalıklar” olarak nitelenen psikotik bozukluk, bipolar

bozukluk ve depresif bozukluk gibi hastalık grupları üzerinde yürütülen araştırmalardan yola çıkılarak ileri sürülmüş olsa da, "ağır ruhsal hastalıklar" kapsamına alınmayan tanı gruplarında da benzer bilişsel süreçlerin geçerli olduğu düşünülebilir. En azından hastalığın anlamlandırılması ve farkındalık konularında yukarıdaki hipotezin genel bir geçerliliği olduğu söylenebilir. Bu durumda anksiyete bozuklukları, somatoform bozukluklar ve obsesif kompulsif bozukluklar gibi tanı gruplarında içselleştirilmiş damgalanmanın araştırılması için de rasyonel gerekçeler olduğu iddia edilebilir. Daha çok ayaktan psikiyatri hizmetleri olmak üzere psikiyatri hastaları içinde bu tanı gruplarında yer alan hastaların tedaviye başvurmaya geç karar verdikleri, psikiyatriden önce tıbbın başka sahalarında yardım aradıkları, bazılarının tıp dışı çözüm yöntemlerine yöneldiği, tedavi sürecinde de tedavi uyumu konusunda her zaman beklenen düzeyde uyum göstermedikleri ülkemizde günlük uygulamada sık karşılaşılan durumlardır. İstenmeyen ve uzun vadede psikiyatri hizmetlerinin sürdürülmesinde bir yük haline gelen bu durum ile içselleştirilmiş damgalanma arasında bir ilişki olup olmadığına dair ülkemizde yapılmış, bizim rastladığımız bir çalışma yoktur. Bu nedenle konuyla ilgili cevap bekleyen pek çok soru vardır ve bizim çalışmamız bu soruları cevaplama yolunda bir ilk adım olmaya adaydır.

GEREÇLER ve YÖNTEMLER

Örneklem

Çalışmaya 20.01.2014 ila 15.03.2014 tarihleri arasında Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi psikiyatri polikliniklerine başvuran ve tanısı ICD 10'a göre **F41 (F41.0** Panik bozukluk [epizodik paroksizmal anksiyete], **F41.1** Yaygın anksiyete bozukluğu, **F41.2** Karışık anksiyete ve depresif bozukluk, **F41.3** Karışık anksiyete bozuklukları, diğer, **F41.8** Anksiyete bozuklukları diğer, tanımlanmış, **F41.9** Anksiyete bozukluğu, tanımlanmamış), **F45 (F45.0** Somatizasyon bozukluğu, **F45.1** Ayrışmamış somatoform bozukluk, **F45.2** Hipokondriak bozukluk, **F45.3** Somatoform otonom işlev bozukluğu, **F45.4** İnatçı somatoform ağrı bozukluğu, **F45.8** Somatoform bozukluklar, diğer, **F45.9** Somatoform bozukluk, tanımlanmamış) ve **F42 (F42.0** Baskın obsesyonel düşünceler veya uzun boylu düşünceler (ruminasyon), **F42.1** Baskın kompulsif eylemler [obsesyonel törenler], **F42.2** Karışık obsesyonel düşünceler ve eylemler, **F42.8** Obsesif-kompulsif bozukluklar, diğer, **F42.9** Obsesif-kompulsif bozukluk, tanımlanmamış) ana tanı kodları altında yer alan tanılardan herhangi bir tanı ile hastane otomasyon sistemine kaydedilmiş olan hastalar

alınmıştır. Hastalar çalışmaya alınırken çalışma hakkında bilgilendirilmiştir. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu'nu okuyan hastalar yazılı olarak ta onay vermiştir.

Çalışmaya, 18 ila 65 yaş arasında, yukarıda belirtilenler haricinde bir psikiyatrik tanısı olmayan, akıl sağlığını etkileyen başka bir hastalığı olmayan ve bir psikiyatri kliniğinde çalışmayan ya da daha önce çalışmamış olan kişiler dahil edilmiştir.

Çalışma ile ilgili Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Bilimsel Araştırma Değerlendirme Komisyonu'ndan etik kurul onayı alınmıştır.

Veri Toplama Araçları

Sosyodemografik Bilgi Formu

Araştırmacılar tarafından oluşturulmuş, yarı yapılandırılmış bir formdur. Bu form araştırmacı tarafından doldurulur. Bu form, gönüllünün adı, soyadı, yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, öğrenim durumu (yıl olarak), psikiyatri polikliniğine kaçınıcı başvurusu olduğu, daha önce başka bir sebeple psikiyatri polikliniğine başvurup başvurmadığı, ailesinde ruhsal hastalık olup olmadığı, başka bir kronikleşmiş hastalığının olup olmadığı, hastanın tanısı, bu tanının ne zaman konulduğu, tedavileri düzenli kullanıp kullanmadığı, kontrol muayenelerine düzenli gelip gelmediği, daha önce psikiyatri servisinde yatışının olup olmadığı ile ilgili bilgilerin kaydedilmesi için düzenlenmiştir.

Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ)

Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ) 2003 yılında Ritsher ve ark. tarafından geliştirilmiştir.²⁰ Ölçeğin Türkçe çevirisinin geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını 2007 yılında Ersoy ve Varan gerçekleştirmiştir.²¹ Bu ölçek 29 maddeden oluşur ve hasta tarafından doldurulur. Her maddenin karşısında dörtlü bir likert tipi değerlendirme bulunmaktadır. Hastalar 29 madde için dörtlü likertten birini işaretler. Ölçek kendi içinde beş alt ölçek içermektedir. Bu alt ölçekler "yabancılaşma", "kalıp yargıların onaylanması", "algılanan ayrımcılık", "sosyal geri çekilme" ve "damgalanmaya karşı direnç" şeklinde isimlendirilmiştir. Ölçek puanı hesaplanırken, "kesinlikle aynı fikirde değilim" ifadesi 1 puana, "aynı fikirde değilim" ifadesi 2 puana, "aynı fikirdeyim" ifadesi 3 puana, "kesinlikle aynı fikirdeyim" ifadesi 4 puana karşılık gelmektedir. "Damgalanmaya karşı direnç" alt ölçeğinin puanları ise bunun tam tersi olarak

hesaplanmaktadır. Toplam puan 29 ile 116 arasında değişebilir ve yüksek puanlar kişinin içselleştirilmiş damgalanmasının daha yüksek olduğunu gösterir. Ölçeğin bir kesme puanı yoktur.

Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği

Bu çalışmada Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ) olarak söz edilen ölçek aslında toplam 12 bölümden oluşan Rosenberg Benlik Saygısı Envanterinin ilk bölümü olan "Benlik Saygısı" alt ölçeğidir. Ölçek hasta tarafından doldurulur. Bu ölçekte toplam 10 madde bulunmaktadır ve her maddenin karşısında sırayla "A- Doğru", "B- Çok Doğru", "C- Yanlış", "D- Çok Yanlış" seçenekleri yer almaktadır. Hastanın işaretlemleri şu şekilde puanlandırılır:

1. (C)=0,17 (D)=0,34
2. (C)=0,16 (D)=0,33
3. (A)=0,17 (B)=0,33
4. (C)=0,25 (D)=0,50
5. (C)=0,25 (D)=0,50
6. (C)=0,50 (D)=1
7. (C)=0,50 (D)=1
8. (A)=1 (B)=0,50
9. (A)=0,50 (B)=0,25
10. (A)=0,50 (B)=0,25

Görüldüğü gibi bazı maddelerde A ve B şıkları, bazı maddelerde de C ve D şıkları hiç puan almamaktadır. Ölçekte toplam puan 0 ile 6 arasında değişebilir. Ölçeğin değerlendirilmesinde 0 -1 puan alanların "yüksek"; 2-4 puan alanların "orta" ve 5-6 puan alanların "düşük" benlik saygısına sahip oldukları kabul edilir.

Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği'ni 1965 yılında Rosenberg geliştirmiştir. Ölçeğin ülkemizde geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını 1986 yılında Çuhadaroglu ergenlerle yürütülen bir araştırma ile yapmıştır.²²

İstatiksel Yöntem

Elde edilen veriler SPSS for Windows 17 programında değerlendirilmiştir. Kolmogorov-Smirnov testi ile sayımla elde edilen verilerin parametrik olup olmadığı

belirlenmiştir. Sayısal parametrik değerlerin farklılığı, iki gruplu değişkenler için Student t test ile, ikiden fazla gruplu değişkenler için ANOVA ile belirlenmiş, ANOVA'da anlamlı fark saptanan veriler post-hoc Tukey testi ile değerlendirilmiştir. Parametrik dağılım göstermeyen sayısal değişkenler, ikili gruplarda Mann-Whitney-U testi ile, ikiden fazla olan gruplarda Kruskal Wallis testi ile, Kruskal Wallis'te anlamlı çıkan sonuçlarda Mann-Whitney-U ikili karşılaştırmalar için kullanılmıştır. Kategorik değişkenler için ki kare testi ve gerektiğinde Fisher exact testi uygulanmıştır. Veriler arasında korelasyon tespit edilmesi için Pearson korelasyon analizi uygulanmıştır. Tüm değişkenler için anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak belirlenmiştir.

SONUÇLAR

Çalışmaya toplam 180 gönüllü hasta alındı. Gönüllü hastaların yaş ortalaması $40,46 \pm 11,82$ yıl (min: 19, maks: 64) olarak tespit edildi. Hastaların 128'i kadın (% 71,1), 52'si (% 28,9) erkekti. Hastaların 32'si (% 17,8) bekar, 118'i (%65,6) evli, 8'i (% 4,4) dul ve 22'si (%12,2) boşanmıştı. Hastaların ortalama eğitim süresi $10,93 \pm 4,69$ (min: 0, maks:18) olarak tespit edildi. Hastaların 106'sı (%58,9) kent merkezinde, 74'ü (%41,1) köyde yaşamaktadır. Daha önce psikiyatri polikliniğine başvurmuş olanların sayısı 60 (%33,3), başvurmayanların sayısı 120'dir (%66,7). Hastaların 92'sinin (% 51,1) ailesinde bir ruhsal hastalık mevcutken 88'inin (48,9) ailesinde herhangi bir ruhsal hastalık yoktur. Hastalar arasında başka bir kronik hastalık tanısı olanların sayısı 56 (% 31,3) iken, olmayanların sayısı 124'tür (% 68,9).

Hastaların tanı gruplarına göre dağılımı eşittir ve her tanı grubunda 60 (%33,3) hasta bulunmaktadır. Hastaların 4'ü (%2,2) psikiyatri polikliniğine ilk kez başvuruyorken 16'sının (%8,9) ikinci, 18'inin (%10) üçüncü başvurusudur. 142 hastanın ise (%78,9) 4 veya daha fazla başvurusu bulunmaktadır.

Tedavi uyumu açısından değerlendirildiğinde, hastaların 4'ünün (%2,) tedavisi yeni başlanmış, 96 hasta (%53,3) tedavisini düzenli kullandığını, 50 hasta (%27,8) nadiren ihmal ettiğini, 24 hasta (%13,3) düzensiz kullandığını ve 6 hasta (%3,3) tedaviyi çok düzensiz kullandıklarını ifade etmişlerdir. İlk kez başvuran 4 hasta dışında, 118 hasta (%65,6) kontrol muayenelerine düzenli geldiklerini, 58 hasta (% 32,2) ise kontrol muayenelerine uyum gösteremediklerini ifade etmişlerdir. Hastalardan 50'sinin (%27,8) daha önce psikiyatriye yatışı varken 130'unun (%72,2) yoktu (Tablo 1). Hastaların tanı süresi ortalama $8,14 \pm 6,97$ yıl olarak tespit edilmiştir.

Hastaların RBSÖ puanlarının hesaplanması sonucunda 4 (%2,2) hastanın düşük, 150 (%83,3) hastanın orta ve 26 (%14,4) hastanın yüksek benlik saygısına sahip olduğu, RBSÖ puanının ortalama $2,39 \pm 0,9$ olduğu tespit edilmiştir (Şekil-1).

