

**T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ
ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
PSİKİYATRİ KLİNİĞİ**

**TOPLUM RUH SAĞLIĞI MERKEZİNDE VE POLİKLİNİKTE TAKİP
EDİLEN REMİSYONDAKİ ŞİZOFRENİ HASTALARININ İÇSELLEŞTİRİLMİŞ
DAMGALANMA VE ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMASI AÇISINDAN
DEĞERLENDİRİLDİĞİ KARŞILAŞTIRMALI BİR ÇALIŞMA**

**UZMANLIK TEZİ
Dr. EREN EZGİ GEVHER**

**TEZ DANIŞMAN
Doç. Dr. Nabi ZORLU**

**İZMİR
EKİM 2018**

TEŞEKKÜR

Deneyim ve bilgilerinden faydalandığım değerli hocalarım Prof. Dr. Lütfulah Beşiroğlu ve Doç. Dr. Levent Mete'ye,

Tez çalışmamda bana destek veren danışman hocam Doç. Dr. Nabi Zorlu ve Uzm. Dr. Adem Bayrakçı'ya,

Uzmanlık eğitimim boyunca desteklerini hissettiğim Doç. Dr. Mustafa Güleç'e, Doç. Dr. Almıla Erol Stenstad'a, Doç. Dr. Elif Oral'a, Uzm.Dr. Serhan Işıklı'ya,

İnsana dair süreçlere yaklaşımıyla örnek aldığım değerli hocam Doç. Dr. Şeref Gülseren'e,

İşlerini özveri ile yapan Toplum Ruh Sağlığı Merkezi emekçilerine, özellikle bu çalışmaya destek olan Hülya, Mehri, Melahat ve Ertunga'ya,

İşbirliğini ve dayanışma ile benim için kıymetli anılar biriktirdiğim asistan hekim arkadaşlarıma,

Sevgi ve fedakarlıkla çalışan hemşire arkadaşlarıma,

Sağlık hizmetlerinin görünmez emeğinin sahibi olan personel arkadaşlarıma

Bana bilgi sevgisini aşıl原因an, emek vermeyi ve özgürlüğün sorumluluğunu öğreten anneme ve babama; hayatı güzel ve anlamlı kılan kız kardeşlerim Esin, Deniz ve Fatoş'a,

Uzmanlık sürecimde sabırla yanımda olan dostlarım Ali Rıza, Deniz, Bahadır, Eren, Mustafa, Zerrin ve İlgi'ye,

Ve ayrımcılık, damga üzerine düşüncelerimin derinleşmesine, zenginleşmesine katkısı tartışılmaz olan hastalarımıza çok teşekkür ederim.

Dr. Eren Ezgi GEVHER

II. İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
II. İÇİNDEKİLER.....	ii
III. KISALTMALAR	v
IV. TABLO LİSTESİ.....	vi
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Şizofreni	5
2.1.1. Şizofreninin Tanımı	5
2.1.2. Şizofreninin Tarihçesi.....	5
2.1.3. Şizofrenide Epidemiyoloji	6
2.1.4. Şizofreninin Tanı Ölçütleri	7
2.2. Damgalanma.....	8
2.2.1. Damgalanma Süreci.....	8
2.2.2. Toplumsal Yaşamda Ayrımcılık:.....	10
2.2.3. Şizofreni ve Damgalanma.....	14
2.3. İçselleştirilmiş Damgalanma ve Damgalanma Algısı	17
2.3.1. İçselleştirilmiş Damgalanmanın Sosyal Bilişsel Modeli	18
2.3.2. Damgalanma Algısını Etkileyen Faktörler ve İlgili Çalışmalar	19
2.3.3. İçselleştirilmiş Damgalanma ve Kimlik	22
2.3.4. İçselleştirilmiş Damgalanma ve Şizofreni	22
2.4. Çocukluk Çağı Travmaları	24
2.4.1. Tanım.....	24
2.4.2. Tarihçe	24
2.4.3. Epidemiyoloji.....	25
2.4.4. Çocukluk Çağı Travma Türleri.....	26
2.4.5. Risk Faktörleri	28
2.4.6. Çocuk İstismarı ve Ruhsal Hastalıklar.....	29

2.4.7. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Şizofreni İle İlişkisi.....	30
2.4.8. Şizofreni, Damgalama ve Travma	31
2.5. Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri.....	33
3.GEREÇ VE YÖNTEM	36
3.1. Çalışma Örnekleme.....	36
3.1.1 Çalışmaya dahil edilme kriterleri.....	36
3.1.2. Dışlama kriterleri	36
3.2. Gereçler	37
3.2.1. Sosyodemografik Veri Formu	37
3.2.2. Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği (RHİDÖ)	37
3.2.3. Çocukluk Çağı Travma Ölçeği (ÇÇTÖ).....	38
3.3. İstatistiksel Analizler	39
4. BULGULAR.....	40
4.1. Grupların Sosyo-demografik Özellikleri.....	40
4.2. Grupların Klinik Özellikleri	42
4.3. Grupların Yaşadıkları Sosyal Ayrımcılık Açısından Karşılaştırılması	43
4.4. Grupların İçselleştirilmiş Damgalanma Düzeyleri.....	44
4.5. Grupların Çocukluk Çağı Travma Düzeyleri	45
4.6. RHİDO Puanlarının Sosyo-demografik Özelliklerle Korelasyonu	46
4.7. Klinik Özellikler ve RHİDÖ Puanlarının Korelasyonu.....	47
4.8. İçselleştirilmiş Damgalanma ve Çocukluk Çağı Travmaları.....	48
Arasındaki Korelasyon	48
5.TARTIŞMA	50
5.1. Sosyo-demografik Veriler:	50
5.2. Klinik Veriler:	53
5.3. İçselleştirilmiş Damgalanma	54
5.3.1. İçselleştirilmiş Damgalanma ve Sağlık Hizmetleri	54
5.4. Çocukluk Çağı Travmaları ve Sağlık Hizmetleri	55
5.5. Yaş, Eğitim Yılı, Çocuk Sayısı ve Aylık Gelir ile İçselleştirilmiş Damgalanma İlişkisi	56
5.6. Başlangıç Yaşı, Kullanılan Antipsikotik Dozu, Yatış Sayısı, Özkıyım Sayısı ve Hastalık Yılı ile İçselleştirilmiş Damgalanma İlişkisi.....	56

5.7. İçselleştirilmiş Damgalanma ve Çocukluk Çağı Travması Arasındaki Korelasyon.....	58
5.8. Çalışmanın Kısıtlılıkları	59
5.9. Çalışmanın Güçlü Yönleri.....	60
6. SONUÇ	61
6. ÖZET.....	62
7. SUMMARY	64
8. KAYNAKÇA.....	66
9. EKLER.....	87



III. KISALTMALAR

TRSM	:	Toplum Ruh Sağlığı Merkezi
RHİDÖ	:	Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği
TÖ	:	Çocukluk ağı Travmaları Ölçeği
DSÖ	:	Dünya Sağlık Örgütü
DSM	:	Ruhsal Bozuklukların Tanımsal ve Sayımsal El Kitabı
EKT	:	Elektro Konvulzif Tedavi
HIV	:	İnsan İmmünyetmezlik Virusu
UNİCEF	:	Birleşmiş Milletler ocuklara Yardım Fonu
SPSS	:	Sosyal Bilimler için İstatistik Programı
TUİK	:	Türkiye İstatistik Kurumu

IV. TABLO LİSTESİ

- Tablo 1:** İçselleştirilmiş ve Toplumsal Damgalanmanın Karşılaştırılması
- Tablo 2:** Grupların Sosyo-demografik Özellikler Açısından Karşılaştırılması
- Tablo 3:** Grupların Klinik Özellikler Açısından Karşılaştırılması
- Tablo 4:** Grupların Yaşadıkları Toplumsal Ayrımcılığın Karşılaştırılması
- Tablo 5:** Grupların RHİDÖ Puanları Açısından Karşılaştırılması
- Tablo 6:** Grupları ÇÇTÖ Puanları Açısından Karşılaştırılması
- Tablo 7:** Sosyo-demografik Özellikler ve RHİDÖ Puanlarının Korelasyonu
- Tablo 8:** Klinik Özellikler ve RHİDÖ Puanlarının Korelasyonu
- Tablo 9:** RHİDÖ Puanları ve ÇÇTÖ Puanlarının Korelasyonu

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Şizofreni dikkat, bellek ve yürütücü işlev gibi alanlarda, zengin bulgu kümeleriyle kendini gösteren kronik bir ruhsal bozukluktur. Hastalar ekonomik ve toplumsal nedenlerle ihtiyaç duyduğu bakım ve tedavi hizmetlerini alamadığında bir takım mali kayıplar ortaya çıkmaktadır. Şizofreni hastalarının hastaneye yatış ihtiyaçları, ilaçla tedavisi, ayaktan takibi, psikoterapi ve rehabilitasyon hizmetlerinin yanı sıra ortaya çıkardığı iş gücü kaybı, hatta bakım ihtiyacına bağlı olarak bakım verenin iş gücü kaybı ve sosyal çevrenin taşıdığı manevi yük hesaba katıldığında şizofreni nedeniyle ortaya çıkan toplumsal, ekonomik ve manevi kayıplar oldukça fazladır. Bu durum şizofreni ve şizofreniye bağlı olarak ortaya çıkan sorunların toplum temelli ele alınma ihtiyacını ortaya çıkarmıştır (1).

Şizofreni tanısı almış kişilerin tedavisini sürdürmesinin önündeki en büyük engellerden birisinin damgalanma olduğu düşünülmektedir. Damgalanma, bir bireyin, içinde yaşadığı toplumun ölçütlerinin dışında varsayılan bir özelliğinin bulunması nedeniyle, toplum tarafından kusurlu ve gözden düşmüş olarak değerlendirilmesidir. Damgalanan kişilere birçok olumsuz özellik atfedilir. Ruhsal hastalığı olan kişilerin davranışsal ve iletişimsel farklılıkları toplumda ruhsal hastalıklarla ilişkili birçok olumsuz düşünce ve tutumun ortaya çıkmasına neden olur (2).

Toplum ruhsal hastalığı olan kişileri "tehlikeli" ve "ne zaman ne yapacağı bilinmeyen" kişiler olarak algılar. Önceden kestirilemeyen, alışılmadık dışında davranışları ve düzene uyum sağlayamayan yapıları nedeniyle ruhsal hastalığı olan kişiler toplumda kaygı uyandırmaktadır. Birey ya da toplum ürkütücü ve rahatsız edici bir durumla karşılaşınca sıklıkla bunun kaynağı olarak düşündükleri kişiyi dışlayıp, yabancılaştırma yoluna gider. Bu, ayrımcılığın başlangıcıdır. Toplum açısından düzeni bozan, huzursuzluk yaratan ve toplumsal yaşantı için "tekinsiz" kişiler damgalanarak toplum dışına itilir. Ruhsal hastalığa sahip bireylerin psikiyatrik tanı aldıktan sonra, açık bir ayrımcılığa maruz kalmasalar bile kendilerini damgalanmış hissettikleri görülmüştür. Bu kişiler kendi kendilerini toplumdan önce damgalayarak, utanç ve yetersizlik duygusu hissederler. Hastaların kendileriyle ilgili olumsuz otomatik düşüncelerde artış görülür ve kendilik değerleri azalır. Zamanla

sosyal ilişkilerden kaçınırlar. Ruhsal hastalığı olan kişinin, tanı almadan önce var olan hastalıkla ilgili basmakalıp düşünceleri, tanı aldıktan sonra canlanır. Bu basmakalıp düşüncelerin içeriği ne kadar olumsuzsa, algıladığı damgalanma da o kadar yüksek olmaktadır. Diğer bir deyişle ruhsal hastalığı olan kişinin içselleştirdiği olumsuz yargılar ne kadar fazlaysa, kendisini de o kadar damgalanmış hisseder. İçselleştirilmiş damgalama olarak isimlendirilen bu durum, nesnel olarak dışlanma ya da ayrımcılığa maruz kalma deneyimlerinden bağımsızdır ve daha önce çok farkına varılmasa bile bir ruhsal hastalık tanısı almakla birlikte etkisini göstermeye başlamaktadır (3). İçselleştirilmiş damgalanmanın en ağır ve yıkıcı etkisi kişinin kendini topluma ait olarak görmemeye başlamasıdır (4).

Kişinin aldığı ruhsal tanının damgalayıcı içeriği ne kadar fazlaysa, bu belirtilerin de şiddeti o kadar fazladır. Bir çalışmada, içselleştirilmiş damgalanma düzeyinin şizofreni hastalarında depresyon hastalarına kıyasla daha yüksek olduğu saptanmıştır (5).

Şizofreni tanısı almış kişilerin psikiyatrik rehabilitasyonunda tedaviye uyumun önemli bir rolü olduğu bilinmektedir. Buna rağmen şizofreni hastalarında tedaviye uyumsuzluk yaygın olarak görülmektedir (6). Şizofreni tanısı almış kişilerde içselleştirilmiş damgalanma tedaviye uyumu etkileyen önemli bir faktördür. Konu ile ilgili yurt dışı kaynaklı çalışmalarda, içselleştirilmiş damgalanmanın hastada tedavi arayışını geciktirdiği, tedaviye direnci arttırdığı, hastayı başa çıkma konusunda çekingenleştirdiği, tedaviye başlamanın yetersizlik ve zayıflık olarak algılamasına neden olduğu saptanmıştır (7). Örneğin, şizofreni tanısı almış olan kişi çalışıyorsa genellikle işyerinde damgalanma korkusu yaşayarak ilaç tedavisine uyumsuzluk göstermektedir (8). İçselleştirilmiş damgalanma, hastada umutsuzluk ve depresif belirtiler ortaya çıktığı için hastanın tedavi arayışını geciktirdiği saptanmıştır. İçselleştirilmiş damgalanma, tedaviye uyumsuzluğa bağlı olarak tedaviye yanıtızlığa, klinik durumun bozulmasına ve belirtilerin şiddetlenmesine neden olmaktadır. Bu nedenle içselleştirilmiş damgalanmayla başa çıkma stratejileri tedavide uyumda anahtar rol oynamaktadır (9) (10).

Yapılan bir çalışmada yüksek içselleştirilmiş damgalanma algısı, düşük benlik saygısı ve zayıf içgörünün tedaviye uyumu etkileyen olumsuz faktörler olduğu (11) başka bir çalışmada da işlevselliği yüksek, davranış değiştirmeye hazır ve

işelleştirilmiş damgalanma algısı düşük olan şizofreni hastalarının tedaviye uyumunun daha iyi olduğu belirlenmiştir (12).

Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri'nin temel amaçları; ruhsal hastalığı olan bireylerin toplum içinde tedavisi ve rehabilitasyonu ve ruh sağlığı hizmetlerinden faydalanma ihtimali düşük olan hasta gruplarının tespiti ve korunması. Şizofreni tanısı almış olan hastalar, hastane taburculukları sonrasında hizmet almakta zorlanmaktadır. Hastaların tedavi arayışında karşılaşılabileceği güçlükler (sosyal geri çekilme, sosyal destek azlığı, bilişsel yıkım) ve sağlık sisteminin bu hasta gruplarına hizmet ulaştırmadaki yetersizlikleri hastaların yaşadıkları zorlukları nedenleri olarak sayılabilir (13).

Çalışmamızın ilk amacı Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nden izlenmiş olan hastaların işelleştirilmiş damgalanma düzeylerinin poliklinikten izlenen şizofreni hastaları ile karşılaştırmaktır. Literatürde, sağlık hizmeti alma biçimine göre işelleştirilmiş damgalanma düzeylerinin karşılaştırıldığı bir çalışma bulunmamaktadır.

Çocukluk çağı travmaları kapsamında çocukluk çağı istismar ve ihmali ele alınacaktır. Dünya Sağlık Örgütü, bir yetişkin tarafından kasıtlı ya da bilmeden yapılan ve çocuğun sağlığını, fiziksel ve psiko-sosyal gelişimini olumsuz yönde etkileyen davranışları çocuk istismarı olarak tanımlamaktadır (14). İstismarı tanımlarken "tekrarlayıcı nitelikte ve kasıtlı olması" gibi özellikler önemlidir (15). Çocuk istismarı insan eyleminden kaynaklanan ve yasal olarak suç teşkil eden zarar verici eylemler bütünüdür. Çocukluk çağı istismar ve ihmali fiziksel istismar, fiziksel ihmal, duygusal istismar, duygusal ihmal ve cinsel istismar olarak gruplandırılır.

Çocukluk çağı travmaları, şizofreniyi de içeren ciddi ruhsal hastalıklar açısından önemli risk faktörüdür (16) (17). Çocukluk çağı travmaları ile ilgili çalışmalar literatürde oldukça fazladır. Psikotik bozukluk açısından klinik yüksek riskli olan gruplarda çocukluk çağı travmalarının ve stresli yaşam olaylarının sayısı oldukça fazla olduğu bir çalışmada gösterilmiştir (18). Başka bir çalışmada çocukluk çağı cinsel travmalarının psikoza gidişat ile direkt korelasyonu olduğu gösterilmiştir (19). Diğer bir çalışmada ise çocukluk çağı travmalarının pozitif bulguların gelişimi, depresif semptomların artışı ve genel bulgular ile pozitif korelasyon gösterdiği

bildirilmiştir (17). Bir diğerk çalışmada ise çocukluk çağı travmaların bilişsel işlevler üzerine etkileri araştırılmış ve özellikle "Çalışma Belleği- Working Memory" üzerine olumsuz etkilerinin olduğu gösterilmiştir (20).

Çalışmanın ikinci amacı şizofreni tanısı almış kişilerde çocukluk çağı travmaları ile içselleştirilmiş damgalanma düzeylerinin ilişkisini anlamaktır. İçselleştirilmiş damgalanma ve çocukluk çağı istismar ve ihmalinin ilişkisini ele alan bir çalışmaya literatürde rastlanmamış olmakla birlikte erişkinlik döneminde ruhsal hastalık tanısı almış ve travma öyküsü olan özel bazı gruplarda(azınlıklar, adli tıbbın takibinde olan) içselleştirilmiş damgalanma ve travma ilişkisini inceleyen çalışmalar mevcuttur (21).



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Şizofreni

2.1.1. Şizofreninin Tanımı

Şizofreni düşünce, algılama ve duygulanım gibi alanlarda bozulma ile seyreden, değişik sıklık ve şiddette pozitif ve negatif belirtilerin görüldüğü kronik bir ruhsal hastalıktır.

Şizofreninin gidişatı ve sonlanımı kişiden kişiye farklılık gösterir. Süreç içerisinde hastada görülen yeti kayıplarına ek olarak, kişi ve kişinin yakın sosyal çevresinde de güçlükler ve kayıplar ortaya çıkar (22). Ruhsal toplumsal işlevselliği olumsuz etkileyen şizofreni, genellikle yaşam boyu süren bir hastalıktır. Şizofreni belli özel risk gruplarını daha şiddetli etkilese de hemen hemen bütün gruplarda görülür (23).

2.1.2. Şizofreninin Tarihçesi

İlk defa Eski Çağ yazıtlarında ve Hipokrat okuluna bağlı Yunan hekimlerinin yazılarında şizofreni benzeri ruhsal hastalıklara benzer bulgulardan söz edilmiştir. Orta Çağ Avrupası'nda ise birçok ruhsal hastalığı olan kişiler gibi şeytana tutulduğu düşünülerek cezalandırılan hastaların büyük bölümü şizofreni tanısı almış kişilerdi. 17. yüzyılda Willis'in, 18. yüzyılda ise Pinel'in şizofreniye dair bir takım bulguları tanımladıklarına ilişkin yazılar mevcuttur.

1860 yılında Morel ilk defa şizofreni için "Demence precoce (Erken bunama)" tanımını kullanmıştır. 1871 yılında Hecker hebefreni kavramını, 1874 yılında Kahlbaum katatoniyi, 1896 yılında Kraepelin paranoid ve basit tipleri ekleyerek "Dementia precoc" kavramını genişletmiştir. 1911 yılında Bleuer hastalardaki zihinsel bölünmeye vurgu yapan "şizofreni" adını önermiştir (23).

2.1.3. Şizofrenide Epidemiyoloji

Şizofreni bütün toplumlarda ve sosyoekonomik durumlarda görülebilen bir ruhsal bozukluktur. Şizofreninin sıklığı üzerine yapılan araştırmaların sonuçları %0,11-0,70 arasında değişkenlik göstermektedir. 15 yaş üstü nüfus için sıklık %0,3-1,20 arasındadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre Avrupa ve Asya'da şizofreninin sıklığı %0,85'tir. 15-45 yaş arası nüfusta yaşam boyu şizofreni olma ihtimali %1 civarındadır. Şizofreninin yaşam boyu yaygınlığı bölgesel farklılıklar göstermektedir. Şizofreni için nokta prevalans %0,21-0,7, insidans %0,4 civarındadır (23).

Şizofreni sıklığı erkek ve kadınlar arasında farklıdır. Erkek/Kadın oranı 1.4 olarak bildirilmiştir (23) (24). Şizofreni erkeklerde 25-35 yaş arasında en yüksek düzeyde görülürken, kadınlarda yaklaşık beş yıl sonra zirve yapmaktadır. Kadınlarda 55-64 yaşlarında ikinci bir yükselme daha görülmektedir. (Bimodal dağılım) Şizofreni hastaları arasında evli olmayanların evlilere oranı 2.6 ile 7.6 arasında bildirilmiştir (25).

Şizofreni, sosyoekonomik düzeyi düşük olan gruplarda daha fazla görülür. Faris ve Dunham, şizofreni hastalarının kentleşmiş ve bozuk sosyal yapıli bölgelerde yaşadıklarını, daha yüksek ekonomik düzeyde kişilerin yaşadığı bölgelerde şizofreninin daha az görüldüğünü göstermiştir (26). Ülkeler arasında sıklığın değişebileceğine dair kanıtlar mevcut bulunsa da şizofreninin ırklara göre farklı dağılımlar göstereceğini düşündürecek veri yoktur. Göçmenliğin şizofreni riskini 2 – 13 kat arttığı, bir dizi çalışmalarla gösterilmiştir (27). Göçmenlik, aile öyküsünden sonra şizofreni etiolojisindeki en önemli risk faktörlerindedir (28). Çalışmalarda şehirde doğmanın ve büyümenin psikotik bozukluk ve psikotik bulgular açısından anlamlı bir çevresel risk etmeni olduğu, şehirde yetişen kişilerde şizofreni gelişme riskinin 2 ila 4 kat arttığı gösterilmiştir (29).

2.1.4. Şizofreninin Tanı Ölçütleri

DSM V'e göre şizofreni tanı kriterleri:

A. Aşağıdaki belirtilerden ikisinden ya da daha fazlasının her biri, bir aylık (ya da tedavi edilmişse bir aydan kısa) bir sürenin önemli bir bölümünde bulunur. Bunlardan en az birinin (1), (2) ya da (3) olması gerekir.

1.Sanrılar

2.Varsanılar

3.Dezorganize konuşma

4.İleri derecede dezorganize davranış ya da katatoni davranışı.

5.Negatif belirtiler: Duygusal küntlük, düşünce içeriğinde fakirleşme ve istenç yitimi.

B. Bu bozukluğun başlangıcından beri geçen zamanın önemli bir bölümünde, iş, kişilerarası ilişkiler ya da özbakım gibi, bir ya da birden çok ana alanda işlevsellik düzeyi, bozukluğun başlangıcından önceki düzeyin belirgin olarak altındadır.

C. Bu bozukluğun bulguları en az altı ay sürer. Bu altı aylık evre A tanı ölçütünü karşılayan, en az bir aylık (tedavi edilmişse daha kısa süreli) belirtileri kapsamalıdır ve prodromal ve rezidüel belirti evrelerini kapsayabilir.

D. Şizoaffektif bozukluk ya da psikoz özellikleri gösteren depresif bozukluk ya da bipolar bozukluk tanıları dışlanır.

E. Bu bozukluk bir maddeye (örn. ilaç veya madde kötüye kullanımı) ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojisiyle ilgili etmenlere bağlanamaz.

F. Otizm spektrum bozukluğu ya da çocuklukta başlayan bir iletişim bozukluğu öyküsü varsa, gerekli diğer belirtilerin yanı sıra belirgin sanrılar ya da varsanılar da en az bir aylık (tedavi edilmişse daha kısa süreli) süreyle mevcutsa ayrıca şizofreni tanısı konulur (30).

2.2. Damgalanma

Tarihi oldukça eski dönemlere dayandığı ifade edilen “damgalanma” ifadesi genellikle "bir suçun" göstergesidir. Roma İmparatorluğu’nda kaçarken yakalanan ve efendisine teslim edilen kölelerin, "kaçmaya eğilimli olduğu" eline yada alınına damga vurularak işaretlendiği, birçok tarihsel kaynakta belirtilir (31). Damga ifadesi güncel kullanımında da utanılması gereken bir durumu işaret eder. Damgalanan kişiyi veya grubu "kabul edilemez" ve “normal dışı” kılar. Damga ile damgalanan kişi veya grubun farklılığı vurgulanmaktadır. Bu farklılık aracılığıyla damgalanan kişilere birçok olumsuz özellik atfedilir. Bu kişiler toplumdan uzaklaştırılarak izole edilir, yok olmaları için çaba gösterilir veya yok olmalarını sağlayacak koşullara terk edilirler. Damgalama pek çok gruba, azınlığa, ırka, sınıfa yöneltirse de buna en çok maruz kalanlar ruhsal hastalığı olan kişiler olmuştur.

Ruhsal hastalıklara yönelik damgalanma yaygın olarak görülmektedir. Temelinde zarar görme korkusu yatmaktadır. Toplumun zihninde ruhsal hastalığı olan kişiler tutarsız davranışlar sergileyen, “tekinsiz” kabul edilen, tehlikeli olabilecek insanlardır. Link ve Phelan damgalamayı olumsuz stereotipilerin tetiklediği, sosyal statü kaybı ve ayrımcılık olarak tanımlamıştır (32).

2.2.1. Damgalanma Süreci

Damgalanma birçok ardışık zihinsel aşamanın sonucu ortaya çıkan bir süreçtir. Bu süreç şöyle özetlenir (3):

a) Etiketlenme: Damgalanma süreci ruhsal hastalık tanısı ve etiketinin alınmasıyla başlar. Bu etiket toplumda var olan stereotipileri harekete geçirir. Etiketleme sürecin başlangıcıdır ve meydana geldiğinde etiketlenen kişinin kimliği ve diğer özellikleri artık önemsizdir. Hatta etiketli kişiler normal dışı davranışlar göstermeseler bile ayrımcı tutumlara maruz kalabilirler.

b) Stereotipiler: Toplumun ruhsal hastalığı olan kişilerin nasıl özelliklere sahip olduğuna dair hemfikir olduğu olumsuz tanımlamalardır. Ruhsal hastalığı olan kişiler için pek çok olumsuz atıfta bulunulmuş olsa da genellikle ruhsal hastalığı olan

kişilerin “tehlükeli” ve “ne yapacağı kestirilemeyen kişiler” olduğu konusunda stereotipiler yaygındır.

c) Bilişsel ayırma ve Önyargılar: Stereotipiler nedeniyle ruhsal hastalığı olan kişi artık tehlikeli olarak değerlendirilmeye başlar. Stereotipiler toplumda hazır bulunan önyargılar ile pekişerek ruhsal hastalığı olan kişilere karşı bir reaksiyon haline gelir.

d) Duygusal Reaksiyonlar: Önyargılar sonucu hastalara karşı korku ve öfke gibi duygular oluşur. Korku, hastaların tehlikeli kişiler olduğu ön kabulünden ileri gelir. Öfke ise daha çok ruhsal hastalığı olan kişilerin toplumda huzur kaçıran, işe yaramayan, beceriksiz ve kendine bakamayan kişiler olduğu ön kabulünden kaynaklanır.

e) Sosyal Statü Kaybı: Bilişsel ve duygusal reaksiyonların sonucu olarak, toplum ruhsal hastalığı olan kişilerden uzak durmaya başlar. Toplumun insanları dışlamasına ek olarak ruhsal hastalığı olan kişiler de toplumdan uzaklaşma eğiliminde olurlar. Bu tutum insan ilişkilerinin her alanına yansır ve zamanla hastalar ayrımcılığa ve dışlanmaya maruz kalırlar

f) Ayrımcılık: Stereotipilerin ve önyargıların sonucu olarak ortaya çıkan duygusal reaksiyonlar, davranışlara dönüşür. Ruhsal hastalığı olan kişiler, toplumsal yaşamda onların ihtiyaç duyduğu ve hakları olan kişilerarası iletişim, hizmet ve yardımdan uzak kalmaya başlarlar. Bu kısıtlamalar ruhsal hastalığı olan kişilerin sosyal reddi ile sonuçlanır.