Sosyodemografik verilere göre RHİDÖ puanları değerlendirildiğinde, daha önce psikiyatri polikliniğine başvuranlarla daha önce hiç başvurmamış olanlar arasında RHİDÖ puanları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Kronik hastalığı olanlarla olmayanların RHİDÖ puanları arasında da anlamlı bir fark bulunamamıştır. Buna karşın, ortalama RHİDÖ puanları kadınlarda erkeklere göre ($t = -2,47$; $p = 0,017$), köyde yaşayanlarda kentte yaşayanlara göre ($t = -3,11$; $p = 0,002$), ailesinde ruhsal öyküsü olmayanlarda olanlara göre ($t = 2,90$; $p = 0,004$) anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Medeni durum ve RHİDÖ puanı analiz edildiğinde evli olanlarda bekâr olanlara göre RHİDÖ puanları anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($t = -2,47$; $p = 0,015$). (Tablo-2)

Sosyodemografik verilerden yaş ve eğitim süresi ile RHİDÖ puanları arasında Pearson korelasyon analizi ile bir korelasyon bulunmamıştır ($r = 0,21$, $p = 0,4$; $r = 0,32$, $p = 0,2$).

Tanı grupları arasında RHİDÖ puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Aynı şekilde başvuru sayısı, tedavi uyumu, kontrol muayenesi uyumu parametreleri ve daha önce psikiyatriye yatış olup olmaması parametreleri ile RHİDÖ puanları analiz edildiğinde gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür.

Tanı süresi ile RHİDÖ puanı arasında Pearson korelasyon analizine göre korelasyon bulunmamıştır ($r = 0,104$, $p = 0,2$). RBSÖ puanları ile RHİDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde korelasyon bulunmuştur ($r = 0,246$, $p = 0,01$).

TARTIŞMA

Bu çalışmada, anksiyete bozuklukları, somatoform bozukluklar ve obsesif kompulsif bozukluklar şeklinde gruplandırılan hasta örneklemelerinde içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri ile sosyodemografik özellikler, hastalıkla ilgili özellikler, benlik saygısı düzeyleri arasındaki ilişkinin araştırılması amaçlanmıştır.

Bizim çalışmamızda erkek hastaların RHİDÖ puanları kadın hastalara göre daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuç, literatürde yer alan, gerek yurtdışında gerek ülkemizde yapılan çalışmaların bazılarında elde edilen

sonuçlarla örtüşmektedir. Örneğin RHİDÖ'nin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında da erkeklerdeki içselleştirilmiş damgalanma düzeyi kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur²¹. Yine ülkemizde, ayaktan izlenen 160 hasta ile yapılan başka bir çalışmada da erkeklerdeki içselleştirilmiş damgalanma düzeyinin kadınlara göre daha yüksek olduğu sonucu elde edilmiştir²³. Tel ve Ertekin-Pınar'ın yaptıkları bu çalışmanın örneklemini şizofreni, duygudurum bozuklukları ve yaygın anksiyete bozukluğu tanısı olan hastalardan oluşturulmuştur. Üstündağ ve Keselbir'in 100 bipolar bozukluk tanısı olan hasta ile yaptıkları çalışmada ise cinsiyetler arasında RHİDÖ puanları açısından fark saptanmamıştır²⁴. Damgalama ve damgalanma üzerinde çalışan araştırmacılar, cinsiyetin damgalanmayı etkileyebileceğini vurgulamaktadırlar²⁵. Bu durumun kültürden kültüre değişebileceği de bir gerçektir. Bizim toplumumuzu temel aldığımızda, toplumsal roller ve cinsiyetler arası rol, yetki ve beklenti farkları düşünüldüğünde erkeklerde kendi kendini damgalamanın daha yüksek olması anlaşılabilir bir durumdur. Toplumsal cinsiyet rollerinin çizdiği çerçeve içinde bir ruhsal hastalığın bir erkek için zayıflık olarak görülmesinin ruhsal hastalığa yakalanan erkeklerin de kendilerini zayıf görmelerini kolaylaştırdığı düşünülebilir.

Çalışmamızda evli hastalarda içselleştirilmiş damgalanmanın evli olmayanlara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Literatürdeki diğer çalışmalara bakıldığında, bu çalışmaların pek çoğunda medeni durum ile içselleştirilmiş damgalanma arasında bir ilişki tespit edilmediği görülmektedir^{23,24,26,27}. Bizim çalışmamızla literatürdeki diğer çalışmalar arasındaki bu farklılığın sebebi, diğer çalışmalarda sıklıkla "ağır ruhsal hastalık" olarak tanımlanan, psikotik bozukluk spektrumu, duygudurum bozuklukları gibi tanı gruplarından örneklem oluşturulması, bizim çalışmamızda ise "ağır ruhsal hastalık" kategorisine girmeyen tanılarla bir örneklem oluşturulması olabilir. Bizim örneklemimizdeki hastaların semptomatolojik olarak gösterdikleri farklılık, hastalık belirtilerinin aile dışında gizlenebilecek düzeyde olması, fakat aile içinde gizlenme gereği duyulmaması sonucunu doğuruyor olabilir. Bu da evli bireylerin, eşlerinin kendilerini damgalayacağı düşüncesine ve buradan yola çıkılarak da kendi kendini damgalamanın artmasına yol açıyor olabilir. Bu verinin başka çalışmalarda, daha spesifik örneklemelerde araştırılması gerekmektedir.

Gerek yurtdışında, gerek ülkemizde yapılan çalışmaların büyük çoğunluğunun sonuçlarıyla paralel olarak

bizim çalışmamızda da kent merkezinde yaşayanların içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri köyde yaşayanlara göre daha düşük olarak saptanmıştır^{14,28,29}. Kırsal kesimde damgalama ile ilgili tutum, stereotipi ve önyargıların daha yüksek olduğu ilgili literatürde vurgulanmaktadır. Angermayer ve arkadaşları 2004 yılında yaptıkları bir çalışmada kırsalda yaşayan hastaların damgalanma algısının kent merkezinde yaşayanlara göre daha yüksek olduğunu bulmuşlardır²⁸. Ülkemizde de depresyon hastalarında yapılan bir çalışmada aynı sonuca ulaşılmıştır³⁰. Bununla beraber kırsalda yaşayanların içselleştirilmiş damgalanmasının daha yüksek olmasının her zaman için kırsalda damgalama ile ilgili tutum, stereotipi ve önyargılarla ilişkili olmayabileceği de düşünülebilir. Çünkü köy yaşantısında sosyal ilişkilerin daha sıkı ve güçlü olduğu, sosyal temasın daha fazla olduğu, geniş ailelerin söz konusu olduğu düşünülürse kent merkezlerinde ruhsal hastalığın başkaları tarafından bilinmesi veya fark edilmesinin kırsalda göre daha zor olacağı tahmin edilebilir. Bu durumda, kırsal ile kent merkezinde yaşayanların damgalama ile ilgili tutum, stereotipi ve önyargıları aynı olsa bile, algılanan damgalanma düzeyinin kırsalda daha fazla olması beklenebilir. Başka bir önemli konu da kırsalda kent merkezlerine göre sosyal destek sistemlerinin daha iyi olması, kent merkezlerindeki işbölümünde kişinin çok daha kolay ayrımcılığa maruz kalabilmesi çerçevesinde damgalama ve damgalanmanın sonuçları bağlamında köy ve kentin karşılaştırılması gerekliliğidir. Köy yaşantısının daha geniş hoşgörü çerçevesi düşünülecek olursa, damgalama ve damgalanma köyde daha fazla olsa bile damgalamanın bir sonucu olan ayrımcılığın köy ve kent arasında nasıl bir farklılık gösterdiği araştırılması gereken bir konudur.