2.2.2. Toplumsal Yaşamda Ayrımcılık:

Ayrımcılık ruhsal hastalığı olan kişilerin hayatının birçok boyutunu etkileyen karmaşık bir süreçtir. Ayrımcılığa uğrayan kişilerin, en çekirdek toplumsallık olan aileden yurttaşlık boyutuna kadar bütün alanları etkilenmektedir.

a) Aile üyeleri: Ruhsal hastalık tanısı konulduğu zaman aile üyelerinin hastalık hakkındaki bilgisi toplumdaki herhangi bir bireyden fazla değildir. Birçok araştırma genel toplumu oluşturan bireylerin ruhsal hastalıkla zeka geriliği arasındaki farkı bilmediğini göstermiştir (33). Hastalığın ilk aşamalarında aileler, hastalığa bağlı ortaya çıkan tuhaf tutumlar ile karşılaştıkları zaman şaşkınlık duygusu ve ne yapacağını bilememe halini yaygın olarak yaşarlar. Aile bireyleri, çoğu zaman ortaya çıkan tuhaf durumu, eski deneyimleri ile bağdaştıramadıkları için, bazen geri çekilme, bazen de durumun üstüne gitme tepkisi verirler. Sıklıkla hastalığın belirtileri hakkında konuşmaktan kaçınırlar. Yazılı ve görsel medya üzerinden yaygınlaşan önyargılı düşünceler aracılığıyla ruhsal hastalıkların gidişi üzerine olumsuz ve çoğu zaman da yanlış bilgi alan aile fertlerinin, prognozla ilgili beklentileri azaldıkça yakınlarını terk etmeyi seçebilirler. Bu durum pek çok ruhsal hastalığı olan bireyin yazgısı olmuştur (34).

Geçmişte psikiyatristler tarafından geliştirilen bir takım kuramlar işleri daha da kötüleştirmiştir. Buna verilebilecek en güzel örnek "*şizofrenojenik anne*" kavramıdır. 1950'lerde başlayan bu düşünce 1960'larda geçerliliğini yitirmiştir. "Şizofrenojenik anne" düşüncesi, aşırı koruyucu ve eleştirici anne tutumunun şizofreni teşhisi oranını arttırdığını söylemiştir (35). İlerleyen dönemlerde yapılan çalışmalarda, eleştirel ve koruyucu anne tutumunun hastalığın sebebi olmadığı ancak nöksler üzerine etkili olabileceği gösterilmiştir. Bu tutumlar günümüzde ailelere yönelik verilen psikoeğitimler açısından bir hedef oluşturmaktadır (36).

Ruhsal hastalığa sahip olan kişilerin birinci dereceden yakınları üzerine yapılan bir çalışmada, katılımcıların %18'inin zaman zaman hastanın ölmesinin daha iyi olacağına inandıkları, %10'unun intihar düşüncesi olduğu bildirilmiştir (37). Şizofreni tanısı almış aile bireyelerinin, yakınlarına bakamayacak kadar yaşlandıklarında, hastalandıklarında veya öldüklerinde ne olacağı konusunda endişe yaşadıkları ve depresif bozukluk, anksiyete bozukluğu, uyku bozuklukları gibi ruhsal

sorunların daha sıklıkla görüldüğü bildirilmiştir (38). Ailelerin bir kısmının genellikle yakınlarının ruhsal hastalığa sahip olduğunu gizleyerek baş etmeye çalıştıkları da bilinmektedir. Bir çalışmada hasta yakınlarının dörtte birinin sorunu doğüstü kaynaklarla açıklayıp, üçte ikisinin bu sorunlarla dua ederek baş etmeyi tercih ettikleri bildirilmiştir (39).

b) Barınma: Bu konu ele alınan coğrafyanın özelliklerine göre değişiklik gösterir. Avrupa ülkelerinde şizofreni tanısı konulmuş kişiler %7-65 oranında yalnız yaşarken, Akdeniz ülkelerinde çoğunlukla aileleri ile yaşamaya devam ederler (40). Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan ve 2000 kişinin katıldığı bir çalışmada katılımcıların dörtte biri evsiz olduklarını, üçte biri ise barınma ile ilişkili ayrımcılığa uğradıklarını beyan etmişlerdir (41). Barınma problemlerine ilişkin yayınlanmış çalışma sayısı oldukça azdır (42). Barınma koşulları sağlanan hastalarda yapılan çalışmalarda, ruhsal hastalığı olan kişilerin birçoğunun genellikle komşuları ile sorun yaşadıkları bildirilmiştir. Ruhsal hastalığı olan kişiler komşuları ile yaşadıkları sorunlarda çoğu zaman sözel tacize uğruyor olsalar da, değişik biçimlerde şiddet gördükleri bildirilmiştir (43).

c) Arkadaşlık, romantik ilişkiler, çocuk bakımı: Ruhsal hastalık tanısı almış olan kişilerin sosyal ilişkilerinin daha daralmış olduğu, sosyal çevrelerinin genellikle aile bireylerinden oluştuğu ve daha sıklıkla bağımlı özellikler gösteren ilişkiler kurduğu bildirilmiştir (44). Sosyal ilişkiler kurmakta zorluk yaşayan hastaların, sosyal ilişkiler kurabilen hastalara kıyasla hastane yatışlarının ve nükslerinin daha az olduğu çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir (45) (46)

Ruhsal hastalığı olan kişilerin, genç erişkinlik dönemlerinde çeşitli biçimlerde romantik ilişkiler kurmakta güçlük yaşadığı bildirilmiştir (47) Buna ek olarak cinsel eğitim, kontrasepsiyon yöntemleri, cinsel yolla bulaşan hastalıklar hakkında bilgilerinin daha az olduğu bir takım çalışmalarda gözlemlenmiştir (48). New York'ta yapılan bir çalışmada ağır ruhsal hastalıklar nedeniyle bakımevinde yaşayan erkek hastaların %19,4'ü HIV pozitifdir (49).

Ruhsal hastalık nedeniyle ağır yeti yitimi yaşayan hastaların karşılaştıkları önemli bir sorun cinsel taciz ve zorlamalardır. Ruhsal hastalığı olan kadın ve erkekler

üzerine yapılmış bir çalışmada cinsel taciz ve tecavüz öyküsü olan kadınların sayısı erkeklere kıyasla daha fazladır. Cinsel taciz ve tecavüz öyküsü olan kadınların bunu çocukluk çağında ve gençlik döneminde birden fazla kez yaşadığı bildirilmiştir (50). Bu sonuçlar kadın hastaların, ruhsal hastalıklarının yanı sıra travma ve etkileri ile baş etmek zorunda kaldıklarını göstermektedir (51).

Şizofreni tanısı konulmuş kişilerde yapılmış bir çalışmada, ülkeler arası farklılıklarla birlikte hastaların % 17'sinin evli olduğu bildirilmiştir (40). Arkadaşlık ilişkilerinde ve yakın ilişkilerde erkeklerin, kadınlara kıyasla daha içe kapanık, güvensiz ve asosyal oldukları bilinmektedir (52). Prospektif bir çalışmada ruhsal hastalığı olan erkeklerin prognozu kadınlara kıyasla daha kötü olduğu bildirilmiştir (53). Ruhsal hastalığı olan kişilerin evliliklerini yürütürken sorunlarla karşılaşma olasılıkları artmış olduğu belirtilmiş olsa da, evli olmanın özellikle şizofrenide iyi prognoza katkıda bulunduğu bildirilmiştir (23).

Ayrıca ruhsal hastalık tanısı konulmuş kişilerin evliliklerinin sonlanma olasılığının daha fazla olduğu, birçok ülkede medeni hukukun eşlerden birinde ruhsal hastalık ortaya çıkması durumunda, boşanmayı kolaylaştıran kanunlara sahip olduğu İngiltere'de yapılan bir kohortta bildirilmiştir (54).

Ciddi ruhsal hastalığı olan kadınların çoğu annedir. Ruhsal hastalığı olan kişilerin anneliği ödüllendirici bir deneyim olarak kabul ettiği bilinmektedir (55). Buna rağmen ruhsal hastalığı olan kadınların, boşanma neticesinde çocuklarla ilgili velayeti kaybetme olasılıklarının oldukça fazla olduğu saptanmıştır (56).

d) İstihdam: Meslek sahibi olmanın bireylere sağladığı birçok fayda vardır. Çalışmak; kişilerarası iletişim kurmayı kolaylaştırır, özsaygıyı artırır, kişinin ekonomik bağımsızlığını sağlar, kişiye dışsal amaçlar vererek hayatının anlamlı hale gelmesini sağladığı bilinmektedir (57). Buna rağmen ruhsal hastalığa sahip olmak, bireylerin istihdamını engelleyen en önemli faktörlerdendir (58). Londra'da yapılan bir çalışmada istihdam oranı %75 olmasına rağmen, bedensel engeli ve fiziksel hastalıkları olanların %65'inin, ruhsal hastalığı olanlarınsa %20'sinin istihdam edildiği gösterilmiştir (59). Aynı çalışmada şizofreni hastalarında bu oran %5'lere kadar düşmektedir (40). İşe alınma sürecinde yaşanan zorluklara ek olarak, ruhsal hastalığı olan bireylerin işte kalma olasılığı azdır. Londra'da yapılan bir başka

çalışmada ruhsal hastalığı olan kişilerin üçte biri işten çıkarıldığını ve istifaya zorlandıklarını belirtmiştir (60).

Dünyanın birçok ülkesinde serbest piyasa rekabetine dayalı bir çalışma sisteminin mevcut bulunması, ruhsal hastalığı olan kişilerin çalışma hayatında anlamlı bir sosyal rol alması güçleşmektedir. Ruhsal hastalığı olan birçok kişi çalışma isteğine rağmen mevcut rekabetçi çalışma ortamında kendine yer bulamamaktadır (61) (62).

Ayrıca birçok ülkede ruhsal hastalığı olan kişilere yapılan sosyal yardımlar birçoğunun tek gelir kaynağıdır. Ruhsal hastalığa sahip olan kişilerin istihdam edildiklerinde bu yardımlardan vazgeçmesi gerekmektedir. Bu durumun, hastaların iş aramama eğilimini güçlendirebileceği düşünülmektedir (63).

e) Yurttaşlık: Ruhsal hastalığı olan kişiler dünyanın birçok yerinde temel yurttaşlık haklarından mahrum kalmaktadırlar. Seçme ve seçilme, mülkün idaresi, sözleşme imzalama, evlenme, dava ile hak arama gibi birçok temel hakkın kaybı söz konusudur (64) (65) (66). Bu temel haklardan mahrum bırakılma “*medeni-yasal ölüm*” olarak nitelendirilmektedir (64).

Ülkelere göre hak kayıpları çeşitli boyutlarda değişkenlik göstermektedir. Bu nedenle Dünya Sağlık Örgütü 2005 yılında ruhsal hastalığı olan kişilerin temel haklarını konu eden bir bildirme yayınlamıştır. Bu bildirmede; seçme-seçilme, evlenme, çocuk sahibi olma, velayet, mülk edinme, çalışma ve istihdam, eğitim, seyahat özgürlüğü, ikametgah seçme, sağlık hizmetlerinden faydalanma, adli ve hukuk kuralları çerçevesinde yargılanma, imza, mali işlem yapma, ibadet hakkı gibi temel haklar vurgulanmıştır (67).

Ülkemizde Ruh Sağlığı Yasası'nın olmayışı nedeniyle belirtilen hakların ihlali ve çeşitli hak kayıpları söz konusu olabilir. Bu konuda yaşanma olasılığı olan hak kayıpları, istatistiksel verilerin yetersizliği nedeniyle tam olarak bilinmemektedir. Bu konuda yeterli veri olmadığı gibi çalışma da bulunmamaktadır. Türkiye Psikiyatri Derneği tarafından 2017 yılında hazırlanmış olan Ruh Sağlığı Yasa Tasarısı hala askıdadır (68).

f) Medya ve Ruhsal Hastalıklar: Toplumun ruhsal hastalıklarla ilgili görüşlerinin önemli bir bölümü yazılı ve görsel medyanın yansıttıkları üzerinden şekillenir (69). Gazetelerde ruhsal hastalıklarla ilgili çıkan haberlerin incelendiği birçok çalışma mevcut bulunmaktadır. Bu çalışmalara göre gazetelerde çıkan haberlerin ruhsal hastalığa sahip kişilerden bahsederken ele aldığı temalar; başkalarına yönelik tehlike, suç işleme, öngörülmezlik, kendine yönelik tehlike gibi olumsuz temalardır (70) (71) (72) (73). Bu haberlerin incelendiği bir çalışmanın sonunda belirtilen suçların büyük kısmının ruhsal hastalıkla veya ruhsal hastalığın belirtileri ile ilişkili olmadığı ortaya konulmuştur (74). Almanya’da yapılan bir çalışmada gazete ve dergilerde çıkan haberlerin çoğunun ruhsal hastalığın doğası ile ilişkili bilgilere yer vermediği, genellikle dikkat çekici suç hikayelerine odaklandığı belirtilmiştir (75).

Filmlerdeki ve romanlardaki durum pek farklı değildir. Film ve romanlardaki ruhsal hastalık temaları ağırlıklı olarak şiddete odaklanmıştır. Filmler üzerine yapılmış bir çalışmanın sonucunda belli "kalıp imajlar" elde edilmiştir. Katil manyak, baştan çıkarıcı kadın, sapık katil, narsisist erkek gibi olumsuz imajların çoğunun ruhsal hastalığı olan kişilere yakıştırıldığı bildirilmiştir (76).

Temel motivasyonu eğlenmek ve seyirci tarafından kabul görmek olan medyanın, ruhsal hastalıklarla ilgili stereotipler yaratmada önemli etkisinin olduğu düşünülmektedir (77). Öte yandan, kitle iletişim araçlarının, olumsuz kalıp yargıların yıkılması ve ruhsal hastalıkları olan kişilerin topluma yeniden entegre edilmesi konusunda da önemli roller oynayabileceği düşünülmektedir (78).

2.2.3. Şizofreni ve Damgalanma

Yurtdışı kaynaklı çalışmalarda, şizofreni hastaları ile yakın ilişki kurmaktan kaçınıldığını ve şizofreni tanısı alan hastaları dışlama eğiliminde olduğunu açık olarak gösterilmiştir. Ülkemizde ise şizofreni hastalığı ve damgalanma ile ilişkili çalışmalara daha geç başlanmıştır (3).

Etyolojiye dair inanışların toplumun korku duygusunu besleyerek damgalanma düzeylerini arttırdığı düşünülmektedir. 1960'lara kadar şizofreninin etyolojisinden doğüstü güçler sorumlu gösterilmekte olduğu bilinmektedir. Şizofreninin etyolojisinde kişilik özelliklerinin gösterilmesinin, hastalığın ortaya

çıkışında kişinin sorumluluğu olduğunun düşünülmesinin ve özellikle şizofreniyi bir beyin hastalığı olarak görmenin şizofreni tanısı alan kişilerin sosyal kabulü açısından daha olumsuz sonuçlara neden olduğuna dair kanıtlar mevcuttur (79).

1989'da Eskin ve arkadaşları tarafından Türkiye'nin güneybatısında bir köyde yapılan ruhsal hastalıkların nedenlerinin sorulduğu bir çalışmada katılımcılar sebep olarak en sık psikolojik faktörleri işaret etmişlerdir. Tıbbi nedenler üçüncü sırada seçilmiştir (80).

1996 yılında Arkar ve Eken tarafından hasta yakınları üzerinde yapılan bir başka çalışmada şizofreni etyolojisinde en sık işaret edilen faktörlerin sırasıyla psikolojik, sosyal ve organik nedenler olduğu belirtilmiştir (81). Bildirilen sonuçlar 1985 yılında Eker'in yaptığı çalışmadaki sonuçlarla uyumludur (82).

2000 yılında Karancı'nın şizofreni tanısı almış kişilerin yakınlarında yaptığı bir çalışmada, etyolojik neden olarak sırayla en sık stres veren yaşam olaylarını, aile çatışmalarını, hastanın stresörlerini ve kişilik özelliklerini daha ön planda sorumlu tuttıkları saptanmıştır (83).

Şizofreninin sağaltımına bakışın değerlendirildiği çalışmalarda sonuçlar daha olumludur. 1996 yılında Arkar ve Eker tarafından yapılan bir çalışmada hasta yakınlarının büyük çoğunluğunun tedavinin gerekliliğini kabul ettiği bildirilmiştir (81).

2000 yılında İstanbul'da yapılan diğer bir çalışmada katılımcıların %91'inin sağaltım için psikiyatri hekimlerine başvurması gerektiğini düşündüğü ortaya çıkmıştır (84).

Şizofreni sağaltımı konusunda ülkemizde özellikle kırsal kesimde yaşayan kişilerin damgalanma korkusu yaşamalarının sonucu olarak psikiyatri başvurusundan kaçındığı, bu nedenle tıp dışı geleneksel iyileştiricilere başvurdukları bildirilmiştir (85).

Ayrıca ülkemizde yapılan çalışmalarda hastaların şizofreniyi bir beyin hastalığı olarak değerlendiren kişilerin tedavi ve prognoz konusunda daha olumlu baktıkları, şizofreninin tedavi edilebilir ve iyileşebilir bir hastalık olarak değerlendirdikleri bildirilmiştir (86).

Gelişmekte olan ülkelerde şizofreniye bakış daha hoşgörülüdür ve hastaya yönelik daha fazla destek bulunmaktadır. Olasılıkla, üretim ilişkilerinde tarımın

egemen olması, geniş aile yapısı içinde çocuklarla sıkı bağların oluşturulması, hastalığın nedenini açıklamada dış güçlere dayanma bu hoşgörünün nedenini oluşturmaktadır. Ancak gelişmekte olan ülkelerde de kentleşmenin giderek artması hastalara karşı tutumları değiştirmektedir (87).

1970'lerden sonra gelişmekte olan ülkelerde yapılan şizofreniyle ilgili çalışmalarda, hastalığın gidişatı ve sonlanmasının bu ülkelerde batı ülkelerine kıyasla daha iyi olduğu ortaya konmuştur. Bu çalışmalar Mauritius, Hong Kong, Candigar ve Sri Lanka'da gerçekleştirilmiştir. Hem 2, hem de 5 yıllık izlemlerde, gelişmiş ülkelere kıyasla gelişmekte olan ülkelerde daha yüksek oranda hasta bu hastalıkla ilgili "en iyi" gidişi göstermiştir (88).

Ruhsal hastalık tanısı alan kişilerde damgalamayı etkileyen faktörleri şöyle özetleyebiliriz (3);

1. Psikopatolojinin tipi: "Şizofreni" tanısının damgalayıcılığı diğer ruhsal hastalıklara kıyasla daha yüksektir
2. Psikopatolojinin belirti ve bulguları, bulguların tipi, iletişime açık olup olmadığı, hastanın dış görünüşü.
3. Saldırganlık gösterme ve çevresi için tehlike yaratma riski.
4. Hastalığın ortaya çıkmasında hastanın sorumluluğu olduğuna dair toplumsal inanç.
5. Sosyal izolasyon.
6. Erkek olma.
7. Bir azınlığa mensup olma.
8. Hastanede yatarak tedavi görmüş olma.
9. Negatif belirtiler.
10. Yazılı ve görsel basın tarafından yaratılan negatif imajlar.

2.3. İçselleştirilmiş Damgalanma ve Damgalanma Algısı

Ruhsal hastalık tanısı almış kişilerin, psikiyatriye başvurup tanı aldıktan sonra açık bir ayrımcılığa veya kötü muameleye maruz kalmasalar bile kendilerini damgalanmış olarak hissettikleri görülmüştür. Hastalarda; durumundan utanma, yetersizlik, olumsuz stereotiplerde artma, sosyal ilişkilerden uzak durma ve değersizlik düşüncelerinde artış gibi duygu ve tutumlar ortaya çıkmaktadır. Hastanın aldığı tanının damgalayıcı içeriği ne kadar yüklüyse bu belirtilerin şiddeti de o kadar yoğun olmaktadır. İçselleştirilmiş damgalanma ruhsal hastalığı olan bireylerin yaklaşık olarak üçte birini ileri düzeyde etkileyen, oldukça yaygın görülen bir durumdur. (3).

İçselleştirilmiş damgalama, damgalanan bireylerin kendilerine yönelttiği tepkiler bütünüdür. İçselleştirilmiş damgalama “ruh sağlığı problemi olan kişiler diğer insanlarda öfke, korku, alay, küçük görülme gibi olumsuz bir takım duygular ortaya çıkarırlar” şeklindeki inançtan ileri gelmektedir. Bu durum, kişinin sosyal etkileşiminin azalmasına ve buna bağlı çeşitli olumsuz durumlara neden olur (89).

Ruhsal hastalığı olan kişiler kendilerini toplumdan önce damgalanmışlar. Horwitz 1978’de damgalamanın ilk olarak kişinin kendisinden ve yakın çevresinden başladığını ileri sürer (90). Cumming’e göre (1965) damgalama ve damgalanma bir ego zedelenmesidir ve damgalayan ve damgalanan arasındaki karşılıklı etkileşimin ürünüdür (91).

Toplumsal damgalanma içselleştirilmiş damgalanmadan sıklıkla bağımsız olarak ortaya çıkabilir. Kişinin ruhsal hastalık tanısı almasıyla birlikte kişide daha öncesinde mevcut bulunan stereotipler canlanır. Kişinin zihninde var olan stereotipler ne kadar olumsuzsa, kişinin algıladığı damgalanma da o kadar yüksektir. İçselleştirilmiş damgalanma hastanın maruz kaldığı toplumsal kötü muamele ve dışlanmadan bağımsızdır (3).

Hastanın sahip olduğu stereotipler değersizlik, utanma, gizlenme isteği ve sosyal temastan kaçınmaya neden olur. Ruhsal hastalık tanısı alan kişiler de toplumun diğer üyeleri gibi toplumsal stereotiplerden etkilenirler. Olumsuz stereotipleri kabullenmeleri sonucunda kendilerini bu düşüncelerin hedefi haline getirirler. Hatta zaman içinde bu kalıp yargıları hak ettiklerini düşünürler ve utanç, ümitsizlik ve yetersizlik gibi duygular hissederler (92).

Ruhsal hastalık tanısı almış kişilerin, ruhsal hastalığı olan kişiler ile ilişkili oluşturduğu olumsuz imaj yine toplumdan beslenir. Medya tasvirleri, ailesel ortam arkadaşlık ilişkileri ve kültürü etkileyen faktörlerin etkisi ile oluşmuş bir ruhsal hastalık imajı toplumu etkilediği gibi ruhsal hastalığı olan kişileri de etkiler. Bunun sonucu olarak, ruhsal hastalık tanısı almış kişiler diğer insanlar tarafından arkadaş, eş, komşu, çalışan olarak kabul edilemeyeceğini düşünür (93).

Ruhsal hastalık tanısı alan kişiler damgalanmış bir gruba mensup olduklarının farkındaysa ve bu kişilerde de toplum gibi olumsuz kalıp yargılar mevcutsa, kişilerin kendilik algısını ve baş etme mekanizmalarını olumsuz etkiler (94).

Toplumsal deneyimlerden bağımsız olarak, ruhsal hastalık tanısı alan kişinin, damgalandığını düşünmeye başlaması “*Damgalanma Algısı*” olarak tanımlanır. Bu duygu gerçekte toplumsal dışlamanın eşlik etmediği bir durumu tariflese de süreç içerisinde dışlayıcı yaklaşımlarla pekişir ve zarar verici boyutlara gelebilir (3).

Kendisi ile ilgili olumsuz yargıları olan ve benlik saygısı düşük olan kişilerde damgalanma algısı daha fazladır (7).

2.3.1. İçselleştirilmiş Damgalanmanın Sosyal Bilişsel Modeli

Toplum damgalaması gibi içselleştirilmiş damgalama da; stereotipiler, önyargılar ve ayırmadan oluşmaktadır. Tanı almadan önce kişide mevcut bulunan stereotipiler kişinin ruhsal bir tanı almasıyla harekete geçer. Kişinin sahip olduğu bu düşünceler aslında toplumsal bir kanaatin hasta bireydeki görüntüsüdür. Olumsuz basmakalıp düşünceler zamanla bireyin önyargılarını harekete geçirir. Bu önyargılı düşünceler olumsuz duygusal tepkilere dönüşür. Ruhsal hastalık tanısı almış olan kişi zamanla yetersizlik, suçluluk gibi olumsuz duygular hissetmeye başlar ve zamanla kişinin benlik saygısı azalır. Bu olumsuz duygular zamanla davranışlara dönüşmeye başlar. Kişi bu önyargılardan kaynaklı çaba harcamaya gönülsüz hale gelir. Örneğin daha öncesinde “ruhsal hastalığı olan kişiler kendilerine bakmak konusunda yetersizdir” gibi bir olumsuz stereotipiye sahip olan kişi, zamanla bu düşünceyi benimsemeye başlar. “Ben kendime bakmak konusunda yetersiz ve güçsüzüm” şeklinde düşünmeye başlar ve bu düşünceyi kabullendikçe kendi başına yaşama, çalışma gibi olanakları reddeder yada bu olanakları yaratmak için çaba harcamaz (9).

İçselleştirilmiş damgalanma ve toplumsal damgalanma arasındaki farklılıklar aşağıdaki **Tablo 1**'de gösterilmiştir. (9)

TABLO 1: İçselleştirilmiş Damgalanma ve Toplumsal Damgalanmanın Karşılaştırılması		
	<i>Toplumsal Damgalanma</i>	<i>İçselleştirilmiş damgalanma</i>
<i>Stereotipiler:</i>	Bir grubu hedef alır	Kişinin kendisini hedef alır
<i>Önyargılar:</i>	Damgalanan kişiye karşı öfke ve korku	Düşük benlik saygısı, utanç, değersizlik, yetersizlik
<i>Davranışlar yanıtı:</i>	Damgalanan kişiyi uzak tutmak, izole etmek	Toplumdan uzak durmak, yardım arayışında azalma

2.3.2. Damgalanma Algısını Etkileyen Faktörler ve İlgili Çalışmalar

Damgalanma algısını etkileyen faktörler içinde en önemlisi içselleştirilmiş damgalanma düzeyidir. İçselleştirilmiş damgalanma düzeyi ne kadar fazlaysa, damgalanma duygusu da o kadar fazladır.

Link ve arkadaşları 2002 yılında yaptıkları bir çalışmada, benlik saygısı ve damgalanma algısı arasında negatif korelasyon olduğunu ileri sürmüştür. Çalışmada, hastalık başlangıcından önceki işlevselliğe dönemeyen hastaların damgalanma algısının daha yüksek olduğu bildirilmiş, bu durumun damgalanma algısının yüksekliğinin yeti yitimini arttırması ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür (95).

Hastalıklar konusunda daha fazla objektif bilgiye sahip olan kişilerin damgalanma algısı daha düşük bulunmuştur. Ayrıca hastanın aldığı tanının damgalayıcı içeriği ne kadar fazlaysa damgalanma düzeyi de o kadar fazladır (3).

Topluma ait özellikler damgalanma algısını etkiler. Göçmenler, azınlık ırktan olanların daha yüksek düzeyde damgalanma yaşadıkları bilinmektedir. Kırsal kesimde yaşayan kişilerde de benzer şekilde damgalanma düzeyleri artış göstermektedir. Taşrada yaşayan bireyler kentteki insanlarla benzer düzeylerde

ayrımcılığa maruz kaldıkları halde, kentlilere göre daha fazla damgalanma hissetmektedirler (96).

Hastanede yatarak tedavi görmek damgalanma algısını arttırmakta olup, yatış sırasında EKT yapılması (97), Lityum kullanımı damgalanma algısını daha yüksek boyutlara çekmektedir. Benzer şekilde sürekli psikotrop kullanımı damgalanma algısını arttırmakta olup, bu hasta gruplarında ilaçla başarılı bir tedavi süreci sağlanmış olsa bile damgalanma algısı ilerleyen dönemlerdeki bozulmalardan sorumlu bulunmuştur (3).

Doğu Almanya'da yapılan bir çalışmada, şizofreni tanısı almış kişilerle yapılan mülakatlarda hissedilen damgalama ve toplumsal damgalama karşılaştırılmıştır. Yapılan mülakatların sonucunda hastaların büyük kısmı işyerlerinde somut olarak ayrımcılık deneyimlememiş oldukları halde, çalıştıkları yerlerde olumsuz tutumlarla karşılaşma beklentileri vardı. Ayrıca kentte yaşayan hastalar, taşrada yaşayanlara kıyasla benzer düzeyde ayrımcılık deneyimi yaşamış olsalar bile, taşrada yaşayanların damgalanma beklentisinin daha fazla olduğu bildirilmiştir (98).

Teksas'ta yapılan bir araştırmada ayrımcılık beklentisi olan hastaların, ayrımcılığa karşı kendini savunma ve stereotipleri reddetme konusunda daha isteksiz oldukları bildirilmiştir. Bu çalışmanın bulgularına göre ayrımcılık beklentisi olan hastaların stereotipleri kabullenmeye daha yatkın oldukları sonucuna varıldığı belirtilmiştir (99).

Yunanistan'da yapılan bir çalışmada, damgalanmaktan korunma isteği nedeniyle hastaların yarısından fazlasında, tedavi arayışının olmadığını tespit edilmiş, bu durumun taşrada yaşayan hastalarda daha fazla olduğu bildirilmiştir (100).

Avusturya'da yapılan bir taramada hastaların çoğu yakınları ruhsal hastalık tanısı alırsa psikiyatriye görünmesini tavsiye etmeyeceğini ifade ettiği belirtilmiştir (101).

Manhattan'da yapılan bir çalışmada, beş ayrı gruba ruhsal hastalık tanısı konulmuş kişilerin değersizleştirilmiş hissedip hissetmediği sorulmuş, bu gruplar; yakın zamanda psikiyatrik tanı alanlar, uzun süredir tanı almış olanlar, ruhsal hastalık öyküsü olanlar, ruhsal hastalık belirtileri olan ancak tedavi görmeyenler, ruhsal

hastalık tanısı almamış kişiler olarak gruplandırılmış, sonuç olarak bütün gruplarda ruhsal hastalık tanısı konulmuş olan kişilerin değersizleştirildiğini, gruplar arasında çok az görüş farklılığı olduğu bildirilmiştir. Bu durum damgalanma beklentisinin hastalığın seviyesi ile ilişkili olmadığı sonucuna varılmıştır (102).

ABD’de 1300 kişi üzerinde yapılan bir başka çalışmada çıkan sonuçlarda ise; hastaların çoğunun olumsuz bir durumla karşılaşmaktan endişe duyduğu, yazılı ve görsel medyada kırıncı mesajlara rastladığı, hastalıklarını başkalarına söylemekten kaçındığı, diğer insanların onları yetkin bulmadığını ve değersizleştirdiğini hissettiklerini, çoğu zaman dışlandıklarını veya yok sayıldıklarını ve çevresindeki insanlar tarafından onlara hayattaki beklentilerini azaltmalarının tavsiye edildiğini ifade ediyor oldukları bildirildi. Aynı çalışmada, şizofreni tanısı almış olan hastalarda; hastaların %95’inin damgalanma deneyiminin kişisel etkilerini hissettikleri bildirilmiştir. Bu etkiler; %33 öfke, %28 acı, %18 çökkünlük, %17 hayal kırıklığı olarak bildirilmiştir. Hastaların %50’si özgüven ve öz saygılarını yitirdiklerini, %33’ü sosyal ilişkilerden kaçındıklarını, %25’i ise iş başvurusu yapmak konusunda isteksizlik yaşadıklarını ifade ettiği bildirilmiştir (103).

Kanada’da yapılan bir çalışmada, toplum içinde tedavi gören ve yoğun destek almış olan hastaların, buna rağmen diğer insanların kendilerini reddettiğine dair inançlarının olduğu bildirilmiştir (104).

New York’ta yapılan bir çalışmada, damgalanma algısının yüksek olduğu hasta gruplarında depresif belirtilerin daha fazla olduğu, öz saygı, hayat doyumu ve istihdam beklentisi konusunda daha fazla zorluk yaşadıkları bildirilmiştir (105).

ABD’de yapılan bir çalışmada, ruhsal hastalığı olan bireyin tanıdığı kişilerin ruhsal hastalığının olduğunu düşündüğü takdirde, davranışlarında değişiklikler olduğu bildirilmiştir (106).

San Francisco’da bir araştırma grubu, ağır ruhsal hastalık tanısı almış olan kişilerin yaklaşık üçte birinin içselleştirilmiş damgalanma hissettiğini tespit etmiştir. İçselleştirilmiş damgalanmanın üç temel unsuru olduğunu ifade etmişlerdir. Bunlar; yabancılaşma, stereotipilerin onaylanması, sosyal çekilmedir. Ayrıca yazarlar, bu unsurların yüksek depresyon oranı ile ilişkili olduğunu ve yabancılaşmanın düşük öz saygı seviyesinin öngördürücüsü olduğunu belirtmişlerdir (92).

İçselleştirilmiş damgalanmadaki sosyal çekilmeyi, negatif belirtilerde görülen sosyal çekilmeden farklı tanımlamak gerektiği, damgalanma beklentisi olan kişilerin diğer insanlarla kuracağı ilişkilerdeki potansiyel olumsuzlukları bertaraf etmeleri için aktif bir eylem olduğu bir başka çalışmada ifade edilmiştir (107).

2.3.3. İçselleştirilmiş Damgalanma ve Kimlik

Ruhsal hastalığı olan kişiler, hastalıklarına bağlı belirtileri zamanla kimliklerinin ana bileşeni hatta tek özelliği olarak kabul etmeye başlarlar (108). Kişinin kendine dair birçok önemli niteliklerini görmezden gelerek kendisini sadece "ruhsal hastalığı olan birisi" olarak görmeye başlaması, kişinin ve ötekilerin gözünde daha düşük bir sosyal değer görmesine neden olmaktadır. Burada iki yönlü bir süreç vardır. Bu ayrımcılık toplumdaki gelebileceği gibi kişinin kendisinden de kaynaklanabilir. Kişi ötekilerin hastalığını bildiğine dair bir endişe hissederek kötü bir performans sergileyebilir (109) (110).

Ruhsal hastalık nedeniyle tedavi alma öyküsü olan öğrenciler üzerine yapılan bir dizi çalışmada, mantık testi uygulanmış ve tıbbi öyküsünün gizlendiği belirtilen öğrencilerin testlerde daha başarılı olduğu görülmüştür (111).

Ruhsal hastalığı olan bir kişinin sosyal kimliği kişinin öznel algısından ve başkalarından bekledikleri tepkilerden etkilenir. Bu iki taraflı etkileşim; yoksulluk (112), toplumsal ötekileşme (113), sosyal geri çekilme (114) gibi olumsuz sonuçları doğurabilir. Ayrıca kültürel ve coğrafi farklılıklardan etkilendiği belirtilmiştir. (115) (108).

2.3.4. İçselleştirilmiş Damgalanma ve Şizofreni

İçselleştirilmiş damgalanma ruhsal hastalık tanısı almış olan kişileri çok boyutlu etkiler. Damgalanma hissi yaşayan hastaların verdiği yanıtlar; bilişsel (engelleme düşünceler, aşağılık hissi, yetersizlik, kendilik ile ilişkili negatif algı), duygusal (umutsuzluk, üzüntü, utanç, öfke) ve davranışsal (kendini küçük görme, sosyal kaçınma, sosyal geri çekilme, izolasyon, ruhsal hastalık öyküsünü gizleme) alanlar gibi değişik boyutları içerir (116) (117).

Psikotik bozukluk spektrumundan tanı almış hastaların üzerine yapılan çalışmalarda, homojen olmayan hasta gruplarında içselleştirilmiş damgalanma hisseden hastaların sıklığını % 20.0 -% 41.7 arasında olduğu bildirilmiştir (118) (119).

Şizofreni hastalarındaki içselleştirilmiş damgalanma, şizofreninin genel semptomları(pozitif ve negatif semptomlar), yüksek içgörü, düşük dikkat, düşük benlik saygısı, kadın cinsiyet, genç olma, umutsuzluk, kişiler arası ilişkilerin azalma, depresif semptomlar, düşük yaşam kalitesi, mesleki işlevselliğin azalması, kaçınan başa etme mekanizmasına sahip olma, sosyal kaçınma, psikolojik iyilik halinin düşük olması, olumsuz sonuçlar ve toplumsal kaygı bozukluğu ile koreledir (118) (119) (120) (121) (122) (123).

Margetic ve arkadaşlarının 2010 yılında yaptığı bir çalışmada, şizofreni hastalarında yüksek zarardan kaçınma ve düşük öz-yönetime sahip mizaç ve karakter özelliklerinin içselleştirilmiş damgalamanın öngördürücüsü olduğunu bildirmiştir (124).

2.4. Çocukluk Çağı Travmaları

2.4.1. Tanım

Çocukluk çağı travması, yaşamın erken dönemlerinde karşılaşılan ve çocuğun fiziksel, ruhsal ve sosyal gelişimini doğrudan ya da dolaylı etkileyen bir takım olumsuz yaşantıları içeren geniş bir kavramdır. Bu nedenle çocukluk çağında yaşanan travmalar birkaç başlık altında incelenecektir. Çocuğun yaşamını ve bedensel bütünlüğünü tehdit eden, insan eliyle gerçekleşmeyen, beklenmedik olaylar (doğal afet, kaza ve cinayet vb) çocukluk çağı travmalarının bir bölümünü oluşturur (125) (126). Çocukluk çağında, çocuğa bakım vermekle yükümlü veya yabancı kişilerce gerçekleştirilen ve çocuğun fiziksel, duygusal, cinsel gelişimini olumsuz etkileyen uzun süreli, tekrarlayıcı şiddet içeren davranışlar veya çocuğu ihtiyaç duyduğu bakımdan mahrum bırakan tutumlar ise çocukluk çağı travmalarının bir diğer boyutunu oluşturur (127) (128) (129).

2.4.2. Tarihçe

Çocuk istismarının geçmişi tarihin başlangıcına dayanır. Buna rağmen bu durum son yüzyılda dikkat çekmeye ve tanımlanmaya başlamıştır (130) (131). Tıbbi literatüre girişinden önce edebiyata konu olan çocuk istismarı, Charles Dickens ve Victor Hugo gibi edebiyatçıların ilgisini çekmiştir. Tıbbi literatüre girişi ise 1860 yılında Tardieu tarafından tanımlanmıştır (132) (133). Caffrey ilk defa 1946'da subdural hematoma ve kırıklarla çocuk istismarı arasında bir ilişkiye dikkat çekmiştir. 1962 yılında Kempre ilk defa "hırpalanmış çocuk" olarak adlandırma kullanmış ve bu adlandırma zamanla yerini "çocuk istismarı kavramına bırakmıştır (130) (132) (134). 1989 yılında Birleşmiş Milletler tarafından Çocuk Hakları Sözleşmesi kabul edilmiş ve çocuklara bakım vermekle sorumlu olan kişilerin kötü muamelesinden koruyarak çocukların gelişimini güvence altına alma yükümlülüğünü ortaya koymuştur (135). Coffey ve arkadaşları 1972 yılında bu tanımları genişleterek bebeğe yönelik ihmal ve istismardan söz etmişlerdir (136) (137). Böylece çocukluk çağı travması kavramı zaman içinde dönüşerek aktif şiddet eyleminden, ihmali içeren bir eylemsizlik olgusuna kadar uzanan bir yelpazede tanımlanmaya başlamıştır. Dünya

Sağlık Örgütü ve UNICEF'in katkısıyla çocukların fiziksel, ruhsal ve sosyal bütünlüklerine yönelik tehditler daha net olarak tanımlanmış; böylece çocuk ihmali ve istismarı daha görünür hale gelmiştir.

Çocukluk çağı travmasının bir kavram olarak açıklanmasının önünde bir takım engeller mevcuttur. Farklı kültürleri içeren geniş kapsamlı çalışmalarda çocuk bakımının özelliklerinin kültürler arası farklılıklar gösterdiği, bir kültürde travma olarak algılanabilecek tutumların, diğer kültürde gelenek olarak değerlendirildiğini bildirmiştir (138) (139) (140).

2.4.3. Epidemiyoloji

Dünya Sağlık Örgütü verileri erişkinlerin çocukluklarında %23'ünün fiziksel istismara, %36'sının duygusal istismara, %16'sının fiziksel ihmale, kadınların %18'inin, erkeklerin %8'inin çocukluk çağlarında cinsel istismara uğradığını bildirmektedir. Ayrıca birçok ihmale bağlı çocuk ölümlerinin raporlanmamasına bağlı karanlıkta kalması ile birlikte, her yıl 15 yaş altı 41000 çocuğun istismar nedeniyle hayatlarını kaybettiği bildirilmiştir (141). 2010 yılında ülkemizde UNICEF tarafından yapılmış olan araştırmada 7-18 yaş aralığındaki çocuklarda duygusal istismarın %49, fiziksel istismarın %56, cinsel istismarın %10 oranında olduğu saptanmıştır (142).

Çocukluk çağı istismarı ve ihmaliyle ilgili çalışmaların sayısı azdır. Bunun nedeni çocuk istismarı ve ihmalinin tespitindeki zorluklar ve olguların bildirimiminin ve kayıt sistemlerinin yetersiz olması gibi problemlerdir (143). Ailelerin çoğu hala çocuklarını cezalandırırken şiddet uygulamakta olduğu için birçok olgunun bildirimini yapılamamaktadır (144) (145). Bu nedenle genellikle karşılaşılan olgular ağır şiddet olguları ve ölümlerdir (146).

Sağlık personelleri çoğu zaman bilgi eksiklikleri nedeniyle olguları bildirmediği birkaç çalışmada saptanmıştır. Gölge ve arkadaşlarının 2012 yılında ülkemizde yaptıkları bir çalışmada, doktorların %70'inin, hemşirelerin ise %54'ünün çocuk istismarı kuşkusu yaşadıklarında ne yapacaklarını bilmediği saptanmıştır (147).

Olguların hissettikleri korku, suçluluk ve kaygı gibi duygular da bildirimlere engel olan diğer nedenlerdendir (148). Özellikle erkek çocukları bu duyguları daha derin yaşadığından, erkeklerde saptanan olgular “buzdağının görünen kısmıdır”. Bu nedenle erkek çocuklarında istismarlar komplike olur ve ilerleyen dönemlerde ruhsal sorunların sebebi olabilmektedir (149). Cinsel istismara uğrayan erkek çocuklarının yetişkinlik dönemlerinde özkıyım, alkol ve madde kullanım sorunları ve depresif şikayetlerin görülme olasılığının artmış olduğu bildirilmiştir (150).

Çocukluk çağı istismar ve ihmali açısından riskli grupları belirlemek, ortaya çıkma riski olan ruhsal bozuklukların önlenmesi açısından önemlidir (151). Bedensel ve zihinsel engeli olan, evlilik dışı doğan, savaş ve göç mağduru olan, sosyoekonomik düzeyi düşük olan ailelerin çocukları, alkol ve madde bağımlısı ailenin çocukları, istenmeyen gebelik neticesinde doğan, üvey anne ve babayla yaşayan çocuklar özellikle risk altındadır (152) (153).

2.4.4. Çocukluk Çağı Travma Türleri

Çocukluk çağı travmaları kapsamında fiziksel istismar, duygusal istismar, cinsel istismar, fiziksel ihmal ve duygusal ihmal ele alınacaktır.

Fiziksel istismar; çocuğun, aile dışı en az 5 yaş büyük veya aile üyesi en az 2 yaş büyük bir kişi tarafından, kasıtlı olarak beden bütünlüğünün bozulması sonucu fiziksel olarak örselenmesidir. Tespit edilmesi en kolay olan istismar tipidir (154). En sık fiziksel şiddet biçiminde karşımıza çıkmaktadır. Ailenin nasıl olduğunu açıklayamadığı morluklar şüphe oluşturmaktadır. Çeşitli yaralanma tipleri, kesiler, zehirlenme, havasız bırakma şeklinde karşımıza çıkabilir. Ek olarak bir odaya kapatarak izole etme, bağlama şeklinde de olabilir (134).

Fiziksel istismarda motivasyon genellikle çocuğu terbiye etmek veya ceza vermektir (155). Türkiye’de yapılan araştırmalar çocukların fiziksel istismarının genellikle anne tarafından uygulandığını bildirmiştir (156) (157). Dünya Sağlık örgütü 2002 yılında erkek çocuklarının kız çocuklarına kıyasla daha fazla fiziksel istismar gördüklerini bildirmiştir. Ancak Türkiye’deki çalışmalarda cinsiyetler arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır (158).

Bilir ve arkadaşlarının yaptığı geniş örneklemlili bir çalışmada çocukların %62'si fiziksel istismara uğradığı saptanmıştır (157). Dünya Sağlık Örgütü 2006 yılında çocukların %25-50'sinin fiziksel istismara uğradığını bildirmiştir.

Duygusal istismar; bakım verenin kasıtlı ya da kasıtlı olmadan azarlamak, suçlayıcı ve kırıcı biçimde muamele etmek, incitici lakaplar takmak, alaycı konuşmak, ruhsal ihtiyaçlarını karşılamamak şeklinde karşımıza çıkar. Çocuğun ruhsal gelişimini olumsuz etkiler (14). Duygusal istismar fark edilmesi en zor olan istismar tipidir (159). Buna rağmen en yaygın görülen ruhsal travma tipi duygusal istismardır (137). Kız çocuklarının erkek çocuklarına kıyasla daha sık duygusal istismara uğradığı bildirilmiştir (160).

Ülkemizde çocuk istismarı türleri arasında en sık rastlanan istismar türü duygusal istismardır (161). Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu (1998), ülke genelinde yaptığı çalışmanın sonucunda duygusal istismarın yaygın bir durum olduğunu ve birçok sosyo-ekonomik değişken ile ilişkili olabileceğini raporlamıştır (156). Zoroğlu ve arkadaşları (2001) duygusal istismarın oranını %26 olarak raporlamıştır (137). Duygusal istismar ülkemizde olduğu gibi tüm kültürlerde yaygın olan bir travma tipidir (162). Duygusal istismarın genellikle çocuğun yakın çevresindeki kişiler tarafından yapıldığı bildirilmiştir (163).

Cinsel istismar; çocukların yetişkin veya çocuktan en az 6 yaş büyük birisi tarafından cinsel doyum alma amacıyla çeşitli biçimlerde araçsallaştırılmasıdır. (143) (164). Cinsel istismar olguları adli, tıbbi ve toplumsal bir sorundur (165). Her türlü sosyokültürel yapıda ortaya çıkma riski vardır (166). Eğer cinsel istismar çocuğa bakım veren kişilerce yapılıyorsa "ensest", diğer kişiler tarafından yapılıyorsa "pedofili" olarak adlandırılır (167). Cinsel istismar kavramı salt penetrasyonu ifade etmez. Dokunma, sürtünme, cinsel uyarılma amaçlı çocuğu gözetleme veya çocuğa cinsel organını gösterme veya pornografik görüntülere maruz bırakma şeklinde ortaya çıkabilir (168). Cinsel istismar olgularının saptanması oldukça zordur ve ancak %15'i bildirilmektedir. 2017 yılında Sofuoğlu ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada kız çocuklarının %33'ünün cinsel istismara uğradığı ve cinsel istismara uğrayan kız çocuklarının %15'inde istismarın aile üyeleri tarafından yapıldığı bildirilmiştir (169).

Duygusal ihmal; bakım verenlerin çocuğun ruhsal ve sosyal ihtiyaçlarını kasıtlı veya kasıt olmadan karşılamamasıdır (170). Çocukluk çağı ihmali lise öğrencileri arasında %17, üniversite öğrencileri arasında %8 civarındadır (171). Dünya genelinde duygusal ihmalin yaygınlığı 184/1000 olarak bildirilmiştir (172).

Fiziksel ihmal; çocuğun gelişimi için gerekli olan fiziksel bakımın karşılanmaması veya geç karşılanmasıdır. (Çocuğun örselenme riski olan durumlardan sakınılmaması, temizliğinin sağlanmaması, tedavilerinin aksatılması gibi.) Dünya Sağlık Örgütü'nün 2002 yılındaki verilerine göre dünya genelinde çocukların %23'ü fiziksel ihmale uğramaktadır. Türkiye'de yapılan bir çalışmada; annelerin kabaca üçte birinin çocukların fiziksel ihtiyaçlarını karşılamadığı ve hastalık durumunda sağlık hizmetlerinden faydalanmasını sağlamadığı bildirilmiştir (129).

2.4.5. Risk Faktörleri

Çocuk istismarının ortaya çıkması için dört önemli unsurun bir araya gelmesi gerekmektedir. İstismara riskli ebeveynlerin olması, risk altında çocuğun olması, risk oluşturan bir sürecin/zaman aralığının olması, bir pekiştireç olarak toplumsal toleransın olması çocuk istismarının ortaya çıkması açısından riskli olguların çekirdeğindedir (132).

2.4.5.1. Riskli ebeveynler:

Çocuk istismarları olgularının büyük kısmının sorumlusunun ebeveynler olduğu belirtilmiştir. Sosyoekonomik açıdan düşük gruplarda gerçekleşme ihtimali daha fazla olduğu düşünülmektedir. Genellikle istismar olgularının sorumlusu anneler olsa da babanın işsiz olduğu durumlarda, babalar annelerin sayıca önüne geçmektedir. Anne ve babada alkol ve madde kullanım bozukluğunun varlığının istismar riskini arttırdığı bildirilmiştir (130) (133).

2.4.5.2. Risk altındaki çocuklar:

İstenmeyen gebelik sonucu doğan, anne ve babanın istediği cinsiyette olmayan, çatışmalı ilişkilerin çocukları, fiziksel ve zihinsel engeli olan, boşanmış ailelerde olan çocukların daha sık istismara uğradığı çeşitli çalışmalar sonucunda

bildirilmiştir (143) (173). Ayrıca kurumlarda kalan çocuklar istismar açısından risk altındadır (174).

2.4.5.3. Risk ortaya çıkaran süreç:

Ebeveynler için stres oluşturan ve çatışma yaratan bütün durumlar çocuk istismarı açısından risk oluşturur. Ekonomik sorunlar, ailevi çatışmalar, hastalıklar ve kayıplar buna örnek verilebilir (143).

2.4.5.4. Toplumsal Pekiştireçler:

Çocuk istismarını ortaya çıkaran faktörlerin en önemlileridir. Toplumsal şiddet olguları, savaş ve suç oranları çocuk istismarını kolaylaştırır. Bir disiplin yöntemi olarak şiddetin meşrulaşmasının olguların bildirilmesini azalttığı saptanmıştır. Ayrıca sosyal destek sistemlerindeki güçlükleri koruyucu sağlık hizmetlerin yetersizliği de vakaların tespit edilmesini ve erken müdahale edilmesini zorlaştırdığı bildirilmiştir (146).

2.4.6. Çocuk İstismarı ve Ruhsal Hastalıklar

Son dönemlerde çocukluk çağı istismar ve ihmalinin ruhsal hastalıkların etyolojisindeki rolünü açıklamayı amaçlayan çalışmaların sayısının arttığı bildirilmektedir. Çocukluk çağında istismar ve ihmale maruz kalmış olan kişilerin bir kısmında ilerleyen dönemlerde ruhsal bozukluklar ortaya çıkmaktadır. MacMillan ve arkadaşları, çocukluk çağı travmasına uğramanın psikiyatrik bozukluk geliştirme riskini arttırdığını belirtmiştir (175).

Değişik çalışmalardan çıkan sonuçlara göre; dissosiyatif bozukluklar (176), depresif ve affektif bozukluklar (177), travma sonrası stres bozukluğu (178), borderline kişilik bozukluğu (179), obsesif kompulsif bozukluk (180), alkol ve madde kullanım bozukluğu (181), antisosyal kişilik bozukluğu (182), cinsel işlev bozuklukları (183), dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (184), kaygı bozuklukları (185), özkıyım (186), yeme bozuklukları (183) ve psikosomatik bozukluklar (187) gibi psikopatolojiler ile çocukluk çağı travmaları arasında bir ilişki olduğunu bildirmektedir.

2.4.7. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Şizofreni İle İlişkisi

Çocukluk çağı travmaları ve psikotik bozukluk ilişkisine dair çalışmalar zamanla artmaktadır. Çocukluk çağı travmaları şizofreni açısından "potansiyel bir risk faktörüdür" (188). Birçok çalışmada şizofreni tanısı almış olan hastalarda çocukluk çağı travmalarının daha sık görüldüğü bildirilmiştir (189) (190) (191) (192) (193).

Bir çalışmada ilk atak şizofreni hastalarının %52'sinde çocukluk çağı travmasının bir türüne uğradığı ifade edilmiştir (194). 2007 yılında ülkemizde Üçok ve Bıkmaz tarafından yapılan bir çalışmada da benzer sonuçlar saptanmıştır (195). 2007 yılında yapılmış bir meta analizde şizofreni tanısı almış kişilerde çocukluk çağı travmasının prevalansı %28-73 arasında saptanmıştır (190). Şizofreni tanısı almış kadınların daha fazla cinsel istismar öykülerinin olduğu birçok çalışmada bildirilmiştir (196) (197).

Read ve arkadaşlarının 2005 yılında yaptığı bir meta analizde, çocukluk çağı travmaları ve şizofreninin halüsinasyon ve delüzyon bulguları arasında anlamlı bir ilişkinin varlığına dikkat çekmişlerdir (198). Çocukluk çağı istismar ve ihmali yaşamış olan ve ruhsal hastalık tanısı almış olan kadın hastalarda, çocukluk çağında istismar ve ihmale maruz kalmamış hastalara kıyasla daha fazla psikotik semptom gözlemlendiği belirlenmiştir (199). Özbildirimlere dayalı olan bir çalışmada fiziksel ve cinsel istismara uğramış bireylerin neredeyse yarısında, üçten fazla psikotik belirti görülmüştür (200). Başka bir çalışmada ise ensest mağduru çocukların neredeyse tamamının şizofreni tanı kriterlerinden en az birini karşıladığı bildirilmiştir (201).

Hastanede yatan şizofreni hastalarında yapılan bir çalışmada ise, pozitif belirtilerin sıklığının arttığı, negatif belirtilerin sıklığının azaldığı gözlemlenmiştir. Yine aynı çalışmanın sonuçlarına göre; işitsel varsanılar, kötülük görme hezeyanları, düşünce sokulması hezeyanları, paranoid içerikli düşünceler, düşünce okuması hezeyanları ve görsel halüsinasyonlar gibi bulguların istismarla ilişkisinin daha belirgin olduğu bildirilmiştir (202).

2003 yılında yayımlanmış bir çalışmada, kendine ya da başkalarına zarar vermesini komut veren işitsel varsanıların, çocukluk çağı istismar ve ihmali yaşamayan hastalarda %2, fiziksel istismara uğramış hastalarda %18, cinsel istismara uğrayan hastalarda %15, hem cinsel hem de fiziksel travmaya maruz kalan hastalarda

% 29 oranında olduğu bildirilmiştir. Kötücül işitsel varsanların aşırı koruyucu babalık ve babanın ilgisizliği ile ilişkili olduğu düşünülmektedir (203)._Şizofreni tanısı almış ve enste maruz kalmış hastalarda cinsel tema içeren hezeyanların sıklığının daha fazla olduğu gösterilmiştir (199).

Eski bir çalışma çocukluk çağında cinsel travmaya uğramış olmakla, psikotik düşünce arasında pozitif korelasyonun olduğunu saptamıştır (204). Ancak son çalışmalarda bu ilişkinin varlığını desteklenmemiştir. Benzer biçimde çocuklukta fiziksel travmaya uğramış olmayla psikotik düşünce arasında korelasyon olmadığını göstermiştir (205).

Birçok çalışmada istismara uğrayan şizofreni hastalarının hezeyanlarının ve varsanlarının içeriklerindeki temanın yaşantıladıkları travmayla ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (205) (206) (207)._Bir çalışmada kötücül referans fikirlerin, cinsel travmaya uğrayan hastalarda daha yaygın olduğunu bildirmiştir (205). Ayrıca başka bir çalışmada cinsel istismara uğrayan hastaların kötücül varsanları dikkate alma eğiliminde olduğu saptanmıştır (208).