Çalışmamızdaki anlamlı bir diğer bulgu da ailesinde ruhsal hastalık öyküsü olanların içselleştirilmiş damgalanma düzeylerinin ailesinde ruhsal hastalık olmayanlara göre daha düşük olmasıdır. Literatürdeki çalışmalarda bu konuda değişken sonuçlar mevcuttur. Bu sonuç, ruhsal hastalığı olan biriyle yakın ilişki içinde olmanın ruhsal hastalıklarla ilgili stereotipleri ve önyargıları değiştirebildiği, bu sayede kişinin hastalanmadan önce damgalama eğiliminin az olduğu, hastalandığı zaman da kendi kendini damgalamasının daha az olacağı şeklinde yorumlanabilir. İçselleştirilmiş damgalanmanın kuramsal mekanizması düşünüldüğünde fark bu şekilde açıklanabilir.

RHİDÖ Puanları ve Hastalıkla İlgili Veriler

Çalışmamızda tanı grupları arasında RHİDÖ puanları

açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bizim çalışmamızda belirlediğimiz gruplarda içselleştirilmiş damgalanmayı araştıran başka çalışmalar olmadığı için bu verinin yorumlanması zordur. Ruhsal bir hastalığı olmak, bu tanı gruplarında rahatsızlığın adından bağımsız olarak içselleştirilmiş damgalanmaya yol açıyor olabilir. Literatürde içselleştirilmiş damgalanmanın, psikiyatrik tanının ağırlığı ile ilişkili olduğu vurgulanmaktadır³¹⁻³⁴. Bu vurgu genellikle "ağır ruhsal hastalık" olarak tanımlanan psikotik bozukluklar ve duygudurum bozuklukları arasında yapılan bir karşılaştırmaya dayanmaktadır. Buradan yola çıkılarak anksiyete bozuklukları, somatoform bozukluklar ve obsesif kompulsif bozukluklarda içselleştirilmiş damgalanmanın farklı olmamasını, toplumun bu hastalıklarla ilgili genel bilgi düzeyinin, hastalıklar arasındaki farklılıklara hakim olacak düzeyde olmaması ile ilişkilendirmek mümkündür.

Çalışmamızda RHİDÖ puanlarının psikiyatriye daha önceki başvuru sayısı esas alınarak yapılan gruplandırmada da farklılık göstermediği, ilk başvurusu olanlarla ikinci, üçüncü veya daha fazla başvurusu olanların içselleştirilmiş damgalanma düzeylerinin farklı olmadığı görülmüştür. Kontrol muayenelerine düzenli gelenler ile düzensiz gelenler arasında da RHİDÖ puanları açısından farklılık saptanmamıştır.

Çalışmamızda 180 hastanın 50'sinin daha önce psikiyatri servisine yatışı olduğu, 130 hastanın ise hiç yatışı olmadığı ve yatışı olanlarla olmayanlar arasında RHİDÖ puanlarının farklılık göstermediği saptanmıştır. Bu bulgu literatürde, psikotik bozukluklar ve duygudurum bozuklukları tanıları olan hastalarla yapılan çalışmalardaki sonuçlarla uyumsuzdur³⁵⁻³⁸. Literatür incelendiğinde, genellikle daha önce psikiyatriye yatışı olan hastalarda RHİDÖ puanlarının daha yüksek tespit edildiği, yatış sayısı arttıkça da RHİDÖ puanlarının arttığı yönünde bulgular dikkat çekmektedir. Bu çalışmaların şizofreni ve bipolar bozukluk hastaları ile yapıldığını göz önünde bulundurmak gerekir. Şizofreni veya bipolar bozuklukların hastaneye yatmayı gerektirecek semptomlarının damgalayıcı etkisi ve dolayısıyla kişinin kendi kendini damgalamasına etkisi daha fazladır³⁹. Bizim çalışmamızdaki tanı gruplarında semptomatolojinin farklılığı daha önce psikiyatri kliniğinde yatışı olan ve olmayan hastalar arasında RHİDÖ farkının olmamasını açıklayabilir.

Çalışmamızda tanı süresi ile RHİDÖ puanları arasında bir korelasyon bulunmamıştır. Bu bulgu literatürdeki başka çalışmalarda elde edilen bulgularla uyumludur³⁹.

RHİDÖ Puanları ile RBSÖ Puanları ve RBSÖ Sonuçları

Benlik saygısı ile içselleştirilmiş damgalanma arasındaki ilişki pek çok çalışmada gösterilmiştir^{11,20,31,40,41}. Bu ilişki içselleştirilmiş damgalanması yüksek olanlarda benlik saygısının düşük olması şeklindedir. Uygulanan RBSÖ sonuçlarında yüksek puanlar düşük benlik saygısına, düşük puanlar yüksek benlik saygısına karşılık gelmektedir. Bizim çalışmamızda RBSÖ puanları ile RHİDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon bulunmuştur. Benlik saygısı “düşük”, “orta”, “yüksek” şeklinde kategorik olarak değil de RBSÖ puanı esas alınarak, sayısal biçimde analiz edildiğinde RHİDÖ puanları ile RBSÖ puanları arasındaki korelasyon daha açık biçimde görülmektedir.