2.4.8. Şizofreni, Damgalama ve Travma

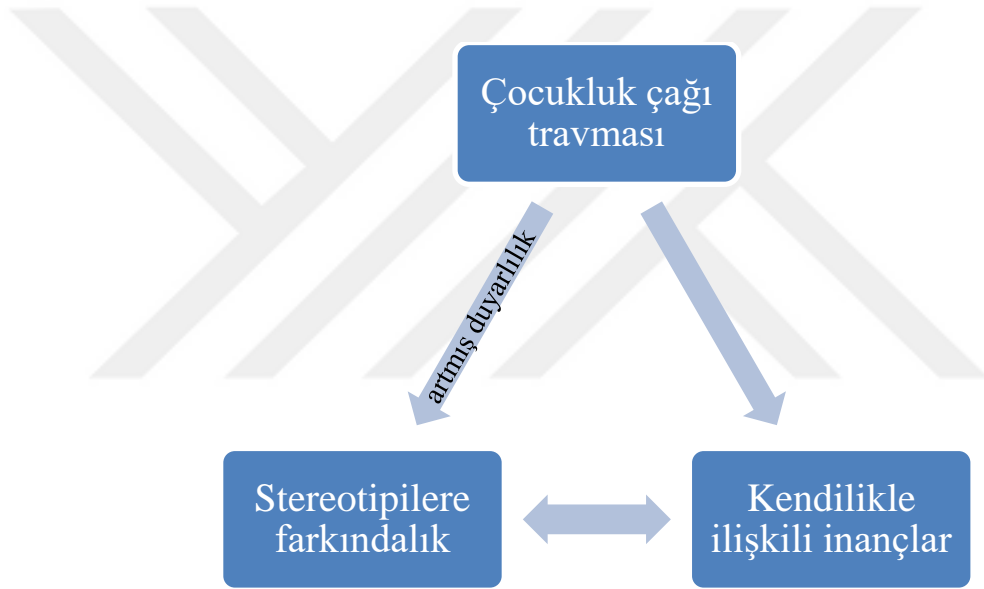
Travmaya maruz kalmış olmanın psikososyal ve duygusal işlevsellikle olan ilişkisini açıklayan mekanizmalar net değildir. Bu süreçlerin anlaşılması etkili müdahalelerin anlaşılması açısından önemlidir.

Çeşitli çalışmalarda çocuklukta travmaya maruz kalmış olmanın riskli gruplarda şizofreni ve diğer psikotik spektrum bozuklukları açısından bulgular ve işlevsellikle ilişkili sonuçları etkilediğini bildirmiştir (209) (210).

Çocukluk çağı travmalarının maladaptif şemaların oluşumuna neden olarak stereotipilerin onayı açısından vulnerabilite (örselenebilirlik) ortaya çıkararak, insanlara ve topluma karşı güveni sarsarak sosyal geri çekilmeye neden olabileceği düşünülmüştür. Bahsedilen örselenebilirlik, kişiyi yeni travmalara karşı savunmasız hale getirerek retravmatizasyona yol açabilir. 2015 yılında yapılmış olan bir çalışmanın hipotezinde çocukluk çağı travmalarının kişiyi stereotipilere duyarlı hale getirdiği öne sürülmüştür. Daha önceki çalışmalarda, çocukluk çağı travmalarının kişinin kendiliğine ilişkin inançlarını olumsuz etkilediği bildirilmiştir (211).

Kendine, ötekilere ve dünyaya dair olumsuz inanışların içselleştirilmiş damgalanmanın ortaya çıkmasında önemli rol oynadığı düşünülmektedir. Benzer şekilde kronik yaşam zorluklarının ve travmaların da bu olumsuz inanışların ortaya çıkmasını kolaylaştırdığı düşünülmektedir. Buna bağlı olarak şizofreni tanısı olan kişilerin tedaviye uyumunu zorlaşabileceğini ve nöksleri arttırabileceğini düşündürmektedir (212).

Çocukluk çağı travmalarının, kişilerin hem stereotipilere farkındalığını hem de kişinin kendisine ve topluma yönelik olumsuz inanışlarını arttıran mekanizmalar üzerinden bir duyarlılık ortaya çıkardığı öne sürülmüştür. Olası mekanizma Şekil 1'de gösterilmiştir.



Şekil 1: Çocukluk çağı travması, kendiliğe ilişkin inançlar, stereotipilere farkındalık

Damgalanma, travma ve psikoza birleştiren çalışmaların sayısı oldukça azdır. Bir çalışmada geçmişte cinsel travma yaşayan şizofreni tanısı almış hastaların damgalanma deneyimlerinde değişiklikler olduğunu bildirmiştir. Cinsel travması olan ve olmayan şizofreni tanılı hasta gruplarının karşılaştırıldığı bu çalışmada; ayrımcılık deneyimi, yabancılaşma ve sosyal geri çekilme düzeylerinin arttığı saptanmıştır. Bu sonuçlar, travma deneyiminin damgalayıcı inanışlara karşı duyarlılığı arttırdığını düşündürmektedir (213).

Stigmaların kabulünü belirleyen faktörlerin daha iyi anlaşılması, stigma ve stigmaya ilişkin olumsuz sonuçların azaltılmasını hedefleyen tedavi ve eğitim olanaklarının iyileşmesini sağlayabileceği düşünülmektedir.

Travma, kişilerin kendini ve dünyaya dair değerlendirmesini bozabilir. Birçok çalışma sonucunda travmanın kişinin kendini ve çevresini tehdit olarak algılayabileceği olumsuz inançların kabulüne neden olabilecek olası mekanizmaları tetikleyebileceği bildirilmiştir (213) (214) (215).

Diğer mekanizmanın reddedilmeye duyarlılıkla ilişkili olduğu düşünülmektedir. Reddedilmeye duyarlılık, uzun süreli ve tekrarlayıcı reddedilme ile ilişkilidir. Bu çoğu zaman bir kişiliğe ilişkin bir boyut olarak değerlendirilebilir ve ancak kişi için "reddedilme için tehdit" oluşturan durumlarda aktive olacağı düşünülmüştür (215) (216) (217) (218).

Travma yaşayan kişilerin kendilikleri ile ilgili negatif varsayımları ne kadar az ise olumsuz geri bildirimlerden daha az düzeyde etkilendiği lisans öğrencileri üzerinde yapılmış bir çalışmada bildirilmiştir. Bu durumun "*damgalanmaya karşı bir esneklik/damgalanmaya direnç*" kavramını ortaya çıkardığı ifade edilmiştir (219).

Yetişkinlere kıyasla, ergen ve çocuklarda travmaya karşı dayanıklılık oluşturan kimlik entegrasyonunun sınırlı olması nedeniyle, ergen ve çocukların stereotiplere daha duyarlı olduğu düşünülmektedir (220).

2.5. Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri

Toplum ruh sağlığı tanımını birçok temel bakış açısını vurgular. Öncelikli olarak; toplumsal bakış açısı, hastaları sosyoekonomik pencereden inceleme, bireyi toplumsal bakış açısıyla koruma, hizmet sunumuna sistemli bir bakış açısı, hizmetlere açık erişim, hizmet sunucular için bütünsel bir ekip bakış açısı, yaşam boyu etkinlik, maliyetlerin düşürülmesi gibi pek çok amaca hizmet eder. Ayrıca toplum ruh sağlığı kavramı göç, etnik azınlıklar, evsizler gibi yetersiz sağlık hizmeti alması muhtemel olan grupların sağlık hizmetinden faydalanmasının teminatını ileri süren bir bakış açısıdır. Ayrıca Toplum Ruh Sağlığı hizmetleri kişilerin sadece patolojilerine değil; onun bütünsel olarak iyi oluş haline odaklanarak kişinin pozitif

kimlik geliştirmesine, kendi hayatını yönetmesine ve hastalık deneyimini anlamlandırmasına katkıda bulunur. Toplumsal iyilik halinin bir sonucu olarak da kişinin yaşadığı toplumsal ilişkilerin güçlü yanlarının da tedavide etkin hale getirilmesini hedefler (221).

Toplum ruh Sağlığı Merkezlerinin temel amaçları çu şekilde özetlenebilir;

1. Toplumsal ihtiyaçların karşılanması için kabul edilebilir ve ulaşılabilir yollar geliştirme
2. Akıl hastalığı tanısı alan kişilerin hedeflerine ve güçlü özelliklerine odaklanmak
3. Yeterli kapasitede destek sistemleri, kaynak ve hizmet ağını oluşturmayı teşvik etmek
4. Koruma, akut tedavi ve sağaltım hizmetlerinin kanıta dayalı bir içeriğe dayandığı bir hizmet sistemini vurgulamak

Hastane odaklı hizmetler, ruh sağlığı hastalarının akut tedavi ihtiyaçlarını etkili bir şekilde giderse bile, hastaların uzun vadeli takiplerinin yapılması, ilaç uyumunun sağlanması ve denetlenmesi ve kişilerin ve bakım verenlerin hastalığı hakkında uzun vadeli eğitim ve bilgi ihtiyacının karşılanması gibi hizmetleri sağlayamadığı düşünülmüştür. Öte yandan TRSM'ler de tek başına akut hizmetler, acil durumlarda yapılan müdahaleler ve risk yönetimi açısından hastanelerin verdiği hizmetleri ikame edemeyebilir. Bu nedenle ruh sağlığı hizmetleri için hastane hizmetleri ve toplum ruh sağlığı merkezlerinin entegre edildiği "dengeli model" önerilmektedir. Bu modelin ideal bir model olduğu düşünülse de, ülkelerin sosyo-ekonomik farklılıkları nedeniyle küresel bir ruh sağlığı hizmet modeli geliştirmek zordur (222).

Dengeli ruh sağlığı hizmeti modeli; birincil sağlık hizmeti olan korumayı özellikle düşük ve orta ekonomik düzeyli ülkelerde zorunlu kılar. Çünkü bu ülkelerdeki hastane merkezli hizmetler daha pahalıdır ve hastanede hizmet verecek bilgili ve deneyimli personellerin sayıları oldukça sınırlıdır (223).

Dengeli ruh sağlığı hizmetlerinin verilebilmesi için toplum bazlı hizmetlerde yatırım önceliği verilmesi gereken alanların ayaktan tedavi klinikleri, toplum ruh sağlığı hizmeti veren ekiplerin eğitimi, akut yatılı bakım merkezleri, hastanın

ihtiyaçlarına uygun ve destek alabileceği kaynaklara yakın barınma imkanları ve hastaların klinik yapısına uygun istihdam seçenekleri olduğu düşünölmektedir (222).

Dünya Sağlık Örgütü'nün en son 2014 yılında güncellemiş olduğu ölkelerin ruh sağlığı sistemlerini özetleyen WHO Atlas'ın verilerine göre; 2011 yılına kadar dünyadaki kapalı servis sayıları (%5) ve yatak sayıları (%30) giderek düşmektedir. Buna karşılık yatan hasta sayısında artışlar olduğu (%20), bunun da yatış süresinin kısalmasından kaynaklandığı düşünölmüştür. Ancak bu artışın ruh sağlığına ilişkin koruma hizmetlerine yapılan yatırımlarla ilişkili olup olmadığına dair veri sunmamaktadır (224).

Ancak dünya genelinde yatak sayılarının azaltılması ile eşgüdömlü bir artışın olmaması gerek ruh sağlığı çalışanlarında gerekse hasta yakınlarında endişe oluşturduğu belirtilmektedir (225). Gerçekten yatak sayılarındaki azalmanın kompanse edilemediği durumlarda yaşam kalitesinin yataklı hastanelere kıyasla daha iyi olmadığı gösterilmiştir (226).

Ölkemizde yürütölen ruh sağlığı politikasının bileşenleri koruma hizmetleri, ruhsal hastalıkları önleme, tedavi etme ve rehabilitasyon hizmetleridir. Ruh Sağlığı Politikası, üniversite hastaneleri, devlet hastaneleri, ruh ve sinir hastalıkları hastaneleri ile birincil hizmet veren aile sağlığı merkezlerinin birleştirilerek daha yaygın ve dengeli bir modele dönüştürölməsi hedeflenmiştir. Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri bu modelin merkezinde bulunmaktadır. TRSM'ler psikiyatrist, psikolog, sosyal çalışmacı, hemşire, uğraşı terapistlerinden oluşan ekipler aracılığıyla gezici ve yerinde hizmet sunar. Ölkemizdeki ruh sağlığı politikasının temel önceliklerinden biri de ruhsal hastalık tanısı almış kişilere yönelik ortaya çıkan damgalanma ve ayrımcılığın azaltılmasıdır. Bu amaçla toplumsal farkındalık oluşturmaya yönelik eğitimler verilmesi de planlanmaktadır. Ancak ölkemiz için daha oturmuş ve yapısal bir ruh sağlığı örgütlenmesinin önündeki en büyük engel ruh sağlığı üzerine yasal doktrinlerin eksikliğidir. Ruh Sağlığı Yasası'nın yokluğu ruh sağlığı hizmetlerinin çerçevesinin oluşturulmasının önündeki engellerdendir (227)

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Çalışma Örnekleme

Çalışmamız İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden psikiyatri polikliniğinden ve Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nden hizmet alan şizofreni tanısı almış, yüz yüze görüşmeler aracılığıyla çalışma hakkında bilgilendirilmiş ve çalışmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan 202 hastada (n=202) yapılmıştır. Çalışmaya alınan hastalar, TRSM'den hizmet alan 102 ve poliklinikten hizmet alan 100 hasta olacak şekilde iki gruba ayrılmıştır. Tüm katılımcılara bilgilendirilmiş onam formları okutulmuş ve imzaları alınmıştır. Çalışmanın sürdürülmesi amacıyla İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Girişimsel Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay alınmıştır. Hastalara tarafımızca hazırlanan Sosyodemografik Veri Formu, Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği, Çocukluk Çağı Travma Ölçeği uygulanmıştır.

Gruplar için çalışmaya dahil edilme ve dışlama kriterleri aşağıda sıralanmıştır.

3.1.1 Çalışmaya dahil edilme kriterleri

- Çalışmaya katılmayı kabul ediyor olmak
- DSM V kriterlerine göre şizofreni tanısı almış ve remisyonda olmak
- İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezi veya psikiyatri polikliniğinden hizmet almak
- 18 yaşını doldurmuş olmak
- Başka bir psikiyatrik tanı almamış olmak

3.1.2. Dışlama kriterleri

- Okur yazar olmamak
- Bilgilendirilmiş onam verme yetisinin olmaması
- Geçirilmiş kafa travması, kafa içi ve nörolojik hastalığının olması

- Klinik açıdan anlamlı düzeyde renal, hepatik, endokrin hastalığının ve malignitenin olması

- Gebelik ve laktasyon döneminde olmak
- Madde bağımlılığı
- Şizofreni dışı başka bir eksen I hastalığın bulunması
- Madde ve benzodiyazepin etkisinde olmak

3.2. Gereçler

3.2.1. Sosyodemografik Veri Formu

Araştırmacılar tarafından hazırlanmıştır. İçeriğinde; katılımcının yaşı, cinsiyeti, öğrenimde kaç yıl geçirdiği, medeni durumu, varsa çocuk sayısı, istihdam durumu, hastalığı nedeniyle işten çıkmak zorunda kalıp kalmadığı, askerlik yapıp yapmadığı, askerlik yapmadıysa bir hastalık nedeniyle olup olmadığı, aylık geliri, yaşadığı yerin özellikleri (gecekondu, müstakil ev, apartman, bakım evi), ilk tanı aldığı yaşı, ilk tanı aldıktan bu güne kaç yıl geçtiği, psikiyatri servisinde yatış öyküsü olup olmadığı, yatış öyküsü varsa kaç defa yattığı, intihar girişiminin olup olmadığı, intihar girişimi varsa kaç defa intihar girişiminde bulunduğu, intihar girişiminin tipi, ailede ruhsal hastalık öyküsü bulunup bulunmadığı, kullandığı ilaçları ve ilaçların dozları yer almaktadır.

3.2.2. Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği (RHİDÖ)

Ritsher ve arkadaşları tarafından 2003 yılında geliştirilmiş olan Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği (The Internalized Stigma of Mental İllness Scale-ISMI) ruhsal hastalığı olan kişilerin damgalanmaya ilişkin içsel yaşantılarını yansıtan “içselleştirilmiş damgalanma” düzeyini belirlemektedir. İçselleştirilmiş damgalanma ile ilişkili az sayıda araştırma mevcuttur. Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliği Ersoy ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Türkçe form orijinalinde olduğu gibi 5 alt bölümden ve 29 maddeden oluşmaktadır. Ölçek yabancılaştırma, kalıp yargıların onaylanması, algılanan ayrımcılık, sosyal geri

çekilme, damgalanmaya direnç olarak adlandırılan beş alt ölçekten oluşmaktadır. RHİDÖ'de yer alan maddeler "kesinlikle aynı fikirde değilim" (1 puan), "aynı fikirde değilim" (2 puan), aynı fikirdeyim (3 puan), "kesinlikle aynı fikirdeyim" (4 puan) şeklinde dördümlü Likert tipi ölçek üzerinde yanıtlanmaktadır. "Damgalanmaya direnç" alt ölçeğinin maddeleri ters olarak puanlanmaktadır. Beş alt ölçeğin toplanması neticesinde elde edilen puan toplam RHİDÖ puanıdır. Toplam RHİDÖ değeri 29 ile 116 puan arasında değişmektedir. Türkçe formun geçerlilik ve güvenilirliği Ersoy ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Tüm ölçek için elde edilen iç tutarlılık katsayısı .93 olarak bulunmuş ve ölçeğin iki yarım güvenilirliği .89 olarak belirtilmiştir (228).

RHİDÖ'nin alt ölçekleri ve maddeleri şunlardır:

I. Yabancılaşma (6 madde); 1, 5, 8, 16, 17, 21

II. Kalıp Yargıların Onaylanması (7 madde); 2, 6, 10, 18, 19, 23, 29

III. Algılanan Ayrımcılık (5 madde); 3, 15, 22, 25, 28

IV. Sosyal Geri Çekilme (6 madde); 4, 9, 11, 12, 13, 20

V. Damgalanmaya Direnç (5 madde); 7, 14, 24, 26, 27

3.2.3. Çocukluk Çağı Travma Ölçeği (ÇÇTÖ)

20 yaşından önce istismar ve ihmal yaşantılarının geçmişe dönük olarak değerlendirilmesi için Çocukluk Çağı Travma Ölçeği (Childhood Trauma Questionnaire-CTQ) kullanılmaktadır. Bernstein ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş bir öz bildirim ölçeğidir. Özgün biçimi 70 maddeden oluşan bu ölçek 1995 yılında 54 maddeye indirilmiş ve 1998 yılında yeniden düzenlenerek 28 maddeden oluşan kısa form haline getirilmiştir. Türkçe formun geçerlilik ve güvenilirliği 2012 yılında Şar, Öztürk, İkikardeş tarafından yapılmıştır. ÇCT 28 maddeden oluşan beşli Likert tipi bir ölçektir. 5 alt boyut mevcuttur. Bu boyutlar duygusal ihmal, fiziksel ihmal, duygusal istismar, fiziksel istismar ve cinsel istismar şeklindedir. Ek olarak 3 tane minimizasyon sorusu vardır. (10-16-22. sorular) Bu sorular sonuçların daha doğru değerlendirilmesi amacıyla dahil edilmiştir. Yanıtlar hiçbir zaman (1 puan), nadiren (2 puan), kimi zaman (3 puan), sık olarak (4) puan, çok sık (5 puan) olarak verilmektedir. Alt ölçekleri toplayarak toplam ölçek puanı

elde edilir. Ölçeğin kesme noktaları konusunda ortak bir düzey bildirilmemiştir. Şar ve arkadaşlarının 2012 yılında yaptığı bir çalışmada cinsel ve fiziksel istismarda 5 puanın üstündeki değerlerin pozitif bildirim olarak kabul edilmesi gerektiği düşünülmektedir. Fiziksel ihmal ve duygusal istismar için 7, duygusal ihmal için 12, toplam puan için de 35 puanın pozitif bildirim olarak kabul edilmesi genel kanıdır (229).

CQT-28 alt ölçekleri ve maddeleri şunlardır:

I. Duygusal ihmal (5 madde); 5-7-13-19-28

II. Fiziksel ihmal (5 madde); 1-2-4-6-26

III. Duygusal istismar (5 madde); 3-8-14-18-25

IV. Fiziksel istismar (5 madde); 9-11-12-15-17

V. Cinsel istismar (5 madde); 20-21-23-24-27

3.3. İstatistiksel Analizler

İstatistiksel değerlendirmeler, "SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 24.0" paket programı kullanılarak yapılmıştır. Veriler ve sonuçların ortalama ve yüzde değerleri tablolar halinde bağımsız grupların karşılaştırması olarak oluşturulmuştur. Tanımlayıcı istatistikler için aritmetik ortalamalar ve standart sapma değerleri kullanılmıştır. İki hasta grubuna ilişkin parametrik dağılım gösteren veriler t testi ile karşılaştırılmıştır. Ancak veriler çoğunlukla non-parametrik dağılım gösterdiğinden iki hasta grubu Man Whitney U testi ile karşılaştırılmıştır. Parametreler arası bağıntısal ilişkiler için Spearman testi yapılmıştır.

4. BULGULAR

Bu çalışmada Toplum Ruh Sağlığı Merkezinden başvurmuş 102 remisyondaki şizofreni hastası ile psikiyatri polikliniğinden başvurmuş 100 hasta değerlendirilmiştir. Gruplar sosyo-demografik veriler açısından büyük oranda eşleşmiştir.

4.1. Grupların Sosyo-demografik Özellikleri

Toplum Ruh Sağlığı Merkezi ve poliklinikten başvuran hastaların sosyo-demografik özellikleri **Tablo 2**'de gösterilmiştir. Yaş, cinsiyet, medeni durum, aylık gelir, eğitimde geçirilen yıl açısından iki grup arasında anlamlı farklılık gözlenmemiştir.

Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nden ve poliklinikten hizmet alan hastalar arasında; barınma özellikleri açısından farklılık anlamlı düzeydedir. TRSM'den hizmet alan hastaların 13 tanesi bakımevinde yaşamakta iken, poliklinikten başvuran hastaların hiçbiri bakımevinde kalmamaktadır. Ayrıca poliklinikten başvuran hastaların kirada oturma oranları TRSM'ye kıyasla daha düşüktür ($\chi^2 = 19.032$, $p=0.001$).

Toplum Ruh Sağlığı Merkezinden hizmet alan hastaların çalışacak durumda olduğu halde işsiz olma oranı belirgin düzeyde poliklinikten hizmet alan hastalara kıyasla daha fazla olduğu görülmüştür. Ek olarak poliklinikten hizmet alan hastaların maluliyet ve sosyal yardımlardan faydalanma oranı Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'ne kıyasla daha fazladır ($\chi^2=15.615$; $p= 0.016$).

TABLO 2: Grupların sosyo-demografik özellikler açısından karşılaştırılması

	TRSM(s=102)	Plk (s=100)	İstatistik	p değeri
Yaş (ort/SS)	41.9±12.0	43.8±9.9	U=4498.0	0,147
Cinsiyet (E/K)	79/23	68/32	$\chi^2 =2,276$	0,131
Medeni Durum				
<i>Evli</i>	11	23	$\chi^2 =5,577$	0,134
<i>Bekar</i>	79	65		
<i>Boşanmış</i>	9	9		
<i>Dul</i>	3	3		
Yaşadığı yer				
<i>Kira</i>	28	17	$\chi^2 =19.032$	0,001
<i>Kendi evi</i>	61	83		
<i>Bakımevi</i>	13	0		
Aylık Gelir (ort/SS)	2390.9 ±1725.5	2541.7 ±1436.3	U=4559.5	0,302
İstihdam				
<i>Hiç çalışmamış</i>	15	22	$\chi^2 =15.615$	0,016
<i>İşsiz</i>	50	28		
<i>Devlet yardımı</i>	12	10		
<i>Çalışıyor</i>	9	14		
<i>Malulen emekli</i>	8	20		
<i>Emekli</i>	8	5		
<i>Öğrenci</i>	0	1		
Eğitim Yılı(ort/SS)	10.1±4.4	9.7±4.0	U=4864.500	0,569
Kimle yaşıyor				
<i>Yalnız</i>	5	8	$\chi^2 =15,274$	0.002
<i>A-B</i>	68	68		
<i>Eş ve çocuklar</i>	16	24		
<i>Bakımevi</i>	13	0		
Ort: Ortalama, SS: Standart sapma TRSM: TRSM'den hizmet alan grup (s=102); Plk: Poliklinikten hizmet alan grup (s=100) İstatistiksel anlamlılık P<0.05				

4.2. Grupların Klinik Özellikleri

Toplum Ruh Sağlığı Merkezi ve poliklinikten hizmet alan katılımcıların klinik özellikleri **Tablo 3**'te gösterilmiştir. Grupların başlangıç yaşı, hastaneye yatışının olup olmadığı, hastaneye yatış sayısı, intihar girişiminin olup olmadığı, intihar girişimi sayısı, ilaçların hesaplanan klorpromazin eşdeğer dozları açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Ancak Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nden başvuran hastaların tedaviyi ayaktan sürdürme oranları daha fazla olup, aradaki farklılık anlamlıdır. ($\chi^2=5547$, $p=0.019$)

TABLO 3: Grupların klinik özellikler açısından karşılaştırılması				
	TRSM (s=102)	Plk (s=100)	İstatistik	P değeri
Başlangıç yaşı (ort/SS)	24,9±10,0	25.3±8.3	U=4728.500	0.370
Yatış sayısı (ort/SS)	3.0±3.6	2.8±2.3	U=4509.000	0.150
İntihar Girişimi Var	33	33	$\chi^2=0.100$	0.921
Yok	69	67		
İntihar Sayısı (ort/SS)	1.0±2.9	0.7±1.5	U=5024.000	0.827
Hastaneye yatış Var	74	86	$\chi^2=5547$	0,019
Yok	28	14		
Yatış Sayısı (ort/SS)	3.01±3.6	2.8±2.3	U=4509.000	0.150
İlaç dozu (ort/SS)	644.5±426.0	586.4±332.1	U=4893.0	0,619

Ort: Ortalama, SS: Standart sapma
TRSM: TRSM'den hizmet alan grup (s=102); Plk: Poliklinikten hizmet alan grup (s=100)
İstatistiksel anlamlılık P<0.05

4.3. Grupların Yaşadıkları Sosyal Ayrımcılık Açısından Karşılaştırılması

TRSM ve poliklinikten hizmet alan hastaların ev bulma ve istihdam alanında yaşadıkları toplumsal ayrımcılık **Tablo 4**'te gösterilmiştir. Toplum Ruh Sağlığı Merkezinden başvurmuş olan hastalar ev sahiplerinin ruhsal hastalığı nedeniyle evlerini kiralamadıklarını daha sık bildirmişlerdir. ($\chi^2=5.010$, $p=0.025$) TRSM ve Poliklinikten başvurmuş olan şizofreni hastalarında bakımevinde yaşayanlar dahil edilmediği zaman barınma özellikleri açısından anlamlı bir farklılık gözlenmemektedir. Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nden başvuran hastalarda ruhsal hastalık nedeniyle işten çıkarılma oranı polikliniğe kıyasla daha yüksektir ($\chi^2 =3.880$ $p=0.049$).

TABLO 4: Grupların Yaşadıkları Toplumsal Ayrımcılığın Karşılaştırılması				
	TRSM (s=102)	Plk (s=102)	İstatistik	p değeri
İşten çıkarılma				
Evet	65	50	$\chi^2 =3.880$	0,049
Hayır	37	50		
Barınma ayrımcılığı				
Evet	13	4	$\chi^2=5.010$	0.025
Hayır	89	96		

TRSM: TRSM'den hizmet alan grup (s=102); Plk: Poliklinikten hizmet alan grup (s=100)
İstatistiksel anlamlılık P<0.05

4.4. Grupların İçselleştirilmiş Damgalanma Düzeyleri

Toplum Ruh Sağlığı Merkezinden ve poliklinikten hizmet alan katılımcıların içselleştirilmiş damgalanma düzeylerinin karşılaştırılması **Tablo 5**'te gösterilmiştir. İki grup arasında yabancılaşma, stereotiplerin onayı, algılanan ayrımcılık, sosyal geri çekilme ve damgalanmaya direnç gibi içselleştirilmiş damgalamanın alt ölçekleri ve toplam RHİDÖ puanları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

TABLO 5: Grupların RHİDÖ puanlarının karşılaştırılması				
<i>RHİD düzeyi</i>	TRSM	Poliklinik	İstatistik(U)	P değeri
<i>Yabancılaşma</i>	13.4±4.6	13.0±4.9	4747.500	0,395
<i>Stereotiplerin kabulü</i>	15.1±5.0	14.7±5.6	4708.000	0,344
<i>Algılanan Ayrımcılık</i>	11.7±4.4	10.7±4.4	4417.000	0,099
<i>Sosyal Geri Çekilme</i>	14.4±5.1	13.2±5.2	4481.500	0,136
<i>Damgalanmaya Direnç</i>	10.1±3.3	9.4±3.4	4469.500	0,127
<i>RHİDÖ Toplam</i>	64.9±18.7	61.2±19.8	4469.000	0,129

Ort: Ortalama, SS: Standart sapma
TRSM: TRSM'den hizmet alan grup (s=102); Plk: Poliklinikten hizmet alan grup (s=100)
İstatistiksel anlamlılık P<0.05

4.5. Grupların Çocukluk Çağı Travma Düzeyleri

TRSM ve poliklinikten hizmet alan şizofreni hastalarının geçmişte yaşadıkları fiziksel istismar, fiziksel ihmal, duygusal istismar, duygusal ihmal ve cinsel istismar düzeyleri **Tablo 6**'da gösterilmiştir. Toplum Ruh Sağlığı Merkezi ve poliklinikten takipli hastaların çocukluk çağı travmaları açısından farklılıkları mevcuttu. TRSM'den hizmet alan şizofreni hastalarında fiziksel istismar ve duygusal istismar düzeyi poliklinikten hizmet alan şizofreni hastalarına kıyasla daha fazladır. (sırasıyla $p=0,041$ $p=0,006$) Ayrıca total travma düzeyleri de Toplum Ruh Sağlığı merkezinden hizmet alan hastalarda anlamlı düzeyde daha fazladır. ($p=0,026$) Diğer alt ölçeklerdeki farklılıklar anlamlı değildir.