Hastaların yaşadıkları toplumun ruhsal hastalıklarla ilgili tutum, stereotipi ve önyargılarından, herhangi bir hastalığa yakalanmadan önce de haberdar oldukları bir gerçektir. Ruhsal bir hastalık tanısı aldıktan sonra kendileriyle ilgili olumsuz bilişlerinin ortaya çıkması hastaların daha önce ruhsal hastalılarla ilgili önyargıları ile yakından ilişkilidir. Bu olumsuz bilişler süreç içinde hastalarda benlik saygısında da azalmaya sebep olmaktadır. Toplumda ruhsal hastalığı olan bireylere karşı olumsuz tutumlar, bireylerin sosyalleşmesini engellerken, evlenme, çocuk sahibi olma ve çalışma haklarını, işe alınmalarını, ev kiralamalarını ve diğer insanlara yakın yaşama, komşuluk yapma olanaklarını kısıtlamaktadır. Bu durum hastanın toplumsal ilişkilerden iyice kopmasına ve bunlara bağlı olarak hastalıkla etkin baş edememesine yol açmaktadır^{21,42,43}. Bireyin toplumdaki olumsuz yargıları kendisi için kabullenmesi ve bunun sonucunda değersizlik, reddedilme korkusu, ümitsizlik, utanç, işe yaramazlık ve özgüvende azalma gibi olumsuz duygularla kendisini toplumdan geri çekerek diğer insanlarla ilişkilerinde azalma sonucunda benlik saygısında azalma hissedebilmektedir^{12,44}. Benlik saygısının düşük olması, yaşam kalitesinde düşme, sosyal fonksiyonlarda yetersizlik, arkadaş bulma ve ilişkilerini sürdürmede güçlük, iş bulmada güçlük gibi sonuçlara yol açabilmektedir^{27, 45, 15, 46}.

Literatürdeki uzunlmasına izlem çalışmalarında içselleştirilmiş damgalanma ile benlik saygısı arasında sebep-sonuç ilişkisi de kurulmaktadır⁴⁷. Buna göre başlangıçtaki içselleştirilmiş damgalanmanın yüksek olması daha sonra düşük benlik saygısına yol açmaktadır. Bu bilgi ruhsal hastalığı olanların uzun vadede kendilerini toplumdan izole etme tutumlarıyla da ilişkilendirilmiştir⁴⁸. Benlik saygısının düşmesinde içselleştirilmiş

damgalanma tek sebep değilse bile önemli bir sebeptir. Ruhsal hastalığı olanların utanç hissetmeleri, ayrımcılığa maruz kalmaları, yakınlarının sıklıkla iyi niyetli olan ilgileri sebebiyle yetersizlik duymaları da benlik saygısını azaltmaktadır^{39,49-51}. Benlik saygısının düşmesi, içselleştirilmiş damgalanma düzeylerini daha da arttırabilir. Azalan benlik saygısı kişinin kendisini ruhsal hastalığı sebebiyle yetersiz hissetmesini, herkesin yaptığı işleri yapamayacağı düşüncesini ve buna benzer içselleştirilmiş damgalanmayla ilgili bilişleri daha da pekiştirerek kısır bir döngüye de yol açabilir.

Çalışmamızda bulunan RHİDÖ puanları ile RBSÖ puanları arasında bir korelasyon olduğu saptanmış olmakla birlikte bu korelasyonun bir sebep-sonuç ilişkisi olup olmadığının benzer tanı gruplarında yapılacak uzunlmasına araştırmalarla gösterilmesi gerekmektedir.

Ağır Olmayan Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma İhmal Edilen Bir Gerçektir

Ruhsal hastalıklarda damgalama ve içselleştirilmiş damgalanma konusundaki literatür gözden geçirildiğinde yapılan çalışmaların büyük çoğunluğunun “ağır ruhsal hastalıklar” ile damgalama ve içselleştirilmiş damgalanma konusunu ele aldığı görülmektedir⁵²⁻⁵⁴. Alkol ve madde ile ilişkili bozukluklarda da konu üzerinde oldukça fazla çalışma göze çarpmaktadır⁵⁵⁻⁵⁷. Ruhsal hastalıklar haricinde AIDS, epilepsi, obezite, nöromusküler hastalıklar ve engellilik durumlarında da konu araştırılmıştır⁵⁸⁻⁶⁵. Bunlar dışında damgalama ve içselleştirilmiş damgalanmanın en çok araştırıldığı başka bir popülasyon da eşcinseller ve transseksüellerdir^{66,67}. Ruhsal hastalıklar alanında yapılan konuyla ilgili çalışmalar genellikle “ağır ruhsal hastalıklar” ile ilgili olması ağır olmayan ruhsal hastalıkların seyrinde damgalama ve içselleştirilmiş damgalanmanın etkilerinin ihmal edilmesine sebep olmaktadır. Bu ihmalin ruhsal hastalıklarda damgalama ile mücadelede eksiklik yaratacağı iddia edilebilir. Bu eksiklik damgalama ile mücadele programlarının bile damgalama eğiliminde olmalarından kaynaklanmaktadır. Ruhsal hastalıklarda damgalama ile mücadelenin psikotik bozukluklar ve duygudurum bozuklukları alanı ile sınırlandırılması bile esasında bu tanı gruplarını damgalamanın ruh sağlığı profesyonelleri arasında da yaygın olmasının göstergesi olabilir.

Bizim çalışmamızda psikotik bozukluklar ve duygudurum bozuklukları dışındaki hasta gruplarında içselleştirilmiş damgalanma ve ilişkili faktörlerin araştırılması amaçlanmış ve içselleştirilmiş damgalanmanın bu

hasta gruplarında da “ağır ruhsal hastalıklar” gruplarındaki çalışmaların sonuçlarıyla benzeştiği sonucuna varılmıştır. Çalışmamızdaki örnekleme ortalama RHİDÖ puanlarının ortalaması $73,68 \pm 8,12$ olarak bulunmuştur. Minimum puanı 29, maksimum puanı 116 olan bu ölçekte 73,68 puan örnekleme içinde içselleştirilmiş damgalanma düzeyinin yüksek olduğunu düşündürmektedir. Ülkemizde yapılmış olan diğer çalışmalarda sonuçlara bakıldığında da bizim çalışmamızdaki ortalama RHİDÖ puanının anlamlılığı görülebilir. Örneğin, ülkemizde, depresif bozukluğu olan 83 hasta ile yapılan bir tez çalışmasında örneklemin ortalama RHİDÖ puanı $61,93 \pm 16,14$ olarak tespit edilmiştir³⁰. Yine ülkemizde şizofreni, duygudurum bozukluğu ve yaygın anksiyete bozukluğu olan hastalarla oluşturulan 160 kişilik bir örnekleme de RHİDÖ puanlarının ortalaması $64,28 \pm 18,98$ olarak bulunmuştur²⁴. Bizim çalışmamızın sonuçları içselleştirilmiş damgalanmanın yalnızca ağır ruhsal hastalıklarda değil, ağır olmayan ruhsal hastalıklarda da dikkate alınması gerektiğini düşündürmektedir.