	TRSM S=102	Plk (S=100)	İstatistik (U)	p değeri
<i>Fiziksel istismar (Ort/SS)</i>	6.4±3.2	5.9±2.9	4449.500	0.041
<i>Fiziksel ihmal(Ort/SS)</i>	6.7±2.6	6.4±2.9	4632.500	0.209
<i>Duygusal istismar(Ort/SS)</i>	7.8±3.9	6.6±3.2	4055.500	0.006
<i>Duygusal ihmal(Ort/SS)</i>	8.7±5.0	7.8±4.6	4348.500	0.056*
<i>Cinsel istismar(Ort/SS)</i>	6.2±3.3	6.0±2.5	4951.500	0.600
<i>Minimalizasyon(Ort/SS)</i>	1.3±1.2	1.6±1.2	4487.500	0.122
<i>CTQ total(Ort/SS)</i>	37.3±14.2	34.4±12.2	4192.500	0.026

Ort: Ortalama, SS: Standart sapma
TRSM: TRSM'den hizmet alan grup (s=102); Plk: Poliklinikten hizmet alan grup (s=100)
İstatistiksel anlamlılık $P<0.05$

4.6. RHİDO Puanlarının Sosyo-demografik Özelliklerle Korelasyonu

İçselleştirilmiş damgalanma düzeylerinin yaş, eğitim yılı, çocuk sayısı ve aylık gelir ile korelasyonları **Tablo 7**'de gösterilmiştir. Spearman Rho sonuçlarına göre yabancılaşma alt ölçeği ve katılımcıların sahip oldukları çocuk sayısı arasında negatif korelasyon gözlemlenmiştir (Rho=-0.148 p=0.036). Bu sonuçlara göre katılımcıların sahip oldukları çocuk sayısı arttıkça, yabancılaşma alt ölçeğinin puanlarında azalma gözlemlenmiştir. Ayrıca hastaların eğitimde geçirdikleri sene ile damgalanmaya direnç alt ölçeğinin puanları arasında pozitif korelasyon mevcuttur. (Rho=0.151 p=0.032) Hastaların eğitimde kaldıkları sene arttıkça damgalanma direnci puanı da artmaktadır. Damgalanmaya direnç puanları hesaplanırken ters çevrildiği için hastaların eğitimde geçirdikleri sene arttıkça, hastaların damgalanmaya karşı daha dirençli olduğu düşünülmektedir.

	Yaş	Eğitim Yılı	Çocuk Sayısı	Aylık Gelir
<i>Stigma Total</i>	Rho= -0.037 p=0.602	Rho=0.034 p=0.629	Rho=-1.20 p=0.089	Rho= -0.078 p=0.268
<i>Yabancılaşma</i>	Rho=-0,010 P=0.882	Rho=0.001 p=0.997	Rho=-0.148 p=0.036	Rho= -0.106 p=0.134
<i>Stereotipi</i>	Rho= 0.018 p=0.797	Rho= -0.012 p=0.867	Rho= -0.113 p=0.108	Rho= -0.068 p=0.335
<i>Algılanan Stigma</i>	Rho= -0.067 p=0.342	Rho= 0.047 p=0.507	Rho= -0.103 p=0.144	Rho= -0.106 p=0.113
<i>Sosyal geri çekilme</i>	Rho= -0.057 p=0.417	Rho= -0.014 p=0.845	Rho= -0.018 p=0.794	Rho= -0.046 p=0.516
<i>Damgalanmaya Direnç</i>	Rho= -0.040 p=0.570	Rho= 0.151 p=0.032	<i>Rho= -0.123</i> <i>p=0.080</i>	Rho= -0.016 p=0.819

4.7. Klinik Özellikler ve RHİDÖ Puanlarının Korelasyonu

Hastalığın başlangıç yaşı, hastalık yılı, hastaların kullanmakta olduğu antipsikotik dozların klorpromazin eşdeğer dozu, hastaneye yatış sayısı ve intihar girişimi sayısı gibi klinik özelliklerin içselleştirilmiş RHİDÖ alt ölçek ve total puanları arasındaki korelasyon **Tablo 8**'de gösterilmiştir. Bulgulara göre hastaların kullanmakta olduğu antipsikotiklerin hesaplanan klorpromazin eşdeğer dozları ile RHİDÖ toplam puanı, yabancılaşma, stereotipilerin kabulü, algılanan ayrımcılık, sosyal geri çekilme alt ölçek puanları arasında korelasyon olduğu görülmüştür. (RHİDÖ toplam: $Rho=0.188$ $p=0.007$, Yabancılaşma: $Rho:0.154$ $p=0.029$, Stereotipilerin kabulü: $Rho=0.157$ $p=0.026$, Algılanan ayrımcılık: $Rho=0.167$ $p=0.017$, Sosyal geri çekilme: $Rho=0.237$ $p=0.001$) Ayrıca intihar sayısı ile benzer şekilde RHİDÖ toplam puanı, yabancılaşma, stereotipilerin kabulü, algılanan ayrımcılık ve sosyal geri çekilme alt ölçek puanları arasında da korelasyon olduğu gözlemlenmiştir (RHİDÖ toplam: $Rho=0.265$ $p=0.001$, yabancılaşma: $Rho=0.253$ $p=0.001$, stereotipilerin kabulü: $Rho= 0.205$ $p=0.004$ Algılanan ayrımcılık: $Rho=0.271$ $p=0.001$ Sosyal geri çekilme: $Rho=0.231$ $p=0.001$). İntihar girişimi sayısı ile damgalanmaya direnç arasında anlamlıya yakın düzeyde bir korelasyon olduğu saptanmıştır ($Rho=0.124$ $p=0.079$). Damgalanmaya direnç puanları ters çevrilerek hesaplandığı için, damgalanmaya direnç arttığında intihar girişimi sayısı azalmaktadır. Ek olarak başlangıç yaşı ile RHİDÖ toplam puanları ve algılanan ayrımcılık alt ölçek puanı arasındaki negatif korelasyon anlamlıya yakın düzeydedir. (RHİDÖ toplam: $Rho=0.121$ $p=0.086$ Algılanan ayrımcılık: $Rho=-0.135$ $p=0.055$) Tanı aldıktan bugüne geçen sene ve stereotipilerin kabulü alt ölçek puanları arasında da istatistiksel olarak anlamlılığa ulaşmayan pozitif korelasyon olduğu saptanmıştır. ($Rho=0,128$ $p=0,071$)

TABLO 8: Klinik özellikler ve RHİDÖ puanlarının korelasyonu					
RHİDÖ	Başlangıç yaşı	AP doz	Yatış Sayısı	İntihar Sayısı	Hastalık Yılı
<i>Stigma Total</i>	$Rho=-0,121$ $p=0,086$	$Rho= 0,188$ $p=0,007$	$Rho=0,085$ $p=0,228$	$Rho=0,265$ $p=0,001$	$Rho=0,080$ $p=0,255$
<i>Yabancılaşma</i>	$Rho=-0,101$ $p=0,153$	$Rho= 0,154$ $p=0,029$	$Rho=0,052$ $p=0,466$	$Rho=0,253$ $p=0,001$	$Rho=0,094$ $p=0,184$
<i>Stereotipi</i>	$Rho=-0,095$ $p=0,179$	$Rho= 0,157$ $p=0,026$	$Rho=0,086$ $p=0,224$	$Rho=0,205$ $p=0,004$	$Rho=0,128$ $p=0,071$
<i>Algılanan ayrımcılık</i>	$Rho=-0,135$ $p=0,055$	$Rho=0,167$ $p=0,017$	$Rho=0,070$ $p=0,326$	$Rho=0,271$ $p=0,001$	$Rho=0,051$ $p=0,474$
<i>Sosyal geri çekilme</i>	$Rho=-0,089$ $p=0,209$	$Rho=0,237$ $p=0,001$	$Rho=0,131$ $p=0,064$	$Rho=0,231$ $p=0,001$	$Rho=0,033$ $p=0,638$
<i>Damgalanmaya Direnç</i>	$Rho=-0,085$ $p=0,230$	$Rho=0,017$ $p=0,811$	$Rho=0,008$ $p=0,905$	$Rho=0,124$ $p=0,079$	$Rho=0,051$ $p=0,469$

4.8. İçselleştirilmiş Damgalanma ve Çocukluk Çağı Travmaları

Arasındaki Korelasyon

RHİDÖ toplam puanı ve alt ölçek puanları ile çocukluk çağı travmaları ölçeğinin toplam puanı ve alt ölçek puanları arasındaki korelasyonu değerlendirmek için Pearson Korelasyon analizi kullanılmış ve sonuçlar **Tablo 9**'da gösterilmiştir. Sonuçlara göre Çocukluk Çağı Travması toplam puanı ve alt ölçek puanları ile RHİDÖ toplam puanı ve alt ölçek puanları arasında pozitif korelasyon vardır. Minimalizasyon alt ölçeği travma inkarını ölçen ve toplam puanı etkilemeyen bir parametredir. Minimalizasyon ile içselleştirilmiş damgalanma toplam değeri ve alt ölçekleri arasında negatif korelasyon bulunmuştur.

Tablo 9: RHİDÖ Puanlarının ÇÇTÖ Puanlarıyla Korelasyonu

	ÇÇT total	Fiziksel istismar	Fiziksel İhmal	Duygusal istismar	Duygusal ihmal	Cinsel istismar	Minimalizasyon
<i>Stigma Total</i>	Rho=0,478 p=0,001	Rho=0,265 p=0,001	Rho=0,332 p=0,001	Rho=0,465 p=0,001	Rho=0,390 p=0,001	Rho=0,260 p=0,001	Rho=-0,249 p=0,001
<i>Yabancılaşma</i>	Rho=0,410 p=0,001	Rho=0,192 p=0,006	Rho=0,267 p=0,001	Rho=0,386 p=0,001	Rho=0,293 p=0,001	Rho=0,189 p=0,007	Rho=-0,105 p=0,136
<i>Stereotipilerin kabulü</i>	Rho=0,341 p=0,001	Rho=0,217 p=0,002	Rho=0,254 p=0,001	Rho=0,353 p=0,001	Rho=0,237 p=0,001	Rho=0,248 p=0,001	Rho=-0,184 p=0,009
<i>Algılanan Stigma</i>	Rho=0,471 p=0,001	Rho=0,270 p=0,001	Rho=0,310 p=0,001	Rho=0,513 p=0,001	Rho=0,354 p=0,001	Rho=0,279 p=0,001	Rho=-0,273 p=0,001
<i>Sosyal geri çekilme</i>	Rho=0,410 p=0,001	Rho=0,239 p=0,001	Rho=0,279 p=0,001	Rho=0,395 p=0,001	Rho=0,335 p=0,001	Rho=0,239 p=0,001	Rho=-0,199 p=0,004
<i>Damgalanmaya Direnç</i>	Rho=0,376 p=0,001	Rho=0,176 p=0,012	Rho=0,341 p=0,001	Rho=0,305 p=0,001	Rho=0,478 p=0,001	<i>Rho=0,119</i> <i>p=0,093</i>	Rho=-0,358 p=0,001

5.TARTIŞMA

Bu çalışmada İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde takip edilen şizofreni hastalarının içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri ve çocukluk çağı travmaları ile, poliklinikte takip edilen ve TRSM hizmeti almayan hastaların içselleştirilmiş damgalanma ve çocukluk çağı travması düzeyleri karşılaştırılmıştır. Ek olarak çocukluk çağı travması yaşamış olmanın içselleştirilmiş damgalanmaya olan etkisi ve travma öyküsü almanın ülkemizde henüz gelişmekte olan toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinde oluşturacağı yeni tedavi hedeflerinin belirlenmesine yön vermesi amaçlanmıştır. Bu amaçlar doğrultusunda şizofreni tanısı almış 202 hasta çalışmaya dahil edilmiş ve değerlendirmesi yapılmıştır. Ruhsal durum muayenesi ile remisyonda olduğu belirlenen hastalara Sosyo-demografik Veri Formu, Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği uygulanmıştır. Ayrıca bütün hastaların çocukluk çağında yaşamış olduklarını beyan ettikleri travmalar, hastaların damgalanmaya ilişkin bir takım deneyimleri, klinik ve sosyo-demografik özellikleri ile içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri arasında bir ilişkinin varlığına bakılmıştır.

5.1. Sosyo-demografik Veriler:

Çalışmaya katılan hastaların yaşları 21 ile 73 arasında değişmekteydi. Tüm grupların yaş ortalaması 42.9 ± 11.0 'dır. Grupların yaş ortalamaları TRSM'den başvuran hastalar için 41.9 ± 12.0 , poliklinikten başvuran hastalar için 43.8 ± 9.9 olarak bulunmuştur. Grupların eğitim yılı ortalamaları TRSM için 10.1 ± 4.4 , poliklinik için 9.7 ± 4.0 olarak saptanmıştır. Tüm katılımcıların K/E oranı $55/147$ 'dir. Bu durum, literatüre göre erkeklerdeki şizofreni sıklığının kadınlardan daha fazla olması ve kadınların tedavi kaynaklarına çeşitli güçlükler nedeniyle ulaşamaması ile uyumludur (230) (231) (232)

Bütün katılımcılar içerisinde evli olma oranı %16 düzeyindedir. Diğer hastalar hiç evlenmemiş, dul veya boşanmıştır. Türkiye İstatistik Kurumu'nun 2012 yılındaki verilerinde 16 yaş üstü nüfusun %63'ünün evli olduğu bildirilmiştir. Bu da

şizofreni hastalarının toplumsal rollerini sürdürme alanındaki işlevsellikteki azalmayı işaret etmektedir (233).

Bütün katılımcılar içerisinde aktif çalışan kişilerin oranı %11 olarak saptanmıştır. Bu oran TRSM'den hizmet alan hastalarda %8.8, poliklinikten hizmet alan hastalarda %14'tür. Bütün katılımcılar içerisinde iş aradığı halde iş bulamayanların oranı %38.6 olarak bulunmuştur. Bu oran TRSM'den hizmet alan katılımcılarda %49, poliklinikten hizmet alan katılımcılarda %28'dir. Her iki grup içerisinde anlamlı farklılık mevcuttur ($\chi^2=15.615$ $p=0,016$). 2005 ve 2013 yılı TÜİK verilerine göre 15 yaş üstü nüfusun %10.2'si işsizdir. Bütün katılımcılar içerisinde %38.6'nın iş aradığı halde istihdam edilmeyen kişilerden oluşması şizofreninin hastaların mesleki işlevselliğindeki azalmayı işaret eden literatürle tutarlıdır (234).

Bütün katılımcıların %56.9'u daha öncesinde ruhsal hastalıkları nedeniyle işten çıkarıldıklarını beyan etmiştir. Bu oran TRSM'den başvuran hastalarda %63.7, poliklinikten hizmet alan hastalarda %50 civarındadır. İngiltere'de heterojen gruplarda yapılmış bir çalışmada katılımcıların %37'si ruhsal hastalıkları nedeniyle işine son verildiği veya istifaya zorlandığı bulunmuştur (235). Yine İngiltere'de yapılan bir başka çalışma şizofreni, bipolar bozukluk tanısı almış hastaların yarısından fazlasının istihdam edilmediklerini belirttikleri ifade edilmiştir (236) Bu çalışmadaki oranlar literatürde bildirilen oranların üstündedir. İstatistiksel olarak artmış yüzdelerin, çalışma örnekleminin sadece şizofreni tanısı almış katılımcılardan oluşmasından kaynaklanabileceği düşünüldü.

Bütün katılımcıların %67'si anne ve babalarıyla, %6'sı ise yalnız yaşıyordu. TRSM'den hizmet alan katılımcılarda bu oranlar sırasıyla %66 ve %5, poliklinikten hizmet alan katılımcılarda %68 ve %8 idi. Şizofreni tanısı almış kişilerde mevcut barınma tiplerinin değerlendirildiği 5 merkezde yürütülmüş bir çalışmada anne ve babayla birlikte yaşama oranları; Amsterdam'da (Hollanda) %20, Kopenhag'da (Danimarka) %4, Londra'da (İngiltere'de) %20, Santander'de (İspanya) %72, Verona'da (İtalya) %50 olarak bildirilmiştir. Yalnız yaşama oranları; Amsterdam'da (Hollanda) %49, Kopenhag'da (Danimarka) %65, Londra'da (İngiltere'de) %42, Santander'de (İspanya) %7, Verona'da (İtalya) %15 olarak bildirilmiştir (40). Akdeniz ülkelerininin geleneklerine göre çocuklar yetişkin dönemlerinde de aileleri

ile birlikte yaşarlar. Bu çalışmanın sonuçları Avrupa'da yapılan çalışmadaki Akdeniz ülkelerinin sonuçlarına benzemektedir.

Bütün katılımcıların % 8.4'ü daha öncesinde şizofreni tanısı nedeniyle ev bulmakta güçlük çektiğini ifade etmiştir. Bu oran TRSM'den hizmet alan katılımcılarda % 12.7, poliklinikten hizmet alan katılımcılarda %4'tür. Ayrıca TRSM'den hizmet alan hastalar içerisinde ayrımcılığa maruz kaldığını ifade eden bütün hastalar bakım evinde yaşamaktadır. Çalışmaya katılan kişilerden bakımevinde yaşayanların tamamının bakımevinde yaşamayı bir ayrımcılık olarak gördüğü saptanmıştır. Amerika'da ağır ruhsal hastalık tanısı almış 2000 kişiyle yapılan bir çalışma'da hastaların %32 barınma ile ilişkili ayrımcılığa uğradıklarını beyan etmişlerdir (41). Bu oranlar bu çalışmadaki sonuçların oldukça üstündedir. Kültürel farklılıklar, Türkiye ve ABD arasındaki sosyal devlet anlayışındaki farklılıklar, ABD'de yapılan çalışmanın geniş ve heterojen hasta gruplarını kapsamaması gibi durumlar bu istatistiksel farklılığın nedeni olabileceği düşünülmüştür.

Katılımcıların hanelerine giren toplam gelir ortalama 2465.5 ± 1586 'dır. TRSM'den başvuran hastalarda 2390.9 ± 1725.5 , poliklinikten hizmet alan hastalarda 2541.7 ± 1436.3 olarak saptanmıştır. İki grup arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır. ($U=4559.5$ $p=0.302$) TÜİK'in 2017 verilerine göre tespit edilen yoksulluk sınırı 4 kişilik bir aile için 6355 TL olarak bildirilmiştir. Katılımcıların ortalama haneye giren aylık gelirleri yoksulluk sınırının altındadır. Bu da literatürde belirtilen düşük sosyoekonomik düzeylerde şizofreni sıklığının artışı ile tutarlıdır (23).

Bütün katılımcıların eğitimde kaldıkları süre 9.9 ± 4.2 'dir. Bu oran TRSM'den hizmet alan katılımcılarda 10.1 ± 4.4 poliklinikten hizmet alan hastalarda 9.7 ± 4.0 'dir. İki grup arasında eğitim düzeyleri açısından anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

5.2. Klinik Veriler:

Katılımcıların ortalama başlangıç yaşı 25.1±9.2 olarak saptanmıştır. Başlangıç yaşı TRSM'den hizmet alan hastalarda ortalama 24.9±10.0, poliklinikten hizmet alan hastalarda ortalama 25.3±8.3 olarak saptanmış olup, iki grup arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır. (U=4728.500 p=0,370). Şizofreni genç erişkinlik dönemini etkileyen bir bozukluktur (23).

Katılımcıların yatış sayısı TRSM'den hizmet alan katılımcılarda 3.0±3.6, poliklinikten hizmet alan katılımcılarda ise 2.8±2.3 olarak saptanmış olup, arada anlamlı farklılık yoktur. Hiç hastaneye yatmamış olan hastaların oranı TRSM'den hizmet alan katılımcılarda %27.4, poliklinikten hizmet alan katılımcılarda ise %14'tür. ($\chi^2=5547$ p=0,019).

İntihar girişimi sayısı TRSM'den hizmet alan hastalarda 1.0±2.9, poliklinikten başvuran hastalarda ise 0.7±1.5 olarak saptanmıştır. Hastaların yaklaşık %32.6'sı daha önce bir veya daha fazla kez intihar girişiminde bulunmuş olup, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur. ($\chi^2=0.100$ p=0.921)

Çalışmaya katılanların kullanmakta oldukları antipsikotiklerin klorpromazin eşdeğer dozu ortalama 615.8±382.6'dır. TRSM'den hizmet alan hastalarda ortalama değer 644.5±426.0, poliklinikten hizmet alan hastalarda ise 586.4±332.1 olarak saptanmış olup gruplar arası farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir. (U=4893.0 p=0,619)

Yapılan bir dizi çalışmada TRSM'ler aracılığıyla da verilen bütüncül hizmetlerin hastaların klinik durumuna ilişkin olumlu prognoza katkıda bulunduğu görülmüştür. Çalışmalara göre toplum temelli bütüncül yaklaşıma göre ilaç tedavisi ve çeşitli terapi hizmetlerini veren kurumlardan takip edilen hastalarda hospitalizasyon oranlarının ve süresinin azaldığı, intihar girişimlerinin sıklığında azalma olduğu bildirilmiştir (237). Bu çalışmanın katılımcıların kapalı servis yatış sayılarının, yatış sürelerinin, ilaç dozlarının, özkıyım risklerinin toplum içinde tedavi edildiklerinde nasıl değişeceği, arasında bir ilişkili olup olmadığını gösterme gücü yoktur. Bu ilişkileri aydınlatmak için prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

5.3. İçselleştirilmiş Damgalanma

Literatürde sağlık hizmetleri ve içselleştirilmiş damgalanma üzerine yapılmış birçok çalışma mevcuttur. Bu çalışmalarda tedavi uyumunun içselleştirilmiş damgalanmanın düzeyinin artmasıyla bozulduğu bildirilmiştir (12) (238) (239) (240) (241). Tedaviye uyumun bozulmasının nedeni ise hastaların tanılarını saklama eğilimleridir. Sadece bir çalışmada adli psikiyatrideki hastaların içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri ayaktan hizmet alanlara kıyasla düşük bulunmuş ve bu durumun adli sebeplerle hizmet alan hastaların sağlık hizmetlerinden faydalanırken daha az engelle karşılaşmasıyla ilişkili olduğu belirtilmiştir (242). Tsang ve arkadaşları 2010 yılında tedavinin devamlılığının yordayıcısı olarak öz-yeterliliği anlamlı bulmuştur (12).

5.3.1. İçselleştirilmiş Damgalanma ve Sağlık Hizmetleri

TRSM'den ve poliklinikten başvuran hastaların içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri ve alt ölçekleri arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. (Yabancılaşma: $U=4747.500$ $p=0,395$; Stereotipilerin kabulü: $U=4708.000$ $p=0,344$; Algılanan Ayrımcılık: $U=4417.000$ $p=0.099$; Sosyal geri çekilme: $U=4481.500$ $p= 0.136$; Damgalanmaya direnç: $U=4469.500$ $p=0.127$; Total stigma düzeyleri $U=4469.000$ $p=0,129$)

Nüfus bazlı hizmet veren merkezler şizofreni tanısı almış katılımcılara geniş bir yelpazede hizmet olanakları sunmalıdır. Hastaların kolay ulaşabileceği şekilde örgütlenmiş, gereğinde acil müdahaleleri ve hastane yatışını sağlayabilecek olanakların sağlanması önemlidir. Bu da sözü edilen hizmetlerin entegrasyonu ile oluşan dengeli ruh sağlığı hizmeti modeli ile mümkündür. Ruh Sağlığı hizmetlerinin yetkin kişiler tarafından sunulan, damgalayıcı olmayan, risk yönetiminden ziyade katılımı vurgulayan, birçok farklı tedavi yönelimini kapsayan, eğitici bir nitelikte olması gerekmektedir. Toplum ruh sağlığı merkezleri bu amaçlar doğrultusunda geliştirilmiş tedavi merkezleridir. Şili'de ruh sağlığı hizmetlerinde yapılan toplumcu müdahalelerin gözden geçirildiği bir çalışmada koruyucu stratejilerin entegre edildiği merkezlerdeki hizmetlerden faydalanan hastaların psikotik semptomlarında anlamlı düşme olduğu, hastanede kaldıkları gün sayısının ve madde kullanım bozukluğu eş

tanısının azaldığı, genel işlevsellik ve tedaviye uyumun arttığı saptanmıştır. Hastalara ve hasta yakınlarına verilen psikoeğitimlerin bunlara ek olarak içselleştirilmiş damgalanma ve ev içi istismar riskini de azalttığı bildirilmiştir. Ayrıca psikoeğitimlerin sosyal ve mesleki işlevselliği de arttırdığı ileri sürülmüştür (243).

İçselleştirilmiş damgalanma düzeylerinin TRSM'den hizmet alan katılımcılarda, poliklinikten hizmet alan katılımcılara kıyasla düşük olması beklenirken, istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinden verilen hizmetin içselleştirilmiş damgalanmayı azaltıcı etkilerinin daha iyi anlaşılması için gelecekte yapılacak prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

5.4. Çocukluk Çağı Travmaları ve Sağlık Hizmetleri

TRSM'den ve poliklinikten hizmet alan katılımcılar arasında çocukluk çağı travmaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılıklara rastlanmıştır. Çocukluk çağı toplam travma düzeyi, fiziksel istismar düzeyi ve duygusal istismar düzeyleri arasındaki farklılıklar istatistiksel olarak anlamlıdır. (Sırasıyla $U=4192.500$ $p=0.026$; $U=4449.500$ $p=0.041$; $U=4055.500$ $p=0.006$) Duygusal ihmal için ise anlamlıya yakın bir farklılık mevcuttur. ($U= 4348.500$ $p=0.056$) Fiziksel ihmal, cinsel istismar ve travma inkarını ifade eden minimalizasyon puanları açısından ise istatistiksel anlamlı farklılık bulunmamıştır. (Sırasıyla $U=4632.500$ $p=0.209$; $U=4951.500$ $p=0,600$; $U=4487.500$ $p=0.122$)

Çocukluk çağı olumsuz yaşantıları öz bildirimlere dayanarak elde edilen verilerden oluşmaktadır. Aradaki farklılıklar TRSM'den hizmet alan katılımcıların travmalarını açıklayacak güvenli terapötik ilişki kurmaları ile ilişkili olabileceği düşünüldü. Hasta kayıt sistemlerin yetersizliği bu çalışmada kısıtlılık olabileceğinden, retrospektif çalışmalar bu farklılığın nedenlerinin aydınlatılmasına katkıda bulunabilir.

Diğer bir olasılık TRSM'den hizmet alan katılımcıların yaşadıkları yerlerdir. TRSM hizmetleri lokal hizmetlerdir. İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı olan hastalar sosyoekonomik düzeyi daha düşük olan bir bölgede yaşamakta olup, bu durumun çocukluk çağı olumsuz yaşantıları açısından risk olabileceği düşünüldü. Bu noktayı aydınlatmak için adres

kayıtları üzerinden yapılacak epidemiyolojik çalışmaların faydalı olabileceği düşünüldü.