Çalışmanın Zayıf ve Güçlü Tarafları

Anksiyete bozuklukları, somatoform bozukluklar ve obsesif kompulsif bozukluklarda içselleştirilmiş damgalanma ve ilişkili faktörleri araştıran bir çalışma daha önce ülkemizde yapılmamıştır. Çalışmamızın en güçlü yanı budur.

Çalışmanın zayıf tarafları ise ana tanı grupları ve alt tanı grupları düşünüldüğünde çalışmaya alınan hasta sayısının az olması, ana tanı gruplarının yanı sıra alt tanı başlıkları için grup ayrımının sayı yetersizliği sebebiyle yapılamamış olması, tanı çeşitliliği sebebiyle hastalık şiddetini ölçmeye yönelik ölçek uygulanmamış olması ve bu nedenle RHİDÖ puanları ile hastalık şiddeti arasında ilişki kurulmamış olması, kesitsel bir çalışma olduğu için de içselleştirilmiş damgalanma ve ilişkili faktörler arasında nedensellik ilişkisinin araştırılamaması şeklinde sayılabilir.

SONUÇ

Çalışmamızın sonuçları içselleştirilmiş damgalanmanın ağır olmayan ruhsal hastalıklarda da yardım arama ve tedavi süreçlerinde etkili olabileceğini bu nedenle damgalama ve içselleştirilmiş damgalanma ile mücadelede bu tanı gruplarının da ihmal edilmemesi gerektiğini, bu mücadeledeki ayrımcılığın da aslında ağır ruhsal hastalığı olanların daha fazla damgalanmasına sebep olabileceğini düşündürmektedir.

KAYNAKLAR

1. Schulze B, Angermeyer MC. Subjective experiences of stigma. A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals. *Social Science & Medicine* 2003; 56: 299-312.
2. Özbaş D, Küçük L, Buzlu S. Ruhsal bozukluğu olan bireye sahip ailelerin hastalığa karşı tutumları. *Düşünen Adam* 2008; 21: 14-23.
3. Yanosa PT, Westa ML, Gonzales L, Smith SM, Roe D, Lysaker PH. Change in internalized stigma and social functioning among persons diagnosed with severe mental illness. *Psychiatry Res* 2012; 30: 200(2-3): 1032-34.
4. Çam O, Bilge A. Ruh hastalığına yönelik inanç ve tutumlar. *Anadolu Psiki-yatri Dergisi* 2007; 8: 215-23.
5. Aydemir Ö. Bipolar bozukluğa yönelik tutumlar ve damgalama. *3P Dergisi* 2004; 12: 61-64.
6. Çobanoğlu ZSÜ, Aker T. Şizofreni ve diğer psikotik bozukluk tanılı hastalarda tedaviye uyum sorunları. *Düşünen Adam* 2003; 16: 211-18.
7. Kocabaşoğlu N, Aliustaoğlu S. Stigmatizasyon. *Yeni Symposium* 2003; 41: 113-17.
8. Rosenfield S. Labeling mental illness: the effects of received services and perceived stigma on life satisfaction. *Am Sociaol Rev* 1997; 62: 660-72.
9. Wright ER, Gronfein WP, Owens TJ. Deinstitutionalization, social rejection, and the self-esteem of former mental patients. *J Health Soc Behav* 2000; 41: 68-90.
10. Karaaslan A. Benlik saygısı: Genel bir gözden geçirme. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 1993; 9: 71-74.
11. Berge M, Ranney M. Self-esteem and stigma among persons with schizo-phrenia: implications for mental health. *Care Manag J* 2005; 6: 139-44.
12. Corrigan PW, Roe D, Tsang HWH. Challenging the Stigma of Mental Illness – Lessons for Therapists and Advocates, 2011, s.6.
13. Corrigan PW, Rao D. On the Self-Stigma of Mental Illness: Stages, Disclosure, and Strategies for Change. *Can J Psychiatry* 2012; 57(8): 464-69.
14. Taşkın EO. İçselleştirilmiş damgalama ve damgalama algısı. İçinde, Taşkın EO. *Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumlar ve Damgalama*. İzmir 2007; ss.31-40.
15. Boyd-Ritsher J, Phelan JC. Internalized stigma predicts erosion of morale among psychiatric outpatients. *Psychiatry Research* 2004; 129: 257-65.
16. Werner P, Aviv A, Barak Y. Self-stigma, self esteem and age in persons with schizophrenia. *International Psychogeriatrics* 2008; 20(1): 174-87.
17. Lysaker PH, Roe D, Yano PT. Toward understanding the insight paradox: Internalized stigma moderates the association between insight and social functioning, hope and self-esteem

among people with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia Bulletin* 2007; 33(1): 192-99.

18. Roe D, Davidson L. Self and narrative in schizophrenia: Time to author a new story. *J Med Humanit* 2005; 31: 89-94.

19. Roe D, Hasson-Ohayon I, Kravetz S, Yanos PT, Lysaker PH. Call it a monster for lack of anything else: Narrative insight in psychosis. *J Nerv Ment Dis* 2008; 196: 859-65.

20. Ritscher JB, Otilingam PG, Grajales M. Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Res* 2003; 121: 31-49.

21. Ersoy MA, Varan A. Reliability and validity of the Turkish version of the internalized stigma of mental illness scale. *Türk Psikiyatri Derg* 2007; 18: 163-71.

22. Çuhadaroğlu F. Adölesanlarda benlik saygısı. [Uzmanlık tezi] Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 1986.

23. Tel H, Ertekin-Pınar Ş. Ayaktan izlenen psikiyatri hastalarında içselleştirilmiş damgalama ve benlik saygısı. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2012; 3(2): 61-66.

24. Üstündağ MF, Kesbir S. İki uçlu bozuklukta içselleştirilmiş damgalanma: Klinik özellikler, yaşam kalitesi ve tedaviye uyum ile ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2013; 24(4): 231-39.

25. Dickerson FB, Sommerville J, Origoni AE, Ringel NB, Parente F. Experience of stigma among outpatients with schizophrenia. *Schizophr Bull* 2002; 28: 143-55.

26. Yen CF, Chen CC, Lee Y, Tang TC, Yen JY, Ko CH. Self stigma and its correlates among outpatients with depressive disorders. *Psychiatr Serv* 2005; 56: 599-601.

27. Link BG, Struening EL, Neese-Todd S, Asmussen S. On describing and seeking to change the experience of stigma. *Psychiatric Rehabilitation Skills* 2002; 6:201-31.

28. Angermeyer MC, Beck M, Dietrich S, Holzinger A. The stigma of mental illness: patients' anticipations and experiences. *Int J Soc Psychiatry* 2004; 50(2): 153-62.

29. Link BG. Understanding labelling effects in the area of mental disorders: an assessment of the effects of expectations of rejection. *Am Sociol Rev* 1987; 52(1): 96-112.

30. Çelik P. Celal Bayar Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Polikliniğine Başvuran Depresif Bozukluklu Hastalarda İçselleştirilmiş Damgalanma ve İlişkili Değişkenler. Yayınlanmamış uzmanlık tezi, Manisa, 2012.

31. Lysaker PH, Tsai J, Yanos P, Roe D. Associations of multiple domains of self-esteem with four dimensions of stigma in schizophrenia. *Schizophr Res* 2008; 98(1-3):194-200.

32. Matthews AK, Corrigan PW, Smith BM, Aranda F. A qualitative exploration of African-Americans' attitudes toward mental illness and mental illness treatment seeking. *Rehab Educ* 2006; 20(4): 253-68.

33. Metraux S, Marcus SC, Culhane DP. The New York-New York housing initiative and use of public shelters by persons with severe mental illness. *Psychiatr Serv* 2003; 54: 61-71.

34. Pietrzak RH, Johnson DC, Goldstein MB, Malley JC, Southwick SM. Perceived stigma and barriers to mental healthcare utilization among OEF-OIF veterans. *Psychiatr Serv* 2009; 60(8): 1118-22.

35. Yanos PT, Roe D, Lysaker PH. The impact of illness identity on recovery from severe mental illness. *Am J Psychiatr Rehab* 2010; 13: 73-93.

36. Alonso J, Buron A, Rojas-Farreras S, de Graaf R, Haro JM, de Girolamo G ve ark. Perceived stigma among individuals with common mental disorders. *J Affect Disord* 2009; 118: 180-86.

37. Coşkun S, Güven Caymaz N. Bakırköy ruh sağlığı ve sinir hastalıkları has-tanesi ile özel bir psikiyatri ünitesine başvuran hastaların içselleştirilmiş damgalanma düzeyi yönünden karşılaştırılması. III. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi Özet Kitabı; 2009. s. 85-6.

38. Sabancıoğulları S, Doğan S. Psikiyatri hastalarında içselleştirilmiş dam-galanma ve etkileyen faktörler. 20. Anadolu Psikiyatri Günleri Özet Kitabı; 2011. s. 112.

39. Brohan E, Elgie R, Sartorius N, Thornicroft G. For the GAMIAN-Europe Study Group. Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with schizophrenia in 14 European countries: The GAMIAN-Europe study. *Schizophr Res* 2010; 122: 232-38.

40. Lundberg B, Hansson L, Wentz E, Björkman T. Stigma, discrimination, em-powerment and social networks: a preliminary investigation of their influence on subjective quality of life in a Swedish sample. *Int J Soc Psychiatry* 2008; 54: 47-55.

41. Razali SM, Hussein S, Ismail TAT. Perceived stigma and self-esteem among patients with schizophrenia. *Int Med J* 2010; 17: 255-60.

42. Arkan B, Bademli K, Çetinkaya Duman Z. Sağlık çalışanlarının ruhsal hastalıklara yönelik tutumları: son 10 yılda Türkiye'de yapılan çalışmalar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry* 2011; 3: 214-31.

43. Kuş Saillard E. Psychiatrist views on stigmatization toward people with mental illness and recommendations. *Türk Psikiyatri Derg* 2010; 21: 14-24.

44. Aarboleda-Florez J. The rights of a powerless legion, in Understanding the Stigma of Mental illness, J. Aarboleda-Florez ve N Sartorius (eds.), John Wiley & Sons, 2008, ss:1-17.

45. Peterson D, Barnes A, Duncan C. Fighting with shadows: self-stigma and mental illness. Mental Health Foundation of New Zealand; 2008.

46. Bahar A. Şizofreni ve damgalama. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2007; 2: 101-10.

47. Livingston JD, Boyd JE. Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Soc Sci Med* 2010; 71: 2150-61.

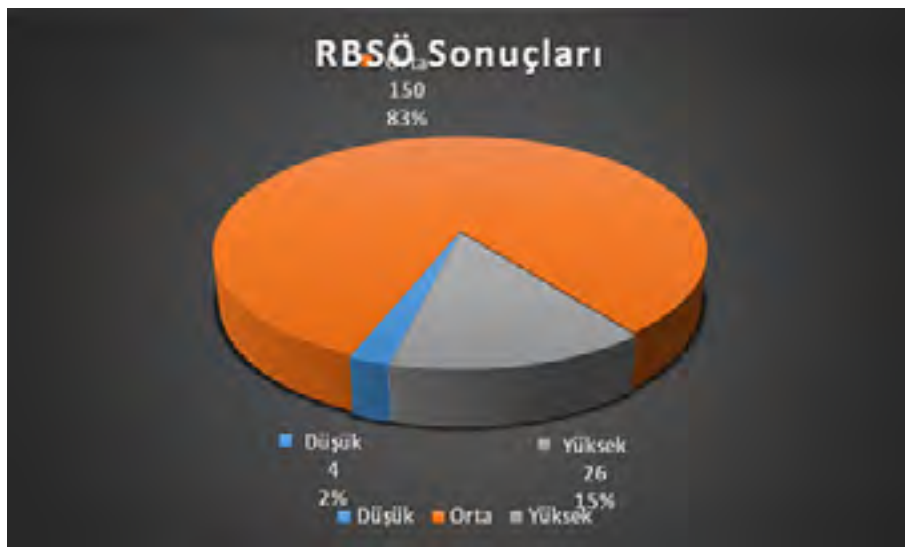
48. Corrigan PW, Watson AC. Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry* 2002;1: 16-20.