5.5. Yaş, Eğitim Yılı, Çocuk Sayısı ve Aylık Gelir ile İçselleştirilmiş Damgalanma İlişkisi

Çalışmamızda yaş ve içselleştirilmiş damgalanmanın alt ölçekleri istatistiksel olarak arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. (Tablo 5)

2016 yılında yapılan bir meta analizde yaş ve eğitim düzeyi ile damgalanmaya direnç arasında orta düzeyli bir pozitif ilişki olduğu bildirilmiştir (244).

2013 yılında yapılan bir meta analizde ise yaş ve içselleştirilmiş damgalanma arasındaki korelasyon net değildir. Bazı çalışmalarda yaş ve damgalanma arasında negatif korelasyon bildirirken, bazı çalışmalar yaş ve damgalanmaya direnç arasında negatif korelasyon olduğunu bildirmiştir (245).

Çalışma sonuçlarına göre eğitim yılı ve damgalanmaya direnç arasında bir pozitif korelasyon vardır. ($Rho= 0,151$ $p=0,032$) Bu sonuçlar 2016 yılında yapılmış olan meta analizle uyumludur (244).

2010 yılında yapılmış bir gözden geçirme ve meta analizin sonucunda; taranan çalışmaların büyük kısmının yaş, cinsiyet ve gelir düzeyleri açısından anlamlı ilişki olmadığını bildirmektedir (246).

Çalışmada katılımcıların çocuk sayıları ile yabancılaşma alt skorları arasında bir negatif korelasyon vardır. ($Rho=-0.148$ $p=0.036$) Çocuk sahibi olmanın yabancılaşmayı mı azalttığı, yoksa tersine kişinin daha az yabancılaşma hissetmesinin aile kurmasını mı kolaylaştırdığı bilinmemektedir. Bu konuya dair çalışma bulunmamaktadır.

5.6. Başlangıç Yaşı, Kullanılan Antipsikotik Dozu, Yatış Sayısı, Özkıym Sayısı ve Hastalık Yılı ile İçselleştirilmiş Damgalanma İlişkisi

Katılımcıların kullanmakta oldukları antipsikotiklerin klorpromazin türünden eşdeğerleri ile içselleştirilmiş damgalanma skorlarının total, yabancılaşma stereotipilerin onamı, algılanan ayrımcılık, sosyal geri çekilme düzeyleri arasındaki

korelasyon istatistiksel olarak anlamlıdır. (RHİDÖ toplam Rho=0.188 p=0.007; Yabancılaşma Rho=0.154 p=0.029; Stereotipilerin onayı Rho=0.157 p=0.026; Algılanan ayrımcılık Rho= 0.167 p=0.017; Sosyal geri çekilme Rho=0.237 p=0.001)

Katılımcıların intihar sayıları ile RHİDÖ toplam puanı, yabancılaşma, stereotipilerin onayı, algılanan ayrımcılık, sosyal geri çekilme alt ölçek puanları arasındaki korelasyon istatistiksel olarak anlamlıdır. (Sırasıyla: Rho=0.265 p=0.001; Rho=0.253 p=0.001; Rho=0.205 p=0.004; Rho=0.271 p=0.001; Rho=0.231 p=0.001)

Damgalanmaya direnç ile kullanılan antipsikotik doz ve özkıyım sayıları ile istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır. Benzer şekilde katılımcıların yatış sayısı, hastalık yılı ve başlangıç yaşı ile içselleştirilmiş damgalanma total ve alt ölçekleri arasında anlamlı bir korelasyon saptanmamıştır.

İçselleştirilmiş damgalanma ile ilişkili literatüre bakıldığında; erken başlangıç yaşının dolayısıyla hastalık süresinin algılanan ayrımcılığa katkı sunan esas faktörlerden olduğu bildirilmiştir (247). Adewuya ve arkadaşları düşük gelirli ülkelerde hastalıkta kalma süresindeki uzamanın, içselleştirilmiş damgalanma düzeylerini arttıracığını bildirmiştir. Bu durumun düşük gelirli ülkelerdeki yetersiz tedavi ile açıklanabileceği belirtilmiştir (248).

Psikiyatri kliniğine yatış sayısı ve damgalanma üzerine yapılmış az sayıda çalışma vardır. 2012 yılında Brezilya'da yapılan bir çalışmada hastaneye yatış varlığı, hastaneye yatış süresi ve sayısının damgalanmayı arttırdığı bildirilmiştir (249).

2017 yılında yapılmış bir gözden geçirme çalışmasında içselleştirilmiş damgalanmanın özkıyım açısından bir risk faktörü olduğu bildirilmiştir. Algılanan ayrımcılık düzeyleri istatistiksel olarak en anlamlı alt ölçektir. Özkıyım riski depresyon ve yüksek içgörü düzeyleri ile daha fazla ilişkilidir. Düşük benlik saygısı ise suisidaliteye aracı rol oynar (250). Çalışma sonucunda elde ettiğimiz istatistiksel değerler literatür sonuçları ile uyumludur.

Literatürde kullanılan antipsikotikler ve içselleştirilmiş damgalanma üzerine çalışmalar sınırlıdır. Bir çalışmada oral risperidon kullanımının daha düşük yabancılaşma düzeyleri ve daha yüksek damgalanma direnci ile ilişkili olduğunu bildirmiştir. Ek olarak depo risperidonun stereotipilerin onayı ile depo zuklopentiksolun da stereotipilerin onayı, algılanan ayrımcılık ve yabancılaşma ile bağlantılı olduğu saptanmıştır (250). Farklı tanılar almış katılımcılarla yapılmış

başka bir çalışma antipsikotik kullanımının toplam damgalanma düzeyleri ile anlamlı ilişkisinin olduğunu, hatta içselleştirilmiş damgalanma açısından öngördürücü olduğunu saptamıştır. Antipsikotik dozları ile içselleştirilmiş damgalanma skorları arasında bir korelasyon olmadığını belirten bu çalışma, kullanılan antidepresan dozu ile içselleştirilmiş damgalanma arasında pozitif bir korelasyon olduğunu bildirmiştir (251).

Bu çalışma katılımcıların kullanmakta oldukları antipsikotiklerin klorpromazin eşdeğer dozları hesaplanarak yapılmıştır. Literatürde bu değerlendirmeyi benzer şekilde yapan çalışma bulunamamıştır.

5.7. İçselleştirilmiş Damgalanma ve Çocukluk Çağı Travması Arasındaki Korelasyon

İçselleştirilmiş damgalanma ve çocukluk çağı travma düzeyleri arasında pozitif korelasyon mevcuttu. Çocukluk çağı travmalarının alt ölçeği olan ve travma inkarını ifade eden minimalizasyon skoru ile RHİDÖ toplam puan ve alt ölçek puanları arasında negatif korelasyon mevcuttu. Bu ilişkiye dair literatürde çalışma bulunmamaktadır. Bu duruma dair kavramsal çerçeve henüz hipotez aşamasındadır. Konuya ilişkin 2015 yılında yapılmış çok merkezlik bir çalışmada, psikotik bozukluk tanısı almış olan katılımcılar ve kardeşlerinde çocukluk çağı travmaları ve stereotipi farkındalığı karşılaştırılmıştır. Hem hastalarda, hem de kardeşlerinde çocukluk çağı travmasının stereotipilere farkındalığa duyarlılığı arttırdığı bildirilmiştir (211).

Erişkinlik döneminde cinsel travma nedeniyle adli tıba başvuran hastalar üzerinde yapılan başka bir çalışma cinsel travma sonrasında psikiyatrik tanı alan hastalarda, özellikle depresyon ölçeği ortalama puanı ve damgalanma ölçeği toplam puanı, stereotipilerin onayı, algılanan ayrımcılık, sosyal geri çekilme ve damgalanmaya direnç alt ölçekleri arasında anlamlı bir ilişki vardır. Erişkinlik çağında travma yaşamış olmanın içselleştirilmiş damgalanma üzerine etkisini depresyon aracılığı ile hipotezleştirmiş olan bu çalışma travmanın içselleştirilmiş damgalanma üzerine direk etkisini kısıtlılıkları nedeniyle tartışmamaktadır (252). Ortadoğu ülkelerinde cinsel travmanın kendisi damgadır (253).

Bu çalışma, içselleştirilmiş damgalanma ve çocukluk çağı travmalarının bütün alt tipleri arasında bir korelasyon saptamış olup, gelecekte daha geniş gruplardaki çalışmalarla desteklenmelidir.

5.8. Çalışmanın Kısıtlılıkları

Bu çalışma İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne devam etmekte olan şizofreni tanısı almış katılımcılarla yapılmıştır. Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'ne devam etmekte olan katılımcılar psikoeğitimler, grup terapileri, bireysel terapiler, evde bakım gibi hizmetlerin birini ya da birkaçından ihtiyaçları oranında ve değişen sıklıklarda faydalanmışlardır. Bu nedenle Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nden devam eden katılımcıların damgalanma düzeylerine dair elde ettiğimiz veriler kısıtlıdır.

Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde verilen hizmetleri olgulara özel olarak ve ihtiyaçlar doğrultusunda yapılmaktadır. Hastaya özgü geliştirilmiş bu çerçeve, TRSM'de verilen hizmetlerin kavramsallaşmasını zorlaştırmaktadır. Bu durum, TRSM'den hizmet alan hastaların heterojen bir grup olmasına neden olmaktadır.

Çalışmacılar tarafından kişilerin mahremiyetinin korunacağı beyan edilmiş olsa da çocukluk çağı istismarının bildirilmesi yasal olarak zorunludur. Birçok hasta bu nedenle çalışmayı reddetmiştir. Çalışmaya katılmayı kabul eden hastaların ne kadar yansız olduğu bilinmemektedir.

Bu çalışma kesitsel bir çalışmadır. TRSM'den verilen psikoeğitim, rehabilitasyon ve terapi gibi hizmetlerin faydaları aylar hatta yıllar içerisinde gözlenmeye başlar. TRSM'de verilen hizmetlerin içselleştirilmiş damgalanmaya etkilerini görmek için daha uzun süreleri kapsayan prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

Çalışma 202 şizofreni tanısı almış kişi katıldığı orta büyüklükte bir örnekleme yapıldı. Dolayısıyla bulguların daha geniş gruplarda tekrarlanması gerekmektedir.

İçselleştirilmiş damgalanma; depresif semptomlar, psikotik semptomlar, içgörü, psikolojik iyilik hali, sosyal kaygı, sosyal kaçınma, yaşam kalitesi gibi pek çok faktörden etkilenmektedir. Bu faktörlerin etkisinin de dahil edildiği yeni çalışmalar çocukluk çağı travmaları ve içselleştirilmiş damgalanmaya aracı olabilecek faktörlerin aydınlatılması için yeni çalışmalar gereklidir.

5.9. Çalışmanın Güçlü Yönleri

Geçmiş çalışmalar içselleştirilmiş damgalanma ile yaşam kalitesi, özkıyım riski, umutsuzluk, kişiler arası ilişkiler, toplumsal kaygı, sosyo-demografik tanımlamalar, sosyal işlevsellik gibi alanlara yoğunlaşmıştır.

Çocukluk çağı travması bireyin gelişimini temelden etkileyen, erişkinlik döneminde birçok bozukluğa neden olabilen, bir patolojiye neden olmasa bile kişinin kendiliğine ilişkin olumsuz bir yapılanma kurmasını sağlayan, hatta kişiyi direk damgalan faktörlerdendir. Birçok çalışma kişinin çocukluk döneminde karşılaşmış olduğu olumsuz yaşam olaylarına odaklanmadan içselleştirilmiş damgalanmayı açıklamaya çalışmaktadır. Bu çalışma içselleştirilmiş damgalanma ve çocukluk çağı kötü yaşantılarını ele alan ilk çalışmadır. Ruh sağlığı hizmetlerinde travma ile ilişkili tanı ve tedavi hedefler oluşturulması için kanıta dayalı içeriğe katkı sunmaktadır.

6. SONUÇ

- Çalışmaya dahil edilen şizofreni tanılı hastaların içselleştirilmiş damgalanma ve çocukluk çağı travma düzeyleri arasında pozitif korelasyon bulunmuştur. Bu sonuçlar ruh sağlığı çalışanlarına yeni tedavi hedefleri ortaya koymaktadır. Kendini damgalayan hastaların kendisine ilişkin olumsuz algılarının altında yatan nedenlerin aydınlatılması açısından travmanın sorgulanması, hatta travma öyküsünün rutin muayenenin bir parçası olarak düşünülmesi klinisyenler için önemli bir adımdır. Bu konu daha geniş örneklemli çalışmalarla desteklenmelidir.

- Çalışmaların sonuçlarından biri TRSM'den hizmet alan hastaların daha çok fiziksel ve duygusal istismara uğradığı idi. Bu bulgu, TRSM'lerin travma açısından daha riskli gruplara hizmet verdiğine dair bir kanıt olarak düşünülebilir. Benzer şekilde kurumda bakım hizmeti alan hastaların tamamı TRSM'den takip edilmekteydi. Sosyal Hizmet Kurumu'nun müdahalelerini etkin hale getirecek hizmet modellerinin oluşturulması açısından TRSM'den takipli hastaların travma geçmişlerinin kliniğe etkileri üzerine daha fazla kanıta dayalı bilgiye ihtiyaç vardır.

- İçselleştirilmiş damgalanma, kişinin ilaç uyumunu ve tedavi sürekliliğini olumsuz etkilemektedir. TRSM'ler ruhsal hastalığı olan, ruh sağlığı hizmetlerinden çeşitli nedenlerle faydalanamayan kişilere uygulanan ayrımcılığı azaltmayı, topluma kazandırmayı, ruhsal iyilik halini sürdürürken acil durumlarda etkin tedaviyi sunmayı hedefleyen merkezlerdir. İçselleştirilmiş damgalanma kişinin sağlık hizmetlerinden etkin faydalanmasının önündeki engellerden birisidir.

- İçselleştirilmiş damgalanmanın kaynağı toplumsal basmakalıp düşünceler ve önyargılardır. Bu düşüncelerle mücadele ruh sağlığı çalışanları açısından önemli bir sorumluluktur. Olumsuz sonuçlara neden olan bu düşüncelerin kaynaklarının aydınlatılması için kanıta dayalı çalışmalara ihtiyaç vardır.

- TRSM hastalarının istihdam sorunları, poliklinik hastalarına göre daha fazladır. TRSM hizmeti olan mesleki işlevsellik odaklı destekleyici terapi hizmetleri açısından tedavi hedefi olarak ön plana çıkmaktadır. Bu çalışma hastaların istihdam sorunları ile ilişkili kanıta dayalı içeriğe katkı koymaktadır.

6. ÖZET

TOPLUM RUH SAĞLIĞI MERKEZİ'NDE VE POLİKLİNİKTE TAKİP EDİLEN REMİSYONDAKİ ŞİZOFRENİ HASTALARININ İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMA VE ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMASI AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLDİĞİ KARŞILAŞTIRMALI BİR ÇALIŞMA

Şizofreni duygusal, bilişsel ve davranışsal alanlarda defisitlere yol açan kronik bir ruhsal hastalıktır. Şizofreni hastalarının işlev kayıplarını en düşük düzeye indirmesi bakımından tedavi uyumu oldukça önemlidir. Şizofreni tanısı almış hastaların tedaviye uyumunu etkileyen önemli faktörlerden birinin içselleştirilmiş damgalanma olduğu düşünülmektedir. Şizofreni tanısı alan bireylerin ihtiyaç duydukları sağlık hizmetleri bireysel farklılıklar gösterir. Buradan yola çıkılarak dengeli ruh sağlığı modellerinin önemi vurgulanmaya başlamıştır. TRSM'ler dengeli ruh sağlığı modelini kapsayan hizmetleri yaygın olarak topluma sunmayı hedefler. Ayrıca TRSM'ler hastaları toplumdan koparmadan, onun çeşitli alanlardaki işlevselliklerini korumalarını sağlayarak hastaların damgalanmasının önüne geçmeyi hedefler. Şizofreni tanısı alan kişilerin sıklıkla karşılaştığı sorunlardan birisi çocukluk çağı istismar ve ihmallerine maruz kalmaktır. İçselleştirilmiş damgalanma düzeylerinin şizofreni hastalarında psikotik bulguların artması ile ilişkili olduğuna dair kanıtlar mevcuttur. Benzer şekilde çocukluk çağı travmalarının da psikotik bulguları alevlendirdiği bilinmektedir.

Bu çalışmanın birincil amacı TRSM'den ve poliklinikten hizmet alan remisyondaki hastaların içselleştirilmiş damgalanma düzeylerinin karşılaştırılmasıdır. İkincil amaç ise içselleştirilmiş damgalanma ve çocukluk çağı travmaları arasında ilişki olup olmadığını görmektir.

Çalışmanın örnekleme TRSM'den hizmet alan 102 ve poliklinikten hizmet alan 100 hasta oluşturmuştur. Katılımcılara Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanma Formu, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği ve çalışmacılar tarafından hazırlanan Sosyo-demografik Veri Formu uygulanmıştır. Elde edilen veriler SPSS 24.0 paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Parametrik dağılım gösteren veriler için t testi, nonparametrik dağılım gösteren veriler için Mann Whitney U testi

kullanılmıştır. Parametreler arası bağıntısal ilişkiler için Spearman Testi kullanılmıştır.

TRSM ve poliklinikten hizmet alan hastalar arasında içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri açısından istatistiksel anlamlı farklılık saptanmamıştır. İçselleştirilmiş damgalanma ve çocukluk çağı toplam ve alt düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif korelasyon saptanmıştır.

TRSM'lerde verilen hizmetlerin hastaların içselleştirilmiş damgalanma üzerine etkilerini inceleyen çalışmalar ülkemizde henüz yaygın değildir. Bu çalışmanın sonuçları daha prospektif çalışmalarla desteklenmelidir. Ayrıca çocukluk çağı istismar ve ihmallerinin hastaların içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri ile ilişkisini saptayam bu çalışmanın alandaki literatüre katkı sağladığını düşünmekteyiz. Bu ilişkiyi sağlayan altta yatan mekanizmaların aydınlatılması açısından daha geniş örneklemelerde yapılan yeni çalışmalara ihtiyaç vardır.

7. SUMMARY

A COMPERATIVE STUDY ON INTERNALIZED STIGMA AND CHILDHOOD TRAUMA OF SCHIZOPHRENIA PATIENTS IN REMISSION WHO ARE FOLLOWED IN COMMUNITY MENTAL HEALTH CENTER AND HOSPITAL CLINIC

Schizophrenia is a chronical mental illness which is presented with emotional, cognitive and behavioural deficits. Compliance to treatment is critical in order to minimize the function loss. It is believed that one of the most important factors that affects patient's compliance to treatment is internalized stigma. Individuals who diagnosed with schizophrenia tends to need individually specified treatments. Originating from this fact, the importance of balanced mental health models is being emphasized. Community Mental Health Centers' aim is to widely provide health services which includes balanced mental health model. Another purpose of Community Mental Health Center is to prevent patients' isolation from community by protecting their social functionality. One of common problems of individuals diagnosed with schizophrenia is childhood abuse and neglect. There are evidences of the relation between internalized stigma levels and increase of psychotic findings. Likewise, it is known that childhood trauma aggravates psychotic findings.

Primary aim of this study is to compare internalized stigma levels of the patients on remission who recieve health services from Community Mental Health Centers and outpatient clinics. Secondary aim is to show if there's a relation between internalized stigma and childhood trauma.

Sampling of this study includes 102 of Community Mental Health Center patients and 100 of outpatient clinic patients. The Internalized Stigma of Mental Inness Scale (ISMI), Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) and researcher-designed sociodemographic data form applied to patients. Recovered data analyzed with SPSS 24.0. t test used for parametric values and Mann Whitney U test used for non-parametric values. Spearman Test used for interparametric relations.

No statistically significant difference between Community Mental Health Center patients and outpatient clinic patients concerning internalized stigma levels have been found. A statistically significant positive correlation has been found between internalized stigma and sum and sublevels of childhood trauma.

Studies in which investigate the affects of the services provided from Community Mental Health Services on patients' internalized stigma are not common in our country. Results of this study have to be supported with more prospective studies. We think that our study contributes to literature by appointing the relations between patients' internalized stigma levels and childhood trauma and neglect. Large scale studies on wider samplings are needed for enlighting the underlying mechanisms.

8. KAYNAKÇA

1. Yıldız, M. Şizofreni. 2. Baskı. Sena Ofset Ltd. Ştd. İstanbul, 2005.
2. Bahar A. Şizofreni ve damgalama. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi. 2007;2(4):101-10.
3. Taşkın, EO. Ruhsal Hastalıklarda damgalama ve ayrımcılık. İçinde: Taşkın EO, editör. Stigma ruhsal hastalıklara yönelik tutumlar ve damgalama. İzmir: Meta Basım ve Matbaacılık, 2007: s. 17-30.
4. Coşkun S, Öztürk A. Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi hemşirelerinde şiddete maruz kalma durumlarının incelenmesi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi. 2010;3(3):16-23. .
5. Doğanavşargil GÖ. Şizofreni ve depresyonda içselleştirilmiş damgalanma ve yaşam kalitesi (Doctoral dissertation, DEÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
6. Dilbaz N, Karamustafalıoğlu O, Oral T, Önder E, Çetin M. Psikiyatri Polikliniğe Basvuran Sizofreni Hastalarında Tedaviye Uyumun ve Uyumu Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. Klinik Psikofarmakoloji Bulteni. 2006 Dec 1;16(4):223..
7. Corrigan PW, Watson AC, Barr L. The self–stigma of mental illness: Implications for self–esteem and self–efficacy. Journal of social and clinical psychology. 2006 Oct;25(8):875-84.
8. Watson AC, Corrigan P, Larson JE, Sells M. Self-stigma in people with mental illness. Schizophrenia bulletin. 2007 Jan 25;33(6):1312-8.
9. Rüşch N, Angermeyer MC, Corrigan PW. Mental illness stigma: concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. European psychiatry. 2005 Dec 1;20(8):529-39.
10. Fung KM, Tsang HW, Chan F. Self-stigma, stages of change and psychosocial treatment adherence among Chinese people with schizophrenia: a path analysis. Social psychiatry and psychiatric epidemiology. 2010 May 1;45(5):561-8.
11. Fung KM, Tsang HW, Corrigan PW. Self-stigma of people with schizophrenia as predictor of their adherence to psychosocial treatment. Psychiatric rehabilitation journal. 2008;32(2):95.
12. Tsang HW, Fung KM, Chung RC. Self-stigma and stages of change as predictors of treatment adherence of individuals with schizophrenia. Psychiatry Research. 2010 Nov 30;180(1):10-5.

13. Çetinkaya Duman Z, Aştı N, Üçok A, Kuşcu MK. Şizofreni hastalarına ve ailelerine ‘bağımsız ve sosyal yaşam becerileri topluma yeniden katılım programı’uygulaması, izlenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2007;8(2):91-9.
14. Kara B, Biçer Ü, Gökalp AS. Çocuk istismarı. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*. 2004;47(2):140-51.
15. Aral N, Gürsoy F. Çocuk hakları çerçevesinde çocuk ihmal ve istismarı. *Milli Eğitim Dergisi*. 2001;151(5).
16. Tunnard C, Rane LJ, Wooderson SC, Markopoulou K, Poon L, Fekadu A, Juruena M, Cleare AJ. The impact of childhood adversity on suicidality and clinical course in treatment-resistant depression. *Journal of affective disorders*. 2014 Jan 1;152:122-30.
17. Kraan T, van Dam DS, Velthorst E, de Ruigh EL, Nieman DH, Durston S, Schothorst P, van der Gaag M, de Haan L. Childhood trauma and clinical outcome in patients at ultra-high risk of transition to psychosis. *Schizop research*. 2015 Dec 1;169(1-3):193-5.
18. Russo DA, Stochl J, Painter M, Dobler V, Jackson E, Jones PB, Perez J. Trauma history characteristics associated with mental states at clinical high risk for psychosis. *Psychiatry research*. 2014 Dec 15;220(1-2):237-44.
19. Thompson AD, Nelson B, Yuen HP, Lin A, Amminger GP, McGorry PD, Wood SJ, Yung AR. Sexual trauma increases the risk of developing psychosis in an ultra high-risk “prodromal” population. *Schizophrenia bulletin*. 2013 Mar 2;40(3):697-706.
20. Paparelli A, Di Forti M, Morrison PD, Murray RM. Drug-induced psychosis: how to avoid star gazing in schizophrenia research by looking at more obvious sources of light. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*. 2011 Jan 17;5:1.
21. Kira IA, Lewandowski L, Ashby JS, Templin T, Ramaswamy V. The traumatogenic dynamics of internalized stigma of mental illness among Arab American, Muslim, and refugee clients. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*. 2014 Jul;20(4):250-66. .
22. Özütek ZS. Şizofrenide aile ve hasta arasındaki etkileşimin hastalık belirtileri ve yaşam kalitesi üzerine etkisi (Yüksek lisans tezi). İstanbul, İstanbul Üniversitesi. 2005.
23. Öztürk MO, Uluşahin A. Ruh sağlığı ve bozuklukları. Nobel Tıp Kitabevleri; 2014.

24. McGrath J, Saha S, Welham J, El Saadi O, MacCauley C, Chant D. A systematic review of the incidence of schizophrenia: the distribution of rates and the influence of sex, urbanicity, migrant status and methodology. *BMC medicine*. 2004 Dec;2(1):13.
25. Eaton WW, Chen C. *Epidemiology*. Washington, DC : American Psychiatric Pub , 2006. 1st ed. 17-37.
26. Silver E, Mulvey EP, Swanson JW. Neighborhood structural characteristics and mental disorder: Faris and Dunham revisited. *Social science & medicine*. 2002 Oct 1;55(8):1457-70.
27. Eaton W, Harrison G. Ethnic disadvantage and schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2000 Dec;102:38-43.
28. Cantor-Graae E, Selten JP. Schizophrenia and migration: a meta-analysis and review. *American Journal of Psychiatry*. 2005 Jan 1;162(1):12-24.
29. **Saka MC, Atbaşoğlu C.** Şizofreni Epidemiyolojisi. 1. Baskı, 2007; 13-27. [yazan] Alptekin K, Atbaşoğlu C, Herken H In: Soygür H. Şizofreni ve diğer Psikotik bozukluklar. Ankara : Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları , 2007: 13-17.
30. **E(çev), Köroğlu.** Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Elkitabı. Ankara : Hekimler Yayın Birliği, 2014.
31. Hasan Malay, 2010, Çağlar Boyu Kölelik, Gündoğan yayınları, syf 196-197.
32. Link BG, Phelan JC. Conceptualizing stigma. *Annual review of Sociology*. 2001 Aug;27(1):363-85.
33. Caruso DR, Hodapp RM. Perceptions of mental retardation and mental illness. *American Journal on Mental Retardation*. 1988 Sep.;93(2):118-124.
34. Leff J, editor. *Care in the community: illusion or reality*. Wiley; 1997 Jun 19.
35. Hartwell CE. The schizophrenogenic mother concept in American psychiatry. *Psychiatry*. 1996 Aug 1;59(3):274-97.
36. Mari JD, Streiner DL. An overview of family interventions and relapse on schizophrenia: meta-analysis of research findings. *Psychological medicine*. 1994 Aug;24(3):565-78.
37. Östman M, Kjellin L. Stigma by association: psychological factors in relatives of people with mental illness. *The British Journal of Psychiatry*. 2002 Dec;181(6):494-8.

38. Rose D, Thornicroft G, Slade M. Who decides what evidence is? Developing a multiple perspectives paradigm in mental health. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2006 Feb;113:109-14.).
39. Shibre T, Negash A, Kullgren G, Kebede D, Alem A, Fekadu A, Fekadu D, Medhin G, Jacobsson L. Perception of stigma among family members of individuals with schizophrenia and major affective disorders in rural Ethiopia. *Social Psychiatry and Psychiatric E*.
40. Thornicroft G, Tansella M, Becker T, Knapp M, Leese M, Schene A, Vazquez-Barquero JL, EPSILON Study Group. The personal impact of schizophrenia in Europe. *Schizophrenia research*. 2004 Aug 1;69(2-3):125-32.
41. Corrigan P, Thompson V, Lambert D, Sangster Y, Noel JG, Campbell J. Perceptions of discrimination among persons with serious mental illness. *Psychiatric Services*. 2003 Aug;54(8):1105-10.
42. Morgan, Craig, et al. Social exclusion and mental health: conceptual and methodological review. *The British Journal of Psychiatry*, 2007, 191.6: 477-483.
43. Dinos S, Stevens S, Serfaty M, Weich S, King M. Stigma: the feelings and experiences of 46 people with mental illness: qualitative study. *The British Journal of Psychiatry*. 2004 Feb;184(2):176-81.
44. Beels CC, Gutwirth L, Berkeley J, Struening E. Measurements of social support in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. 1984;10(3):399.
45. Albert M, Becker T, Mccrone P, Thornicroft G. Social Networks and Mental Health Service Utilisation - a Literature Review. *International Journal of Social Psychiatry*. 1998;44(4):248-266.
46. Brugha T, Weich S, Singleton N, Lewis G, Bebbington P. Primary group size, social support, gender and future mental health status in a prospective study of people living in private households throughout Great Britain. *Psychol Medi*. 2005;35(5):705-714.
47. Burke, Kimberly Christie, et al. Age at onset of selected mental disorders in five community populations. *Archives of general psychiatry*, 1990, 47.6: 511-518.
48. Rudolph B, Larson GL, Sweeny S, Hough EE, Arorian K. Hospitalized pregnant psychotic women: characteristics and treatment issues. *Psychiatric Services*. 1990 Feb;41(2):159-63.
49. Susser E, Valencia E, Conover S. Prevalence of HIV infection among psychiatric patients in a New York City men's shelter. *American Journal of Public Health*. 1993 Apr;83(4):568-70.