49. Corrigan PW, Watson AC. The paradox of self-stigma and mental illness. *Clin Psychol* 2002; 9: 35-53.

50. Rüşch N, Hölzer A, Hermann C. Self-Stigma in women with borderline personality disorder and women with social phobia. *J Nerv Ment Dis* 2006; 194(10): 766-73.
51. Mak WW ve Wu CF. Cognitive insight and causal attribution in the development of self-stigma among individuals with schizophrenia. *Psychiatr Serv* 2006; 57(12): 1800-02.
52. Pattyn E, Verhaeghe M, Sercu C, Bracke P. Public stigma and self-stigma: differential association with attitudes toward formal and informal helpseeking. *Psychiatr Serv* 2014; 1; 65(2): 232-38.
53. Omori Y, Mori C, White AH. Self-Stigma in Schizophrenia: A Concept Analysis. *Nurs Forum* 2014; Jan 8.
54. Krajewski C, Burazeri G, Brand H. Self-stigma, perceived discrimination and empowerment among people with a mental illness in six countries: Pan European stigma study. *Psychiatry Res* 2013; 30; 210(3): 1136-46.
55. Luoma JB, Nobles RH, Drake CE, Hayes SC, O'Hair A, Fletcher L, Kohlenberg BS. Self-Stigma in substance abuse: Development of a new measure. *J Psychopathol Behav Assess* 2013; 1; 35(2): 223-34.
56. Schomerus G, Corrigan PW, Klauer T, Kuwert P, Freyberger HJ, Lucht M. Self-stigma in alcohol dependence: consequences for drinking-refusal self-efficacy. *Drug Alcohol Depend* 2011; 114(1): 12-17.
57. Etesam F, Assarian F, Hosseini H, Ghoreishi FS. Stigma and its determinants among male drug dependents receiving methadone maintenance treatment. *Arch Iran Med* 2014 Feb; 17(2): 108-14.
58. Lyimo RA, Stutterheim SE, Hospers HJ, de Glee T, van der Ven A, de Bruin M. Stigma, disclosure, coping, and medication adherence among people living with HIV/AIDS in Northern Tanzania. *AIDS Patient Care STDS* 2014 Feb; 28(2): 98-105.
59. Mburu G, Ram M, Skovdal M, Bitira D, Hodgson I, Mwai GW ve ark. Resisting and challenging stigma in Uganda: the role of support groups of people living with HIV. *J Int AIDS Soc* 2013 Nov 13;16(3 Suppl 2): 18636.
60. Hilbert A, Braehler E, Haeuser W, Zenger M. Weight bias internalization, core self-evaluation, and health in overweight and obese persons. *Obesity (Silver Spring)* 2014; Jan; 22(1): 79-85.
61. van der Beek KM, Bos I, Middel B, Wynia K. Experienced stigmatization reduced quality of life of patients with a neuromuscular disease: a cross-sectional study. *Clin Rehabil* 2013; 27(11): 1029-38.
62. Wong LP. Multi-ethnic perspective of uptake of HIV testing and HIV-related stigma: a cross-sectional population-based study. *AIDS Care* 2013; 25(11): 1356-69.
63. Wong LP. Prevalence and factors associated with HIV/AIDS-related stigma and discriminatory attitudes: a cross-sectional nationwide study. *Prev Med* 2013; 57 Suppl: 60-63.
64. Fiest KM, Birbeck GL, Jacoby A, Jette N. Stigma in epilepsy. *Curr Neurol Neurosci Rep* 2014; May; 14(5): 444.
65. Mathern G, Nehlig A. Editorial: Reducing stigma by changing the name of epilepsy. *Epilepsia* 2014; 55(3): 383.
66. Liu H, Feng T, Ha T, Liu H, Cai Y, Liu X ve ark. Chinese culture, homosexuality stigma, social support and condom use: A path analytic model. *Stigma Res Action* 2011; 1(1): 27-35.
67. Hatzenbuehler ML, Bellatorre A, Lee Y, Finch BK, Muennig P, Fiscella K. Structural stigma and all-cause mortality in sexual minority populations. *Soc Sci Med* 2014; 3: 33-41.

TABLO-1. Hastalık, Tanı ve Tedavi Süreci ile İlgili Veriler

		n	%
Tanı Grupları	Anksiyete Bozuklukları	60	33,3
	Somatoform Bozukluklar	60	33,3
	Obsesif Kompulsif Bozukluklar	60	33,3
Başvuru Sayısı	1	4	2,2
	2	16	8,9
	3	18	10
	4 ve daha fazla	142	78,9
Tedavi Uyumu	Yeni Başlandı	4	2,2
	Düzenli	96	53,3
	Nadiren ihmal ediyor	50	27,8
	Düzensiz	24	13,3
	Çok düzensiz	6	3,3
Kontrol muayenesi uyumu	İlk başvuru	4	2,2
	Uyumlu	118	65,6
	Uyumsuz	58	32,2
Daha önce psikiyatriye yatış	Var	50	27,8
	Yok	130	72,2



ŞEKİL-1. RBSÖ Sonuçları Dağılımı

TABLO-2. Sosyodemografik Verilere Göre RHİDÖ Puanları

Sosyodemografik Özellik		RHİDÖ Puanı	İstatistiksel Analiz
Cinsiyet	Erkek	71,42 ± 7,78	t = - 2,41*
	Kadın	74,6 ± 8, 11	p = 0,017
Medeni Durum	Bekar	71,08 ± 7,16	t = - 2,47*
	Evli	74,88 ± 8,05	
	Dul	73,75 ± 8,22	p = 0,015
	Boşanmış	71,18 ± 8,81	
Yaşadığı Yer	Kent Merkezi	72,15 ± 7,94	t = -3,11*
	Köy	75,89 ± 7,93	p = 0,002
Daha önce psikiyatri polikliniğine başvuru	Var	73,06 ± 9,77	t= 0,72*
	Yok	74 ± 7,19	p = 0,46
Ailede ruhsal hastalık	Var	72 ± 8,25	t = 2,90*
	Yok	75,45 ± 7,65	p = 0,004
Başka bir kronik hastalık	Var	73,28± 7,37	t = 0,44*
	Yok	73,87 ± 8,46	p = 0,65

*Student t testi. Anlamlı sonuçlar kırmızı renkle yazılmıştır.