50. Coverdale JH, Turbott SH. Sexual and physical abuse of chronically ill psychiatric outpatients compared with a matched sample of medical outpatients. *The Journal of nervous and mental disease*. 2000 Jul 1;188(7):440-5.
51. Harris M. Modifications in service delivery and clinical treatment for women diagnosed with severe mental illness who are also the survivors of sexual abuse trauma. *The journal of mental health administration*. 1994 Sep 1;21(4):397-406.
52. Salokangas RK, Stengård E. Gender and short-term outcome in schizophrenia. *Schizophrenia Research*. 1990 Oct 1;3(5-6):333-45.
53. Salokangas RK. Living situation, social network and outcome in schizophrenia: a five-year prospective follow-up study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1997 Dec;96(6):459-68.
54. Richards M, Hardy R, Wadsworth M. The effects of divorce and separation on mental health in a national UK birth cohort. *Psychological medicine*. 1997 Sep;27(5):1121-8.
55. Diaz-Caneja A, Johnson S. The views and experiences of severely mentally ill mothers. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2004 Jun 1;39(6):472-82.
56. Howard LM. Fertility and pregnancy in women with psychotic disorders. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2005 Mar 1;119(1):3-10.
57. Warr, Peter. *Work, unemployment, and mental health*. Oxford University Press, 1987.
58. Evans-Lacko, Sara, et al. The mental health consequences of the recession: economic hardship and employment of people with mental health problems in 27 European countries. *PloS one*, 2013, 8.7: e69792.
59.
http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+/http://www.cabinetoffice.gov.uk/media/cabinetoffice/social_exclusion_task_force/assets/publications_1997_to_2006/seu_leaflet.pdf. 2018. [Çevrimiçi] [Alıntı Tarihi: 30 09 2018.]
60. Read J, Baker S. *Not just sticks & stones: a survey of the stigma, taboos and discrimination experienced by people with mental health problems*. London: Mind; 1996.
61. Marwaha S, Johnson S. Schizophrenia and employment. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2004 May 1;39(5):337-49.

62. Wang PS, Beck AL, Berglund P, McKenas DK, Pronk NP, Simon GE, Kessler RC. Effects of major depression on moment-in-time work performance. *American Journal of Psychiatry*. 2004 Oct 1;161(10):1885-91.
63. Slade M, McCrone P, Thornicroft G. Uptake of welfare benefits by psychiatric patients. *Psychiatric Bulletin*. 1995 Jul;19(7):411-3.
64. Burton VS. The consequences of official labels: A research note on rights lost by the mentally ill, mentally incompetent, and convicted felons. *Community Mental Health Journal*. 1990 Jun 1;26(3):267-76.
65. Hemmens C, Miller M, Burton VS, Milner S. The consequences of official labels: An examination of the rights lost by the mentally ill and mentally incompetent ten years later. *Community Mental Health Journal*. 2002 Apr 1;38(2):129-40.
66. Knapp, Martin, et al. Mental health policy and practice across Europe: an overview. *Mental health policy and practice across Europe, 2007*, 1.
67. [Çevrimiçi] 2005. [Alıntı Tarihi: 09 30 2018.]
http://www.who.int/mental_health/policy/legislation/en/.
68. [Çevrimiçi] 2017. [Alıntı Tarihi: 30 10 2018.]
<http://www.psikiyatri.org.tr/uploadFiles/2811201717434-Ruh-Sagligi-Yasa-Taslagi.pdf>.
69. Wahl OF, Kaye AL. Mental illness topics in popular periodicals. *Community Mental Health Journal*. 1992 Feb 1;28(1):21-8.
70. Borinstein AB. Public attitudes toward persons with mental illness. *Health Aff (Millwood)* 1992;11(3):186-196.
71. Fairweather, George W., et al. *Community life for the mentally ill: An alternative to institutional care*. Routledge, 2017.
72. Coverdale J, Nairn R, Claasen D. Depictions of mental illness in print media: A prospective national sample. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2002 Oct;36(5):697-700.
73. Williams M, Taylor J. Mental illness: media perpetuation of stigma. *Contemporary Nurse*. 1995 Mar 1;4(1):41-6.
74. Nairn RG, Coverdale JH. People never see us living well: an appraisal of the personal stories about mental illness in a prospective print media sample. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2005 Jan 1;39(4):281-7.
75. Steadman HJ, Cocozza JJ. Public perceptions of the criminally insane. *Psychiatric Services*. 1978 Jul;29(7):457-9.

76. Hyler SE, Gabbard GO, Schneider I. Homicidal Maniacs and Narcissistic Parasites: Stigmatization of Mentally Ill Persons in the Movies. *Psychiatric Services*. 1991 Oct;42(10):1044-8.
77. Nairn, Raymond G. Media portrayals of mental illness, or is it madness? A review. *Australian Psychologist*, 2007, 42.2: 138-146.
78. Angermeyer, Matthias C.; Schulze, Beate. Reinforcing stereotypes: how the focus on forensic cases in news reporting may influence public attitudes towards the mentally ill. *International Journal of Law and Psychiatry*, 2001.
79. Savaşır Y. Türk toplumunun araştırma yapılan geleneksel ve sosyal değişime uğramış kesimlerinde ruh hastasının sağaltılması ile ilgili tutum ve inançlar. VII. Ulusal Nöropsikiyatri Kongresi. 1971.
80. Eskin M. Rural population's opinions about the causes of mental illness, modern psychiatric help-sources and traditional healers in Turkey. *International Journal of Social Psychiatry*. 1989 Dec;35(4):324-8.
81. Arkar H, Eker D. Attitudes toward mental illness: the effect of type of cause. *Türk Psikiyatri Derg*. 1996;7:191-7.
82. Eker D. Effect of type of cause on attitudes toward mental illness and relationships between the attitudes. *International journal of social psychiatry*. 1985 Dec;31(4):243-51.
83. Karancı AN. Şizofren hasta yakınlarının dünyası: Nedensel atıflar, yükler ve umutlar. *Şizofreni Yazıları*. 2000;1(1):6-12.
84. Polat A, Üçok A, Genç A, Aksüt D. Ruhsal hastalığı olan kişilerin ailelerinde stigma. 36. Ulusal Psikiyatri Kongresi, Antalya. 2000:339-40.
85. Savaş HA, Yumru M, Göral L, ÖZEN ME. Türkiye'nin güneydoğusunda psikiyatrik hastalıklar bağlamında psikiyatri ve psikoloji ile ilişkili bilgi ve tutumlar: Gaziantep şehrinden bir kesit. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2006;7:140-9.
86. Sağduyu A, Aker T, Özmen E, Ögel K, Tamar D. Halkın şizofreniye bakışı ve yaklaşımı üzerine bir epidemiyolojik araştırma. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2001;12(2):99-110.
87. Soygür H, Alptekin K, Atbaşoğlu EC, Herken H. Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar. 1. Baskı. *Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları*. 2007;500.
88. Jablensky A. Epidemiology of schizophrenia: the global burden of disease and disability. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*. 2000 Dec 1;250(6):274-85.

89. MacInnes DL, Lewis M. The evaluation of a short group programme to reduce self-stigma in people with serious and enduring mental health problems. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2008 Jan;15(1):59-65.
90. Horwitz A. Family, kin, and friend networks in psychiatric help-seeking. *Social Science & Medicine. Part A: Medical Psychology & Medical Sociology*. 1978 Jan 1;12:297-304.
91. Cumming J, Cumming E. On the stigma of mental illness. *Community Mental Health Journal*. 1965 Jun 1;1(2):135-43.
92. Ritsher JB, Phelan JC. Internalized stigma predicts erosion of morale among psychiatric outpatients. *Psychiatry research*. 2004 Dec 30;129(3):257-65.
93. Link BG, Struening EL, Neese-Todd S, Asmussen S, Phelan JC. On describing and seeking to change the experience of stigma. *Psychiatric Rehabilitation Skills*. 2002 Sep 1;6(2):201-31.
94. Hayward & Jenifer A. Bright PE. Stigma and mental illness: A review and critique. *Journal of Mental Health*. 1997 Jan 1;6(4):345-54.
95. Link BG, Struening EL, Neese-Todd S, Asmussen S, Phelan JC. Stigma as a barrier to recovery: The consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illnesses. *Psychiatric services*. 2001 Dec;52(12):1621-6.
96. Townley G, Brusilovskiy E, Salzer MS. Urban and non-urban differences in community living and participation among individuals with serious mental illnesses. *Social Science & Medicine*. 2017 Mar 1;177:223-30.
97. Aoki Y, Yamaguchi S, Ando S, Sasaki N, Bernick PJ, Akiyama T. The experience of electroconvulsive therapy and its impact on associated stigma: A meta-analysis. *International Journal of Social Psychiatry*. 2016 Dec;62(8):708-18.
98. Angermeyer MC, Beck M, Dietrich S, Holzinger A. The stigma of mental illness: patients' anticipations and experiences. *International Journal of Social Psychiatry*. 2004 Jun;50(2):153-62.
99. Pinel EC. Stigma consciousness: the psychological legacy of social stereotypes. *Journal of personality and social psychology*. 1999 Jan;76(1):114.
100. Madianos MG, Madianou D, Stefanis CN. Help-seeking behaviour for psychiatric disorder from physicians or psychiatrists in Greece. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 1993 Nov 1;28(6):285-91.

101. Freidl M, Lang T, Scherer M. How psychiatric patients perceive the public's stereotype of mental illness. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2003 May 1;38(5):269-75.
102. Link BG. Understanding labeling effects in the area of mental disorders: An assessment of the effects of expectations of rejection. *American Sociological Review*. 1987 Feb 1:96-112.
103. Wahl OF. Mental health consumers' experience of stigma. *Schizophrenia bulletin*. 1999 Jan 1;25(3):467-78.
104. Prince PN, Prince CR. Perceived stigma and community integration among clients of assertive community treatment. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 2002;25(4):353-331.
105. Markowitz FE. The effects of stigma on the psychological well-being and life satisfaction of persons with mental illness. *Journal of health and social behavior*. 1998 Dec 1:335-47.
106. Farina A, Gliha D, Bourdreau LA, Ale JG, Sherman M. Mental illness and the impact of believing others know about it. *Journal of Abnormal Psychology*. 1971 Feb;77(1):1.
107. Stengler-Wenzke K, Angermeyer MC, Matschinger H. Depression and stigma. *Psychiatrische Praxis*. 2000 Oct;27(7):330-5.
108. Corrigan PW. On the stigma of mental illness: Practical strategies for research and social change. American Psychological Association; 2005.
109. Smart L, Wegner DM. The hidden costs of hidden stigma. *The social psychology of stigma*. 2000:220-42.
110. Biernat M, Dovidio JF. Stigma and stereotypes. *The social psychology of stigma*. 2000:88-125.
111. Quinn DM, Kahng SK, Crocker J. Discreditable: Stigma effects of revealing a mental illness history on test performance. *Personality and Social Psychology Bulletin*. 2004 Jul;30(7):803-15.
112. Estroff SE. *Making it crazy: An ethnography of psychiatric clients in an American community*. Univ of California Press; 1985 Jun 6.
113. Dear M. Understanding and overcoming the NIMBY syndrome. *Journal of the American Planning Association*. 1992 Sep 30;58(3):288-300.
114. Unit SE. *Mental health and social exclusion: social exclusion unit report summary*. Crown; 2004.

115. Estroff SE, Penn DL, Toporek JR. From stigma to discrimination: an analysis of community efforts to reduce the negative consequences of having a psychiatric disorder and label. *Schizophrenia Bulletin*. 2004 Jan 1;30(3):493-509.
116. Brohan E, Slade M, Clement S, Thornicroft G. Experiences of mental illness stigma, prejudice and discrimination: a review of measures. *BMC health services research*. 2010 Dec;10(1):80.
117. Mak WW, Cheung RY. Self-stigma among concealable minorities in Hong Kong: conceptualization and unified measurement. *Am J Orthopsychiatry* 2010;80(2):267-81.
118. Werner P, Aviv A, Barak Y. Self-stigma, self-esteem and age in persons with schizophrenia. *Int Psychogeriatr* 2008;20(1):174-87.
119. Brohan E, Elgie R, Sartorius N, Thornicroft. Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with schizophrenia in 14 European countries: the GAMIAN-Europe study. *Schizophr Res* 2010;122(1-3):232-8.
120. Yanos PT, Lysaker PH, Roe D. Internalized stigma as a barrier to improvement in vocational functioning among people with schizophrenia-spectrum disorders. *Psychiatry Research*. 2010 Jun 30;178(1):211-3.
121. Yanos PT, Roe D, Markus K, Lysaker PH. Pathways between internalized stigma and outcomes related to recovery in schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatric Services*. 2008 Dec;59(12):1437-42.
122. Lysaker PH, Davis LW, Warman DM, Strasburger A, Beattie N. Stigma, social function and symptoms in schizophrenia and schizoaffective disorder: associations across 6 months. *Psychiatry research*. 2007 Jan 15;149(1-3):89-95.
123. Lysaker P, Yanos P, Outcalt J, Roe D. Association of stigma, self-esteem, and symptoms with concurrent and prospective assessment of social anxiety in schizophrenia. *Clinical schizophrenia & related psychoses*. 2010 Mar 24;4(1):41-8.
124. Margetić BA, Jakovljević M, Ivanec D, Margetić B, Tošić G. Relations of internalized stigma with temperament and character in patients with schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*. 2010 Nov 1;51(6):603-6.
125. Tyano S, Iancu I, Solomon Z, Sever J, Goldstein I, Touvtana Y, Bleich A. Seven-year follow-up of child survivors of a bus-train collision. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1996 Mar 1;35(3):365-73.
126. Terr LC. Time and trauma. *The Psychoanalytic study of the child*. 1984 Jan 1;39(1):633-65.

127. Kempe CH, Helfer RE, editors. Helping the battered child and his family. Philadelphia: Lippincott; 1972 Sep 20.
128. Braquehais MD, Oquendo MA, Baca-García E, Sher L. Is impulsivity a link between childhood abuse and suicide?. *Comprehensive psychiatry*. 2010 Mar 1;51(2):121-9.
129. Güler N, Uzun S, Boztaş Z, Aydoğan S. Anneleri tarafından çocuklara uygulanan duygusal ve fiziksel istismar/ihtimal davranışı ve bunu etkileyen faktörler. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2002;24(3):128-34.
130. Jain AM. Emergency department evaluation of child abuse. *Emergency medicine clinics of North America*. 1999 Aug 1;17(3):575-93.
131. Sicher P, Lewis O, Sargent J, Chaffin M, Friedrich WN. Developing child abuse prevention, identification, and treatment systems in Eastern Europe. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2000 May 1;39(5):660-7.
132. Labbé J. Ambroise Tardieu: The man and his work on child maltreatment a century before Kempe. *Child abuse & neglect*. 2005 Apr 1;29(4):311-24.
133. Bernet W. Practice parameters for the forensic evaluation of children and adolescents who may have been physically or sexually abused. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1997 Oct 1;36(10):37S-56S.
134. Pressel DM. Evaluation of physical abuse in children. *American family physician*. 2000 May;61(10):3057-64.
135. Polat O. Çocuk hakları nedir. İstanbul: Analiz Yayınları. 2002:5-39.
136. Van der Kolk BA. The complexity of adaptation to trauma: Self-regulation, stimulus discrimination, and characterological development.
137. Zoroglu SS, Tüzün Ü, Sar V, Öztürk M, Kora ME, Alyanak B. Çocukluk dönemi istismar ve ihmalinin olası sonuçları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2001 Jun 1;2(2):69.
138. Agathonos-Georgopoulou H. Cross-cultural perspectives in child abuse and neglect. *Child Abuse Review*. 1992 Aug;1(2):80-8.
139. Korbin J. A cross-cultural perspective on the role of the community in child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect*. 1979 Jan 1;3(1):9-18.
140. Runyan D, Wattam C, Ikeda R, Hassan F, Ramiro L. Child abuse and neglect by parents and other caregivers. 2002.

141. World Health Organization. Child Maltreatment.
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/en/>. Erişim Tarihi: 21.09.2018.
[Çevrimiçi]
142. Türkiye'de Çocuk İstismarı ve Aile İçi Şiddet Araştırması. (2010)
<http://www.unicef.org.tr/files/bilgimerkezi/doc/cocuk-istismari-raporu-tr.pdf> Erişim Tarihi: 29.10.2018. [Çevrimiçi]
143. Bahar G, Savaş HA, Bahar A. Çocuk istismarı ve ihmali: bir gözden geçirme. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi. 2009;4(12):51-65.
144. Bilge YD, Taşar MA, Kılınçoğlu B, Özmen S, Tıraş Ü. Alt sosyoekonomik düzeye sahip anne-babaların çocuk istismarı ve ihmali hakkındaki bilgi düzeyleri, deneyimleri ve kullandıkları disiplin yöntemleri. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2013 Mar 1;14(1):27-35.
145. Bektaş M, Öztürk C. İzmir'de bir ilköğretim okulunda aile içi şiddet araştırması. Ege Pediatri Bülteni. 2007;14(3):165-9.
146. Özgentürk İ. Child abuse and neglect Çocuk istismarı ve ihmal. Journal of Human Sciences. 2014 Jul 19;11(2):265-78.
147. Gölge ZB, Hamzaoglu N, Türk B. Sağlık çalışanlarının çocuk istismarı ve ihmali konusundaki farkındalık düzeylerinin ölçülmesi.
148. Beyazıt U, Bütün-Ayhan A. Türkiye'de yapılmış çocuğun mağdur olduğu cinsel istismar olgularını konu alan bilimsel çalışmaların incelenmesi. The Journal of Academic Social Science Studies. 2015;31:443-53.
149. Scrandis DA, Watt M. Child sexual abuse in boys: Implications for primary care. The Journal for Nurse Practitioners. 2014 Oct 1;10(9):706-13.
150. Whitfield CL, Anda RF, Dube SR, Felitti VJ. Violent childhood experiences and the risk of intimate partner violence in adults: Assessment in a large health maintenance organization. Journal of interpersonal violence. 2003 Feb;18(2):166-85.
151. Dursun OB, Güvenir T, Özbek A. Çocuk Ergen Ruh Sağlığında Epidemiyolojik Çalışmalar: Yöntemsel Bir Bakış/Epidemiologic Studies in Child and Adolescent Psychiatry: A Review of Methodology. Psikiyatride Guncel Yaklaşımlar. 2010 Jul 1;2(3):401.
152. Bakır E, Kapucu S. Çocuk İhmali ve İstismarının Türkiye'de Yapılan Araştırmalara Yansımaları: Bir Literatür İncelemesi. Journal of Hacettepe University Faculty of Nursing. 2017;4(2):13-24.

153. Sener MT, Ancı Y, Dursun OB. Significance of Healthy Family Structure in Preventing Child Sexual Abuse: A Prospective Controlled Study. *Medicine Science*. 2014;3(1).
154. Beyazıt U. Çocuk İstismarı Konusunda Türkiye'de Yapılan Lisansüstü Tezlerin İncelenmesi. *Hacettepe University Faculty of Health Sciences Journal*. 2015;2.
155. Kâğıtçıbaşı Ç. Family and socialization in cross-cultural perspective: a model of change.
156. Kurumu BA. Aile içinde ve toplumsal alanda şiddet. *Bilim Serisi*. 1998;113.
157. Bilir Ş, Meziyet AR, DÖNMEZ NB, ATİK ÇU, SAN AG. Türkiye'nin 16 ilinde 4-12 yaşlar arasındaki 50.473 çocuğa fiziksel ceza verme sıklığı ve buna ilişkin problem durumlarının incelenmesi. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*. 1991;1(1).
158. Taner Y, Gökler B. Çocuk istismarı ve ihmali: Psikiyatrik yönleri. *Acta Medica*. 2004 Feb 1;35(2):82-6.
159. Pritchard C. The psychiatric–child protection interface: Research to inform practice. *Principles of social psychiatry*. 2010 Apr 16:483-97.
160. Yöyen, G.E., (2017c). Relationship Between Childhood Trauma and Personality Typology, *Balkan and Near Eastern Journal of Social Sciences*, 3(1), 123-129.
161. Turhan E, Sangün Ö, İnandı T. Birinci basamakta çocuk istismarı ve önlenmesi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*. 2006;15(9):153-7.
162. Hart SN, Brassard MR. A major threat to children's mental health: Psychological maltreatment. *American Psychologist*. 1987 Feb;42(2):160.
163. Topbaş M. İnsanlığın büyük bir ayıbı: Çocuk istismarı. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*. 2004;3(4):76-80.
164. Kempe CH, Silverman FN, Steele BF, Droegemueller W, Silver HK. The battered-child syndrome. *Child Abuse & Neglect*. 1985 Jan 1;9(2):143-54.
165. Green AH. Child sexual abuse and incest. *Child and Adolescent Psychiatry*. 1996;2.
166. Herman-Lewis J. Trauma and recovery: the aftermath of violence-from domestic abuse to political terror. *Basic Books*; 1992.
167. Yates D. Regional trauma systems. *BMJ: British Medical Journal*. 1997 Nov 22;315(7119):1321.

168. Pereda N, Guilera G, Forns M, Gómez-Benito J. The international epidemiology of child sexual abuse: A continuation of Finkelhor (1994). *Child abuse & neglect*. 2009 Jun 1;33(6):331-42.
169. Sofuoglu Z, Cankardas Nalbantcilar S, Oral R, Ince B. Case-based surveillance study in judicial districts in Turkey: Child sexual abuse sample from four provinces. *Child & Family Social Work*. 2017.
170. Cohen JR, Menon SV, Shorey RC, Le VD, Temple JR. The distal consequences of physical and emotional neglect in emerging adults: A person-centered, multi-wave, longitudinal study. *Child abuse & neglect*. 2017 Jan 1;63:151-61.
171. Sar V. Kötüye kullanım ve ihmalle ilişkili sorunlar [Problems regarding abuse and neglect]. *Psiyatri Temel Kitabı [The handbook psychiatry]*. 1998:823-33.
172. Stoltenborgh M, Bakermans-Kranenburg MJ, van IJzendoorn MH. The neglect of child neglect: a meta-analytic review of the prevalence of neglect. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2013 Mar 1;48(3):345-55.
173. Righthand S, Kerr BB, Drach K. *Child maltreatment risk assessments: An evaluation guide*. Routledge; 2013 Mar 7.
174. İbiloğlu AO, Atlı A, Oto R, Özkan M. Çocukluk Çağı Cinsel İstismar ve Enstet Olgularına Çok Yönlü Bakış. *Psikiyatride Guncel Yaklasimler-Current Approaches in Psychiatry*. 2018;10(1):84-98.
175. MacMillan HL, Fleming JE, Streiner DL, Lin E, Boyle MH, Jamieson E, Duku EK, Walsh CA, Wong MY, Beardslee WR. Childhood abuse and lifetime psychopathology in a community sample. *American Journal of Psychiatry*. 2001 Nov 1;158(11):1878-83.
176. Şar V, Akyüz G, Doğan O. Prevalence of dissociative disorders among women in the general population. *Psychiatry Research*. 2007 Jan 15;149(1-3):169-76.
177. Bilginer Ç, Hesapçıoğlu ST, Kandil S. Çocukluk Çağı Cinsel İstismari: Magdur ve Sanik Açısından Çok Yönlü Bakış/Sexual abuse in childhood: a multi-dimensional look from the view point of victims and perpetrators. *Dusunen Adam*. 2013 Mar 1;26(1):55.
178. Bendall S, Alvarez-Jimenez M, Hulbert CA, McGorry PD, Jackson HJ. Childhood trauma increases the risk of post-traumatic stress disorder in response to first-episode psychosis. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2012 Jan;46(1):35-9.

179. Foote B, Smolin Y, Kaplan M, Legatt M, Lipschitz D, Sar V, Dogan O. Axis I dissociative disorder comorbidity in borderline personality disorder and reports of childhood trauma. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2006 Oct;67:1583-90.
180. Çelikel H, Besiroglu L. Klinik olmayan örneklemde çocukluk çağı travmatik yasantıları, dissosiyasyon ve obsesif-kompulsif belirtiler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2008 Jun 1;9(2):75.
181. Ramsay CE, Abedi GR, Marson JD, Compton MT. Overview and initial validation of two detailed, multidimensional, retrospective measures of substance use. *Jour of psych research*.2011;45(1):83-91.
182. McCrory E, De Brito SA, Viding E. The link between child abuse and psychopathology: a review of neurobiological and genetic research. *Journal of the Royal Society of Medicine*. 2012 Apr;105(4):151-6.
183. Kairys SW, Johnson CF, Committee on Child Abuse and Neglect. The psychological maltreatment of children—technical report. *Pediatrics*. 2002 Apr 1;109(4):e68-.
184. Sadock B. sadock V. Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 2007: 3412-3425.
185. McCrory E, De Brito SA, Viding E. The link between child abuse and psychopathology: a review of neurobiological and genetic research. *Journal of the Royal Society of Medicine*. 2012 Apr;105(4):151-6.
186. Imran JB, Richmond RE, Madni TD, Roaten K, Clark AT et al. Determining suicide risk in trauma patients using a universal screening program. *Journal of trauma and acute care surgery*. 2018 Jul 1;85(1):182-6.
187. Waldinger RJ, Schulz MS, Barsky AJ, Ahern DK. Mapping the road from childhood trauma to adult somatization: the role of attachment. *Psychosomatic medicine*. 2006 Jan 1;68(1):129-35.
188. Spataro J, Mullen PE, Burgess PM, Wells DL, Moss SA. Impact of child sexual abuse on mental health: prospective study in males and females. *The British Journal of Psychiatry*. 2004 May;184(5):416-21.
189. Larkin W, Read J. Childhood trauma and psychosis: evidence, pathways, and implications. *Journal of postgraduate medicine*. 2008 Oct 1;54(4):287.
190. Bendall S, Jackson HJ, Hulbert CA, McGorry PD. Childhood trauma and psychosis: An overview of the evidence and directions for clinical interventions. *Family Matters*. 2011(89):53.

191. Rosenberg SD, Lu W, Mueser KT, Jankowski MK, Cournos F. Correlates of adverse childhood events among adults with schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatric Services*. 2007 Feb;58(2):245-53.
192. Janssen I, Krabbendam L, Bak M, Hanssen M, Vollebergh W, de Graaf R, van Os J. Childhood abuse as a risk factor for psychotic experiences. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2004 Jan;109(1):38-45.
193. Pepper H, Agius M. Phenomenology of PTSD and psychotic symptoms. *Psychiatria Danubina*. 2009 Feb 24;21(1):82-4.
194. Greenfield SF, Strakowski SM, Tohen M, Batson SC, Kolbrener ML. Childhood abuse in first-episode psychosis. *The British Journal of Psychiatry*. 1994 Jun;164(6):831-4.
195. Üçok A, Bıkmaz S. The effects of childhood trauma in patients with first-episode schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2007 Nov;116(5):371-7.
196. Friedman S, Harrison G. Sexual histories, attitudes, and behavior of schizophrenic and "normal" women. *Archives of Sexual Behavior*. 1984 Dec 1;13(6):555-67.
197. Livingston R. Sexually and physically abused children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1987 May 1;26(3):413-5.
198. Read J, van Os J, Morrison AP, Ross CA. Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implications. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2005 Nov;112(5):330-50.
199. Muenzenmaier K, Struening E, Ferber J, Meyer I. Childhood abuse and neglect among women outpatients with chronic mental illness. *Psychiatric Services*. 1993 Jul;44(7):666-70.
200. Ross CA, Joshi S. Schneiderian symptoms and childhood trauma in the general population. *Comprehensive Psychiatry*. 1992 Jul 1;33(4):269-73.
201. Read J, Argyle N. Hallucinations, delusions, and thought disorder among adult psychiatric inpatients with a history of child abuse. *Psychiatric Services*. 1999 Nov;50(11):1467-72.
202. Ross CA, Anderson G, Clark P. Childhood Abuse and the Positive Symptoms of Schizophrenia. *Psychiatric Services*. 1994 May;45(5):489-91.
203. Offen L, Thomas G, Waller G. Dissociation as a mediator of the relationship between recalled parenting and the clinical correlates of auditory hallucinations. *British Journal of Clinical Psychology*. 2003 Sep;42(3):231-41.

204. Bryer JB, Nelson BA, Miller JB, Krol PA. Childhood sexual and physical abuse as factors in adult psychiatric illness. *The American journal of psychiatry*. 1987 Nov.
205. Read J, Agar K, Argyle N, Aderhold V. Sexual and physical abuse during childhood and adulthood as predictors of hallucinations, delusions and thought disorder. *Psychology and Psychotherapy: Theory, research and practice*. 2003 Mar;76(1):1-22.
206. Beck JC, Van der Kolk B. Reports of childhood incest and current behavior of chronically hospitalized psychotic women. *The American journal of psychiatry*. 1987 Nov.
207. Ensink BJ. *Confusing realities: A study on child sexual abuse and psychiatric symptoms*. VU University Press; 1992.
208. Offen L, Waller G, Thomas G. Is reported childhood sexual abuse associated with the psychopathological characteristics of patients who experience auditory hallucinations?. *Child abuse & neglect*. 2003 Aug 1;27(8):919-27.
209. Heins M, Simons C, Lataster T, Pfeifer S, Versmissen D. Childhood trauma and psychosis: a case-control and case-sibling comparison across different levels of genetic liability, psychopathology, and type of trauma. *Am Jour of Psych*. 2011;168(12):1286-94.
210. Van Dam DS, van Nierop M, Viechtbauer W, Velthorst E, van Winkel R. Childhood abuse and neglect in relation to the presence and persistence of psychotic and depressive symptomatology. *Psychological Medicine*. 2015;45(7):1363-77.
211. Van Zelst C, van Nierop M, van Dam DS, Bartels-Velthuis AA, Delespaul P. Associations between stereotype awareness, childhood trauma and psychopathology: a study in people with psychosis, their siblings and controls. *PloS one*. 2015 Feb 23;10(2):e0117386.
212. Garety PA, Kuipers E, Fowler D, Freeman D, Bebbington PE. A cognitive model of the positive symptoms of psychosis. *Psychological medicine*. 2001 Feb;31(2):189-95.
213. Outcalt SD, Lysaker PH. The relationships between trauma history, trait anger, and stigma in persons diagnosed with schizophrenia spectrum disorders. *Psychosis*. 2012 Feb 1;4(1):32-41.
214. Fallot RD, Harris M. The Trauma Recovery and Empowerment Model (TREM): Conceptual and practical issues in a group intervention for women. *Community mental health journal*. 2002 Dec 1;38(6):475-85.

215. Pineles SL, Shipherd JC, Welch LP, Yovel I. The role of attentional biases in PTSD: Is it interference or facilitation?. *Behaviour research and therapy*. 2007 Aug 1;45(8):1903-13.
216. Pineles SL, Shipherd JC, Mostoufi SM, Abramovitz SM, Yovel I. Attentional biases in PTSD: More evidence for interference. *Behaviour research and therapy*. 2009 Dec 1;47(12):1050-7.
217. Downey G, Feldman SI. Implications of rejection sensitivity for intimate relationships. *Journal of personality and social psychology*. 1996 Jun;70(6):1327.
218. Renneberg CR. Rejected, excluded, ignored: the perception of social rejection and mental disorders—a review.
219. Platt M, Freyd J. Trauma and negative underlying assumptions in feelings of shame: An exploratory study. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 2012 Jul;4(4):370.
220. Kranke DA, Floersch J, Kranke BO, Munson MR. A qualitative investigation of self-stigma among adolescents taking psychiatric medication. *Psychiatric Services*. 2011 Aug;62(8):893-9.
221. Thornicroft G, Deb T, Henderson C. Community mental health care worldwide: current status and further developments. *World Psychiatry*. 2016 Oct;15(3):276-86.
222. Thornicroft G, Tansella M. The balanced care model for global mental health. *Psychological medicine*. 2013 Apr;43(4):849-63.
223. Desjarlais R, Eisenberg L, editors. *World mental health: Problems and priorities in low-income countries*. Oxford University Press, USA; 1995.
224. World Health Organization. *Mental Health Atlas 2014*. World Health Organization; 2015 Aug 13.
225. Lamb HR, Bachrach LL. Some perspectives on deinstitutionalization. *Psychiatric Services*. 2001 Aug;52(8):1039-45.
226. Taylor TL, Killaspy H, Wright C, Turton P, White S. A systematic review of the international published literature relating to quality of institutional care for people with longer term mental health problems. *BMC psychiatry*. 2009 Dec;9(1):55.
227. Ensari H. Koruyucu psikiyatri açısından bolu toplum ruh sağlığı merkezi rehabilitasyon çalışmaları. *Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatry Special Topics*. 2011;4(4):86-93.

228. Ersoy MA, Varan A. Ruhsal hastalıklarda içselleştirilmiş damgalanma ölçeği Türkçe formu'nun güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2007;18(2):163-71.
229. Şar V, Öztürk PE, İkikardeş E. Çocukluk çağı ruhsal travma ölçeğinin türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirliği. *Turkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*. 2012;32(4):1054-63.
230. Binbay T, Ulaş H, Elbi H, Alptekin K. Türkiye'de Psikoz Epidemiyolojisi: Yaygınlık Tahminleri ve Başvuru Oranları Üzerine Sistemak Bir Gözden Geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2011;22(1):40-52.
231. Aleman A, Kahn RS, Selten JP. Sex differences in the risk of schizophrenia: evidence from meta-analysis. *Archives of general psychiatry*. 2003 Jun 1;60(6):565-71.
232. Tomruk NB, Kadın ve Psikoz. In: Yuksel Ş, Gülseren L, Başterzi AD. *Kadınların Yaşamı ve Kadın Ruh Sağlığı*. Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, Ankara, Nisan 2013. .
233. Türkiye İstatistik Kurumu, Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları 2013, Ankara, Mart 2014 .
234. Üçok A, Gorwood P, Karadayı G. Employment and its relationship with functionality and quality of life in patients with schizophrenia: EGOFORs Study. *European Psychiatry*. 2012 Aug 1;27(6):422-5.
235. DePonte P. Pull yourself Together! A survey of the Stigma and Discrimination Faced by People who experience Mental Distress. London: Mental Health Foundation; 2000.
236. Mental Health Foundation Out at work. A survey of the experiences of People with Mental Health Problems within the Workplace. London: Mental Health Foundation; 2002.
237. Melton GB, Slobogin C, Weithorn LA. Community mental health centers and the courts: An evaluation of community-based forensic services. Lincoln: University of Nebraska Press; 1985.
238. Assefa D, Shibre T, Asher L, Fekadu A. Internalized stigma among patients with schizophrenia in Ethiopia: a cross-sectional facility-based study. *BMC psychiatry*. 2012 Dec;12(1):239.
239. Fung KM, Tsang HW, Corrigan PW. Self-stigma of people with schizophrenia as predictor of their adherence to psychosocial treatment. *Psychiatric rehabilitation journal*. 2008;32(2):95.

240. Rüsç N, Corrigan PW, Wassel A, Michaels P, Olschewski M, Wilkniss S, Batia K. A stress-coping model of mental illness stigma: I. Predictors of cognitive stress appraisal. *Schizophrenia Research*. 2009 May 1;110(1-3):59-64.
241. Vrbová K, Kamarádová D, Látalová K, Ocisková M, Praško J, Mainerová B, Cinculová A, Kubínek R, Ticháčková A. Self-stigma and adherence to medication in patients with psychotic disorders—cross-sectional study. *Neuroendocrinol Lett*. 2014 Jan 1;35(7):645-52.
242. Carrara BS, Ventura CA. Self-stigma, mentally ill persons and health services: An integrative review of literature. *Archives of psychiatric nursing*. 2017 Nov 7.
243. Armijo J, Méndez E, Morales R, Schilling S, Castro A, Alvarado R, Rojas G. Efficacy of community treatments for schizophrenia and other psychotic disorders: a literature review. *Frontiers in psychiatry*. 2013 Oct 9;4:116.
244. Firmin RL, Luther L, Lysaker PH, Minor KS, Salyers MP. Stigma resistance is positively associated with psychiatric and psychosocial outcomes: a meta-analysis. *Schizophrenia research*. 2016 Aug 1;175(1-3):118-28.
245. Gerlinger G, Hauser M, De Hert M, Lacluyse K, Wampers M, Correll CU. Personal stigma in schizophrenia spectrum disorders: a systematic review of prevalence rates, correlates, impact and interventions. *World Psychiatry*. 2013 Jun;12(2):155-64.
246. Livingston JD, Boyd JE. Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Social science & medicine*. 2010 Dec 1;71(12):2150-61.
247. Fresán A, Robles-García R, Madrigal E, Tovilla-Zarate CA, Martínez-López N, de Montis IA. Demographic and clinical features related to perceived discrimination in schizophrenia. *Psychiatry research*. 2018 Apr 1;262:427-30.
248. Adewuya AO, Owoeye AO, Erinfolami AO, Ola BA. Correlates of self-stigma among outpatients with mental illness in Lagos, Nigeria. *International Journal of Social Psychiatry*. 2011 Jul;57(4):418-27.
249. Loch AA. Stigma and higher rates of psychiatric re-hospitalization: São Paulo public mental health system. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2012 Jun;34(2):185-92.
250. Carpiello B, Pinna F. The reciprocal relationship between suicidality and stigma. *Frontiers in psychiatry*. 2017 Mar 8;8:35.

251. Kamaradova D, Latalova K, Prasko J, Kubinek R, Vrbova K. Connection between self-stigma, adherence to treatment, and discontinuation of medication. Patient preference and adherence. 2016;10:1289.

252. Sözen A, Özgür TB, Elçi Ç, Bakır P, Efil H, Özver İ, Yüksek E, Cansunar N, Emül M. Erişkin yaşta cinsel istismara uğramış bireylerde içselleştirilmiş damgalama ve psikopatoloji arasındaki ilişki. Journal of Mood Disorders. 2013;3(2):64-9.

253. Sayın A, Candansayar S, Welkin L. Group psychotherapy in women with a history of sexual abuse: what did they find helpful?. Journal of clinical nursing. 2013 Dec;22(23-24):3249-58.



9. EKLER

Ek-1: Etik Kurul Onayı

0475

T.C.
İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
Karar Formu
(İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi 35360 Karabağlar / İZMİR)

Sayın Doç. Dr. Nabi ZORLU

Karar No: 234
Tarih : 20.06.2018

KARAR

"Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde ve Poliklinikte Takip Edilen Remisyondaki Şizofreni Hastalarının İçselleştirilmiş Damgalanma ve Çocukluk Çağı Travması Açısından Değerlendirildiği Karşılaştırmalı Bir Çalışma"adlı araştırma başvuru dosyanız kurulumuzda gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiştir. İnceleme sonucunda çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel açıdan sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir.

Doç. Dr. Orhan GÖKALP
Başkan

Doç. Dr. Serdar BAYATA
Başkan Yardımcısı

(T. Kutilmadı)
Prof. Dr. Yasemin TOKEM
Üye

Prof. Dr. Belde Kasap DEMİR
Üye

Doç. Dr. Özgür TOSUN
Üye

Doç. Dr. Ash BAYSAL
Üye

Uzm. Dr. Ayşenur ATAY
Üye

Dr. Mehmet ERTAN
Üye

Uzm. Dr. Doğu Barış KILIÇCIOĞLU
Raportör Üye

KARŞI OY :

0475

T.C.
İZMİR KÂTİP ÇELEBİ UNIVERSITY
Non-Interventional Clinical Studies
Institutionel Review Board

To : Nabi ZORLU, MD
From : Assoc. Prof. Orhan GÖKALP, MD, Chair
Date : 20.06.2018
IRB # : 234

Study Title : A comparative study on internalized stigma and childhood traumas of schizophrenia patients in remission who are followed in community mental health center and hospital clinic.

At its board meeting **20.06.2018** your submission for the above referenced research study has received review and approval from İzmir Kâtip Celebi Non-Interventional Clinical Studies Institutional Review Board.

Assoc. Prof. Orhan GÖKALP

İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi 35360 Karabağlar / İZMİR / TÜRKİYE
Tel: 0 232 245 04 38 - 0 232 244 44 44 / 1234
Fax: 0 232 245 04 38
E-posta: ikcetik2@gmail.com

Ek 2. Sosyo-demografik Veri Formu

KİMLİK VE SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

Hasta no:

Hastane protokol no:

Doğum Tarihi ve yeri:

Tarih:

Cinsiyeti:

1-Kadın 2-Erkek

Öğrenim düzeyi:

0-okur yazar

1-ilkokul - ortaokul mezunu

2-lise mezunu

3-üniversite ve lisans üstü mezunu

Öğrenimde geçirdiği zaman:

Yasal medeni durumu:

1- evli

2-hiç evlenmemiş

3-ayrılmış

4-dul

Çocuğu var mı:

1- evet

2-hayır

varsa sayısı:

İş Durumu

1-Hiç çalışmamış 2-İşsiz 3-İş aramıyor 4-Çalışıyor 5-Malulen emekli 6-Emekli

Ruhsal hastalığı nedeniyle hiç işten çıkmak zorunda kalmış mı?

1-Evet

2-Hayır

Askerlik yapmış mı?

1-Evet

2- Hayır

Cevap hayır ise ruhsal hastalık nedeni ile mi?

1-Evet

2- Hayır

Aylık geliriniz:.....

Halen yaşadığı yer:

- 1- Kira
- 2- Kendi hanesi
- 3- Diğer.....

Bina:

- 1- Gecekondu
- 2- Müstakil ev
- 3- Apartman dairesi

Şizofreni tanısı nedeniyle ev bulmakta zorluk çekmiş mi?

- 1- Evet
- 2- Hayır

Kiminle birlikte yaşıyor

- 1- Yalnız
- 2- Anne ve baba
- 3- Eş ve çocuklar
- 4- Kardeşler
- 5- Çocuklar
- 6- Diğer

Eğer birlikte yaşadığı birisi var ise kendisine ayrılan bir odası var mı?

- 1- Evet
- 2- Hayır

Kendisine ayrılan odası yok ise bunun şizofreni tanısı nedeniyle ortaya çıkmış bir ayrımcılık olduğunu düşünüyor mu?

- 1- Evet
- 2- Hayır

İlk Ruhsal hastalığın başlangıç tarihi.....

Aldığı antipsikotik tedavi ve dozları:

Psikiyatrik bir hastalık nedeniyle hastaneye yatışı var mı?

- 1- evet
- 2- hayır

Hastalık başlangıcından bu yana kaç defa hastaneye yatışı olmuş:.....

Önceden hiç intihar girişimi var mı?

- 1- evet
- 2- hayır

Nasıl intihar etmiş?

- 1- Yüksek doz ilaç alarak
- 2- Ası
- 3- Yüksekten atlayarak
- 4- Ateşli silah
- 5- Diğer.....

Kaç defa intihar girişimi olmuş?:.....

Ek-3. Ruhsal Hastalıklar için İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği

İRHDÖ

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

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

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

	Kesinlikle aynı fikirde değilim	Aynı fikirde değilim	Aynı fikirdeyim	Kesinlikle aynı fikirdeyim
1. Ruhsal bir hastalığım olduğu için kendimi bu dünyada bir yabancı gibi hissediyorum.	1	2	3	4
2. Ruhsal hastalığı olan kişiler saldırgan olmaya eğilimlidirler.	1	2	3	4
3. Ruhsal bir hastalığım olduğu için insanlar bana farklı davranıyorlar.	1	2	3	4
4. Reddedilmemek için, ruhsal hastalığı olmayan kişilere yaklaşımdan kaçınıyorum.	1	2	3	4
5. Ruhsal bir hastalığım olduğundan dolayı utanıyorum.	1	2	3	4
6. Ruhsal hastalığı olan kişiler evlenmemelidir.	1	2	3	4
7. Ruhsal hastalığı olan kişiler topluma önemli katkılarda bulunurlar.	1	2	3	4
8. Kendimi ruhsal hastalığı olmayan kişilerden daha aşağı hissediyorum.	1	2	3	4
9. Ruhsal hastalığım benim "garip" görünmeme ya da davranmamama neden olabileceğinden dolayı eskisi kadar sosyal değilim.	1	2	3	4
10. Ruhsal hastalığı olan kişiler iyi ve doyum verici bir hayat yaşayamazlar.	1	2	3	4
11. İnsanları ruhsal hastalığımla 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 yetersizmişim gibi hissediyorum.	1	2	3	4
14. Ruhsal hastalığı açıkça anlaşılan biriyle toplum içinde birlikte görülmek beni rahatsız etmez.	1	2	3	4

	Kesinlikle aynı fikirde değilim	Aynı fikirde değilim	Aynı fikirdeyim	Kesinlikle aynı fikirdeyim
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 hastalığımın olduğunu anlayabilirler.	1	2	3	4
19. Ruhsal hastalığımın dolayısı ile benimle ilgili çoğu karar başkalarının vermesine ihtiyaç duyarım.	1	2	3	4
20. Ailemi ve arkadaşlarımı utandırmamak için sosyal ortamlardan uzak dururum.	1	2	3	4
21. Ruhsal hastalığı olmayanların beni anlamaları mümkün değildir.	1	2	3	4
22. Sırf ruhsal hastalığım olduğu için insanlar beni göz ardı eder ya da pek ciddiye almazlar.	1	2	3	4
23. Ruhsal hastalığım olduğu için topluma hiçbir katkı olamaz.	1	2	3	4
24. Ruhsal bir hastalıkta 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-4 Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ)

Bu sorular çocukluğunuzda ve ilk gençliğinizde (20 yaşından önce) başınıza gelmiş olabilecek bazı olaylar hakkındadır. Her bir soru için sizin durumunuza uyan rakamı daire içersine alarak işaretleyiniz. Sorulardan bazıları özel yaşamınızla ilgilidir; lütfen elinizden geldiğince gerçeğe uygun yanıt veriniz. Yanıtlarınız gizli tutulacaktır.

Çocukluğumda ya da ilk gençliğimde...

1. Evde yeterli yemek olmadığından aç kalırdım.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

2. Benim bakımımı ve güvenliğimi üstlenen birinin olduğunu biliyordum.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

3.Ailemdelikiler bana “salak”, “beceriksiz” ya da “tipsiz” gibi sıfatlarla seslenirlerdi.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

4. Anne ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur ya da uyuşturucu alırlardı.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

5. Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusunu hissetmeme yardımcı olan biri vardı.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

6. Yırtık, sökkük ya da kirli giysiler içersinde dolaşmak zorunda kalırdım.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

7. Sevdiğimi hissediyordum.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

8.Ane ve babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

9.Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora ya da hastaneye gitmem gerekmişti.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

10. Ailemde başka türlü olmasını istediğim bir şey yoktu.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

11.Ailemdelikiler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı ya da sıyrıklar oluyordu.

12.Kayış, sopa, kordon ya da başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

13.Ailemdelikiler birbirlerine ilgi gösterirlerdi.

- 1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık
- 14.Ailedekiler bana kırıcı ya da saldırganca sözler söylerlerdi.
1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık
- 15.Vücutça kötüye kullanılmış olduğuma (dövülme, itilip kakılma vb.) inanıyorum.
1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık
- 16.Çocukluğum mükemmeldi.
1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık
- 17.Bana o kadar kötü vuruluyor ya da dövülüyordum ki öğretmen, komşu ya da bir doktorun bunu farkettiği oluyordu.
1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık
- 18.Ailemde birisi benden nefret ederdi.
1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık
- 19.Ailedekiler kendilerini birbirlerine yakın hissederlerdi.
1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık
- 20.Birisi bana cinsel amaçla dokundu ya da kendisine dokunmamı istedi.
1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık
- 21.Kendisi ile cinsel temas kurmadığım takdirde beni yaralamakla ya da benim hakkımda yalanlar söylemekle tehdit eden birisi vardı.
1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık
- 22.Benim ailem dünyanın en iyisiydi.
1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık
- 23.Birisi beni cinsel şeyler yapmaya ya da cinsel şeylere bakmaya zorladı.
1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık
- 24.Birisi bana cinsel tacizde bulundu.
1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık
- 25.Duygusal bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma (hakaret, aşağılama vb.) inanıyorum.
1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık
- 26.İhtiyacım olduğunda beni doktora götürecek birisi vardı.
1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık
- 27.Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.
1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık
- 28.Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi.

Ek-5: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ!...

Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrasında özgür iradenizle vermeniz gerekmektedir.

1.ARAŞTIRMAYLA İLGİLİ BİLGİLER:

Araştırmanın Adı: “Toplum Ruh Sağlığı Merkezi’nde ve Poliklinikte Takip Edilen Remisyondaki Şizofreni Hastalarının İçselleştirilmiş Damgalanma ve Çocukluk Çağı Travması Açısından Değerlendirildiği Karşılaştırmalı Bir Çalışma”

Araştırmanın İçeriği: Toplum Ruh Sağlığı Merkezinden ve Poliklinikten takip edilen şizofreni hastalarının içselleştirilmiş damgalanma ve çocukluk çağı travması açısından karşılaştırılması

Araştırmanın Amacı: Çalışmanın amacı Şizofreni tanısı almış ve remisyonda olduğu belirlenen hastaların içselleştirilmiş damgalanma düzeylerini Toplum Ruh Sağlığı Merkezine başvuran hastalarda ve poliklinik hastalarında karşılaştırmak ve başvuru şekli ne olursa olsun remisyonda olduğu bilinen şizofreni hastalarında içselleştirilmiş damgalanma düzeylerine göre çocukluk çağı travması ilişkisini karşılaştırmaktır.

Araştırmanın Öngörülen Süresi: Bu çalışmada yer almanız için öngörülen süre en fazla 2 yıldır.

Araştırmaya Katılması Beklenen Gönüllü Sayısı: Araştırmada yer alacak gönüllülerin sayısı 200’dir.

Araştırmada İzlenecek Uygulamalar ve Tedavi: Hasta grubuna ve sağlıklı gruplara çalışmayla ilgili ayrıntılı bilgi verilecektir. Onamları alınacaktır. Ardından psikiyatrik görüşme yapılacaktır. Tüm hastalara 3 adet ölçek uygulanacaktır. Bu testler yaklaşık 30 dakika sürmektedir.

2.ARAŞTIRMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARAR(LAR):

Bu araştırmanın klinik durumunuza doğrudan bir yararı olmayıp, Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde ve poliklinikteki tedavi yaklaşımlarının karşılaştırılması ve çocukluk ağı travmalarının içselleştirilmiş damgalanma üzerine etkisinin saptanması açısından bilimsel katkı sağlamak gibi bir amacı vardır. Tedavi planlamasına çu an bir etkisi olmayacaktır.

3.GÖNÜLLÜNÜN UYGULAMA SIRASINDA KARŐILAŐABİLECEĐĐ RİSKLER VE RAHATSIZLIKLAR:

Size bu araştırmada bazı testler uygulanacaktır. Bu uygulama ile ilgili gözlenebilecek istenmeyen etkiler bulunmamaktadır.

4.GÖNÜLLÜLER İÇİN ARAŞTIRMADAN BEKLENEN TIBBİ YARAR:

çu anda bu çalışmanın hemen size bir fayda olarak dönüp dönmeyeceğini bilmiyoruz. Ancak ilgili hastalığın etkilerinin öğrenilmesi tedavide yeni yaklaşımlara ve ileride ilgili hastalıktan etkilenmiş bireylere fayda sağlayacaktır.

5.GEBELİK

Gebeliği etkileyecek bir işlem değildir. Gebe ve cenine zarar verici bir işlem uygulanmayacaktır.

6.ARAŞTIRMAYA SEÇENEK OLAN GİRİŞİMLER YA DA TEDAVİLER KONUSUNDA BİLGİLENDİRİLME

Yukarıdaki araştırmada uygulanacak tetkik ve tedaviye yönelik girişimler dışında hastalığımla ilgili başka uygun yöntemlerin var olduğunu, ancak bu araştırmada uygulanmayacağını öğrendim. Eğer yukarıdaki çalışmaya katılmayı kabul etmezsem sözü edilen öteki tedavileri alma hakkına sahip olduğumun bilincindeyim.

7.ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILMA DURUMLARI

Uygulama esnasında doktorunuz sizin izniniz olmadan sizi çalışmadan çıkarabilir.

8.ARAŞTIRMA KAPSAMINDAKİ GİDERLERİN KARŞILANMASI

Yapılacak her tür tetkik, fizik muayene ve diğer araştırma masrafları size veya güvencesi altında bulunduğunuz resmi ya da özel hiçbir kurum veya kuruluşa ödetilmeyecektir.

9.ARAŞTIRMAYA KATILMA DURUMUNDA HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILACAK MIDIR?

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

10.ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLAR İÇİN İRTİBAT

Uygulama süresi boyunca araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için ya da araştırma dışı bir ilaç almak durumunda kaldığımızda aşağıdaki doktor ile irtibat kurabilirsiniz.

Dr. Eren Ezgi Gevher

1.Telefon:0232 244 44 44 1320

2.Telefon:05536521628

11.ZARARLARIN KARŞILANMASI: Bu çalışmaya katıldığım için zarar göreceğim olursam, gerekli olan tıbbi bakımın sorumlu araştırmacı / doktor tarafından yerine getirileceği, çalışma ilacı ya da uygulanan işleme bağlı olarak gelişebilecek her tür tıbbi zarara karşı güvencede olduğum, masraflarımın araştırmacı tarafından karşılanacağı bana bildirildi.

12.GÖNÜLLÜLÜK, ARAŞTIRMAYI REDDETME VE ARAŞTIRMADAN ÇEKİLME HAKKI, ARAŞTIRMADAN ÇIKARILMA:

- a. Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama altında olmaksızın gönüllü olarak katılıyorum.
- b. Araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahip olduğum bana bildirildi.
- c. Sorumlu araştırmacı / doktora haber vermek kaydıyla, hiçbir gerekçe göstermeksizin istediğim anda bu çalışmadan çekilebileceğimin bilincindeyim. Bu çalışmaya katılmayı reddetmem ya da sonradan çekilmem halinde hiçbir sorumluluk altına girmediğimi ve bu durumun şimdi ya da gelecekte gereksinim duyduğum tıbbi bakımı hiçbir biçimde etkilemeyeceğini biliyorum.
- d. Çalışmanın yürütücüsü olan araştırmacı / doktor ya da destekleyen kuruluş, çalışma programının gereklerini yerine getirmedeki ihmali nedeniyle ya da almakta olduğum tıbbi bakımın kalitesini yükseltmek amacıyla, benim onayımı almadan beni çalışma kapsamından çıkarabilir.

13.GİZLİLİK:

Çalışmanın sonuçları bilimsel toplantılar ya da yayınlarda sunulabilir. Ancak , bu tür durumlarda kimliğim kesin olarak gizli tutulacaktır

14.ÇALIŞMAYA KATILMA ONAYI:

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formunu kendi anadilimde okudum ya da

bana okunmasını sağladım. Bu bilgilerin içeriği ve anlamı, yazılı ve sözlü olarak açıklandı. Aklıma gelen bütün soruları sorma olanağı tanındı ve sorularıma yeterli cevaplar aldım.

Çalışmaya katılmadığım ya da katıldıktan sonra çekildiğim durumda, hiçbir yasal hakkımdan vazgeçmiş olmayacağım. Bu koşullarla, söz konusu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verildi.

Gönüllünün Adı- Soyadı:

Yaş ve Cinsiyeti:

İmzası:

Adresi (varsa telefon ve/veya fax numarası):

.....
.....

Tarih:

Velayet ya da vesayet altında bulunanlar için;

Veli ya da Vasinin Adı- Soyadı:

İmzası:

Adresi (varsa telefon ve/veya fax numarası):

.....
.....

Tarih:

Açıklamaları Yapan Araştırmacı- Doktorun

Adı- Soyadı:

İmzası:

Tarih:

Onam alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin

Adı- Soyadı:

İmzası:

Görevi:

Tarih:

