

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

BENLİK YİTİMİ ÖLÇEĞİ'NİN TÜRKÇE FORMUNUN
ŞİZOFRENİ HASTALARI İÇİN PSİKOMETRİK
ÖZELLİKLERİNİN BELİRLENMESİ

Seher KAŞLI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

2019-ANTALYA

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

BENLİK YİTİMİ ÖLÇEĞİ'NİN TÜRKÇE FORMUNUN
ŞİZOFRENİ HASTALARI İÇİN PSİKOMETRİK
ÖZELLİKLERİNİN BELİRLENMESİ

Seher KAŞLI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Kerime BADEMLİ

Bu tez Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimi tarafından TYL-2017-2665 proje numarası ile desteklenmiştir.

“Kaynakça gösterilerek tezinden yararlanılabilir”

2019-ANTALYA

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne;

Bu çalışma jürimiz tarafından Hemşirelik Anabilim Dalı, Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Programında Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir. 11/01/2019

İmza

Tez Danışmanı : Dr. Öğr. Üyesi Kerime BADEMLİ
Akdeniz Üniversitesi



Üye : Dr. Öğr. Üyesi İlkay KESER
Akdeniz Üniversitesi



Üye : Dr. Öğr. Üyesi Dudu KARAKAYA
Akdeniz Üniversitesi



Üye : Dr. Öğr. Üyesi Güçlü ŞEKERCİOĞLU
Akdeniz Üniversitesi



Üye : Dr. Öğr. Üyesi Neslihan LÖK
Selçuk Üniversitesi



Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun/...../..... tarih ve/..... sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Narin DERİN

Enstitü Müdürü

ETİK BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı beyan ederim.

Seher KAŞLI

İmza



Dr. Öğr. Üyesi Kerime BADEMLİ

İmza



TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitiminin en başından beri yollarımızın kesişmesini kendi adıma şans bildiğim, bilgisini, rehberliğini ve desteğini her aşamada hissettiren sevgili danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Kerime BADEMLİ'ye,

Tezimin analizleri aşamasında yardımını esirgemeyen değerli hocam Dr. Öğr. Üyesi Güçlü ŞEKERCİOĞLU'na,

Yaşamım boyunca her koşulda olduğu gibi yine varlıklarını esirgemedikleri için sevgili annem Emine KAŞLI, babam Mümtaz KAŞLI ve ailemin diğer fertlerine,

Tüm aşamalarda yanımda olduğunu hissettirip yüreklendirmesi ve sakinliğime sağladığı katkı için canım arkadaşım Merve CÜRGÜL'e,

Tüm toleransları ve destekleri için, yüksek lisans sürecimin büyük çoğunluğunda çalıştığım klinik olan Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji kliniğindeki çalışma arkadaşlarıma,

Özverili çalışmalarından ötürü Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü çalışanlarına çok teşekkür ediyorum.

ÖZET

Amaç: Araştırmanın amacı Benlik Yitimi Ölçeği' nin Türkçe Formunun psikometrik özelliklerinin ve hastaların benlik yitimleri ile demografik özellikleri arasındaki ilişkilerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Araştırma, Antalya ili Akdeniz Üniversitesi Psikiyatri Gündüz Hastanesi'nde, Kasım 2017-Temmuz 2018 tarih aralığında 162 şizofreni hastası ile gerçekleştirilmiş ilişkisel bir çalışmadır. Araştırmanın gerçekleştirilebilmesi için, ölçeği geliştiren yazarlardan e-posta yoluyla, etik kuruldan, kurumdan ve katılan hastalardan yazılı olarak izin alınmıştır. Veriler Kişisel Bilgi Formu ve Benlik Yitimi Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Benlik Yitimi Ölçeği orijinalinde 5'li likert tipi, alt boyutları olmayan 30 maddelik bir ölçektir. Verilerin analizinde açımlayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi, korelasyon analizi, Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı yöntemleri kullanılmıştır.

Bulgular: Açımlayıcı faktör analizi ile orijinal ölçeğin faktör yapısı sınanmış, ölçeğin Türkçe formunun üç faktörlü 25 maddelik bir yapıda olduğu değerlendirilmiştir. Doğrulayıcı faktör analizi ile ölçeğin üç faktörlü yapısı için ekstra kanıt elde edilmiştir. Üç faktörlü yapı; benlik kavramında değişim, tedaviye inanç ve gelecek beklentisi alt boyutlarını içermektedir. Pearson momentler çarpımı sonucu, alt ölçekler arasında düşük ve orta düzey, alt ölçekler ile ölçek toplam puanları arasında ise orta ve yüksek düzey korelasyon katsayılarına ulaşılmıştır. İç tutarlılık güvenirlik katsayıları benlik kavramında değişim, tedaviye inanç, gelecek beklentisi ve ölçek toplamı için sırasıyla, .86, .63, .66, .86 olarak bulunmuştur. Test tekrar test sonucu elde edilen kararlılık katsayıları ise benlik kavramında değişim, tedaviye inanç, gelecek beklentisi ve ölçek toplamı için sırasıyla; .80, .54, .81 ve .83 olarak bulunmuştur.

Sonuç: Benlik Yitimi Ölçeği' nin Türkçe formunun benlik kavramında değişim, tedaviye inanç ve gelecek beklentisi şeklinde üç faktörlü yapıda olduğu ve psikometrik ölçümleri sonucunda, Türk toplumunda şizofreni hastaları için uygulanabilir olduğu ortaya çıkmıştır.

Anahtar Kelimeler: şizofreni, psikometrik özellikler, benlik kavramı, benlik yitimi, hemşirelik

ABSTRACT

Objective: The objective of this study was to determine psychometric properties of the Turkish form of Modified Engulfment Scale.

Method: This relational study was conducted with 162 schizophrenia patients in Antalya province Akdeniz University Psychiatry Daytime Hospital between November 2017 and July 2018. For performing the study, permission was received from the author who developed the scale via email, approval from the ethics committee, and written consent from the participants. Data were collected with Personal Information Form and Modified Engulfment Scale. The original form of Modified Engulfment Scale consists of 30 items in 5 Likert type without subdimensions. Data were analyzed using exploratory and confirmatory factor analysis, correlation analysis, and Cronbach alpha reliability coefficient method.

Results: Factor construct of the scale was tested with exploratory factor analysis, and the Turkish form of the scale was evaluated as a 3-factor construct with 25 questions. Extra evidence was obtained for three-factor construct of the scale using confirmatory factor analysis. Three-factor construct includes change, believe in treatment, and future expectation subdimensions. As a result of Pearson product-moment, low and moderate correlation coefficients were obtained between subscales, and moderate and high correlation coefficients were achieved between the subscales and total score of the scale. Internal consistency reliability coefficients were found as .86, .63., .66 and .86 for change, believe in treatment, and future expectation and total scale, respectively. Stability factors obtained with test-retest were found as .80, .54, .81 and .83 for change, believe in treatment, and future expectation and total scale, respectively.

Conclusion: It was found that the Turkish form of Modified Engulfment Scale has three-factor construct as change, believe in treatment, and future expectation, and as the result of psychometric measurements, the scale was found to be applicable for schizophrenia patients in Turkish population.

Keywords: schizophrenia, psychometric properties, self-concept, engulfment, nursing

İÇİNDEKİLER

| | |
|---|------|
| ÖZET | i |
| ABSTRACT | ii |
| İÇİNDEKİLER | iii |
| TABLolar DİZİNİ | vii |
| ŞEKİLLER DİZİNİ | viii |
| SİMGELER ve KISALTMALAR | ix |
| | |
| 1. GİRİŞ | |
| 1.1. Problemin Tanımı ve Amacı | 1 |
| 1.2. Araştırma Soruları | 2 |
| 2. GENEL BİLGİLER | |
| 2.1. Şizofreni | 3 |
| 2.1.1. Şizofreninin Tarihçesi | 3 |
| 2.1.2. Şizofreninin Epidemiyolojisi | 4 |
| 2.1.3. Şizofreninin Etiyolojisi | 5 |
| 2.1.4. Şizofreninin Belirtileri | 8 |
| 2.1.5. Şizofreninin Gidiş ve Sonlanması | 10 |
| 2.1.6. Şizofreninin Tedavisi | 10 |
| 2.1.7. Şizofreni ve Damgalanma | 11 |
| 2.2. Benlik Kavramı | 12 |
| 2.2.1. Benlik Kavramına Yönelik Kuramsal Görüşler | 13 |
| 2.2.2. Gelişim Dönemlerine Göre Benlik Kavramı | 15 |
| 2.2.3. Benlik Kavramını Etkileyen Faktörler | 17 |
| 2.2.4. Benlik Kavramı ve Şizofreni | 18 |

| | |
|---|----|
| 2.2.5. Şizofreni Hastaları İçin Benlik Kavramının Geliştirilmesinde | |
| Hemşirenin Rolü | 20 |
| 3. GEREÇ ve YÖNTEM | |
| 3.1. Araştırmanın Türü | 23 |
| 3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı | 23 |
| 3.3. Araştırma Grubu | 23 |
| 3.4. Veri Toplama Araçları | 24 |
| 3.4.1. Kişisel Bilgi Formu | 24 |
| 3.4.2. Benlik Yitimi Ölçeği | 25 |
| 3.5. Verilerin Toplanması | 25 |
| 3.6. Araştırmanın Etik Yönü | 27 |
| 3.7. Verilerin Analizi | 28 |
| 4. BULGULAR | 29 |
| 5. TARTIŞMA | |
| 5.1. Dilsel Eşdeğerliğin Değerlendirilmesi | 43 |
| 5.2. Kapsamın Değerlendirilmesi | 43 |
| 5.3. Yapı Geçerliğinin Değerlendirilmesi | 44 |
| 5.4. Güvenirliğin Değerlendirilmesi | 47 |
| 5.5. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Fark | |
| Analizlerinin Değerlendirilmesi | 49 |
| 6. SONUÇ VE ÖNERİLER | |
| 6.1. Sonuç | 53 |
| 6.2. Öneriler | 54 |

| | |
|---|----|
| KAYNAKLAR | 55 |
| EKLER | 75 |
| EK-1 Ölçeği Geliştiren Öğretim Üyesinden e-posta ile Alınan İzin | |
| EK-2 Etik Kurul İzni | |
| EK-3 Kurum İzni | |
| EK-4 Katılımcı Bilgilendirilmiş Onam Formu | |
| EK-5 Kişisel Bilgi Formu | |
| EK-6 Modified Engulfment Ölçeği | |
| EK-7 Benlik Yitimi Ölçeği | |
| ÖZGEÇMİŞ | 87 |

TABLULAR DİZİNİ

| | | |
|-------------------|---|----|
| Tablo.2.1. | Şizofreninin Pozitif ve Negatif Belirtileri | 9 |
| Tablo.3.1. | Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımları | 27 |
| Tablo.3.2. | Verilerin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Yöntemler | 28 |
| Tablo.4.1. | Benlik Yitimi Ölçeği İçin Faktör Deseni | 30 |
| Tablo.4.2. | Alt Ölçek ve Ölçek Toplam Puanları Arasındaki Korelasyonları | 34 |
| Tablo.4.3. | Alt Ölçek ve Ölçek Düzeyinde Madde Analizleri | 35 |
| Tablo.4.4. | Yaş Düzeylerine Göre Benlik Kavramında Değişim, Tedaviye İnanç, Gelecek Beklentisi ve Ölçek Puan Ortalamaları Arasındaki Farklar | 37 |
| Tablo.4.5. | Cinsiyete Göre Benlik Kavramında Değişim, Tedaviye İnanç, Gelecek Beklentisi ve Ölçek Puan Ortalamaları Arasındaki Farklar | 38 |
| Tablo.4.6. | Eğitim Düzeylerine Göre Benlik Kavramında Değişim, Tedaviye İnanç, Gelecek Beklentisi ve Ölçek Puan Ortalamaları Arasındaki Farklar | 39 |
| Tablo.4.7. | Çalışma Durumuna Göre Benlik Kavramında Değişim, Tedaviye İnanç, Gelecek Beklentisi ve Ölçek Sıra Ortalamaları Arasındaki Farklar | 40 |
| Tablo.4.8. | Medeni Duruma Göre Benlik Kavramında Değişim, Tedaviye İnanç, Gelecek Beklentisi ve Ölçek Puan Ortalamaları Arasındaki Farklar | 41 |
| Tablo.4.9. | Tanı Süresine Göre Benlik Kavramında Değişim, Tedaviye İnanç, Gelecek Beklentisi ve Ölçek Sıra Ortalamaları Arasındaki Farklar | 42 |

ŞEKİLLER DİZİNİ

| | | |
|------------------|--|----|
| Şekil.4.1 | Benlik Yitimi Ölçeği Gözlenen Değişkenlere Ait T Değerleri | 32 |
| Şekil.4.2 | Benlik Yitimi Ölçeği Göstergelerin Standardize Edilmiş Katsayıları ve Hata Varyansları | 33 |



SİMGELER ve KISALTMALAR

| | | |
|--------------|---|--|
| AFA | : | Açımlayıcı Faktör Analizi |
| CFI | : | Comparative Fit Index (Karşılaştırılmalı Uyum İndeksi) |
| DFA | : | Doğrulayıcı Faktör Analizi |
| DSM | : | Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (Ruhsal Hastalıklarının Tanı ve Sınıflaması) |
| KMO | : | Kasier-Meyer-Olkin |
| RMSEA | : | Root Mean Square Error of Approximation (Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü) |
| SRMR | : | Standardized Root Mean Square Residuals (Standardize Edilmiş Artık Ortalama Kare Kökü) |

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Amacı

Şizofrenide hastalık bulgularının şiddetli oluşu, ilaç tedavisinin yoğunluğu, işlevsellikteki azalma ve bilişsel işlevlerdeki bozulma, hastaların benlik kavramları üzerinde olumsuz etki yapabilmektedir (McCay ve ark., 1996; Hemsley, 1998; Cella ve ark., 2014). Şizofreni hastalarında benlik kavramının değerlendirildiği çalışmalarda; hastaların benlik kavramında olumsuz yönde değişim yaşadıkları, benlik saygılarında düşme olduğu (Weinberg ve ark., 2012; Vidovic ve ark., 2016), olumlu bir benlik duygusu yaratmakta zorlandıkları bildirilmektedir (Cicero ve ark., 2016). Şizofrenide hastalığın, kişinin benlik kavramını olumsuz yönde değişime uğratması durumunda benlik yitiminden bahsedilebileceği belirtilmektedir (Vining ve Robinson, 2016). Benlik yitimi, şizofreni hastasının kendilik tanımındaki bozulma ile kendisini ve benlik kavramını değerlendirememesi, hatta yok sayma olarak tariflenmektedir (McCay ve Seeman, 1998; Beanlands ve ark., 2006; McCay ve ark., 2006). Bu durumda şizofreni hastası kendisini tanımlarken “sadece şizofren” olarak tanımlayabilmektedir (McCay ve ark., 2007).

Şizofreni hastalığında benlik kavramında meydana gelen değişim, hastanın iyileşmeye yönelik motivasyonunu, işlevselliğini olumsuz etkilemekte (Sörgaard, 2002; Pauly ve ark., 2013), stresle ve hastalıkla baş edememeye (Noyman-Velsker ve ark., 2013), içgörü kaybına (Omori ve ark., 2014), pozitif belirtilerde artmaya neden olabilmektedir (Thomas ve ark., 2018). Aynı zamanda hastalarda tedaviye uyumun, rehabilitasyon sürecinin (Weinberg ve ark., 2012; Vidovic ve ark., 2016) ve yaşam kalitesinin olumsuz yönde değiştiği bildirilmektedir (Switaj ve ark., 2009). Benlik yitimi hastanın, güçsüzlük, gelecek kaygısı, umutsuzluk, sosyal geri çekilme yaşamasına, rol ve sorumluluklarını yerine getirememesine, günlük yaşam aktivitelerini sürdürememesine neden olabilmektedir (Beanlands ve ark., 2006; McCay ve ark., 2006). Yapılan çalışmalarda hemşire liderliğindeki grup müdahalelerinin şizofreni hastalarının benlik yitimini en aza indirdiği gösterilmiştir (McCay ve ark., 1996; Vining ve Robinson, 2016). Uygun hemşirelik müdahaleleri ile hastaların tedaviye uyumunun artırılabilirdiği, sorunlar ile etkili baş etme becerisi gösterebildikleri ve benlik kavramlarının olumlu

yönde geliştirilebildiği vurgulanmaktadır (McCay ve ark., 2007). Hemşirelerin, hastalara benlik yitimine yönelik müdahalede bulunmaları için öncelikle benlik yitiminin varlığını somut, ölçülebilir ve kanıt temelli olarak tanımlayabiliyor olmak önemli bir noktadır. Yapılan literatür incelemesi sonucunda ülkemizde şizofreni hastalarında benlik yitimini değerlendiren herhangi bir ölçme aracına rastlanmamıştır. Bu araştırmanın, şizofreni hastalarında benlik yitiminin ölçülmesi ve hastaların benlik kavramlarının geliştirilmesine yönelik müdahalelerin planlanması açısından, literatüre katkı sağlayacağına inanılmaktadır. Bu çalışmada, McCay ve Seeman tarafından 1998 yılında geliştirilmiş olan Benlik Yitimi Ölçeği'nin psikometrik özelliklerinin ve hastaların benlik yitimleri ile demografik özellikleri arasındaki ilişkilerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

1.2. Araştırma Soruları

1. Benlik yitimi ölçeği için faktör deseni nasıldır?
2. Benlik yitimi ölçeğinin faktörlü yapısı doğrulanmakta mıdır?
3. Faktörler arasındaki korelasyon katsayıları kaçtır?
4. Üst %27 ve alt %27'lik gruplar arası madde ayırt edicilik düzeyleri kaçtır?
5. Madde test korelasyonları kaçtır?
6. Benlik yitimi ölçeği iç tutarlılık katsayısı kaçtır?
7. Benlik yitimi ölçeği test-tekrar test kararlılık katsayısı kaçtır?
8. Katılımcıların yaş düzeylerine göre ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark var mıdır?
9. Katılımcıların cinsiyetlerine göre ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark var mıdır?
10. Katılımcıların eğitim düzeylerine göre ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark var mıdır?
11. Katılımcıların çalışma durumlarına göre ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark var mıdır?
12. Katılımcıların medeni durumlarına göre ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark var mıdır?
13. Katılımcıların tanı süresine göre ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark var mıdır?

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Şizofreni

Şizofreni kişide duygu, düşünce ve davranışın etkilendiği (Herzog ve Varcarolis, 2010; Meltzer ve ark., 2013; Vining ve Robinson, 2016), işlevsellikte bozulmalara yol açan, etiyojisi tam olarak bilinmeyen (Mueser ve McGurk, 2004; Arslantaş ve Adana, 2011; Dülgerler, 2014; Dima ve ark., 2015), alevlenme ve iyileşme dönemleri olan kronik ruhsal bir hastalıktır (Meltzer ve ark., 2013; O'Donnell ve Martin, 2016; Shioda ve ark., 2016; Townsend, 2016). Şizofreni genellikle hastanın yaşamını sınırlandırıcı, seyri ağır ve ilerleyici bir hastalıktır (Shives ve Isaacs, 2002; Sadock ve Sadock, 2008).

2.1.1. Şizofreninin Tarihçesi

Şizofreninin tarihi milattan önce 1400'lü yıllara kadar uzanmaktadır. Milattan önce 1400'lerde yer alan Hint Veda yazılı metinlerinde şizofreni hastalığına benzer belirtiler tarif edilmiştir. Metinlerde çıplak dolaşan, kendine bakımı ileri derece bozulmuş, yaşamlarının büyük çoğunluğunda dini uğraşlarla aşırı derecede meşgul, kendisini tanrı zanneden, zarar göreceği korkusuna sahip insanlardan bahsedilmektedir (Soygür ve Erkoç, 2007). Fransız Psikiyatrist Benedict Augustin Morel 1852'de, Fransızca bir terim olarak, gençlerde görülen, ciddi zihinsel yetersizliğe neden olan durum ile ilgili (démence précoce) "Dementia Preacox" (erken bunama) kavramını kullanmıştır. 1871 yılında Ewald Hecker "Hebefreni"yi, 1874 yılında ise Karl Kahlbaum yeni bir terim olarak "Katatoni"yi tanımlamıştır. 1896'da Kreapelin, katatoni ve hebefreniye paranoid ve başka basit çeşitleri ekleyerek "Demans", erken başlangıç için ise "Preacox" kavramını kullanmış olup, kavramın Fransızcası yerine Latincesini kullanmıştır (Adityanjee, 1999). Kreapelin "Dementia Preacox"u gidişat ve sonlanımı, başlangıç yaşı, bilişsel bozulma düzeyi ve işlevsellikteki farklılıklar nedeniyle manik depresif bozukluktan ayırmıştır (Sadock ve Sadock, 2008; Tandon, ve ark., 2009; Meltzer ve ark., 2013).

Bleuler 1908'de, "Dementia Preacox" olarak tanımlanan hastalık tablosunda erken başlangıcın ve bunama ile sonuçlanmanın zorunlu olmadığını belirterek, hastalarda duygu, düşünce ve zihin arasında bölünme olduğunu ifade etmiştir (Moller, 2005;

Tandon, ve ark., 2009; Meltzer ve ark., 2013). Bleuler hastalarda görülen bu tabloya "Dementia Praecox" yerine, akıl ve bölünme sözcüklerinin Yunanca karşılığı olan şizofreni adını vermiştir (Moller 2005; Fortinash ve Holoday-Worret, 2008; Tandon ve ark., 2009; Townsend, 2016). Daha sonra 4A belirtileri olarak tanımlanan şizofreninin klinik belirtilerini tanımlamıştır (Shives ve Isaacs, 2002; Fortinash ve Holoday-Worret, 2008; Tandon ve ark., 2009). Bleuler'in 4A belirtileri; **Autism**; kendi dünyasına çekilme, gerçeklikten ve dış dünyadan uzaklaşma, sosyal izolasyon. **Ambivalans**; zıt duygu geçişlerinin söz konusu olması. **Affektif bozukluk**; yaşanılan durum ile hissedilen duygunun uyumsuzluğu, uygunsuz, künt, tek düze duygulanım. **Assosiasyon bozukluk**; düşünce ve çağrışımında bozulma şeklinde ele alınmıştır (Varcarolis, 2006; Fortinash ve Holoday-Worret, 2008; Keltner, 2011).

Kurt Schenider, 20. yüzyılın ortalarında şizofrenide meydana gelen düşünce bozukluğu üzerinde çalışmış ve bulduğu belirtileri "birinci sıra belirtiler" ve "ikinci sıra belirtiler" şeklinde tanımlamıştır (Bertelsen, 2002; Varcarolis, 2006). Schenider'in sınıflaması ruhsal hastalıkların tanı ve sınıflamasında (DSM) kullanılmıştır. 1960'lı yıllarda Avrupa'da yaygın olarak Schneider'in belirtileri kullanılmış buna karşın Amerikada Beuler'in tanı ölçütleri kullanılmıştır. 1968'deki DSM II de şizofreninin 11 alttipi tanımlanmıştır (Keltner, 2011). 1980'lerde Timothy Crow, yayımladığı makalede şizofreninin pozitif-negatif olmak üzere iki tipi olduğunu belirtmiştir (Köroğlu, 2007). DSM III, 1980 yılında yayınlanmış ve sınıflamada şizofreni hastalığı rezidüel, katatonik, ayrılmamış, desorganize, paranoid olarak beş alt tipe ayrılmıştır. 1994'te yayımlanan DSM IV'te şizofreninin beş alt tipi geçerliliğini korumuştur (Varcarolis, 2006; Fortinash ve Holoday-Worret, 2008; Keltner, 2011). Son olarak 2013 yılında çıkan DSM V'te ise şizofreninin alt tipleri kaldırılmıştır. Klinik gidişe göre, değişimi hafiften şiddetliye doğru sıralanan, psikotik bozukluk spektrumu içerisinde yer alan şizofreninin tanı kriterleri tanımlanmıştır (Townsend, 2016).

2.1.2. Şizofreninin Epidemiyolojisi

Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre dünyada 21 milyondan fazla şizofreni hastası bulunmaktadır (<https://www.who.int>, Erişim tarihi: 03.12.2017). Ülkemizde psikotik bozuklukların görülme oranının değerlendirildiği bir çalışmada, şizofreninin yaşam boyu

yaygınlığının %0.89 olduğu belirtilmektedir (Binbay ve ark., 2011). Şizofreni her toplumda ve her sosyoekonomik düzeyde görülebilmektedir (Mueser ve McGurk, 2004; Varcarolis, 2006; Çetin, 2015; Toy ve Klamen, 2015). Şizofrenide cinsiyetler arasında farklılık görülmemektedir (Shives ve Isaacs, 2002; Mueser ve McGurk, 2004; Varcarolis, 2006; Videbeck, 2011). Şizofreni belirtileri genellikle geç adölesan dönem ve 30'lu yaşlar arasında ortaya çıkmaktadır (Varcarolis, 2006; Videbeck, 2011; Holder ve Wayhs, 2014). Şizofrenide erken başlangıç genelde erkeklerde görülmektedir. Erken başlangıçta negatif belirtilere ve beyin anomalilerine daha fazla rastlanmaktadır (Varcarolis, 2006). Şizofreni tanısı alan hastaların, hastalıkla ilişkili artan intihar riski nedeniyle mortalite oranı yüksektir (Holder ve Wayhs, 2014).

2.1.3. Şizofreninin Etiyolojisi

Şizofreninin nedeni tam olarak bilinmemektedir ancak genetik faktörlerin, erken çevresel etkilerin ve sosyal faktörlerin etkisi olduğunu gösteren kanıtlar mevcuttur (Mueser ve McGurk, 2004; Tandon ve ark., 2009; Gorman ve Sultan, 2014). Şizofreninin etiyojisine yönelik çeşitli teoriler vardır. Günümüzde şizofreninin etiyojisinde genetik yatkınlığın var olduğu kabul edilmiş ancak şizofreninin ortaya çıkmasına katkı sağlayan spesifik bir neden belirlenememiştir (Townsend, 2016).

1. Genetik Nedenler

Şizofreninin etiyojisini genetik etkiye göre açıklayan teorilerde, şizofreni gelişiminde genetik yatkınlığın önemli rolünün olduğu belirtilmektedir (Lichenstein ve ark., 2009; Gorman ve Sultan, 2014). Buna ilişkin yapılan çalışmalarda şizofreni hastalığı olan ailelerde hastalığın görülme oranının genel popülasyona göre arttığı görülmüştür (Gregory, 1960; Gorman ve Sultan, 2014). Genetik etkiyi açıklamak üzere yapılan evlat edinme çalışmalarında, şizofreni hastalarının birinci derece akrabalarında hastalık riskinin arttığı ortaya çıkmıştır. Buna karşın biyolojik olarak akraba olmayanlarda ise şizofreni hastalığı riski saptanmamıştır (Kety ve ark., 1994). Yapılan ikiz çalışmaları sonuçlarına göre, tek yumurta ikizlerinde şizofreni hastalığının görülme riski %50 iken çift yumurta ikizlerinde riskin % 15 civarında olduğu ortaya çıkmıştır (Frisch ve Frisch, 2010). Mevcut çalışma sonuçlarına göre elde edilen veriler şizofreninin genetik geçişliliğini desteklemektedir (Morrison-Valfre, 2005; Frisch ve Frisch, 2010) ancak

hastalığın nedeni tek başına genetik etkenler ile açıklanamamaktadır. Şizofreniye neden olduğu düşünülen kromozom anomalileri tespit edilmiş ama şizofreniden sorumlu gen tanımlanmamıştır (Köroğlu, 2010; Dülgerler, 2014).

2. Biyolojik Nedenler

Nöratransmitterlerle İlgili Nedenler

Nörokimyasal model olarak adlandırılan teoride, şizofreninin nedeninin nörottransmitterlerle ilişkili olduğu belirtilmektedir. Şizofreni hastalarında yapılan çeşitli çalışmalarda, beyinde nörottransmitterler aracılığıyla gerçekleşen kimyasal iletimin değişmiş olduğu bulunmuştur (Morrison-Valfre, 2005). Bazı çalışmalarda dopaminerjik aktivite artışının, şizofreninin akut pozitif belirtilerine neden olduğu ortaya çıkmıştır. Bu hipotez, dopamini bloke eden ilaçların şizofreni tedavisindeki olumlu etkisini açıklamaktadır (Hökfelt ve ark., 1974; Meltzer ve Stahl, 1976; Seeman, 1987; Abi-Dargham, 2004; Keltner, 2011). Dopaminin yanı sıra serotonin ve nörepinefrin gibi diğer nöratransmitterlerin şizofreni etiolojisinde katkılarının olduğu bilinmektedir. Şizofreni tedavisinde kullanılan ilaçlarla her hastada aynı etkinin görülmemesi, nöratransmitterlerle ilişkili kişiler arasında değişken özellikler olduğunu göstermektedir (Dülgerler, 2014).

Beyin Anomalileri ile İlgili Nedenler

Şizofrenide beyin anomalilerini belirlemeye yönelik yapılan beyin görüntüleme çalışmaları, şizofreni hastalarında beynin bazı bölgelerinde farklılıklar olduğunu göstermiştir. Çalışmalara göre bu farklılıklar; beyin ventriküllerinde genişleme (Andreasen ve ark., 1982; Meltzer ve ark., 2013; Yüksel, 2014; Townsend, 2016), medial temporal lobda birçok alanda hacimsel azalma (Meltzer, ve ark., 2013), limbik sistem ve prefrontal kortekste beyin disfonksiyonu (Gorman ve Sultan, 2014), hipokampus bölgesindeki piramidal hücrelerde düzensizlik (Townsend, 2016), talamus ve serebellum gibi birçok beyin alanında bilişsel işlevler sırasında bozukluk bulguları olarak tespit edilmiştir (Meltzer ve ark., 2013).

Gebelik Süreci ile İlgili Nedenler

Şizofreninin nedenini gebelik sırasında yaşanan komplikasyonlar ile açıklayan teoride, yaşamın erken dönemlerinde enfeksiyona maruz kalma sonucu mikroorganizmaların

merkezi sinir sistemine yerleşmesinin şizofreniye neden olabileceği belirtilmektedir (Zhu, 2009). Gebelikte annenin viral enfeksiyona maruz kalması ve yetersiz beslenmesinin çocukta şizofreni gelişimine katkıda bulunduğu vurgulanmaktadır (Shives ve Isaacs, 2002; Moller, 2005; Morrison-Valfre, 2005; Varcarolis, 2006). Doğum sırasında ortaya çıkan uzamış doğum, zor doğum, göbek kord prolapsusu gibi diğer komplikasyonların şizofreni gelişimiyle ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar vardır (Morrison-Valfre, 2005; Meltzer ve ark., 2013). Gebelik sürecinde annenin olumsuz yaşam deneyimlerinin ve yoğun stresin, fetüsü şizofreniye karşı savunmasız bıraktığı (Van ve Selten, 1998; Herzog ve Varcarolis, 2010), özellikle ilk trimesterde yaşanan stresin şizofreni ile yüksek ilişkili olduğu belirtilmektedir (Van ve Selten, 1998). Ayrıca gebelikte kokain ve diğer uyuşturucu ilaç kullanan annelerin çocuklarında şizotipal davranış görülmüştür (Morrison-Valfre, 2005).

3. Çevresel Nedenler

Sosyokültürel Nedenler

Şizofreninin nedenini çevresel nedenlerle açıklayan teorilere göre, sosyokültürel faktörler şizofreni gelişiminde etkilidir. Düşük sosyoekonomik düzey ve tek ebeveyne sahip olmanın şizofreni gelişiminde risk faktörü olduğu belirtilmektedir (Shives ve Isaacs, 2002). Şizofreni gelişiminde risk faktörleri olarak; kalabalık ev ortamında yaşama, stresle baş etmede kaynakların yetersiz olması (Townsend, 2016), yüksek suç oranına sahip bir çevrede yaşama ve yabancı bir kültüre göç etme gibi sosyokültürel nedenler bildirilmektedir (Herzog ve Varcarolis, 2010). Eaton ve Harrison (2002), Birleşik Krallık ve Hollanda'da 1967'den 1997'ye kadar 17 toplum temelli araştırmayı inceledikleri metaanaliz çalışmasında, etnik dezavantajın şizofreni riskini artırdığını belirtmişlerdir.

Stres ile İlgili Nedenler

Stres yatkınlık modeli, biyolojik, psikososyal ve çevresel etkenlerin birbirleriyle olan etkileşimlerini açıklar. Bu teoriye göre şizofreniye genetik olarak yatkın kişi, stresli yaşam olayları karşısında şizofreni belirtileri gösterebilir. Yanı sıra sürekli olarak strese maruz kalmanın şizofreni belirtilerini artırabileceği belirtilmektedir (Walker ve Diforio, 1997). Stresle ilgili benimsenen görüş, stresin, şizofreni hastalığının nedeni değil ortaya

çıkmasına katkı sağlayan tetikleyici bir etkeni olduğu şeklindedir (Dülgerler, 2014; Townsend, 2016).

4. Psikodinamik Yaklaşımla Açıklanan Nedenler

Psikodinamik yaklaşıma göre, ruhsal hastalıkların temeli çocuklukta atılır. Bu yaklaşıma göre, yaşamın erken dönemlerinde yaşanan olayların şizofreniye kadar gidebilen ciddi sorunlara yol açabileceği belirtilmektedir. Psikodinamik yaklaşımda, gelişim dönemleri ve çocukluk sürecindeki aile yaşantısı önemlidir. Bu yaklaşıma göre; düşük benlik saygısı, kırılğan ego, ego ayrışması, yetersiz ego gelişimi, süperego egemenliği, regresyon veya id davranışları, sevgi-nefret ilişkileri, şizofreni ve diğer ruhsal hastalıkların zeminini hazırlar (Keltner, 2011). Psikodinamik yaklaşım, şizofreninin kişinin içsel dürtülerle baş edememesi, ego gelişiminin tamamlanamaması ve bireyselleşmenin sağlanamaması sonucu ortaya çıktığını savunmaktadır (Yüksel, 2014).

2.1.4. Şizofreninin Belirtileri

Şizofreninin belirtileri pozitif, negatif, affektif ve bilişsel belirtiler olmak üzere dört başlık altında toplanabilir (Dülgerler, 2014). Şizofrenide negatif ve bilişsel belirtiler sürekli görülebilirken (Simpson ve ark., 2010), pozitif belirtiler dönem dönem ortaya çıkabilmektedir (Yüksel, 2014). Affektif ve bilişsel değişiklikler hastaların sosyal ve mesleki işlevselliklerinde bozulmalara (Mueser ve McGurk, 2004; Villalta-Gil ve ark., 2006; Townsend, 2016), halüsinasyon, sanrı, duygu karmaşası ve konuşma fakirleşmesi ise hastaların kişilerarası ilişkilerinde bozulmalara neden olabilmektedir (Moller, 2005; Won ve ark., 2012).

Pozitif belirtiler; sanrı, halüsinasyon, düşünce, konuşma ve davranışlarda bozulma gibi belirtileri kapsamaktadır (Moller 2005; Videbeck, 2011; Won ve ark., 2012; Holder ve Wayhs, 2014; Huang ve ark., 2018). **Negatif belirtiler;** sınırlı duygusal ifade, öz bakımda zorlanma, yaşamdan keyif almama, ilgisizlik, sosyal bağların kurulması ve sürdürülmesinde zorlukları ifade eder. Hastaların işlevselliklerinde azalmaya neden olabilmektedir (Mueser ve McGurk, 2004; Moller 2005; Won ve ark., 2012; Holder ve Wayhs, 2014). **Bilişsel belirtiler;** dikkat sorunları, bellek, soyutlama, problem çözme ve karar vermede meydana gelen değişikliklerdir (Mueser ve McGurk, 2004; Carbon ve Correll, 2014; Townsend, 2016). **Affektif belirtiler;** duygusal küntlük, donakalım, aloji,

avolasyon, anhedoni, ambivalan duygular, uygunsuz duygulanım gibi belirtilerdir (Köroğlu, 2010; Townsend, 2016). Şizofreni hastalarında gözlenen duygusal küntlük, yaşadıkları duyguları yansıtamamalarından kaynaklanmaktadır (Köroğlu, 2010). Şizofreninin pozitif ve negatif belirtileri Tablo.2.1’de verilmiştir.

Tablo.2.1.Şizofreninin Pozitif ve Negatif Belirtileri

| Pozitif Belirtiler | Negatif Belirtiler |
|---|--|
| <i>Düşünce İçeriği</i> | <i>Duygulanım</i> |
| Sanrılar | Uygunsuz duygulanım |
| Yoğun dini düşünceler | Sınırlı, künt duygulanım |
| Paranoya | |
| Sihirli-büyülü düşünceler | <i>Apati</i> |
| | İstem/irade |
| <i>Düşüncenin Akışı</i> | Hedeflere yönelik aktivitelere isteksizlik, yetersizlik |
| Çağrışımlarda kopukluk | Duygusal ambivalans |
| Neolojizm/Yeni kelimeler uydurma | |
| Somut düşünme | <i>Dış görünümde bozulma</i> |
| Klang çağrışım | <i>Kişilerarası işlevsellikte ve dış dünya ile ilişkilerde bozukluk</i> |
| Laf salatası | Otizm |
| Anormal ayrıntıcılık | Sosyal çekilme |
| Teğet konuşma | |
| Mutizm | <i>Psikomotor davranış</i> |
| Perseverasyon/Tekrarlayan sözcüklerle konuşma | Enerji yokluğu |
| | Balmumu esnekliği |
| <i>Algılama</i> | Uygunsuz/tuhaf postür |
| Halüsinasyonlar | İleri-geri hareket etme ve vücudunu sallama |
| İlüzyonlar | |
| | <i>Ortak Özellikler</i> |
| <i>Kendilik Algısı</i> | Anhedoni |
| Ekolali | Regresyon |
| Ekopraksi | |
| Kimlik/özdeşim kurma taklit etme | |
| Depersonalizasyon | |

Tablo.2.1.Kaynak: Townsend MC. *Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinin Temelleri Çeviren: Özcan CT, Duman ZÇ. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi. 2016; s: 335-377.*

2.1.5. Şizofreninin Gidiş ve Sonlanışı

Şizofrenide hastalığın seyri hastadan hastaya değişiklik göstermekle birlikte yeti yitimi sık karşılaşılan bir sorundur (Shives ve Isaacs, 2002; Sadock ve Sadock, 2008). Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre şizofreni, yeti yitimine yol açan hastalıklar sıralamasında beşinci sırada yer almaktadır (Yüksel, 2014). Şizofrenide tedaviye başlamanın gecikmesi, tedavi yanıtının olumsuz olmasına neden olabilmektedir. Şizofrenide negatif belirtileri olan hastaların tedaviye yanıtlarının, pozitif belirtileri olan hastalara oranla olumsuz olduğu belirtilmektedir (Meltzer ve ark., 2013). Şizofrenide iyi prognoz göstergeleri; geç başlangıç, hastalığı tetikleyici etken varlığı, akut başlangıç, kısa süreli psikotik belirtiler, evli olma, sosyal destek sistemlerinin iyi olması, ailede şizofreni öyküsünün olmaması ve pozitif belirtilerin olması olarak belirtilmektedir. Kötü prognoz göstergeleri; erken başlangıç, hastalığı tetikleyici etken yokluğu, uzun süreli psikotik belirtilerin olması, sosyal destek sistemlerinin kötü olması, negatif belirtiler, ailede şizofreni öyküsü, saldırganlık, madde kullanım öyküsü ve aşırı strestir (Dülgerler, 2014).

2.1.6. Şizofreninin Tedavisi

Şizofreni tedavisinde farmakolojik ve psikososyal tedaviler birlikte uygulanmaktadır (Videbeck, 2011; Holder ve Wayhs, 2014). Şizofreninin farmakolojik tedavisinde yüksek oranda antipsikotik ilaçlar kullanılmaktadır. Şizofreni tedavisinin amacı sadece psikotik belirtileri kontrol altına almak değil bununla birlikte hastaların yaşam kalitesi, sosyal uyum ve işlevselliklerini yeniden kazandırmaktır (Köroğlu, 2010; Martin ve Higuera, 2016). Farmakolojik tedavinin beraberinde farklı psikososyal tedavilerin uygulanmasının, hastalarda hastanede kalış süreleri, negatif ve pozitif belirtilerin azaltılmasında etkin sonuçlar verdiği bilinmektedir (Martin ve Higuera, 2016). Aynı zamanda hastaların tedavi uyumu ile sosyal ve mesleki işlevsellikleri artırılabilir (Mueser ve McGurk, 2004).

Şizofrenide kullanılan diğer bir tedavi şekli ise elektrokonvülsif tedavidir. Elektrokonvülsif tedavi, değişken frekanslı elektriksel uyarı verilerek, terapötik amaçlı bir nöbet indüksiyonu gerçekleştirme işlemidir (Tharyan ve Adams, 2005; Chanpattana, 2007). Tharyan ve Adams'ın (2005) şizoaffektif bozukluk, şizofreni ve diğer kronik ruhsal bozukluğa sahip hastalarda elektrokonvülsif tedavi kullanımını ile ilgili yaptıkları

metaanaliz çalışmasında, antipsikotik ilaç tedavisi ile birlikte elektrokonvülsif tedavi uygulandığında tedavinin başarı oranının arttığı bildirilmektedir (Tharyan ve Adams, 2005). Tedaviye dirençli şizofreni hastalarında elektrokonvülsif tedavi etkinliğinin değerlendirildiği bir çalışmada, elektrokonvülsif tedavi uygulanan hastalarda pozitif belirtilerde belirgin iyileşme olduğu belirtilmektedir (Chanpattana, 2007).

2.1.7. Şizofreni ve Damgalanma

Damgalanma, kişinin herhangi bir özelliği nedeniyle toplumdan ayrıştırılma, dışlanma, aşağılanma gibi olumsuz tavır ve tutumlara maruz bırakılması durumu olarak tanımlanmaktadır (Raingruber, 2002; Angermeyer ve Matschinger, 2004; Li ve ark., 2017). Şizofreni hastaları toplum tarafından tehlikeli, saldırgan, güçsüz ve yetersiz olarak algılanmakta, dolayısıyla damgalanmaya maruz kalmaktadırlar (Yılmaz ve Okanlı, 2015). Toplumun şizofreni hastalarına karşı bakış açısının değerlendirildiği çalışmalarda; şizofreni hastalarının %74.2 oranında toplum tarafından tehlikeli olarak algılandığı (Peluso ve Blay, 2011), toplumdaki diğer ruhsal hastalıklara göre şizofreninin daha yüksek oranda olumsuz algıya neden olduğu ve iyileşmesi olanaksız olarak görüldüğü bildirilmektedir (Wood ve ark., 2014). Şizofreni hastalarına karşı tutumun 10 yıl aralıklı olarak iki kez değerlendirildiği çalışmada, toplumun şizofreni hastalarına yönelik damgalamasında zamanla birlikte azalma olmadığı belirtilmektedir (Pescosolido ve ark., 2010). Toplumun yanı sıra sağlık çalışanları şizofreniye yönelik damgalayıcı tutuma sahip olabilmektedir (Taşkın ve ark., 2003; Yanık ve ark., 2003; Akdede ve ark., 2004; İkişik, 2008). Sağlık çalışanlarının damgalayıcı tutum sergilemesi, hastaların tedaviye yönelik motivasyonunu olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Aker, 2008).

Arkan ve arkadaşlarının (2011), Türkiye’de son 10 yılda sağlık çalışanlarının ruhsal hastalıklara yönelik tutumlarını inceledikleri sistematik derlemede, sağlık çalışanlarının şizofreniye yönelik damgalayıcı tutuma sahip oldukları, hatta psikiyatri eğitimi alanların, eğitim almayanlara oranla daha fazla damgalayıcı tutum sergilediği çalışmaların var olduğu belirtilmektedir. Görüldüğü gibi şizofreni hastaları hem toplum hem de sağlık çalışanları tarafından damgalamaya maruz kalmaktadırlar. Sürekli olumsuz tutumlara maruz kalan şizofreni hastaları, zamanla kendileri ile ilgili oluşan olumsuz tutumları

benimseyerek içselleştirebilmektedirler. Bunun sonucunda hastalıklarını gizleme ve kendilerini yaşamdan uzak tutmaya başlamaktadırlar (Beldie ve ark., 2012; Tsang ve ark., 2016). İçselleştirilmiş damgalanma olarak tanımlanan bu durum, hastaların ruh sağlığı hizmetlerinden yararlanmasını engelleyebilmektedir (Beldie ve ark., 2012; Li ve ark., 2017).

Şizofreni hastalarında içselleştirilmiş damgalanma arttıkça, hastalık belirtilerinde ve depresyon görülme oranında artış olduğu, buna karşın tedaviye uyum ve sağlık hizmeti kullanımında azalma olduğu ortaya çıkmıştır (Tsang ve ark., 2016; Park ve ark., 2013). Yapılan çalışmalarda şizofrenide içselleştirilmiş damgalanma ile birlikte umutsuzluk (Tsang ve ark., 2010; Park ve ark., 2013), içgörü (Fung ve ark., 2008), yaşam kalitesi, motivasyon, öz-yeterlilik, sosyal işlevsellik (Tsang ve ark., 2010; Park ve ark., 2013) ve benlik saygısı düzeylerinde değişim olduğu belirtilmektedir (Fung ve ark., 2008). İçselleştirilmiş damgalanma ve benlik saygısı düzeyi arasındaki ilişkinin değerlendirildiği çalışmalarda, hastaların benlik saygısının olumsuz yönde etkilendiği ortaya çıkmıştır (Beldie ve ark., 2012; Park ve ark., 2013; Tsang ve ark., 2016; Thibodeau ve ark., 2018). İçselleştirilmiş damgalanma sonucu benlik saygısının olumsuz etkilenmesiyle, şizofreni hastalığına sahip kişi kendisini “sadece şizofrenik” olarak tanımlayabilmektedir. Bu durum, hastanın benlik kavramının şizofreni ile birlikte yeniden şekillenmesine neden olmakta ve benlik yitimi ile sonuçlanabilmektedir (McCay ve ark.,2007).

2.2. Benlik Kavramı

Benlik kavramı, “kişinin kendisini anlamlandırma biçimi”dir. Kişinin kendisine yönelik algısı, duygu ve düşünceleri ve diğer insanların izlenimleri ile şekillenen kendilik değerini içerir. Benlik kavramı, sosyal yaşantılar ve etkileşimler yoluyla sürekli olarak değişime açıktır (Bhugra 2002; Kapıkıran 2004; Özen ve Gülaçtı, 2010; Bak, 2011; Adana ve ark., 2012). Olumlu benlik kavramı, kendini olumlu değerlendirme ve kendini kabulü ifade eder. Olumsuz benlik kavramı, kendini olumsuz değerlendirme, değersizlik duygusu ve kendini kabul duygularının olmaması anlamlarına gelmektedir (Kaya, 1997; Kapıkıran 2004; Bak, 2011; Adana ve ark., 2012; Özcan, 2015). Olumsuz benlik kavramına sahip kişilerin genellikle kendileri hakkındaki inançları değişmektedir. Bu

kişiler, kişiliklerinin farklı yönlerinin sıklıkla birbiriyle çatıştığını hissetmektedirler (Hasson-Ohayon ve ark., 2014). Kişinin benlik kavramı gelişimi, yaşam boyu sürer ve kalıtım, çevre, kişiler arası ilişkiler gibi birçok faktörden etkilenir (Kaya, 1997; Kapıkıran 2004; Bak, 2011; Adana ve ark., 2012; Özcan, 2015). Hastalık durumları kişilerin benlik kavramında değişime neden olabilmektedir (Weckowicz ve Sommer, 1960; Öz, 2010).

Benlik Saygısı: Kişinin benlik kavramını değerlendirmesi sonucunda gelişen, benliğin duygusal yönüdür (Hesse ve ark., 2015). Sahip olduğumuz benliğimiz ile olmak istediğimiz ideal benlik arasındaki fark benlik saygısını ifade etmektedir. Sahip olunan gerçek benlik ve ideal benlik ne denli örtüşürse, benlik saygısı o derece yüksek olmaktadır (Altunay ve Öz, 2004). Benlik saygısının olumlu sağlık davranışları ile ilişkili olduğu (Hendricks, 1998; Anderson, ve Olnhausen,1999), düşük benlik saygısının ruhsal hastalıklara yatkınlığı artırdığı belirtilmektedir (Roberts ve Munroe, 1992). Bu konuda yapılan bir çalışmada, benlik saygısındaki düşmenin, yeme bozuklukları, madde bağımlılığı, depresyon, şiddet, anksiyete düzeyleri ve intihar eğiliminde artma ile ilişkisinin olduğu ortaya çıkmıştır (Mann ve ark., 2004).

2.2.1. Benlik Kavramına Yönelik Kuramsal Görüşler

Benlik kavramına ilişkin ilk tanımlama **William James** tarafından yapılmıştır (Marsh, 1990). William James benlik kavramını, “kişinin kendisiyle ilgili söyleyebileceği şeylerin toplamı” şeklinde tanımlamaktadır (Akt. Marsh, 1990). William James benlik kavramının, ‘bilen ve bilinen ben’ olarak iki boyuttan oluştuğunu belirtmiştir. William James’e göre, “Bilen ben”, etrafta olan herşeyi fark edip değerlendiren, “bilinen ben”in ise etraftaki diğer kişilerce algılanıp değerlendirilen “ben” olarak açıklanmaktadır (Akt. Özen ve Gülaçtı, 2010). William James ‘Bilinen ben’i, sosyal benlik, ruhani benlik ve maddi benlik olarak üç alt boyutta değerlendirmiştir. Maddi benlik olarak tanımladığı benlik; kişinin kendisi, vücut imgesi, ailesi gibi önemli kişileri ve sahip olduğu maddi şeyleri ifade etmektedir (Akt. Bacanlı, 1990). Ruhani benlik; kişiye ait duygu ve istekleri içermektedir. Sosyal benlik, kişiyi sosyal yaşantısında besleyen tüm etkileşim ve ilişkileri ifade etmektedir (Epstein, 1973).

Cooley benlik kavramını, kişinin yaşantısında kendine dair kullandığı kelimeler ile tanımlamıştır. Benlik; “ben”, “kendim”, “benim”, “kendi başıma” gibi, kişinin kendisi ile ilgili ifade ettiği kelime ve anlamların bütünü olarak tanımlanmaktadır (Akt. Argun, 2005). Cooley, kişinin benlik kavramının, bulunduğu sosyal çevrenin etkisinde kaldığını ve sosyal çevresinden ayrı bir benlik kavramının düşünülmemeyeceğini belirtmiştir. Cooley benliğin oluşumunu “Ayna Benlik” kavramı ile açıklamıştır. Buna göre benlik kavramı; kişinin çevresindeki diğer insanlarca nasıl algılandığına dair inancı, diğer insanlar tarafından nasıl algılandığının kişide yarattığı etki ve kişinin benliğine ait gelişen duyguları olarak üç temel öğeden oluşmaktadır (Akt. Öz, 2010; Metin ve Bencik-Kangal, 2012).

George Herbert Mead benlik gelişiminin sosyal etkileşimler yoluyla oluştuğunu, kişinin henüz konuşmaya başlamadan sembollerle iletişim kurmaya başladığı dönemde, ait olduğu çevrenin fikir ve davranışlarını içselleştirip özümlediğini belirtmiştir (Akt. Damarlı, 2006). **Carl Rogers**, algısal alanın bir bölümünün zamanla farklılaştığını ve benliğin algısal alanda bir nesne halini aldığını belirtmiş olup, fark edilen benlik algılarının örgütlenmiş halini benlik kavramı olarak tanımlamıştır (Akt. Özen ve Gülaçtı, 2010). Rogers’a göre; olumlu bir benlik bilinci için koşulsuz sevgi içinde yetişmek gerekmektedir. Rogers’a göre kendini gerçekleştiren kişi; ‘kapasitesini tam olarak kullanan kişi’dir ve bu kişi, yaşantılara açık, hayatı dolu dolu yaşayabilen, kendine güvenen, enerjisini tam olarak kullanabilen kişidir (Akt. Engin, 2014). **Adler** benliği kişinin yaşamını anlamlandırmasına yardımcı, çevresini yorumlama yetisi kazandıran bir yapı olarak tanımlamıştır. Adler’e göre benlik, farklı deneyimlerle kendisini zenginleştirmektedir. Adler, yaratıcı bir ben’i vurgulamış ve kişinin kendi benliğini oluşturduğunu belirtmiştir (Akt: Özçiçek, 2014).

Freud psikanalitik kuramında, ego kavramını benlik kavramı yerine kullanmıştır. Ego, kişiliğin dış dünya ile etkileşen parçası, bütünleyicisi olarak tanımlanmıştır (Akt. Doğan, 1999; Köroğlu, 2004). Psikoanalitik kurama göre ego; düşünme, algılama, dikkat, hatırlama, muhakeme gibi bilişsel süreçleri içermektedir (Wallace, 2008). Freud’a göre benlik, bilinçli ve bilinçdışı öğelere sahiptir (Akt. Geçtan, 2000). İd, ego, süperego

devamlı bir iletişim halindedir ve bu iletişim sosyal benliğin gelişmesini sağlamaktadır (Frisch ve Frisch, 2010; Halter ve Carson, 2010).

İd: Psikoanalitik kurama göre, bir yaşına kadar ruhsal yapı sadece alt benlikten oluşmaktadır. Alt benlik tümüyle bilinçdışı çalışmakta olup, kişinin doğuştan gelen dürtülerinin tamamının yer aldığı benlik yapısıdır. Alt benlikte, şartların mümkün olması ve eylemin sonucu dikkate alınmadan içgüdüsel arzuların anında doyurulması istenmektedir (Köroğlu, 2004; Hazar, 2006; Wallace, 2008; Özdemir ve ark., 2012).

Ego: Freud, alt benlik ve üst benlik arasında denge sağlama görevini üstlenen yapıya ego (benlik) adını vermiştir. Ego, yaşamın birinci yılından itibaren gelişmeye başlar (Akt. Doğan, 1999). Benlik, süperegonun değerlerini ve şartların gerçekliğini değerlendirerek altbenliğin arzularını doyumaya, benlikler arasında uyumlu davranış sergilemeye çalışır (Geçtan, 2000; Hazar, 2006; Özdemir ve ark., 2012).

Süperego: Benliğin bir diğer parçası, iki yaş dolaylarında çevrenin ayırdına varmakla birlikte ebeveynlerin ve toplumun önemseydiği değerleri dikkate alan; süperego (üst benlik) olarak ayrılır. Süperego ahlak, etik kavramlar, değerler ve toplumsal beklentilerden oluşmaktadır (Öztürk, 2001; Köroğlu, 2004; Frisch ve Frisch, 2010; Videbeck, 2011). Süperego, kişiye ebeveynleri ve çevresinden aktarılan toplumsal değerler sonucunda gelişmekte, cezalar ve ödüllerle pekiştirilmektedir (Geçtan, 2000; Özdemir ve ark., 2012). Süperego, kişinin hareketlerinin doğruluğunu değerlendirip toplumun onay vereceği şekilde davranışta bulunmasını sağlar (Köroğlu, 2010).

2.2.2. Gelişim Dönemlerine Göre Benlik Kavramı

Bebeklik Dönemi: Yenidoğan döneminde kişi, kendisi ile etrafındaki insanlar arasındaki ayrımın farkında olmamasından dolayı, bu dönemde benlik kavramından söz edilemez (Ender, 2004). Ebeveyn ve bebek arasındaki bağlanma ilişkisi bir buçuk yaşa kadar gelişmektedir. Bu dönem bebeğin benlik kavramı gelişimi için merkezi bir role sahiptir (Zeanah ve ark., 2011). Bebeğin ihtiyaçlarının zamanında karşılanması, kendini güvende hissetmesi, duygusal beklentilerinin karşılanması ve bakımını yapan kişiyle bağ kurması, olumlu benlik algısının gelişiminde etkilidir (Çalışır, 2009; Yıldız, 2012).

Çocukluk Dönemi: Benlik kavramı gelişimi, çocuğun kendini başkalarından ayırmaya başladığı iki yaş civarında başlamaktadır (Kaya, 1997). Okul öncesi dönemde çocuk önemli bulduğu sosyal çevrenin etkilerine göre kendisini değerlendirmektedir. Bu dönemde çocuk, anne baba kardeş gibi sosyal çevresindeki kişilerin kendisine ait yakıştırmalarını içselleştirir ve kendisini onların gördüğü gibi görmeye ve algılamaya başlar. Çocuğun sosyal çevresi tarafından pozitif yönde değerlendirilmesi ile olumlu bir benlik kavramı, negatif yönde değerlendirilmesi ile olumsuz benlik kavramı gelişimi olmaktadır (Kaya, 1997; Ender, 2004. Üç yaş sonrası çocuklar kendilerini başkalarıyla kıyaslama yoluyla değerlendirmeye başlamaktadırlar. Bu durum benlik duygusunun gelişmeye başladığının göstergesidir. Üç yaş sonrası ailelerin benlik kavramının gelişimi açısından çocuğa sorumluluk vermeleri önemlidir (Bak, 2011). Çocuğun sorumluluk alması ve girişimcilik duygusunun desteklenmesi, benlik gelişimini olumlu yönde etkilemektedir (Sert, 2013).

Okul Dönemi: Okul çağı çocuğunda meydana gelen bedensel ve psikomotor becerilerdeki değişimler, benlik kavramı üzerinde etkilidir. Aynı zamanda çocuğa yakıştırılan etiketler benlik kavramını etkilemektedir. Ailenin, öğretmenlerin olumlu yaklaşımları ve destekleyici tutumları çocuğun benlik gelişimi ve okul başarısı üzerinde etkili olmaktadır (Akt. Sert, 2013). Bu dönemde çocuk, öğrenme, rekabet etme, akran ve tanıdıklarından kabul görme yoluyla olumlu benlik algısı geliştirebilmektedir. Olumlu benlik algısı geliştiremeyen çocukta yetersizlik, değersizlik ve aşağılık duyguları gelişebilmektedir (Bakır, 2015; Townsend, 2016).

Ergenlik Dönemi: Ergenlik dönemindeki özdeşimler benlik gelişimi açısından önemlidir. Toplumsal etkileşim sonucu ergen, kendisini değerli ya da değersiz olarak değerlendirebilmektedir (Ender, 2004). Ergenlik dönemindeki kişinin kendisini değer görmeye layık, önemli biri olarak hissetmesi için özellikle anne-baba desteği gerekir. Ergenin benlik kavramının desteklenmesi için, başarılı ve üretici olduğu yönlerinin tanıtılması, başarılarının teşvik edilmesi, duygusal destek sağlanması ve kendine güven duygularının pekiştirilmesi önemlidir (Erbil ve ark., 2006).

Yetişkinlik Dönemi: Yetişkinlikte benlik kavramı sosyal gelişimin bir sonucudur. Yetişkinlerde benlik kavramı değişkenlik göstermektedir. Kişinin yaşam deneyimleri

benlik kavramının gelişiminde etkilidir. Boşanmalar, iş kayıpları, kronik hastalıklar, travmalar, cerrahi müdahaleler, şiddet gibi olumsuz yaşam deneyimleri, yetişkinlerde benlik kavramını olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Öz,2010).

Yaşlılık Dönemi: Yaşlılıkta kişi olumlu bir yaşam deneyimine sahip ise olumlu benlik kavramı gelişmiştir. Ancak olumsuz yaşam deneyimine sahip ise ve çatışmalarını çözümleyememiş ise umutsuzluk ile birlikte olumsuz benlik kavramı geliştirmiştir (Gürses ve Kılavuz, 2011). Yaşlı kişinin kendisini yaşamında amacına ulaşmış olarak hissetmesi, olumlu benlik kavramı geliştirmiş olduğunu göstermektedir (Bak, 2011).

2.2.3. Benlik Kavramını Etkileyen Faktörler

Kültürel Faktörler: Kültürel psikolojide benlik kavramı, bağımsız benlik ve karşılıklı bağımlı benlik şeklinde iki yönlü tanımlanmaktadır. Bağımsız benlik özerkliği ifade ederken, karşılıklı bağımlı benlik kişiler arası etkileşim yoluyla kurulan bağı, birleşikliği ifade etmektedir (Markus ve Kitayama 1991; Kağıtçıbaşı, 2005). Benlik kavramının gelişimi kültürden etkilenmektedir. Batı kültüründe çoğunlukla bağımsız benlik, doğu kültüründe karşılıklı bağımlı benlik ile karşılaşmaktadır (Çok ve Özdemir, 2011).

Ebeveyn Tutumu: Ebeveyn tutumları çocuğun benlik kavramının gelişiminde etkilidir. Ebeveynlerin aşırı korumacı tutumu, çocukta bağımsız davranışı, girişimciliği engelleyerek; bağımsızlaşma davranışından vazgeçirebilmekte dolayısıyla çocuğun benlik kavramı gelişimi olumsuz etkilenebilmektedir (Janowsky, 2013; Townsend, 2016). Otoriter ebeveyn ile yaşayan çocuklar, itaat etmeyi, otonomisini kullanmamayı ve bireysel farklılığını ortaya koymamayı öğrenirler. Bu tür davranışlar çocukta olumsuz benlik kavramı gelişimini destekler (Öz, 2010).

Sosyal Çevre: Çocuğun benlik kavramının geliştiği ilk sosyal çevre aile ortamıdır. Ebeveynlerin ve çocuk için önemli diğer kişilerin, çocuğun benlik kavramının gelişimine katkısı oldukça büyüktür. Çocuklar kendini diğerlerinden ayırt etmeye başladığında anne-baba, kardeş ve arkadaşlarından benlik kavramını geliştirmeye yönelik veriler elde ederler (Kaya, 1997; Kenç ve Oktay, 2002; Bak, 2011). Sosyal çevresinde model alabileceği kişilerin güçlü bir benlik kavramına sahip olması, çocuğun benlik kavramını olumlu yönde etkilemektedir. Benlik kavramı süregelen bir gelişim gösterir. Kişi

çocukluktan yaşamının sonuna kadar sosyal çevreden gördüğü değeri değerlendirmeye ve benliğine katmaya devam eder (Kaya, 1997).

2.2.4. Benlik Kavramı ve Şizofreni

Şizofreni hastalığı ile birlikte kişide meydana gelen değişiklikler, hastaların benlik kavramını olumsuz etkilemektedir (Stanghellini, 2000). Şizofreni hastalığı benliğin olumsuz değerlendirilmesine neden olarak, benlik kavramının yapılanmasında olumsuz katkı sağlamaktadır (Fabrega, 1989). Şizofreni hastalığı ile birlikte ortaya çıkan günlük yaşamdaki güçlükler ve olumsuz deneyimler sonucu hastalar, olumsuz benlik kavramı geliştirebilmektedirler (Nezlek ve Plesko, 2001; Beck ve Bredemeier, 2016). Şizofreni hastaları ile yapılan çalışmada, şizofreni hastalarının olumlu bir benlik duygusu yaratmakta zorlandığı (Cicero ve ark., 2016), bir diğer çalışmada şizofreni hastalarının benlik kavramlarının dönem dönem olumsuz olabildiği belirtilmektedir (Akt. Boulanger ve ark., 2013).

Şizofreni hastalığına sahip kişide olumsuz benlik kavramı; strese, yaşanan güçlükler ile baş edememeye (Noyman-Velsker ve ark., 2013), pozitif belirtilerde artmaya ve sosyal geri çekilmeye neden olabilmektedir (Thomas ve ark., 2018). Bunun yanı sıra şizofreni hastalığı nedeni ile benlik kavramında meydana gelen olumsuz değişim, kişide içgörü kaybına neden olabilmektedir (Omori ve ark., 2014). Olumsuz benlik kavramı gelişen şizofreni hastalığına sahip kişinin karşılaştığı damgalayıcı tutumları içselleştirme olasılığı daha yüksektir (Hasson-Ohayon ve ark., 2014). Aynı zamanda iyileşmeye yönelik motivasyonu ve işlevselliği olumsuz yönde etkilenebilmektedir (Sörgaard, 2002; Pauly ve ark., 2013; Vidovic ve ark., 2016), Şizofreni hastalarında benlik kavramındaki değişim ile ilgili yapılan çalışmalarda, benlik kavramı ile depresyon, anksiyete, pozitif belirtiler ve anhedoni arasında ilişki olduğu ortaya çıkmıştır (Cicero ve ark., 2016; Karatzias ve ark., 2007; Thewissen ve ark., 2011). Şizofreni hastalarında benlik kavramındaki olumsuz yönde değişimin, tedaviye uyum, rehabilitasyon süreci (Weinberg ve ark., 2012; Vidovic ve ark., 2016) ve yaşam kalitesini olumsuz yönde değiştirdiği bildirilmektedir (Switaj ve ark., 2009; Weinberg ve ark., 2012; Vidovic ve ark., 2016).

Yusoff ve arkadaşları (2016) Malay'da şizofreni hastası çocuklarla yaptıkları çalışmada, özellikle kız çocuklarında benlik kavramının olumsuz yönde etkilendiği dolayısıyla benlik saygısında azalma olduğu ortaya çıkmıştır. Yapılan diğer çalışmalarda şizofreni hastalarında içselleştirilmiş damgalanmanın benlik saygısını düşürdüğü ortaya konulmuştur (Yanos ve ark., 2008; Segalovich ve ark., 2013). Sörgaard ve arkadaşlarının (2002) şizofreni hastalarında benlik saygısını değerlendirdikleri çalışmada, kadın olmanın, en az bir yakın arkadaşına sahip olmanın benlik saygısını artırdığı; bunun yanı sıra depresyon, kaygı ve duygusal durumun benlik saygısı üzerinde olumsuz etkiye sahip olduğu ortaya çıkmıştır.

Şizofreni hastalarında olumlu benlik kavramı geliştirilmesinin, hastaların umut düzeylerini artırdığı (Weinberg ve ark., 2012) bununla birlikte sosyal ve bilişsel işlevlerini olumlu etkilediği belirtilmektedir (Cella ve ark., 2014). Benzer şekilde olumlu benlik kavramının, negatif şizofreni belirtilerini azalttığı, farkındalık ve içgörüyü geliştirdiği (Cella ve ark., 2014), tedaviye uyumu arttığı vurgulanmaktadır (Fung ve ark., 2008). Diğer bir çalışmada ise benzer şekilde benlik kavramında olumlu yönde gelişmenin, hastaların baş etmelerini geliştirdiği, negatif düşünceler ve psikotik belirtilerde azalma sağladığı görülmüştür (Borras ve ark., 2009). Noyman-Veksler ve arkadaşları (2013), benlik kavramında değişim olmayan şizofreni hastalarının damgalanmadan etkilenmediklerini ve benlik saygısında azalma yaşamadıklarını belirtmişlerdir. Benlik kavramı olumlu yönde arttıkça daha yüksek yaşam kalitesi, daha düşük içselleştirilmiş damgalanma sonuçları elde edilmiştir (Weinberg ve ark., 2012).

Benlik Yitimi: Şizofreni hastasında hastalık öncesi benlik algısı değişime uğrayabilmekte ve hasta kendisini hastalık açısından tanımlayabilmektedir. Benlik yitimi, şizofreni hastasının, hastalık sürecinin beraberinde kimliğinin değişime uğraması, kendisini ve benlik kavramını değerlendirememeye hatta yok sayma olarak ifade edilmektedir (McCay ve Seeman, 1998; Beanlands ve ark., 2006; McCay ve ark., 2006; McCay ve ark., 2007; Vining ve Robinson, 2016). Estroff'un belirttiğine göre Lara Jefferson, şizofreni hastalığının, kişinin sahip olduğu bir hastalıktan ziyade kişinin dönüştüğü bir şey olduğunu vurgulamıştır. Şizofreni hastalığı ile yaşamak bilişsel ve duygusal derin bir karmaşa halini ifade etmektedir. Tüm bu karmaşa şizofreni

hastalığına sahip kişinin kimliğinin dönüşümü ile sonuçlanmaktadır (Estroff, 1989). Şizofreni hastası, hastalığın getirdiği yoğun değişimler, içselleştirilmiş damgalanma ve kimlik dönüşümünün etkisiyle kendisini “sadece şizofrenik” şeklinde tanımlayabilmektedir. Benlik yitiminden söz edebilmek için hastalığın, kişinin benlik kavramını değişime uğratması gerektiği belirtilmektedir (Vining ve Robinson, 2016). Benlik yitimi yaşayan şizofreni hastasının benlik kavramı yeniden düzenlenmektedir ve hasta kendisini hastalık açısından tariflemektedir (McCay ve Seeman, 1998; Beanlands ve ark., 2006; McCay ve ark., 2006; Vining ve Robinson, 2016).

Benlik yitimi ve şizofreni hastalığı ile baş etmeye çalışan hasta, güçsüzlük, gelecek kaygısı, umutsuzluk, sosyal geri çekilme yaşamakta, rol ve sorumluluklarını yerine getirememekte, günlük yaşam aktivitelerini sürdürememektedir (Beanlands ve ark., 2006; McCay ve ark., 2006). Şizofrenide benlik yitimi yaşayan hastalarla yapılan çalışmalarda hastalık başlangıç yaşının erken olmasının, hastalığın kronik olmasının, hastaneye yatışın sık olmasının ve sosyal uyumda azalmanın benlik yitimini artırdığı (McCay ve ark., 1996; McCay ve Seeman 1998), benlik yitiminin artması sonucunda ise umutsuzluğun arttığı ortaya konulmuştur (McCay ve Seeman 1998). Şizofreni ile yaşamının getirdiği zorluklara rağmen, şizofreni hastalarında olumlu benlik kavramı oluşturma (Beanlands ve ark., 2006), içselleştirilmiş damgalanma ile baş etme ve benlik yitimini önlemenin mümkün olduğu bildirilmektedir (Vidovic ve ark., 2016). Eğitim, sosyal aktivite ve rehabilitasyon çalışmalarının benlik yitimini azalttığı (Tanya, 2003), benlik saygısını artırdığı belirtilmektedir (McCay ve Seeman, 1998; McCay ve ark., 2006; McCay ve ark., 2007). Bunun yanı sıra, umutsuzluğun şizofrenide benlik yitimini artırdığı, hastalığın kabulünün ise benlik yitimini azalttığı vurgulanmaktadır (Vining ve Robinson, 2016).

2.2.5. Şizofreni Hastaları İçin Benlik Kavramının Geliştirilmesinde Hemşirenin Rolü

Şizofreni hastası ile çalışan hemşire, hastanın benlik kavramında meydana gelen değişimi değerlendirebilmeli, benlik kavramını geliştirmeye yönelik bakım ve müdahale planlayabilmelidir (Omori, 2014). Şizofreni hastasına bakım veren hemşire, hastada benlik kavramının zarar görmesini önlemek için, hastayla işbirliği kurmalı, benlik

kavramını olumlu yönde desteklemeli ve hastaların işlevselliklerini artırmaya yönelik müdahaleler planlamalıdır (Sörgard, 2002; Tanya 2003). Hastayı sosyal etkileşimleri geliştirebilmesi adına desteklemeli, güçlü yönlerini ortaya çıkarabilmesi adına cesaretlendirmeli, sosyal işlevselliğini artırabilmek adına gerekli ve uygun toplumsal kaynaklara yönlendirmelidir. Hemşireler şizofreni hastalarının olumlu yetenek ve özelliklerini açığa çıkartıp pekiştirmeli, kendi kontrolünü ve sorumluluğunu alabilmesine yardımcı olmalıdırlar (Biol, 2009; Carpenito-Moyet, 2012).

Şizofreni hastasının benlik kavramına yönelik değişimle mücadele eden hemşire, hastanın kendine ilişkin duygularını, damgalamaya ilişkin algılarını açıklığa kavuşturmak adına hastaya yardımcı olmalıdır. Hastanın yaşadığı endişeyi, hissettiklerini (Omori, 2014) ve hastalığa yüklediği anlamı ifade edebilmesine yönelik girişimlerde bulunmalıdır (McCay ve ark., 1996; Vining ve Robinson, 2016). Hasta kendine dair duygu ve düşüncelerini paylaşırken incinmeyeceği sağlıklı güven ortamı kurulmalı, terapötik bir ilişki sürdürülebilmelidir. Hemşire, hastasını cesaretlendirmeli, kendine dair olumsuz düşünceleri, yanlış anlamaları ve aşırı genellemeleri tanımaya yardımcı olmalıdır. Hastaya geçerli ve güvenilir bilgi verilmeli, hasta soru sormaya cesaretlendirilmelidir. Hemşire hastaya yönelik olumsuz eleştiride bulunmaktan kaçınmalı, güvenli çevre oluşturabilmeli, hastanın mahremiyetine özen göstermelidir. Hastayı damgalama davranışından korumak ve sosyal işlevselliğini güçlendirmek için benzer deneyimi yaşayan insanlarla bir arada bulunacağı paylaşım fırsatları oluşturulmalıdır. Bu amaçla hastalar toplum ruh sağlığı merkezleri, katılımının uygun olduğu dernek ve diğer kuruluşlara yönlendirilmelidir (Biol, 2009; Carpenito-Moyet, 2012).

Yapılan çalışmalarda hemşire liderliğindeki grup müdahaleleri ile şizofreni hastalarının kendine güveninin arttığı, benlik yitiminin en aza indirildiği gösterilmiştir (McCay ve ark., 1996; Vining ve Robinson, 2016). Şizofreni hastalarında uygun hemşirelik müdahaleleri ile hastaların tedaviye uyumunun artırılabilirdiği, sorunlar ile etkili baş edebildikleri ve benlik algılarının olumlu yönde geliştirilebildiği vurgulanmaktadır (McCay ve ark., 2007). Hastalara benlik yitimine yönelik müdahalede bulunmak için öncelikle benlik yitiminin varlığını somut, ölçülebilir ve kanıt temelli olarak

tanımlayabiliyor olmak önemli bir noktadır. Hemşirelik Yönetmeliğinde Psikiyatri klinik hemşiresinin görev yetki sorumluluklarının arasında; ‘‘Hastayla biyo-psiko-sosyal bir bütünlük içerisinde, terapötik iletişim tekniklerini ve kanıta dayalı değerlendirme araçlarını kullanarak sürekli ve sistematik biçimde veri toplar.’’ ifadesi yer almaktadır (<http://www.mevzuat.gov.tr>, Erişim tarihi: 22.01.2019). Yapılan literatür incelemesi doğrultusunda ülkemizde benlik yitimine ilişkin bir ölçme aracı olmadığı tespit edilmiştir. Benlik yitimine yönelik bir ölçme aracı ihtiyacının bu çalışma ile giderilebileceğine, bu ölçme aracının hemşirelik bakımında etkin kullanılacağına ve bakımın kalitesinin yükseltilmesine katkı sağlayacağına inanılmaktadır.

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma ilişkisel nitelikte bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Antalya ili Akdeniz Üniversitesi Psikiyatri Gündüz Hastanesi'nde Kasım 2017- Temmuz 2018 tarih aralığında gerçekleştirilmiştir. Akdeniz Üniversitesi Psikiyatri Gündüz Hastanesi, kronik ruhsal hastalığa sahip kişilere destek vermek amacıyla kurulmuş bir kurumdur. Kurum, haftaiçi her gün, remisyon dönemindeki şizofreni ve diğer kronik ruhsal hastalık gruplarına hizmet vermektedir. Kurum, hastalara poliklinik hizmeti ve enjeksiyon tedavisi imkanı sunmaktadır. Kurumda, hastaların sosyal hayata uyumunu kolaylaştırmak ve işlevselliklerini artırmak amacıyla psikososyal becerilerine ilişkin kurslar verilmektedir. Kuruma günlük ortalama 20 hasta gelmektedir. Akdeniz Üniversitesi Psikiyatri Gündüz Hastanesi tek katlı bir binadır. Binada, hekim-hasta görüşmelerinin gerçekleştiği bir poliklinik odası, kursların gerçekleştirildiği iki adet eğitim odası, kütüphane, hemşire odası, bilgisayar odası, bekleme salonu, mutfak, televizyon izleme alanı olan geniş bir salon, ortalama büyüklükte bir bahçe bulunmaktadır. Bu araştırmada hastalarla, kütüphane ve bekleme salonunda görüşmeler gerçekleştirilmiştir.

3.3. Araştırma Grubu

Araştırma grubunu Akdeniz Üniversitesi Psikiyatri Gündüz Hastanesi'ne kayıtlı şizofreni hastaları oluşturmuştur. Akdeniz Üniversitesi Psikiyatri Gündüz Hastanesi'ne kayıtlı şizofreni hastalarından; planlanan zaman aralığında, araştırmanın önceden belirlenen dahil edilme kriterlerini karşılayan toplam 162 şizofreni hastası araştırmaya dahil edilmiştir. Benlik Yitimi Ölçeği'nin kararlılığını değerlendirmek için örnekleme alınan hastalardan tekrar ulaşılanlara ölçeğin, üç-altı hafta aralığında ikinci kez uygulaması gerçekleştirilmiştir. İkinci test uygulamasında toplam 41 şizofreni hastasına ölçek yeniden uygulanmıştır.

Araştırmaya dahil edilme kriterleri:

Şizofreni hastalarının araştırmaya alınmasında;

- Okuma yazma bilmesi
- 18 yaşını doldurmuş olması
- Hastalığın remisyon döneminde olması
- Akdeniz Üniversitesi Psikiyatri Gündüz Hastanesi'ne kayıtlı olması
- DSM V tanı kriterleriyle şizofreni tanısı almış olması kriterleri gözetilmiştir.

Araştırmadan dışlama kriterleri:

Şizofreni hastalarının araştırmaya alınmamasında

- İşitme, görme, anlama ve algılama gibi engellere sahip olması
- Hastalığın relaps döneminde olması
- Hastaneden taburcu edilmesinin üzerinden iki hafta geçmemiş olması
- Farklı bir psikiyatrik rahatsızlık tanısına sahip olması
- İkinci uygulamaya özel olarak, ilk uygulamanın ardından psikiyatri servisinde yatarak tedavi görmesi kriterleri gözetilmiştir.

Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler: Benlik yitimi düzeyi

Bağımsız Değişkenler: Kişisel bilgi formunda yer alan, hastaların yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, çalışma durumu, tanı alma süresi bağımsız değişkenleri oluşturmaktadır.

3.4. Veri Toplama Araçları

Çalışmada veri toplama işlemi için; tanımlayıcı özelliklere ilişkin Kişisel Bilgi Formu (EK-5) ve şizofreni hastalarında benlik yitimini değerlendirmeye ilişkin Benlik Yitimi Ölçeği (EK-7) kullanılmıştır.

3.4.1. Kişisel Bilgi Formu

Literatür doğrultusunda araştırmacılar tarafından geliştirilen kişisel bilgi formunda hastaların sosyodemografik özelliklerini içeren altı soru yer almaktadır (Aslan ve ark., 2005; Day ve ark., 2005; Koç, 2006; McCann ve Lu, 2009; Mohammed ve ark., 2009; David, 2010; Beck ve ark., 2011; Kelleci ve Ata, 2011; Kousalya ve ark., 2012;

Yenilmez ve ark., 2012; Yılmaz ve Buzlu, 2012). Kişisel bilgi formunda, yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, çalışma durumu ve tanı alma süresini değerlendiren sorular yer almaktadır.

3.4.2. Benlik Yitimi Ölçeği

'Modified Engulfment Scale' McCay ve Seeman tarafından (1998) geliştirilmiştir. Şizofreni ve şizoaffektif bozukluk tanılı hastalara uygulanan 5'li likert tipi bir ölçektir. Madde sayısı 30 olan ölçeğin alt boyutları bulunmamakta, toplam puan üzerinden hesaplama yapılmaktadır. Ölçekten alınan puan, 30-150 arasında bir değer olmaktadır. Ölçekten alınan toplam puanın artması benlik yitiminde artış olduğu anlamına gelmektedir. Ölçeğin 1, 4, 6, 7, 12, 15, 23, 25, 26 ve 30'uncu maddeleri tersine puanlanmaktadır. Ölçeğin orijinal çalışmasında hastaların umutsuzluk, özyeterlilik, depresyon ve benlik saygısı ilişkilerine bakılmıştır. Sonuçlara göre benlik yitimi ile umutsuzluk ve depresyon arasında pozitif ilişki, öz yeterlilik ve benlik saygısı arasında negatif bir ilişki vardır (McCay ve Seeman, 1998). Aynı zamanda hastalığın başlangıç yaşı erkense benlik yitiminin arttığı bildirilmektedir.. Modified Engulfment Scale; kronik fizyolojik rahatsızlığa sahip hastalarda uygulanan 'Engulfment Scale'in, şizofreni hastalarına uyarlanmış halidir. Engulfment Scale, 70 maddelik bir ölçekken, Modified Engulfment Scale, ayaktan tedavi gören şizofreni hastaları ile yapılan nitel görüşmelerle şekillenmiş, 30 maddelik, hastalığın benlik kavramını ne derece etkilediğini ölçen bir yapıya dayandırılmıştır. Modified Engulfment Scale için orijinal çalışmada, geçerlik analizine rastlanmamıştır. Yalnızca iç tutarlılıkla ilişkili Cronbach alfa değeri yer almaktadır. Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.91'dir.

3.5. Verilerin Toplanması

Uygulama Öncesi Hazırlık

Araştırmada öncelikle ölçeğin dilsel eşdeğerliği değerlendirilmiştir. Dilsel eşdeğerlik için her iki dile hakim üç kişi tarafından ölçeğin İngilizce'den Türkçe'ye çevirisi gerçekleştirilmiştir. Ardından ilk çevirileri yapan kişilerden bağımsız, yine her iki dile hakim iki kişi tarafından Türkçe'den İngilizce'ye geri çeviri işlemi gerçekleştirilmiştir. Geri çeviri işleminin ardından orijinal ölçeği geliştiren yazarlardan M.V. Seeman'a ölçeğin geri çeviri hali gönderilerek görüşü alınmıştır. Seeman'dan gelen yanıtta

herhangi bir düzeltme önerisi olmaması üzerine çeviri ve geri çeviri işlemlerinin ardından ölçeğin Türkçe taslak formu hazırlanmıştır. Alandan uzman değerlendirmesi almak adına e-posta yoluyla belirlenen uzman kişilerle iletişime geçilmiştir. Türkçe formu oluşturulan ölçeğin kapsamının değerlendirmesi için konu ile ilgili yedi uzmanın görüşü alınmıştır. Uzmanlar ölçeğin maddelerini anlaşılabilir olma, ölçmeyi hedeflediği amaca uygun olma, ayırt edebilme ve kültürel uygunluğu yönlerinden değerlendirmişler, her bir maddeyi “1” ile “5” arasında (1=hiç uygun değil, 5=tamamen uygun) puanlayarak görüşlerini ifade etmişlerdir. Ayrıca uzmanlardan her bir madde için, uygun buldukları değişiklikleri yazılı olarak ifade etmeleri istenmiştir. Uzman görüşleri sonuçlarına göre her bir maddenin ortalaması alınmış ve en düşük ortalama 3.85, en yüksek ortalama 5.00 olarak bulunmuştur. Ortalaması düşük olan maddeler için, uzmanların önerdiği değişiklikler dikkate alınarak gerekli düzenlemeler yapılmış ve ölçeğin uygulama öncesi son hali verilmiştir.

Ön Uygulama

Ölçek, alana hakim yedi kişiden uzman görüşü alınarak kapsamı değerlendirildikten sonra, araştırma kriterlerine uyan 10 hastayla ön uygulaması gerçekleştirilmiştir. Veriler araştırmacı tarafından DSM V tanı kriterlerine göre şizofreni tanısıyla izlenen hastalarla yüz yüze görüşülerek elde edilmiştir. Ön uygulama yapılan gruptan elde edilen veriler araştırma kapsamının dışında bırakılmıştır.

Uygulama

Ön uygulamada ölçek maddelerinin tamamının hastalar tarafından anlaşılabilir olduğunun değerlendirilmesi üzerine, ölçeğin analizlere temel alınacak uygulamasına başlanılmıştır. Araştırma için belirlenen sürede, kriterleri karşılayan 162 şizofreni hastası ile bire bir görüşme yapılmış, ölçek uygulanmıştır. 162 hasta ile gerçekleştirilen uygulama ölçeğin ilk uygulamasıdır. Aynı zaman diliminde üç ila altı haftalık zaman aralığı sonrası, ilk uygulamanın yapıldığı 162 hastadan ikinci kez ulaşılabilen 42 hastaya, ölçeğin ikinci uygulaması yapılmıştır. İkinci uygulama ölçeğin kararlılık katsayısının hesaplanması amacıyla gerçekleştirilmiştir. Veri toplama araçlarının bir hastaya uygulama süresi ortalama 20 dakikalık bir süre olmuştur.

Araştırmaya Katılan Hastaların Sosyodemografik Özellikleri

Araştırmaya katılan şizofreni hastalarının sosyodemografik özelliklerine ilişkin sayı ve yüzdeleri Tablo.3.1’de yer almaktadır.

Tablo.3.1 Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımları (n=162)

| Sosyodemografik Özellikler | n | % |
|-----------------------------------|----------|----------|
| Yaş | | |
| 18-40 yaş | 75 | 46.3 |
| 41 ve üstü | 87 | 53.7 |
| Cinsiyet | | |
| Kadın | 70 | 43.2 |
| Erkek | 92 | 56.8 |
| Eğitim durumu | | |
| Ortaokul ve altı | 77 | 47.5 |
| Lise ve üstü | 85 | 52.5 |
| Medeni Durum | | |
| Evli | 41 | 25.3 |
| Bekar | 121 | 74.7 |
| Çalışma Durumu | | |
| Çalışıyor | 15 | 9.3 |
| Çalışmıyor | 147 | 90.7 |
| Tanı Alma süresi | | |
| 5 yıla kadar | 18 | 11.1 |
| 5-10 yıl arası | 31 | 19.1 |
| 11 yıl ve üstü | 113 | 69.8 |

Araştırmada yer alan hastaların %43.2’si kadın, %56.8’i erkektir. Hastaların %9.7’si bir işte çalışmakta, %52.5’i lise ve üzeri eğitim düzeyine sahip, %25.3’ü evli, % 74.7’si bekarıdır. Araştırmaya katılan hastaların %69.8’i 11 yıl ve üzeri süredir şizofreni tanısı almıştır.

3.6. Araştırmanın Etik Yönü

Orijinal ölçeğin Türkiye’de geçerlik ve güvenilirlik analizleri yapılarak kullanılması için, oijinal ölçeği geliştiren yazarlardan sorumlu araştırmacı olan Ryerson Üniversitesi Daphne Cockwell Hemşirelik Fakültesi’nde Profesör Öğretim Üyesi Elizabeth McCay ile e-posta yoluyla iletişime geçilerek izin alınmıştır (EK-1). Ölçeğin orijinalinde yer alan diğer araştırmacı yazar Mary V. Seeman ile de iletişime geçilerek bilgilendirme yapılmıştır. Araştırma için, Akdeniz Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan

araştırmanın gerçekleştirilmesi adına etik onay (EK-2) alınmıştır. Araştırmanın gerçekleştirildiği yer olan Akdeniz Üniversitesi Gündüz Hastanesi'nden gerekli yasal izinler (EK-3) alınmıştır. Ayrıca araştırmaya katılan hastalardan bilgilendirilmiş onam (EK-4) alınmıştır.

3.7. Verilerin Analizi

Yapı geçerliği analizlerinde açımlayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi yöntemleri kullanılmıştır. İç tutarlılığa yönelik güvenilirlik kanıtı elde etmek amacıyla Cronbach alfa katsayısı hesaplanmıştır. Madde istatistiklerinin değerlendirilmesinde alt ve üst %27'lik gruplar arası madde analizleri yapılmış ve madde test korelasyonları hesaplanmıştır. Kararlılık katsayısı elde etmek amacıyla test tekrar test yöntemi kullanılmıştır. Kullanılan istatistiksel yöntemler Tablo 3.1'de verilmiştir.

Tablo.3.2. Verilerin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Yöntemler

| İstatistiksel Yöntemler | |
|--|--|
| Geçerlik Analizi | |
| Yapı Geçerliği | Açımlayıcı ve Doğrulayıcı Faktör Analizleri |
| Güvenirlik Analizi | |
| İç Tutarlılık | Cronbach Alfa Katsayısı |
| Madde Analizi | Alt ve Üst %27'lik Gruplar Arası Madde Analizleri, Madde Test Korelasyonları |
| Kararlılık | Test-Tekrar Test Analizi |
| Fark Analizi | |
| Bağımsız Gruplarda T Testi, Mann-Whitney U Testi, Kruskal-Wallis H Testi | |

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

- Araştırma yalnızca Akdeniz Üniversitesi Psikiyatri Kliniği Gündüz Hastanesindeki şizofreni hastaları ile gerçekleştirilmiştir.
- Dilsel eşdeğerlik için Türkçe ve İngilizce her iki dili bilen şizofreni hastasına ulaşılamamıştır.

4. BULGULAR

Katılımcıların benlik yitimlerini ölçmeyi amaçlayan ve 30 maddeden oluşan aracın, orijinal kültürde faktör desenine ilişkin görgül bir kanıt olmaması nedeniyle, bu çalışmada yapı geçerliliğine ilişkin kanıt üretmek amacıyla analizlere açımlayıcı faktör analizi (AFA) (birinci araştırma sorusu) ile başlanmıştır.

Analiz öncesinde örneklem büyüklüğünün faktörleştirmeye uygunluğunu test etmek amacıyla Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) testi uygulanmıştır. Analiz sonucunda KMO değerinin .80 olduğu belirlenmiştir. Bu bulgu doğrultusunda, örneklem büyüklüğünün AFA yapmak için “iyi derecede yeterli” olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Çokluk ve ark., 2016). Ayrıca Bartlett küresellik testi sonuçları incelendiğinde, elde edilen ki-kare değerinin anlamlı olduğu saptanmıştır ($\chi^2(435)=1447.895$, $p=.000$). Bu doğrultuda, verilerin çok değişkenli normal dağılımdan geldiği kabul edilmiştir. Ayrıca maddeler arasında korelasyonlar hesaplanmış ve herhangi bir çoklu bağlantı (multicollinearity) probleminin ve kayıp değer (missing values) olmadığı tespit edilmiştir.

Benlik yitimi ölçeğinin faktör desenini ortaya koymak amacıyla faktörleştirme yöntemi olarak temel bileşenler analizi, döndürme yöntemi olarak da maddeler arasında görece yüksek korelasyonlar elde edilmesi nedeniyle, eğik döndürme yöntemlerinden promax seçilmiştir. Yapılan ilk analiz sonucunda, analize temel olarak alınan 30 madde için öz değeri 1'in üzerinde olan dokuz bileşen olduğu ve bu bileşenlerin toplam varyansa yaptıkları katkının %61.65 olduğu belirlenmiştir. Söz konusu bu dokuz bileşen gerek açıklanan toplam varyans tablosu ve gerekse yamaç-birikinti grafiği de incelenerek, toplam varyansa yaptıkları katkı çerçevesinde değerlendirildiğinde, üç bileşenin varyansa önemli bir katkı yaptığı, dördüncü bileşenden sonra katkının hem küçük hem de yaklaşık olarak aynı olduğu tespit edilmiştir. Bu çerçevede analizin üç faktör için tekrarlanmasına karar verilmiştir.

Üç faktör için tekrarlanan analizde faktörlerin toplam varyansa yaptıkları katkının

- a) birinci faktör için %22.01,
- b) ikinci faktör için %8.29 ve

c) üçüncü faktör için %6.08 olduğu belirlenen üç faktörün, varyansa yaptıkları toplam katkının ise %36.39 olduğu belirlenmiştir.

Üç faktör için yapılan analizde maddeler, binişiklik ve faktör yük değerlerinin kabul düzeyini karşılayıp karşılamaması açısından değerlendirildiğinde, bir maddenin binişik olduğu (3. madde), iki maddenin (17. ve 27. maddeler) düşük faktör yük değeri verdiği, bir maddenin (16. madde) etiketlenemediği (faktör isimlendirmesinin yapılamaması) ve bir maddenin (8. madde) ise faktör yük değeri için kabul düzeyini karşılamasına karşın DFA’da yüksek hata varyansı vermesi (.95’in üzerinde) ve madde analizleri sonucunda düşük ayırtecdilik düzeyine sahip olduğu tespit edilmiştir. Bu maddelerin teker teker analiz dışı bırakılması sonucunda elde edilen faktör deseni, maddelerin faktör yük değerleri ve ortak faktör varyansları Tablo.4.1.’de görülmektedir.

Tablo.4.1. Benlik Yitimi Ölçeği İçin Faktör Deseni (Temel Bileşenler Analizi – Promax)

| Maddeler | Benlik Kavramında Değişim | Tedaviye İnanç | Gelecek Beklentisi | Ortak Faktör Varyansı (h^2) |
|----------|---------------------------|----------------|--------------------|---------------------------------|
| V19 | .70 | -.17 | -.10 | .52 |
| V14 | .68 | .07 | -.10 | .47 |
| V18 | .65 | -.06 | -.10 | .44 |
| V24 | .64 | .15 | -.06 | .44 |
| V2 | .64 | -.08 | .05 | .41 |
| V21 | .64 | -.08 | -.14 | .43 |
| V12 | .62 | -.03 | .14 | .41 |
| V29 | .59 | -.09 | -.01 | .35 |
| V13 | .58 | -.37 | .07 | .48 |
| V28 | .55 | .13 | -.02 | .32 |
| V26 | .50 | .13 | .29 | .35 |
| V1 | .50 | -.05 | .26 | .32 |
| V15 | .49 | .21 | -.22 | .34 |
| V5 | .41 | .19 | .07 | .21 |
| V11 | .40 | .09 | .18 | .20 |
| V20 | .35 | .32 | -.01 | .22 |
| V9 | .33 | .15 | -.28 | .21 |
| V22 | -.15 | .85 | .01 | .74 |
| V6 | -.20 | .82 | -.06 | .72 |
| V7 | .15 | .56 | .02 | .34 |
| V10 | .11 | .37 | .30 | .23 |
| V23 | -.12 | .09 | .84 | .73 |
| V25 | -.04 | .05 | .81 | .65 |
| V30 | -.08 | -.30 | .63 | .49 |
| V4 | .24 | .17 | .41 | .25 |

Tablo.4.1.'de görüldüğü üzere, alt ölçekler düzeyinde faktör yük değerleri

- a) benlik kavramında değişim alt ölçeği için .33 ile .70,
- b) tedaviye inanç alt ölçeği için .37 ile .85 ve
- c) gelecek beklentisi alt ölçeği içinse .41 ile .84

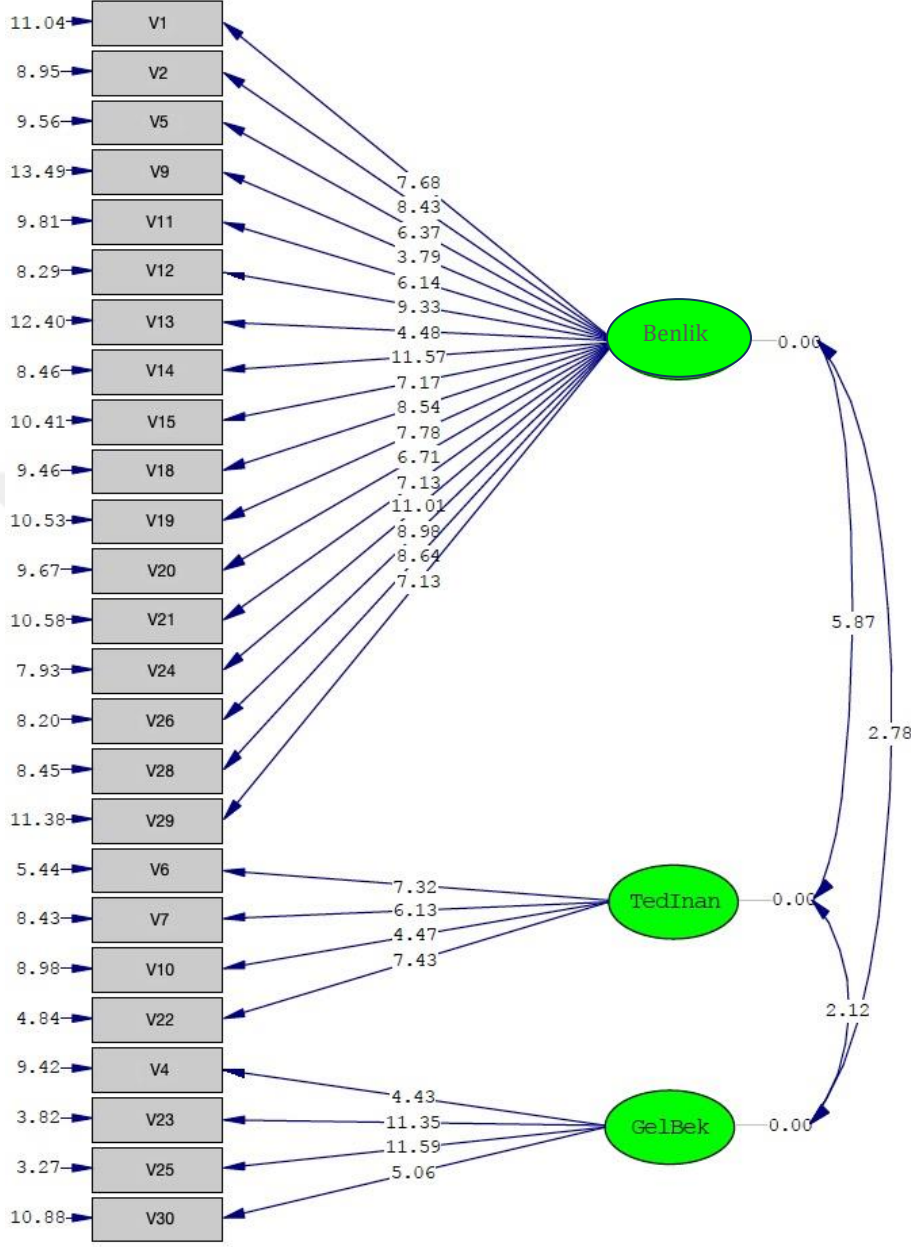
arasında değişmektedir. Faktör yük değerleri büyüklük açısından incelendiğinde, dokuz maddenin (1, 4, 5, 9, 10, 11, 15, 20 ve 26. maddeler) yük değerlerini orta, diğer maddelerin yük değerlerini ise “iyi”den “mükemmel”e doğru nitelendirmek olanaklıdır (Tabachnick ve Fidell, 2001). Ölçek maddelerinin ortak faktör varyansları incelendiğinde ise tüm maddelerin .20 ve üzerinde bir değer verdiği görülmektedir.

Üç faktör için tekrarlanan ve analiz dışı bırakılan maddelerin ardından, faktörlerin toplam varyansa yaptıkları katkının

- a) benlik kavramında değişim alt ölçeği için %25.08,
- b) tedaviye inanç alt ölçeği için %8.77 ve
- c) gelecek beklentisi alt ölçeği içinse %7

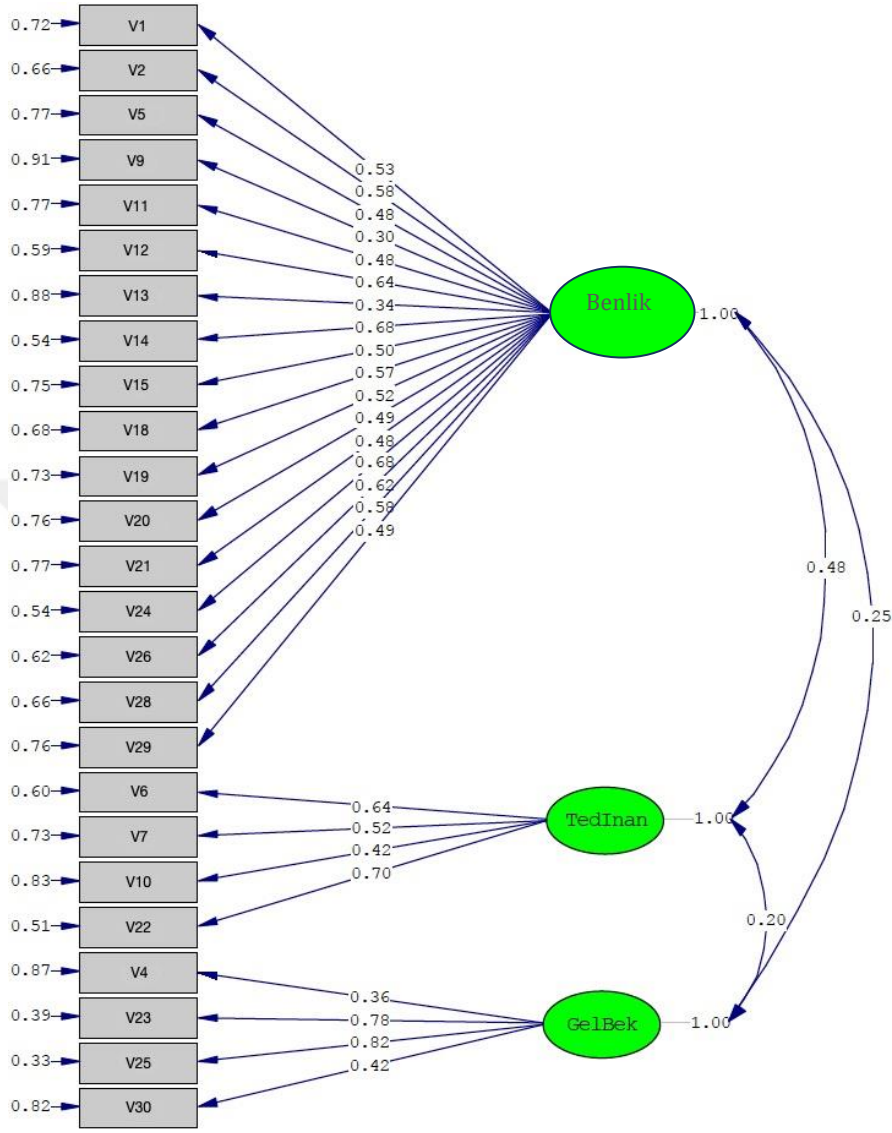
olduğu görülmüştür. Belirlenen üç faktörün varyansa yaptıkları toplam katkı ise %40.84'tür. Analize dâhil edilen değişkenlerle ilgili toplam varyansın 2/3'ü kadar miktarının ilk olarak kapsadığı faktör sayısı, önemli faktör sayısı olarak değerlendirilir. Uygulamada, özellikle davranış bilimlerinde ölçek geliştirmede, sözü edilen miktara ulaşmak güçtür. Çok faktörlü desenlerde, açıklanan varyansın % 40 ile % 60 arasında olması yeterli olarak kabul edilir (Büyüköztürk, 2014). Bu çerçevede, tanımlanan üç faktörün, toplam varyansa yaptığı katkının yeterli olduğu kabul edilebilir.

Benlik yitimi ölçeğinden elde edilen puanlar doğrultusunda yapı geçerliliğine ilişkin ek kanıt elde etmek amacıyla (ikinci araştırma sorusu) doğrulayıcı faktör analizi uygulanmıştır. Analiz maksimum olabilirlik (maximum likelihood) tahmin yöntemi ile yapılmıştır. Yapılan analiz sonucunda maddelerin gizil değişkenleri anlamlı bir biçimde açıklama durumlarına ilişkin t değerleri Şekil 4.1.'de verilmiştir.



Şekil.4.1. Benlik Yitimi Ölçeği Gözlenen Değişkenlere Ait t Değerleri

Şekil.4.1.'te görüldüğü üzere, gözlenen değişkenlerin tümünde t değerlerinin anlamlı olduğu görülmektedir. T değerleri 3.79 ile 11.59 arasında değişmektedir. Yapılan DFA sonucunda göstergelerin standardize edilmiş katsayıları ve hata varyansları Şekil 4.2.'de verilmiştir.



Şekil.4.2. Benlik Yitimi Ölçeği Göstergelerin Standardize Edilmiş Katsayıları ve Hata Varyansları

Şekil 4.2.'te görüldüğü üzere standardize edilmiş katsayılar

- benlik kavramında değişim alt ölçeği için .30 ile .68,
- tedaviye inanç alt ölçeği için .42 ile .70 ve
- gelecek beklentisi alt ölçeği içinse .36 ile .78 arasında olduğu belirlenmiştir.

Diğer taraftan hata varyanslarının

- benlik kavramında değişim alt ölçeği için .54 ile .91,
- tedaviye inanç alt ölçeği için .51 ile .83 ve

- c) gelecek beklentisi alt ölçeği içinse .36 ile .82 arasında olduğu tespit edilmiştir. Ölçme aracının üç faktörlü yapısı için maddeler arasında herhangi bir modifikasyon yapılmamıştır.

DFA sonucunda uyum indekslerinin; $SB\chi^2 (272) = 402.12$, $p=.000$, $SB\chi^2/sd=1.48$, $RMSEA = .055 (.043; .065)$, $CFI = .95$ ve $SRMR = .093$ olduğu belirlenmiştir. Buna göre $SB\chi^2/sd$ oranı 2'nin altında, $RMSEA .05$ 'in altında, CFI 'nin $.95$ 'e eşit ve $SRMR .08$ 'in üstünde olduğu saptanmıştır. $SRMR$ haricinde tüm uyum indekslerinin kabul düzeylerini karşıladığı görülmektedir (Çokluk ve ark., 2016). Buna göre benlik yitimi ölçeğinin üç faktörlü yapısının doğrulandığı söylenebilir.

Üçüncü araştırma sorusu doğrultusunda, alt ölçek ve ölçek toplam puanları arasındaki korelasyonları belirlemek amacıyla Pearson momentler çarpımı korelasyon katsayıları hesaplanmıştır. Yapılan analiz sonucunda elde edilen bulgular Tablo.4.2' de verilmiştir.

Tablo.4.2. Alt Ölçek ve Ölçek Toplam Puanları Arasındaki Korelasyonları

| | Tedaviye İnanç | Gelecek Beklentisi | Ölçek Toplam Puanı |
|---------------------------|----------------|--------------------|--------------------|
| Benlik Kavramında Değişim | .43** | .20* | .95** |
| Tedaviye İnanç | | .18* | .60** |
| Gelecek Beklentisi | | | .44** |

* $p<.05$

** $p<.01$

Tablo.4.2.'de görüldüğü üzere alt ölçekler arasında düşük ve orta düzey; alt ölçekler ile ölçek toplam puanları arasında ise orta ve yüksek korelasyon katsayıları elde edilmiştir.

Dördüncü ve beşinci araştırma soruları doğrultusunda madde analizleri için üst %27 ve alt %27'lik gruplar arası madde analizleri yapılmış ve madde test korelasyonları hesaplanmıştır. Yapılan analiz sonucunda elde edilen bulgular Tablo.4.3.'te verilmiştir.

Tablo.4.3. Alt Ölçek ve Ölçek Düzeyinde Madde Analizleri (Üst %27 ve Alt %27'lik Gruplar Arası Madde Analizleri ve Madde Test Korelasyonları)

| Madde No | Üst %27 ve Alt %27'lik Gruplar Arası Madde Analizleri | | | | Madde Test Korelasyonları | | | |
|----------|---|---------------------------|----------------|--------------------|---------------------------|---------------------------|----------------|--------------------|
| | Ölçek Toplam Puanı | Benlik Kavramında Değişim | Tedaviye İnanç | Gelecek Beklentisi | Ölçek Toplam Puanı | Benlik Kavramında Değişim | Tedaviye İnanç | Gelecek Beklentisi |
| 1 | .000 | .000 | - | - | .496 | .463 | - | - |
| 2 | .000 | .000 | - | - | .501 | .526 | - | - |
| 5 | .000 | .000 | - | - | .474 | .444 | - | - |
| 9 | .003 | .000 | - | - | .243 | .284 | - | - |
| 11 | .000 | .000 | - | - | .456 | .423 | - | - |
| 12 | .000 | .000 | - | - | .553 | .554 | - | - |
| 13 | .000 | .000 | - | - | .301 | .326 | - | - |
| 14 | .000 | .000 | - | - | .556 | .619 | - | - |
| 15 | .000 | .000 | - | - | .417 | .462 | - | - |
| 18 | .000 | .000 | - | - | .457 | .519 | - | - |
| 19 | .000 | .000 | - | - | .443 | .491 | - | - |
| 20 | .000 | .000 | - | - | .457 | .431 | - | - |
| 21 | .000 | .000 | - | - | .445 | .472 | - | - |
| 24 | .000 | .000 | - | - | .586 | .622 | - | - |
| 26 | .000 | .000 | - | - | .591 | .549 | - | - |
| 28 | .000 | .000 | - | - | .510 | .534 | - | - |
| 29 | .000 | .000 | - | - | .443 | .466 | - | - |
| 6 | .001 | - | .000 | - | .215 | - | .480 | - |
| 7 | .000 | - | .000 | - | .417 | - | .356 | - |
| 10 | .000 | - | .000 | - | .417 | - | .303 | - |
| 22 | .000 | - | .000 | - | .321 | - | .521 | - |
| 4 | .000 | - | - | .000 | .442 | - | - | .261 |
| 23 | .000 | - | - | .000 | .261 | - | - | .596 |
| 25 | .000 | - | - | .000 | .297 | - | - | .591 |
| 30 | .278 | - | - | .000 | .004 | - | - | .350 |
| 3* | .000 | - | - | - | .436 | - | - | - |
| 8* | .189 | - | - | - | .021 | - | - | - |
| 16* | .000 | - | - | - | .292 | - | - | - |
| 17* | .005 | - | - | - | .215 | - | - | - |
| 27* | .415 | - | - | - | .036 | - | - | - |

* AFA ve DFA sonucunda analiz dışı bırakılan maddeler

Tablo.4.3.'te görüldüğü üzere gerek üst %27 ve alt %27'lik gruplar arası madde analizlerinde gerek madde test korelasyonlarında ve gerekse her ikisinde ayırt ediciliği düşük olan maddelerin (örneğin 6, 23, 25 ve 30. maddeler) büyük bir kısmı kendi alt ölçekleri düzeyinde görece yüksek ayırt edicilik düzeylerine sahip oldukları belirlenmiştir. Diğer taraftan AFA ve DFA sonucunda analiz dışı bırakılan beş maddeden dördü yine düşük ayırt edicilik düzeyine sahipken, biri (3. madde) kabul

edilebilir ayırt edicilik düzeyine sahip olduğu tespit edilmesine karşın bu maddenin AFA’da binişik yük değeri vermesi nedeniyle araçtan çıkarılmasına karar verilmiştir.

Altıncı araştırma sorusu doğrultusunda iç tutarlılığa ilişkin güvenilirlik kanıtı elde etmek amacıyla Cronbach Alfa katsayıları hesaplanmıştır. Yapılan analizlerin sonucunda alfa katsayısının

- a) benlik kavramında değişim alt ölçeği için .86,
- b) tedaviye inanç alt ölçeği için .63,
- c) gelecek beklentisi alt ölçeği için .66 ve
- d) ölçeğin geneli için .86

olduğu belirlenmiştir. Nunnaly ve Bernstein’e (1994) göre, güvenilirlik katsayısının .70–.80 olması, araştırmalarda kullanılması için yeterli kabul edilebilir. Bu bağlamda ölçme aracından elde edilen puanların iç tutarlılığı bağlamında güvenilirliğinin benlik kavramında değişim alt ölçeği ve ölçeğin geneli için kabul edilebilir düzeyde olduğu ifade edilebilir. Diğer taraftan tedaviye inanç ve gelecek beklentisi alt ölçeklerinde .70’in altında iç tutarlılık katsayılarının elde edilmiş olmasının madde sayısının az olması ile ilgili olabileceği düşünülebilir.

Yedinci araştırma sorusu doğrultusunda kararlılık bağlamında güvenilirlik kanıtı elde etmek amacıyla test-tekrar test yöntemi ile kararlılık katsayıları hesaplanmıştır. Yapılan analizlerin sonucunda kararlılık katsayısının

- a) benlik kavramında değişim alt ölçeği için .80,
- b) tedaviye inanç alt ölçeği için .54,
- c) gelecek beklentisi alt ölçeği için .81 ve
- d) ölçeğin geneli için .83

olduğu belirlenmiştir. Bu bağlamda ölçme aracından elde edilen puanların kararlılığı bağlamında güvenilirliğinin tedaviye inanç alt ölçeği dışında kabul edilebilir düzeyde olduğu ifade edilebilir. Diğer taraftan tedaviye inanç alt ölçeği için kararlılık katsayısının düşük olduğu ifade edilebilir.

Sekizinci araştırma sorusu doğrultusunda, katılımcıların yaş düzeylerine göre benlik kavramında değişim, tedaviye inanç, gelecek beklentisi ve ölçek puan ortalamaları

arasında anlamlı bir fark olup olmadığını belirlemek amacıyla bağımsız gruplar için t testi yapılmıştır. Analiz sonucunda elde edilen bulgular Tablo.4.4.'te verilmiştir.

Tablo.4.4. Yaş Düzeylerine Göre Benlik Kavramında Değişim, Tedaviye İnanç, Gelecek Beklentisi ve Ölçek Puan Ortalamaları Arasındaki Farklar

| Bağımlı Değişken | Yaş Düzeyleri | n | \bar{X} | S | sd | t | p | η^2 |
|---------------------------|-----------------|----|-----------|-------|-----|-------|------|----------|
| Benlik Kavramında Değişim | 18-40 yaş arası | 75 | 48.77 | 14.14 | 160 | .443 | .659 | – |
| | 41 yaş ve üstü | 87 | 47.75 | 15.20 | | | | |
| Tedaviye İnanç | 18-40 yaş arası | 75 | 14.31 | 4.00 | 160 | .684 | .495 | – |
| | 41 yaş ve üstü | 87 | 14.74 | 3.96 | | | | |
| Gelecek Beklentisi | 18-40 yaş arası | 75 | 10.39 | 4.13 | 160 | 3.665 | .000 | .077 |
| | 41 yaş ve üstü | 87 | 12.90 | 4.52 | | | | |
| Ölçek | 18-40 yaş arası | 75 | 73.47 | 17.25 | 160 | .664 | .508 | – |
| | 41 yaş ve üstü | 87 | 75.38 | 19.15 | | | | |

Tablo.4.4.'te görüldüğü üzere benlik kavramında değişim puan ortalamalarının yaş düzeylerine göre anlamlı bir biçimde farklılaşmadığı belirlenmiştir, $t(160)=.443$, $p=.659$. Yine benzer bir biçimde tedaviye inanç puan ortalamaları da yaş düzeylerine göre anlamlı bir biçimde farklılaşmamaktadır, $t(160)=.684$, $p=.495$. Diğer taraftan gelecek beklentisi puan ortalamalarının yaş düzeylerine göre anlamlı bir biçimde farklılaştığı belirlenmiştir, $t(160)=3.665$, $p=.000$, $\eta^2=.077$. Buna göre yaşı 41 ve üstü olan katılımcıların gelecek beklentisi puan ortalaması ($\bar{X}=4.52$), 18-40 yaş arasındaki katılımcıların ortalamasından ($\bar{X}=4.13$) yüksektir. Söz konusu farka ilişkin eta kare değerlendirildiğinde etki büyüklüğünün orta olduğu ifade edilebilir (Büyüköztürk, 2014). Son olarak ölçek toplam puan ortalamalarının yaş düzeylerine göre anlamlı bir biçimde farklılaşmadığı tespit edilmiştir, $t(160)=.664$, $p=.508$.

Dokuzuncu araştırma sorusu doğrultusunda katılımcıların cinsiyetlerine göre benlik kavramında değişim, tedaviye inanç, gelecek beklentisi ve ölçek puan ortalamaları

arasında anlamlı bir fark olup olmadığını belirlemek amacıyla bağımsız gruplar için t testi yapılmıştır. Analiz sonucunda elde edilen bulgular Tablo.4.5.'te verilmiştir.

Tablo.4.5. Cinsiyete Göre Benlik Kavramında Değişim, Tedaviye İnanç, Gelecek Beklentisi ve Ölçek Puan Ortalamaları Arasındaki Farklar

| Bağımlı Değişken | Cinsiyet | n | \bar{x} | S | sd | t | p | η^2 |
|---------------------------|----------|----|-----------|-------|-----|-------|------|----------|
| Benlik Kavramında Değişim | Kadın | 70 | 46.14 | 15.06 | 160 | 1.580 | .116 | – |
| | Erkek | 92 | 49.80 | 14.26 | | | | |
| Tedaviye İnanç | Kadın | 70 | 14.49 | 3.86 | 160 | .143 | .886 | – |
| | Erkek | 92 | 14.58 | 4.07 | | | | |
| Gelecek Beklentisi | Kadın | 70 | 12.30 | 4.18 | 160 | 1.396 | .165 | – |
| | Erkek | 92 | 11.30 | 4.72 | | | | |
| Ölçek | Kadın | 70 | 72.93 | 18.15 | 160 | .951 | .343 | – |
| | Erkek | 92 | 75.68 | 18.36 | | | | |

Tablo.4.5.'te görüldüğü üzere benlik kavramında değişim puan ortalamalarının cinsiyete göre anlamlı bir biçimde farklılaşmadığı belirlenmiştir, $t(160)=1.580$, $p=.116$. Yine benzer bir biçimde tedaviye inanç puan ortalamaları da cinsiyete göre anlamlı bir biçimde farklılaşmamaktadır, $t(160)=.143$, $p=.886$. Diğer taraftan gelecek beklentisi puan ortalamalarının da cinsiyete göre anlamlı bir biçimde farklılaşmadığı belirlenmiştir, $t(160)=1.396$, $p=.165$. Son olarak ölçek toplam puan ortalamalarının cinsiyete göre anlamlı bir biçimde yine farklılaşmadığı tespit edilmiştir, $t(160)=.951$, $p=.343$.

Onuncu araştırma sorusu doğrultusunda katılımcıların eğitim düzeylerine göre benlik kavramında değişim, tedaviye inanç, gelecek beklentisi ve ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olup olmadığını belirlemek amacıyla bağımsız gruplar için t testi yapılmıştır. Analiz sonucunda elde edilen bulgular Tablo.4.6.'da verilmiştir.

Tablo.4.6. Eğitim Düzeylerine Göre Benlik Kavramında Değişim, Tedaviye İnanç, Gelecek Beklentisi ve Ölçek Puan Ortalamaları Arasındaki Farklar

| Bağımlı Değişken | Eğitim Düzeyleri | n | \bar{X} | S | sd | t | p | η^2 |
|---------------------------|------------------|----|-----------|-------|---------|-------|------|----------|
| Benlik Kavramında Değişim | Ortaokul ve altı | 77 | 50.95 | 14.14 | 160 | 2.278 | .024 | .031 |
| | Lise ve üstü | 85 | 45.75 | 14.81 | | | | |
| Tedaviye İnanç | Ortaokul ve altı | 77 | 14.73 | 3.37 | 155.131 | .587 | .558 | - |
| | Lise ve üstü | 85 | 14.36 | 4.46 | | | | |
| Gelecek Beklentisi | Ortaokul ve altı | 77 | 11.91 | 4.34 | 160 | .468 | .641 | - |
| | Lise ve üstü | 85 | 11.58 | 4.68 | | | | |
| Ölçek | Ortaokul ve altı | 77 | 77.58 | 17.39 | 160 | 2.071 | .040 | .026 |
| | Lise ve üstü | 85 | 71.69 | 18.68 | | | | |

Tablo.4.6.'da görüldüğü üzere benlik kavramında değişim puan ortalamalarının eğitim düzeylerine göre anlamlı bir biçimde farklılaştığı belirlenmiştir, $t(160)=2.278$, $p=.024$, $\eta^2=.031$. Buna göre eğitim düzeyi ortaokul ve altı olan katılımcıların benlik kavramında değişim puan ortalaması ($\bar{X}=50.95$), lise ve üstü olan katılımcıların ortalamasından ($\bar{X}=45.75$) yüksektir. Söz konusu farka ilişkin eta kare değerlendirildiğinde etki büyüklüğünün düşük ile orta arasında olduğu ifade edilebilir. Diğer taraftan tedaviye inanç puan ortalamaları eğitim düzeylerine göre anlamlı bir biçimde farklılaşmamaktadır, $t(155.131)=.587$, $p=.558$. Yine benzer bir biçimde gelecek beklentisi puan ortalamalarının eğitim düzeylerine göre anlamlı bir biçimde farklılaşmadığı belirlenmiştir, $t(160)=.468$, $p=.641$. Son olarak ölçek toplam puan ortalamalarının eğitim düzeylerine göre anlamlı bir biçimde farklılaştığı tespit edilmiştir, $t(160)=2.071$, $p=.040$, $\eta^2=.026$. Buna göre eğitim düzeyi ortaokul ve altı olan katılımcıların ölçek toplam puan ortalaması ($\bar{X}=77.58$), lise ve üstü olan katılımcıların ortalamasından ($\bar{X}=71.69$) yüksektir. Söz konusu farka ilişkin eta kare değerlendirildiğinde etki büyüklüğünün yine düşük ile orta arasında olduğu ifade edilebilir.

On birinci araştırma sorusu doğrultusunda katılımcıların çalışma durumuna göre benlik kavramında değişim, tedaviye inanç, gelecek beklentisi ve ölçek sıra ortalamaları arasında anlamlı bir fark olup olmadığını belirlemek amacıyla Mann-Whitney U testi yapılmıştır. Analiz sonucunda elde edilen bulgular Tablo.4.7.'de verilmiştir.

Tablo.4.7. Çalışma Durumuna Göre Benlik Kavramında Değişim, Tedaviye İnanç, Gelecek Beklentisi ve Ölçek Sıra Ortalamaları Arasındaki Farklar

| Bağımlı Değişken | Çalışma Durumu | n | Sıra Ortalaması | U | p |
|---------------------------|----------------|-----|-----------------|--------|------|
| Benlik Kavramında Değişim | Çalışıyor | 15 | 93.47 | 923 | .299 |
| | Çalışmıyor | 147 | 80.28 | | |
| Tedaviye İnanç | Çalışıyor | 15 | 82.63 | 1085.5 | .921 |
| | Çalışmıyor | 147 | 81.38 | | |
| Gelecek Beklentisi | Çalışıyor | 15 | 35.73 | 416 | .000 |
| | Çalışmıyor | 147 | 86.17 | | |
| Ölçek | Çalışıyor | 15 | 80.87 | 1093 | .956 |
| | Çalışmıyor | 147 | 71.69 | | |

Tablo.4.7.'de görüldüğü üzere benlik kavramında değişim sıra ortalamalarının çalışma durumuna göre anlamlı bir biçimde farklılaşmadığı belirlenmiştir, $U=923$, $p=.299$. Benzer bir biçimde tedaviye inanç sıra ortalamaları da çalışma durumuna göre anlamlı bir biçimde farklılaşmamaktadır, $U=1085.5$, $p=.921$. Diğer taraftan gelecek beklentisi sıra ortalamalarının çalışma durumuna göre anlamlı bir biçimde farklılaştığı belirlenmiştir, $U=416$, $p=.000$. Buna göre çalışmayan katılımcıların gelecek beklentisi sıra ortalaması (86.17), çalışan katılımcıların sıra ortalamasından (35.73) daha yüksektir. Son olarak ölçek toplam puan bağlamında sıra ortalamalarının çalışma durumuna göre anlamlı bir biçimde farklılaşmadığı tespit edilmiştir, $U=1093$, $p=.956$.

On ikinci araştırma sorusu doğrultusunda katılımcıların medeni durumlarına göre benlik kavramında değişim, tedaviye inanç, gelecek beklentisi ve ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olup olmadığını belirlemek amacıyla bağımsız gruplar için t testi yapılmıştır. Analiz sonucunda elde edilen bulgular Tablo.4.8.'de verilmiştir.

Tablo.4.8. Medeni Duruma Göre Benlik Kavramında Değişim, Tedaviye İnanç, Gelecek Beklentisi ve Ölçek Puan Ortalamaları Arasındaki Farklar

| Bağımlı Değişken | Medeni Durum | n | \bar{X} | S | sd | t | p | η^2 |
|---------------------------|--------------|-----|-----------|-------|---------|-------|------|----------|
| Benlik Kavramında Değişim | Bekar | 121 | 47.82 | 14.88 | 160 | .601 | .549 | – |
| | Evli | 41 | 49.41 | 14.18 | | | | |
| Tedaviye İnanç | Bekar | 121 | 14.93 | 3.79 | 160 | 2.163 | .032 | .028 |
| | Evli | 41 | 13.39 | 4.31 | | | | |
| Gelecek Beklentisi | Bekar | 121 | 10.87 | 4.62 | 108.721 | 5.481 | .000 | .156 |
| | Evli | 41 | 14.29 | 2.96 | | | | |
| Ölçek | Bekar | 121 | 73.61 | 18.08 | 160 | 1.057 | .292 | – |
| | Evli | 41 | 77.10 | 18.79 | | | | |

Tablo.4.8.'de görüldüğü üzere benlik kavramında değişim puan ortalamalarının medeni duruma göre anlamlı bir biçimde farklılaşmadığı belirlenmiştir, $t(160)=.601$, $p=.549$. Diğer taraftan tedaviye inanç puan ortalamaları medeni duruma göre anlamlı bir biçimde farklılaşmaktadır, $t(160)=2.163$, $p=.032$, $\eta^2=.028$. Buna göre bekar olan katılımcıların tedaviye inanç puan ortalaması ($\bar{X}=14.93$), evli olan katılımcıların ortalamasından ($\bar{X}=13.39$) yüksektir. Söz konusu farka ilişkin eta kare değerlendirildiğinde etki büyüklüğünün düşük ile orta arasında olduğu ifade edilebilir. Yine benzer bir biçimde gelecek beklentisi puan ortalamalarının medeni duruma göre anlamlı bir biçimde farklılaştığı belirlenmiştir, $t(108.721)=5.481$, $p=.000$, $\eta^2=.156$. Buna göre evli olan katılımcıların gelecek beklentisi puan ortalaması ($\bar{X}=14.29$), bekar olan katılımcıların ortalamasından ($\bar{X}=10.87$) yüksektir. Söz konusu farka ilişkin eta kare değerlendirildiğinde etki büyüklüğünün geniş olduğu söylenebilir. Son olarak ölçek toplam puan ortalamalarının medeni duruma göre anlamlı bir biçimde farklılaşmadığı tespit edilmiştir, $t(160)=1.057$, $p=.292$.

On üçüncü araştırma sorusu doğrultusunda, katılımcıların tanı süresine göre benlik kavramında değişim, tedaviye inanç, gelecek beklentisi ve ölçek sıra ortalamaları arasında anlamlı bir fark olup olmadığını belirlemek amacıyla, Kruskal-Wallis H testi yapılmıştır. Analiz sonucunda elde edilen bulgular Tablo.4.9.'da verilmiştir.

Tablo.4.9. Tanı Süresine Göre Benlik Kavramında Değişim, Tedaviye İnanç, Gelecek Beklentisi ve Ölçek Sıra Ortalamaları Arasındaki Farklar

| Bağımlı Değişken | Tanı Süresi | n | Sıra Ortalaması | H | sd | p |
|---------------------------|----------------|-----|-----------------|-------|----|------|
| Benlik Kavramında Değişim | 1-5 yıl | 18 | 76.61 | 1.733 | 2 | .421 |
| | 6-10 yıl | 31 | 72.94 | | | |
| | 11 yıl ve üstü | 113 | 84.63 | | | |
| Tedaviye İnanç | 1-5 yıl | 18 | 67.78 | 4.869 | 2 | .088 |
| | 6-10 yıl | 31 | 70.08 | | | |
| | 11 yıl ve üstü | 113 | 86.82 | | | |
| Gelecek Beklentisi | 1-5 yıl | 18 | 66.69 | 4.313 | 2 | .116 |
| | 6-10 yıl | 31 | 72.11 | | | |
| | 11 yıl ve üstü | 113 | 86.43 | | | |
| Ölçek | 1-5 yıl | 18 | 71.72 | 4.223 | 2 | .121 |
| | 6-10 yıl | 31 | 69.08 | | | |
| | 11 yıl ve üstü | 113 | 86.46 | | | |

Tablo.4.9.'da görüldüğü üzere benlik kavramında değişim sıra ortalamalarının tanı süresine göre anlamlı bir biçimde farklılaşmadığı belirlenmiştir, $H(2)=1.733$, $p=.421$. Benzer bir biçimde tedaviye inanç sıra ortalamaları da tanı süresine göre anlamlı bir biçimde farklılaşmamaktadır, $H(2)=4.869$, $p=.088$. Yine gelecek beklentisi sıra ortalamalarının tanı süresine göre anlamlı bir biçimde farklılaşmadığı belirlenmiştir, $H(2)=4.313$, $p=.116$. Son olarak ölçek toplam puan bağlamında sıra ortalamalarının tanı süresine göre anlamlı bir biçimde farklılaşmadığı tespit edilmiştir, $H(2)=4.223$, $p=.121$.

5. TARTIŞMA

5.1. Dilsel Eşdeğerliğin Değerlendirilmesi

Ölçme araçlarının farklı dil ve kültüre uyarlanması sürecinde öncelikle dilsel eşdeğerliği sağlanmalıdır. Dilsel eşdeğerliği için geri çeviri, tek yönlü çeviri ve grup çevirisi yöntemlerinden biri uygulanabilir. Üç yöntemden en sık kullanılanı geri çeviri yöntemidir (Esin, 2017). Çalışmada dilsel eşdeğerliği için ölçeğin orijinal dili olan İngilizce'den Türkçe'ye çeviri, ardından Türkçe'den İngilizce'ye geri çeviri işlemi yapılmıştır. Ölçek uyarlama çalışmalarında çeviriyi yapacak kişilerin seçiminde özenli olunmalıdır. Çeviriyi yapacak kişiler ölçeğin orijinal diline ve çevirinin yapılacağı dile oldukça hakim, her iki kültüre aşina ve her iki dili rahatlıkla konuşabilen kişiler olmalıdır (Deniz, 2007). Her iki dile hakim İngiliz Dili Edebiyatı alanında yetkin, her iki kültürü bilen üç çevirmen ölçeğin İngilizce'den Türkçe'ye çevirisini gerçekleştirmiştir. Çevirmen seçiminde bir tanesinin İngiliz Dili Edebiyatı eğitiminin yanı sıra Psikoloji eğitimi almış olmasına dikkat edilmiştir. Elde edilen üç çevirinin araştırmacı ve tez danışmanı tarafından incelenmesi ile taslak bir ölçek elde edilmiştir. Taslak ölçeğin geri çevirisi sürecinde, ilk çevirileri gerçekleştiren kişilerden bağımsız yine her iki dile hakim, İngilizce Öğretmenliği eğitimi almış iki kişi Türkçe'den İngilizce'ye geri çeviri işlemini gerçekleştirmiştir. Geri çeviri işlemi sonrası orijinal ölçeği geliştiren yazarlardan birisi olan M.V. Seeman'a e-posta ile ölçeğin geri çevirisi gönderilerek görüşü alınmıştır. Seeman'dan gelen yanıtta herhangi bir düzeltme önerisi olmaması üzerine çeviri ve geri çeviri işlemlerinin ardından ölçeğin Türkçe formu hazırlanmış, dilsel eşdeğerlik süreci tamamlanmıştır.

5.2. Kapsamın Değerlendirilmesi

Ölçek uyarlama çalışmalarında kapsam değerlendirmesi yapılarak "Ölçülmesi hedeflenen konu tüm alt bileşenleri ile bir bütün olarak ifade edilebiliyor mu?", "Ölçekteki maddeler konuyu tam olarak temsil edilebiliyor mu?" sorularına yanıt aranır. Ölçeğin ölçmeyi hedeflediği konuyu kapsam olarak yansıtıyor olması gerekir (Aksayan ve Gözüm, 2003; Aker ve ark., 2005; Çalışkan ve Çınar, 2012). Hazırlanan taslak aracın, alandan görüşüne başvurulacak kişilerle iletişime geçilip değerlendirme formları aracılığıyla kapsamının değerlendirilmesi sağlanır. Değerlendirme formları

ölçek maddelerinin en uygunsuzdan en uyguna doğru 1-4 ya da 1-5 arası puanlanarak değerlendirilebilmesini sağlayacak yapıda hazırlanabilir. Uzmanların formları puanlaması ile verilen puanların yüzdeleri araştırmacılar tarafından hesaplanır (Aksayan ve Gözüm, 2003; Çalışkan ve Çınar, 2012). Kapsam değerlendirmesinde görüşüne başvurulmuş uzman sayısı 3 ila 20 kişi aralığında olmalıdır (Esin, 2017).

Çalışmada ölçeğin maddelerinin kapsam yönünden yeterliliğinin değerlendirilmesi için alandan yedi uzman kişi seçilmiş ve e-posta yoluyla iletişime geçilmiştir. Uzman görüşleri ile ölçek maddelerinin anlaşılır oluşu, maddelerin araştırmayı hedeflediğimiz konuyu kapsayabiliyor oluşu ve konu bağlamında anlamlı olma durumu değerlendirilmek istenmiştir. Görüşüne başvurulmuş kişiler Psikiyatri Hemşireliği ve Psikoloji alanlarında en az doktora seviyesine sahip öğretim üyelerinden oluşmuştur. Görüşüne başvurulmuş uzmanların alana hakim kişiler olmasının yanı sıra seçilen üç uzmanın ölçek uyarlama ile ilgili çalışması olmasına dikkat edilmiştir. Uzmanlara gönderilen formda, uzmanların ‘uygun değil’den ‘tamamen uygun’a doğru 1-5 arası puanlama yaparak ölçek maddelerini ve başlığını değerlendirmeleri istenmiştir. Uzmanlar ölçeğin maddelerini anlaşılabilir olma, ölçmeyi hedeflediği amaca uygun olma, ayırt edebilme ve kültürel uygunluğu yönlerinden değerlendirmişler, her bir maddeyi “1” ile “5” arasında (1=hiç uygun değil, 5=tamamen uygun) puanlayarak görüşlerini ifade etmişlerdir. Ayrıca uzmanlardan her bir madde için, uygun buldukları değişiklikleri yazılı olarak ifade etmeleri istenmiştir. Uzman görüşleri sonuçlarına göre her bir maddenin ortalaması alınmış ve en düşük ortalama 3.85, en yüksek ortalama 5.00 olarak bulunmuştur. Ortalaması düşük olan maddeler için, uzmanların önerdiği değişiklikler dikkate alınarak gerekli düzenlemeler yapılmış ve ölçeğin uygulama öncesi son hali verilmiştir.

5.3. Yapı Geçerliliğinin Değerlendirilmesi

Faktör analizi, ölçek geliştirme veya uyarlama çalışmalarında hedef ölçeğin yapı geçerliliğinin sağlanmasında en çok tercih edilen istatistik tekniklerindedir (Çokluk ve ark., 2016). Faktör analizinin amacı birbiriyle ilişkili çok sayıdaki değişkenin, az sayıdaki kavramsal olarak anlamlı yeni değişkenlerin altında toplanmasıdır. Çoğunlukla yeni yapılan çalışmalarda değişkenler arasında faktör bulmak için açıklayıcı faktör

analizi kullanılırken, daha önceden test edilen yapıların sınanmasında doğrulayıcı faktör analizi yöntemi tercih edilir (Büyüköztürk, 2002; Büyüköztürk, 2018). Ölçek çalışmalarının orijinal halinde açımlayıcı faktör analizi ile faktör yapısına dair kanıt üretildiği görüşüne dayanarak ölçeğin farklı dil ve kültüre uyarlandığı çalışmalarda doğrulayıcı faktör analizi tercih edilebilir (Aker ve ark., 2005). Bu çalışmada kullanılan ölçeğin orijinal kültüründe faktör yapısına ilişkin kanıt bulunmaması nedeniyle öncelikle açımlayıcı faktör analizi uygulanarak ölçeğin yapısı değerlendirilmiştir. Sonrasında doğrulayıcı faktör analizi ile ölçeğin yapı geçerliğine ilişkin ek kanıt üretmeye çalışılmıştır.

Açımlayıcı Faktör Analizi

Açımlayıcı faktör analizi dört temel aşamadan oluşur. Öncelikle veri setinin faktör analizine uygunluğunun değerlendirilmesi sağlanır. Veri seti faktör analizine uygunsuzsa elde edilen sonuçlara göre özdeğer istatistiği ve yamaç birikinti grafiği çıkarılır. Ardından elde edilen faktörlerin rotasyonu yapılır ve son olarak faktör isimlerinin belirlenmesi gerekir (Esin, 2017). Veri setinin faktör analizine uygunluğu ve örneklem yeterliği hakkında Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) değerine bakarak bilgi edinilebilir. KMO değeri 0-1 aralığında değişir. KMO değeri 0.5'in üzerinde ise örneklem büyüklüğünün yeterli olduğu (Altıntuğ ve Ege, 2012; Çolakoğlu ve Ekşi, 2014), 0.80-0.90 arasında ise faktör analizi için örneklem büyüklüğünün çok iyi olduğu anlaşılmaktadır (Erdoğan ve ark., 2007). Çalışmada analiz sonucu KMO değerinin 0.80 olduğu belirlenmiş, örneklem büyüklüğünün faktör analizi için "iyi derecede yeterli" olduğu tespit edilmiştir (Hutcheson, ve Sofroniou, 1999; Çokluk ve ark., 2016). Ayrıca Bartlett küresellik testi sonuçları incelendiğinde, elde edilen ki-kare değerinin anlamlı olduğu saptanmıştır, $\chi^2(435)=1447.895$, $p=.000$. Bu doğrultuda, verilerin çok değişkenli normal dağılımdan geldiği kabul edilmiştir.

Faktör analizinde özdeğeri en az 1 olan faktörler önemli kabul edilmektedir (Büyüköztürk, 2002; Çolakoğlu ve Ekşi, 2014). Bu çalışmada açımlayıcı faktör analizi ve döndürme yöntemi olarak promax seçilmiştir. Yapılan ilk analizler sonucunda, analize temel olarak alınan 30 madde için öz değeri 1'in üstünde olan dokuz bileşenin olduğu ve bu dokuz bileşenin toplam varyansa %61.65'lik katkı yaptığı belirlenmiştir.

Bu dokuz bileşen gerek açıklanan toplam varyans tablosu, gerekse yamaç-birikinti grafiği dikkate alınarak, toplam varyansa yaptıkları katkı açısından değerlendirildiğinde, üç bileşenin varyansa yaptığı katkının önemli düzeyde olduğu, dördüncü bileşenden sonra katkının küçük ve de yaklaşık olarak aynı olduğu tespit edilmiştir. Bu veriler doğrultusunda analizin üç faktör için tekrar edilmesinde karar kılınmıştır.

.Belirlenen üç faktörün varyansa yaptıkları toplam katkı ise %40.84'tür. Analize dâhil edilen değişkenlerle ilgili toplam varyansın 2/3'ü kadar miktarının ilk olarak kapsadığı faktör sayısı, önemli faktör sayısı olarak değerlendirilir. Ölçek geliştirme çalışmalarında özellikle davranış bilimleri alanında hedeflenen bu değerlere ulaşmak oldukça zordur. Çok faktörlü desenlerde, açıklanan varyansın % 40 ile % 60 arasında bir değer olması yeterli kabul edilebilir (Büyüköztürk, 2014). Bu bilgiye göre tanımlanan üç faktörün, toplam varyansa yaptığı katkının yeterli olduğu değerlendirilebilir.

Doğrulayıcı Faktör Analizi

Üç faktörlü ölçek yapısının sınanması için maksimum olabirlik (maximum likelihood) tahmin yöntemi ile doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır. Üç faktör için yapılan analizlerde maddeler, binişiklik ve faktör yük değerlerinin kabul düzeyini karşılayıp karşılamaması açısından değerlendirildiğinde, bir maddenin binişik olduğu (3. madde), iki maddenin (17. ve 27. maddeler) düşük faktör yük değeri verdiği, bir maddenin (16. madde) etiketlenemediği (faktör isimlendirmesinin yapılamaması) ve bir maddenin (8. madde) ise faktör yük değeri için kabul düzeyini karşılamasına karşın DFA'da yüksek hata varyansı vermesi (.95'in üzerinde) ve madde analizleri sonucunda düşük ayırt edicilik düzeyine sahip olduğu tespit edilmiştir. Bu maddelerin ölçekten çıkarılarak analiz dışı bırakılmıştır.

Ölçek çalışmalarında yapı geçerliği için doğrulayıcı faktör analizi sonuçlarında uyum iyiliği istatistikî değerlerinin yeterli olması gerekir (Esin, 2017). GFI, CFI, SRMR ve RMSEA sık kullanılan uyum iyiliği istatistiklerindedir. Ki-kare istatistiği için, $\chi^2/df < 2$ ise mükemmel uyumu ve $\chi^2/df < 3$ ise kabul edilebilir uyumu ifade eder (Aytaç ve Öngen, 2012). RMSEA'nın 0.05'in altında olması minimum hata, mükemmel uyum anlamlarına gelmektedir (Doğan ve Başoçku, 2010). Bu çalışmada DFA sonucunda

uyum indekslerinin $SB\chi^2(272)=402.12$, $p=.000$, $SB\chi^2/sd=1.48$, $RMSEA=.055$ (.043; .065), $CFI=.95$ ve $SRMR=.093$ olduğu belirlenmiştir. Buna göre $SB\chi^2/sd$ oranı 2'nin altında, $RMSEA$.05'in altında, CFI 'nin .95'e eşit ve $SRMR$.08'in üstünde olduğu saptanmıştır. $SRMR$ haricinde tüm uyum indekslerinin kabul düzeylerini karşıladığı görülmektedir (Çokluk ve ark., 2016). Buna göre benlik yitimi ölçeğinin üç faktörlü yapısının doğrulandığı söylenebilir.

Korelasyon Analizi

Korelasyon analizi değişkenler arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amaçlı kullanılan istatistiksel bir yöntemdir. Korelasyon analizinde değişkenler arası ilişki korelasyon katsayısı ile hesaplanır. Korelasyon katsayısı -1 ve +1 arasında değer alır 1'e yaklaştıkça değişkenler arası ilişki güçlenir, ilişkinin yönünü ise negatiflik/pozitiflik belirler. Korelasyon katsayısı negatif yönde 1'e yaklaştıkça değişkenler arası ters yönde güçlü ilişki, pozitif yönde 1'e yaklaştıkça ise değişkenler arası aynı yönde güçlü ilişki söz konusudur (Aker ve ark.,2005). Bu çalışmada alt ölçekler arasında düşük ve orta düzey; alt ölçekler ile ölçek toplam puanları arasında ise orta ve yüksek korelasyon katsayıları elde edilmiştir.

5.4. Güvenirliğin Değerlendirilmesi

İç Tutarlılık Analizi

Ölçme aracının yapısının içerdiği tüm maddelerce aynı özelliği ölçebiliyor oluşu iç tutarlılığı ifade eder. İstatistiksel olarak farklı tekniklerle iç tutarlılık analizi yapılabilmektedir (Aksayan ve Gözüm, 2003). Bu çalışmada likert tipi ölçme araçlarının iç tutarlılık analizinde sıklıkla kullanılan Cronbach alfa değerine bakılmıştır. Nunnaly ve Bernstein'e (1994) göre, güvenilirlik katsayısı sonucu ulaşılan değer .70–.80 aralığında ise, ölçme aracının araştırmalarda kullanılması yeterli iç tutarlılığa sahip olduğu kabul edilebilir. Bu bilgi doğrultusunda ölçme aracının iç tutarlılığına ilişkin ulaşılan güvenilirlik puanlarının, kavramında değişim alt ölçeği ve ölçeğin geneli için kabul edilebilir düzeyde olduğu ifade edilebilir. Diğer taraftan tedaviye inanç ve gelecek beklentisi alt ölçeklerinde 0.70'in altında iç tutarlılık katsayılarının elde edilmiş olmasının madde sayısının az olması ile ilgili olabileceği düşünülebilir. Ölçeğin orijinalinde Cronbach alfa katsayısı 0.91'dir (McCay ve Seeman, 1998). Orijinali ve bu çalışmadaki Cronbach alfa

değerleri arasındaki farkın ölçeğin faktör yapısındaki değişikliklerle bağlantılı olduğu düşünülmektedir.

Test Tekrar Test Analizi

Test tekrar test uygulamasında aralıklı veya aralıksız olarak iki ve daha fazla tekrarlı ölçümler sonucunda benzer sonuçların alınması beklenir ve bu ölçme aracının farklı uygulama zamanlarında yinelenen kararlılığının ifadesidir (Aker ve ark., 2005; Çakmur, 2012). Araştırmaya katılan kişilere ulaşılması mümkün değilse ölçme aracı hedef gruba aralıksız olarak ard arda ya da kısa bir ara sonrası tekrarlı olarak uygulanır. Aralıksız tekrarlı uygulamada, uygulamaya katılan kişilerin test sorularını ezberlemesi söz konusu olabileceğinden ölçüm sonuçlarının doğruluğu tartışılabilir bir konudur (Çakmur, 2012). Hedef gruba ulaşabilmek mümkünse aralıklı olarak ölçümün tekrarlanması tercih edilmelidir. Aralıklı uygulamada iki ölçüm arasında bırakılabilecek ideal süre genelde 2-3 veya 4-6 hafta olarak belirlenebilir (Aker ve ark., 2005). Bu çalışmada aralıklı olarak test tekrarı uygulaması gerçekleştirilmiş ve 3-6 hafta aralığında ulaşılabilen hasta grubuna ikinci kez test uygulaması yapılmıştır. Aralıklı ölçümlerde bırakılan zaman aralığı önemlidir. İki ölçüm arasındaki zaman aralığı kısa tutulursa test sorularının hatırlanması mümkün olacaktır. Ölçümler arasındaki sürenin uzun tutulması ise şartlarda değişim yaşanmasına, aynı şartların yinelenememesine neden olabilir (Aktürk ve Acemoğlu, 2012; Çakmur, 2012).

Yapılan analizlerin sonucunda kararlılık katsayısının

- a) benlik kavramında değişim alt ölçeği için .80,
- b) tedaviye inanç alt ölçeği için .54,
- c) gelecek beklentisi alt ölçeği için .81 ve
- d) ölçeğin geneli için .83

olduğu belirlenmiştir. Bu bağlamda ölçme aracından elde edilen puanların kararlılığı bağlamında güvenilirliğinin tedaviye inanç alt ölçeği dışında kabul edilebilir düzeyde olduğu ifade edilebilir. Diğer taraftan tedaviye inanç alt ölçeği için kararlılık katsayısının düşük olduğu ifade edilebilir.

Madde Analizi

Ölçme aracındaki maddelerin ayırt ediciliğinin değerlendirilmesinde alt ve üst %27'lik gruplar arası madde analizleri yapılmış ve madde test korelasyonları hesaplanmıştır. Ölçek maddelerinin korelasyon değerlerine bakıldığında madde korelasyon değerlerinin 0.261 ile 0.622 arasında olduğu görülmektedir. Gerek üst %27 ve alt %27'lik gruplar arası madde analizlerinde gerek madde test korelasyonlarında ve gerekse her ikisinde ayırt ediciliği düşük olan maddelerin büyük bir kısmı kendi alt ölçekleri düzeyinde görece yüksek ayırt edicilik düzeylerine sahip oldukları belirlenmiştir. Ölçme aracındaki maddelerin birbiriyle ilişkisini değerlendiren bir analiz olan madde test korelasyonunda (Çakmur, 2012), literatür bazında bu konuda çok fazla farklı görüş bulunmaktadır. Birçok çalışmada ölçme aracındaki maddeler için alt sınır olarak 0.2 hatta 0.25 kabul görürken (Altuntuğ ve Ege, 2012), bu rakamın 0.3'ün ya da 0.5'in üstünde bulunması gerektiğini savunan çalışmalar mevcuttur (Aker ve ark., 2005).

5.5. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Fark Analizlerinin Değerlendirilmesi

Bu çalışmadan elde edilen bulgulara göre, şizofreni hastalarında yaş ile benlik kavramında değişim arasında anlamlı bir fark olmadığı ortaya çıkmıştır. Şizofreni hastalarında benlik kavramının değerlendirildiği bir çalışmada, bu çalışmaya benzer şekilde yaş ile benlik kavramı ve benlik saygısı arasında doğrudan ilişki olmadığı ortaya çıkmıştır (Werner ve ark., 2008). Şizofrenide benlik kavramı ve benlik saygısındaki değişimin değerlendirildiği diğer çalışmalarda şizofreni hastalarında yaş ile birlikte benlik kavramı ve benlik saygısında anlamlı düzeyde değişim olmadığı belirtilmektedir (Blankertz, 2001; Kahng ve Mowbray, 2005; Boulanger ve ark., 2009). Buna karşın Erikson benlik kavramını açıklarken, kişinin benlik kavramının yaşamın belirli dönemlerinde yaşa ve duruma göre değişiklik gösterebileceğini belirtmiştir. Erikson'a göre gelişim dönemlerinde her bir dönem önceki dönemlerin etkisi ile biçimlenmekte ve ego sistemi yeni bir kimlik kazanmaktadır (Öztürk, 2010). Ancak literatürde şizofreni hastalarında yaş ile benlik kavramı ve benlik saygısında değişimi gösteren herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Benlik kavramı kişiyi diğerlerinden ayıran duygu, tutum ve davranışların tümünün örgütlenmiş bütünlüğü şeklinde tanımlanmaktadır. Benlik kavramı, zaman içinde kişinin

kendisini değerlendirmesi sonucunda sahip olduğu görüşü ifade etmektedir. Benlik kavramı kişinin çevreden aldığı geribildirimlere dayanarak toplumsal etkileşimlerle gelişme gösterir. Çocukluk ve ergenlik dönemlerinde oluşmaya başlayan benlik kavramı yetişkinlik döneminde psikolojik ve sosyal anlamda gelişimine devam eder. Kişinin yaşamında, sosyokültürel çevresinde yer alan, aile, iş yaşantısı gibi pek çok etken benlik kavramı üzerinde etkili olabilir. Benlik kavramının ölçümünü belirleyen etkenlerden birisi olan benlik saygısı şizofreni hastalarında damgalama, uzun dönem hastanede yatma ve sürekli ilaç kullanıma zorunluluğu gibi problemler nedeniyle genel popülasyona göre daha düşüktür (Battle ve ark, 1988; Park ve ark, 1997) Damgalamanın hasta tarafından içselleştirilmesi benlik saygısında azalmaya neden olabilmektedir. Şizofreni hastasının damgalamayı içselleştirmesi ile umut ve iğgr kaybı yaşadığı, depresif duygularının arttığı, tüm bu olumsuz etkilerle benlik saygısının azaldığı birçok çalışmada ortaya konulmuştur (Link ve ak., 2001; Corrigan ve ark, 2006; Lysaker ve ark, 2007; Staring ve ark, 2009). Dolayısıyla şizofreni hastalarında benlik kavramı ve benlik saygısı yaş ile çok fazla değişim göstermezken daha çok damgalamanın etkisi ile değişim gösterdiği söylenebilir.

Bu çalışmadan elde edilen diğer bir bulgu ise cinsiyetin şizofreni hastalarında benlik yitimi üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığıdır. Pinquart ve Sörensen (2001) tarafından yapılan metaanaliz çalışmasında bu çalışmaya benzer şekilde benlik kavramı ve cinsiyet ilişkisi değerlendirilmiş olup cinsiyetin benlik kavramı üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığı ortaya çıkmıştır. Cicero ve arkadaşlarının(2016) alışmasında da benzer şekilde şizofreni hastalarının benlik kavramlarının cinsiyete göre anlamlı bir farklılaşma göstermediği ortaya konulmuştur. Boulanger ve arkadaşları (2009) tarafından yapılan çalışmada da şizofrenide ortaya çıkan benlik kavramındaki değişimin cinsiyete göre fark göstermediği tespit edilmiştir (Boulanger ve ark, 2009). Yapılan bir başka çalışmada yine benzer sonuçlar elde edilmiş olup şizofrenide benlik kavramı değişimi ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki olmadığı sonucuna ulaşılmıştır (Wittorf ve ark 2010). Buna karşın yapılan bir çalışmada kadın şizofreni hastalarının benlik saygısının erkek hastalara kıyasla daha düşük olduğu ortaya çıkmıştır (Thorup ve ark., 2007).

Bu çalışmada eğitim düzeyi ile benlik yitimi arasındaki ilişki değerlendirilmiş olup eğitim düzeyinin azalmasının benlik yitimini artırdığı ortaya çıkmıştır. Eğitim kişinin kendini yeterli, başarılı, değerli hissetmesini sağlayan ve kendine güvenini geliştiren bir etken olduğu düşünüldüğünde eğitim düzeyindeki azalmanın benlik yitimini artırması beklendik bir bulgudur. Şizofreni hastalarında benlik kavramının ve benlik saygısının değerlendirildiği çalışmalarda bizim bulgumuza benzer şekilde eğitim düzeyi arttıkça benlik saygısının arttığı ve dolayısıyla benlik kavramının olumlu etkilendiği görülmüştür (Verhaeghe ve ark., 2008; Yanos ve ak., 2008; Kök ve Demir, 2018). Şizofreni hastalarında yapılan bir çalışmada, eğitim düzeyi düşük olan hastaların daha çok içselleştirilmiş damgalanma yaşadıkları, sorunlarla baş etme ve hastalığı ile ilgili yardım arama konusunda güçlük yaşadıkları ortaya çıkmıştır (Kök ve Demir, 2018). İçselleştirilmiş damgalanma benlik kavramı üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Ayrımcılık ve damgalama yaşayan hastaların benlik kavramları olumsuz etkilenmekte dolayısıyla benlik saygılarında azalma gözlenmektedir. Damgalama yaşayan, benlik kavramı olumsuz etkilenmiş ve benlik saygısı düşmüş hasta, toplumdan uzaklaşabilir ve tedaviye uyumsuzluk gösterebilir.

Çalışmadan elde edilen bulgulara göre herhangi bir işte çalışan ve çalışmayan hastalar arasında benlik yitimi düzeyleri arasında farklılık gözlenmemiştir. Benzer şekilde evli ve bekarlar arasında da benlik yitimi düzeyleri arasında fark görülmemiştir. Kısaca çalışma durumu ve medeni durumun benlik yitimi üzerinde etkisi olmadığı ortaya çıkmıştır. Ancak herhangi bir işte çalışanların ve bekar olanların gelecek beklentilerinin çalışmayan ve evli olan hastalara oranla daha yüksek olduğu ortaya çıkmıştır. Şizofreni hastaları ile yapılan bir çalışmada herhangi bir işte çalışmayan ve bekar şizofreni hastalarının tedaviye uyumlarının düşük olduğu ortaya çıkmıştır (Belli ve ark., 2007). Araştırma sonucunda ölçek alt boyutlarından biri olan gelecek beklentisi kavramının, literatürde tam karşılığını ölçen bir ölçme aracına rastlanamamıştır. Bu çalışmadan elde edilen bilgiye göre çalışan hastaların gelecek beklentisinin daha yüksek olması, çalışma durumunun hastanın özgüvenini ve umudunu artırıyor olabildiğidir. Dolayısıyla hastaların geleceğe yönelik beklentilerinin arttığı düşünülebilir. Bekar hastaların gelecek beklentisinin daha yüksek olması ise hastalığın getirdiği olumsuz birçok durumla baş

etmeye çalışan hasta için, evlilikle birlikte sosyal rollerinin artmasının hastaya ek bir yük olabileceği ve evliliğin gelecek beklentisini azaltabileceği düşünülebilir.

Çalışmaya katılan şizofreni hastalarında tanı alma süresi ile benlik yitimi arasında herhangi bir ilişki bulunmamıştır. Tanı alma süresinin benlik yitimi üzerinde etkili olmadığı ortaya çıkmıştır. Ancak şizofreni hastalarında benlik kavramı ve benlik tanımı ile ilgili yapılan çalışmada, hastaların tanı aldıktan sonra geçen sürenin artması ile benlik kavramlarında netleştirdikleri dolayısıyla hastalık süresi ile benlik tanımları arasında anlamlı ilişki olduğu belirtilmektedir (Boulanger ve ark 2009).



6. SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. Sonuç

McCay ve Seeman'ın geliştirdikleri şizofrenide benlik kavramı değişimini değerlendirmeyi amaçlayan Benlik Yitimi Ölçeğinin (Modified Engulfment Scale) psikometrik özelliklerini değerlendirmek amaçlı gerçekleştirilen araştırmada ulaşılan sonuçlara göre;

Geçerlik Analizleri Sonuçları: Yapılan açımlayıcı faktör analizi sonucu ölçek, üç faktörlü 25 maddelik bir yapıda olduğu bulgusunu vermiştir. Ekstra kanıt elde etmek için doğrulayıcı faktör analizi yapılmış ve sonucunda açımlayıcı faktör analizi bulgularıyla aynı sonuçlar elde edilmiştir. Ölçek, benlik kavramında değişim, tedaviye inanç ve gelecek beklentisi olarak üç boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin 17 maddesi benlik kavramında değişim boyutunu ifade etmektedir. Tedaviye inanç ve gelecek beklentisi boyutları dörder madde ile ifade edilmektedir. Bu sonuçlar doğrultusunda denilebilir ki; benlik yitimi düzeyini ölçmek hedeflenirken Türkçe literatürde yer almayan benlik kavramında değişim, gelecek beklentisi ve tedaviye inanç kavramları, literatüre kazandırılmıştır.

Güvenirlilik Analizleri Sonuçları: Ölçeğin Türkçe formunun Cronbach alfa katsayısı 0.86 olarak bulunmuştur. Benlik Yitimi Ölçeğinden elde edilen puanların iç tutarlılığı bağlamında güvenirliliğinin benlik kavramında değişim alt ölçeği ve ölçeğin geneli için kabul edilebilir düzeyde olduğu ortaya çıkmıştır. Benlik Yitimi Ölçeğinden elde edilen puanların kararlılığı bağlamında güvenirliliğinin tedaviye inanç alt ölçeği dışında kabul edilebilir düzeyde olduğu ve tedaviye inanç alt ölçeği için kararlılık katsayısının düşük olduğu ortaya çıkmıştır.

Fark Analizleri Sonuçları: Şizofreni hastaları için benlik yitiminin ve alt boyutlardan benlik kavramında değişimin; yaş, cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu ve tanı alma süresine bağlı farklılık göstermediği değerlendirilmiştir. Şizofreni hastalarında benlik yitimi ve benlik kavramında değişimin, eğitim düzeyine bağlı farklılık gösterdiği, eğitim düzeyi arttıkça benlik yitiminin ve benlik kavramında değişimin azaldığı ortaya

çıkıştır. Alt boyutlardan tedaviye inancın, yaş, cinsiyet, tanı alma süresi, eğitim ve çalışma durumuna bağlı farklılık göstermediği buna karşın medeni duruma göre farklılık gösterdiği değerlendirilmiştir. Şizofreni hastaları için tedaviye inancın bekar hastalarda evlilere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Bir diğer alt boyut olan gelecek beklentisinin şizofreni hastaları için, cinsiyet, eğitim durumu ve tanı alma süresine bağlı farklılık göstermediği değerlendirilmiştir. Buna karşın bu hasta grubunda gelecek beklentisi yaş, medeni durum ve çalışma durumuna bağlı farklılık gösterdiği belirlenmiştir. Şizofreni hastalarında, yaş arttıkça gelecek beklentisinin azaldığı, çalışan hastalarda çalışmayanlara oranla gelecek beklentisinin arttığı, bekarlarda evlilere göre gelecek beklentisinin arttığı değerlendirilmiştir.

6.2. Öneriler

- Şizofreni hastaları için psikometrik özellikleri belirlenen Benlik Yitimi Ölçeği'nin, hastaların yaşadığı benlik kavramı değişiminin değerlendirilmesinde kullanılması,
- Türkçe'ye çevrilerek psikometrik özellikleri çalışılmış olan "Benlik Yitimi Ölçeği" nin, araştırmacılar tarafından farklı bölgelerde ve daha büyük örnekleme uygulanması ve değişmezliğinin incelenmesi
- Ölçeğin farklı şizofreni hastası popülasyonunda tekrar sınanması
- Ölçeğin farklı sağlık disiplinleri tarafından (hekim, psikolog, sosyal çalışmacı gibi) yeni çalışmalarda kullanılması,
- Ölçeğin şizofreni hastası popülasyonu dışında farklı bir ruhsal hastalık popülasyonu için uygulanabilir olduğu, psikometrik özelliklerinin farklı bir ruhsal hastalık popülasyonda değerlendirilmesi ve uygulanması,
- Ölçeğin şizofreni hastalarının benlik yitimlerini ölçmede psikiyatri hemşireleri tarafından kullanılması ve elde edilen verilerle hastaların benlik yitimlerine yönelik bakımın planlanması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

Abi-Dargham, A. Do we still believe in the dopamine hypothesis? New data bring new evidence. *International Journal of Neuropsychopharmacology*. 2004;7(1): 1-5.

Adana F, Arslantaş H, Şahbaz M. Lise öğrencilerinin benlik kavramlarını algılama biçimleri ve ilişkili faktörler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2012;3(1): 22-29.

Adityanjee, Aderibigbe YA, Theodoridis D, Vieweg WVR. Dementia praecox to schizophrenia: the first 100 years. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 1999;53: 437-448.

Akdede BBK, Alptekin K, Topkaya ŞÖ, Belkız B, Nazlı E, Özsin E ve ark. Gençlerde şizofreniyi damgalama düzeyi. *Yeni Symposium*. 2004;42: 113-117.

Aker S, DüNDAR C, Pekşen Y. Ölçme araçlarında iki yaşamsal kavram: geçerlik ve güvenilirlik derleme. *Journal of Experimental and Clinical Medicine*. 2005;22(1): 50-60.

Aker S. Samsun İlinde Aile Hekimlerinin Şizofreni Hastalarına Karşı Tutumları Ve Hekimlik Uygulamaları. O.M.Ü. Tıp Fakültesi Doktora Tezi, 2008, Samsun (Danışman:Prof. Dr. Y. Pekşen).

Aksayan S, Gözüm S. Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber II: Psikometrik özellikler ve kültürlerarası karşılaştırma. *Hemşirelikte Araştırma Dergisi*. 2003;5(1): 3-14.

Aktürk Z, Acemoğlu H. Tıbbi araştırmalarda güvenilirlik ve geçerlilik. *Dicle Tıp Dergisi*. 2012;39(2): 316-319.

Aldan M. Otistik Kardeşe Sahip Çocukların Davranışsal Ve Duygusal Uyumlarının, Benlik Kavramlarının Ve Sosyal Desteklerinin İncelenmesi: Karşılaştırmalı Bir Çalışma. M.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2012, İstanbul (Danışman: Yrd. Doç. Dr. P. Vural).

Altunay AGA, Öz F. Hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin benlik kavramı. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*.2004;13(1):46-59.

Altuntuğ K, Ege E. Doğum sonu yaşam kalitesi ölçeği'nin türkçe uyarlamasının geçerlik ve güvenilirliği. Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences. 2012;15(3): 214-222.

Anderson JA, Olnhausen KS. Adolescent self-esteem: A foundational disposition. Nursing Science Quarterly. 1999;12(1): 62-67.

Andreasen NC, Smith MR, Jacoby CG, Dennert JW, Olsen SA. Ventricular enlargement in schizophrenia: definition and prevalence. The American Journal Of Psychiatry. 1982;139(3): 292-296.

Angermeyer MC, Matschinger H. Public attitudes to people with depression: have there been any changes over the last decade?. Journal of Affective Disorders. 2004;83(2-3): 177-182.

Argun Y. Anne Baba ve Öğretmenlerin Öğrenilmiş Güçlülüğü ile Okul Öncesi Çocukların Davranışsal-Duygusal Güçlülüğü ve Kendilik Algısı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. D.E.Ü. Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi, 2005, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Ş. Özben).

Arkan B, Bademli K, Duman ZÇ. Sağlık çalışanlarının ruhsal hastalıklara yönelik tutumları: Son 10 yılda Türkiye'de yapılan çalışmalar. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2011;3(2): 214-231.

Arslantaş H, Adana F. Şizofreninin bakım verenlere yükü. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2011;3(2): 251-277.

Aslan S, Türkçapar H, Güney E, Eren N, Akkoca Y, Uğurlu M ve ark. Beck bilişsel içgörü ölçeği Türkçe formunun şizofrenik hastalar için güvenilirlik ve geçerlik çalışması. Klinik Psikiyatri. 2005;8: 186-196.

Aytaç M, Öngen B. Doğrulayıcı faktör analizi ile yeni çevresel paradigma ölçeğinin yapı geçerliliğinin incelenmesi. İstatistikçiler Dergisi. 2012;5(1): 14-22.

Bacanlı H. Kendini Ayarlama Becerisinin Çeşitli Değişkenlerle İlişkisi. A.Ü.Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, 1990, Ankara.

Bak M. Çocuk Gelişimi.1. Baskı. İstanbul:Cinius Yayınları. 2011,s.189-192.

Bakır B. Üstün Zekalı Olan ve Üstün Zekalı Olmayan Öğrencilerin Benlik Algısı ve Ebeveynlerinin Çocuk Yetiştirme Stilleri Üzerine Bir Yapısal Eşitlik Modellemesi. M.Ü. Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2015, Mersin (Danışman: Doç. Dr. M. Gündoğdu).

Baysal GÖD. Damgalanma ve ruh sağlığı. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi. 2013;22(2): 239-251.

Beanlands H, McCay E, Landeen J. Strategies for moving beyond the illness in early schizophrenia and in chronic kidney disease. Canadian Journal of Nursing Research. 2006;38(3): 10-30

Beck AT, Bredemeier K. A unified model of depression: Integrating clinical, cognitive, biological, and evolutionary perspectives. Clinical Psychological Science. 2016;4(4): 596-619.

Beck EM, Cavelti M, Kvrđic S, Kleim B, Vauth R. Are we addressing the 'right stuff' to enhance adherence in schizophrenia? Understanding the rol of insight and attitudes towards medication. Schizophrenia Results. 2011;132: 42-49.

Beldie A, Den Boer JA, Brain C, Constant E, Figueira ML, Filipćic I, ...et al. Fighting stigma of mental illness in midsize European countries. Social psychiatry and psychiatric epidemiology. 2012;47(1): 1-38.

Belli H, Özçetin A, Ertem Ü, Alpay E, Bahçebaşı T, Kıran ÜK, ... & Bayık Y. Şizofreni hastalarında bazı sosyodemografik özellikler ve tedavi ile ilişkili etkenler. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2007;8(2):102-112.

Bertelsen A. Schizophrenia and related disorders: experience with current diagnostic systems. Psychopathology. 2002;35(2-3): 89-93.

Bhugra D. Self-concept: psychosis and attraction of new religious movements. Mental Health, Religion & Culture. 2002;5(3): 239-252.

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

Biröl, L. Hemşirelik süreci. 9. Baskı. İzmir:Etki Matbaacılık. 2009.

Blankertz L. Cognitive components of self esteem for individuals with severe mental illness. American Journal of Orthopsychiatry. 2001;71:457–465.

Borras L, Boucherie M, Mohr S, Lecomte T, Perroud N, Huguelet P. Increasing self-esteem: efficacy of a group intervention for individuals with severe mental disorders. European Psychiatry. 2009;24(5): 307-316.

Boulanger M, Dethier M, Gendre F, Blairy S. Identity in schizophrenia: a study of trait self-knowledge. Psychiatry Research. 2013;209(3): 367-374.

Bradshaw W, Brekke JS. Subjective experience in schizophrenia: factors influencing self-esteem, satisfaction with life, and subjective distress. American Journal of Orthopsychiatry. 1998;69(2): 254.

Büyüköztürk Ş. Faktör analizi: Temel kavramlar ve ölçek geliştirmede kullanımı. Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi. 2002;32(32): 470-483.

Büyüköztürk Ş. Sosyal bilimler için veri analizi el kitabı. 24. Baskı. Ankara: Pegem Akademi. 2018.

Büyüköztürk Ş. Sosyal bilimler için veri analizi el kitabı: İstatistik, araştırma deseni, SPSS uygulamaları ve yorum. 19. Baskı. Ankara: Pegem Yayıncılık. 2014.

Carbon M, Correll CU. Thinking and acting beyond the positive: the role of the cognitive and negative symptoms in schizophrenia. CNS Spectrums. 2014;19(S1): 35-53.

Carpenito-Moyet LJ. Handbook of Nursing Diagnosis. Çeviren Erdemir F. Hemşirelik tanıları el kitabı. 3.Baskı, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul; 2012.

Cella M, Swan S, Medin E, Reeder C, Wykes T. Metacognitive awareness of cognitive problems in schizophrenia: exploring the role of symptoms and self-esteem. *Psychological Medicine*. 2014;44(3): 469-476.

Chanpattana W. Electroconvulsive therapy for schizophrenia. *Current Psychiatry Reviews*. 2007;3(1): 15-24.

Chung JM, Hutteman R, Van Aken MA, Denissen JJ. High, low, and in between: Self-esteem development from middle childhood to young adulthood. *Journal of Research in Personality*. 2017;70: 122-133.

Cicero DC, Martin EA, Becker TM, Kerns JG. Decreased self-concept clarity in people with schizophrenia. *The Journal Of Nervous And Mental Disease*. 2016;204(2): 142-147.

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; 25:875–884.

Çakmur H. Araştırmalarda ölçme-güvenilirlik-geçerlilik. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2012;11(3): 339-344.

Çalışır M. Yetişkin Bağlanma Kuramı Ve Duygulanım Düzenleme Stratejilerinin Depresyonla İlişkisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2009: 240-255.

Çalışkan T, Çınar S. Akran Desteği: geçerlik güvenirlik çalışması. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 2012; 2(1): 1-7.

Çam O, Çuhadar D. Ruhsal hastalığa sahip bireylerde damgalama süreci ve içselleştirilmiş damgalama. *Journal of Psychiatric Nursing*. 2011;2(3): 136-140.

Çetin M. Şizofreni tedavisi: Geçmişi, bugünü ve geleceği. *Bulletin of Clinical Psychopharmacology*. 2015;25(2): 95-99.

Çok F, Özdemir Y. “Ailede özerk-ilişkisel benlik ölçeklerinin” lise öğrencileri için uyarlanması ve psikometrik özellikleri. *Elementary Education Online*. 2011:121-132.

Çokluk Ö, Şekercioglu G, Büyüköztürk Ş. Sosyal bilimler için çok değişkenli istatistik: SPSS ve LISREL uygulamaları. 4. Baskı. Ankara: Pegem Akademi; 2016.

Çolakoğlu ÖM, Büyükekşi C. Evaluation of factors effecting exploratory factor analysis process. *Karaelmas Journal of Educational Sciences*. 2014;2(1): 58-64.

Damarlı Ö. Ergenlerde Toplumsal Cinsiyet Rollerini, Bağlanma Stilleri Ve Benlik-Kavramı Arasındaki İlişkiler. A.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2006, Ankara (Danışman: Doç. Dr. Z. Yaşin-Dökmen).

David AS. Treatment adherence in psychoses. *The British Journal of Psychiatry*. 2010;197: 431–432.

Day JC, Bentall RP, Roberts C, Randall F, Rogers A, Cattell D, et.al. Attitudes toward antipsychotic medication. *Archieve of General Psychiatry*. 2005;62: 717-724.

Deniz Z. Psikolojik ölçme aracı uyarlama. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2007;40(1): 1-16.

Dima L, Vasile D, Rogozae L, Zia-Ul-Haq M, Bukhari SA, Moga M. Self-perception of quality of life in patients treated with antipsychotics. *Turkish Journal Of Medical Sciences*. 2015;45(4): 782-788.

Doğan N, Başokçu TO. İstatistik tutum ölçeği için uygulanan faktör analizi ve aşamalı kümeleme analizi sonuçlarının karşılaştırılması. *Eğitimde ve Psikolojide Ölçme ve Değerlendirme Dergisi*. 2010;1(2): 65-71.

Doğan O. Davranış Bilimleri. 2. Baskı Sivas:Cumhuriyet Üniversitesi Yayınları; 1999.s.127-135.

Dülgerler Ş. Şizofrenik bozukluklar. içinde Çam O, Engin E. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi; 2014, s:413-446.

Eaton W, Harrison G. Ethnic disadvantage and schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2014;102: 38-43.

Ender R. Tip I Diabetes Mellitus Tanısı İle İzlenen Ergenlerde Benlik Kavramı, Kendini Algılama ve Gelecek Zaman Perspektifi Özellikleri. U.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2004, Bursa (Danışman: Prof. Dr. N. Çelen).

Engin E. Gelişim kuramları. içinde Çam O. Engin E. Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi; 2014, s:23-25.

Epstein S. The self-concept revisited: or a theory of a theory. American Psychologist. 1973;28(5): 404-416.

Erbil N, Divan Z, Önder P. Ergenlerin benlik saygısına ailelerinin tutum ve davranışlarının etkisi. Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi. 2006;3(10): 7-16.

Erdoğan Y, Bayram S, Deniz L. Web tabanlı öğretim tutum ölçeği: Açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi çalışması. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi. 2007;4(2): 1-14.

Esin MN. Veri toplama araçlarının geçerlik e güvenilirliği içinde Erdoğan S, Nahcivan N. Esin MN. Hemşirelikte Araştırma Süreç, Uygulama ve Kritik 3. Baskı İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2017, s: 216-233.

Estroff SE. Self, identity, and subjective experiences of schizophrenia: In search of the subject. Schizophrenia Bulletin. 1989;15(2): 189-196.

Fabrega Jr H. The self and schizophrenia: a cultural perspective. Schizophrenia Bulletin. 1989;15(2): 277-290.

Fortinah KM, Holoday-Worret PA. Schizophrenia and Other Psychotic Disorders Psychiatric Mental Health Nursing. Fourth Ed. Mosby Elsever; 2008, s:249-269.

Frisch NC, Frisch LE. Clients with Psychiatric Disorders in Psychiatric Mental Health Nursing. Fourth Ed. Delmar:Cengage Learning; 2010, s: 254-267.

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): 95-104.

- Geçtan E. Psikanaliz ve Sonrası 9. Basım. İstanbul: Remzi Kitabevi; 2000, s: 43-48.
- Gorman LM, Sultan DF. Psikososyal Hemşirelik. Çev S.Hallaç. 3. Baskı Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi; 2014, s: 177-190.
- Gregory B, Peters L. Changes in the self during cognitive behavioural therapy for social anxiety disorder: A systematic review. *Clinical Psychology Review*. 2017;52: 1-18.
- Gregory I. Genetic factors in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*. 1960;116(11): 961-972.
- Gürses İ, Kılavuz MA. Erikson'un psikososyal gelişim dönemleri teorisi açısından kuşaklararası din eğitimi ve iletişiminin önemi. *Uludağ Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*. 2011;20(2): 153-166.
- Halter M, Carson V. Relevant theories and therapies for nursing practice. In Varcariolis EM, Halter M. *Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing A Clinical Approach*. 6. Ed. Elsevier; 2010, s: 24-30.
- Hasson-Ohayon I, Mashiach-Eizenberg M, Elhasid N, Yanos PT, Lysaker PH, Roe D. Between self-clarity and recovery in schizophrenia: reducing the self-stigma and finding meaning. *Comprehensive Psychiatry*. 2014;55(3): 675-680.
- Hazar ÇM. Kişilik ve iletişim tipleri. *Selçuk Üniversitesi İletişim Fakültesi Akademik Dergisi*. 2006;4(2): 125-140.
- Hemsler DR. The disruption of the 'sense of self' in schizophrenia: potential links with disturbances of information processing. *British Journal of Medical Psychology*. 1998;71(2): 115-124.
- Hendricks CS. The influence of race and gender on health promoting behavior determinants of southern "at-risk" adolescents. *The ABNF journal: official journal of the Association of Black Nursing Faculty in Higher Education, Inc*. 1998;9(1): 4-10.

Herzog EA, Varcarolis EM. Schizophrenia. In Varcarolis EM, Halter M. Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing A Clinical Approach. 6. Ed. Elsevier; 2010, s: 305-332.

Hesse K, Kriston L, Wittorf A, Herrlich J, Wölwer W, Klingberg, S. Longitudinal relations between symptoms, neurocognition, and self-concept in schizophrenia. *Frontiers in Psychology*. 2015;6: 917.

Holder SD, Wayhs A. Schizophrenia. *Am Fam Physician*. 2014;90(11):775-82.

Hökfelt T, Ljungdahl Å, Fuxe K, Johansson O. Dopamine nerve terminals in the rat limbic cortex: aspects of the dopamine hypothesis of schizophrenia. *Science*. 1974;184(4133): 177-179.

Huang SL, Lu WS, Lee CC, Wang HW, Lee SC, Hsieh CL. Minimal detectable change on the lawton instrumental activities of daily living scale in community-dwelling patients with schizophrenia. *American Journal of Occupational Therapy*. 2018;72(5): 1-7.

Hutcheson G, Sofroniou N. The multivariate social scientist: Introductory statistics using generalized linear models. Thousand Oaks, CA: Sage Publications. 1999.

İkişik H. Tıp Fakültesi Öğrencelerinde Şizofrenlere Yönelik Damgalamanın Değerlendirilmesi: Niteliksel Bir Çalışma. M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2008, İstanbul (Danışman:Doç. Dr. P. Ay).

Janowsky D. Kişilik bozuklukları. İçinde Ebert M, Loosen P, Nurcombe B, Leckman JF. *Psikiyatri Tanı ve Tedavi*. Çeviren: Ertek İE. Güneş Tıp Kitabevleri; 2013, s: 532-533.

Kağıtçıbaşı C. Autonomy and relatedness in cultural context: Implications for self and family. *Journal of Cross-Cultural Psychology*. 2005;36(4): 403-422.

Kahng SK, Mowbray CT. What affects self-esteem of persons with psychiatric disabilities: the role of causal attribution of mental illnesses. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 2005;28:354–361.

Kapıkıran NA. İdeal ve gerçek benlik kavramı ölçeğinin güvenilirliği. Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi. 2004;16(16): 14-25.

Karatzias T, Gumley A, Power K, O'Grady M. Illness appraisals and self-esteem as correlates of anxiety and affective comorbid disorders in schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*. 2007;48(4): 371-375.

Kaya M. Ailede anne-baba tutumlarının çocuğun kişilik ve benlik gelişimindeki rolü. *Ondokuz Mayıs Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*. 1997;9(9): 193-204.

Kelleci M, Ata EE. Psikiyatri kliniğinde yatan hastaların ilaç uyumları ve sosyal destekle ilişkisi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2011;2(3):105-110.

Keltner NL. Schizophrenia In Keltner NL, Bostrom CE, McGuinness TM. *Psychiatric Nursing*. Mosby.6th ed. 2011, s: 248-260.

Kenç MF, Oktay B. Akademik benlik kavramı ve akademik başarı arasındaki ilişki. *Eğitim ve Bilim*. 2002;27(124): 71-79.

Kety SS, Wender PH, Jacobsen B, Ingraham LJ, Janson L, Faber B, Kinney DK. Mental illness in the biological and adoptive relatives of schizophrenic adoptees: replication of the Copenhagen study in the rest of Denmark. *Archives of General Psychiatry*. 1994,51(6): 442-455.

Koç A. Kronik Psikoz Hastalarında Tedavi Uyumunun ve Tedavi Uyumu ile İlişkili Etkenlerin Değerlendirilmesi. G.Ü. Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, 2006, Ankara (Danışman: Prof. Dr. E. Işık)

Kousalya K, Vasantha J, Ponnudura R, Sumitkumar G, Ramalakshmi S, Saranya S et. al... Study on non-adherence and the effect of counselling in the pharmacological management of psychiatric patients. *International Journal of Pharma and Bio Sciences*. 2012;3 (1): 102-109.

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

Köroğlu E. Psikonozoloji Tanımlayıcı Psikiyatri Hyb Yayıncılık. 2004, s: 11-37.

Köroğlu E. Umut Kapısı Psikiyatri Ankara: Hyb Basım Yayın. 2010; s: 1-20.

Kuster F, Orth U, Meier LL. High self-esteem prospectively predicts better work conditions and outcomes. *Social Psychological and Personality Science*. 2013;4(6): 668-675.

Li J, Guo YB, Huang YG, Liu JW, Chen W, Zhang XY, ... & Thornicroft, G. Stigma and discrimination experienced by people with schizophrenia living in the community in Guangzhou, China. *Psychiatry Research*. 2017;255: 225-231.

Lichtenstein P, Yip BH, Björk C, Pawitan Y, Cannon TD, Sullivan PF, Hultman CM. Common genetic determinants of schizophrenia and bipolar disorder in Swedish families: a population-based study. *The Lancet*. 2009;373(9659): 234-239.

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; 52(12):1621-1626.

Lysaker, PH, Roe D, Yanos PT. Toward understanding the insight paradox: internalized stigma moderates the association between insight and social functioning, hope, and self-esteem among people with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 2006;33(1):192-199.

Mann MM, Hosman CM, Schaalma HP, De Vries NK. Self-esteem in a broad-spectrum approach for mental health promotion. *Health Education Research*. 2004;19(4): 357-372.

Markus HR, Kitayama S. Culture and the self: Implications for cognition, emotion, and motivation. *Psychological Review*. 1991;98(2): 224.

Marsh HW. A multidimensional, hierarchical model of self-concept: Theoretical and empirical justification. *Educational Psychology Review*. 1990;2(2): 77-172.

Martin LM, Higuera PH, Moncloa SR, Pozo ML. Paliperidone palmitate versus other antipsychotics. *European Psychiatry*, 2016;33: 674-675.

McCann TV, Lu S. Medication adherence and significant ther' support of consumers with schizophrenia in Australia. *Nursing and Health Sciences*. 2009;11: 228-234.

McCay E, Beanlands H, Leszcz M, Goering P, Seeman MV, Ryan K, ... & Vishnevsky T. A group intervention to promote healthy self-concepts and guide recovery in first episode schizophrenia: A pilot study. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 2006;30(2): 105-111.

McCay E, Beanlands H, Zipursky R, Roy P, Leszcz M, Landeen J, ... & Hunt J. A randomized controlled trial of a group intervention to reduce engulfment and self-stigmatisation in first episode schizophrenia. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Helath*. 2007;6(3): 212-220.

McCay E, Ryan K, Amey S. Mitigating engulfment: Recovering from a first episode of psychosis. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*. 1996;34(11): 40-44.

McCay EA, Seeman MV. A Scale to measure the impact of a schizophrenic illness on an individual's self-concept. *Archives of Psychiatric Nursing*. 1998;12(1): 41-49.

Meltzer HY, Bobo AV, Heckers SH, Fatemi HS. Şizofreni. Ebert MH, Loosen PT, Nurcombe B, Leckman JF. içinde *Psikiyatri Tanı ve Tedavi*. Çeviren: Altunöz ŞT. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri. 2013, s: 261-288.

Meltzer HY, Stahl SM. The dopamine hypothesis of schizophrenia: a review. *Schizophrenia Bulletin*. 1976;2(1): 19-76.

Metin N, Bencik-Kangal S. Bilim sanat merkezlerine devam eden 12–14 yaş grubu üstün yetenekli çocukların benlik algılarının incelenmesi. *Eğitim ve Bilim*. 2012;37(163): 1-15.

Mohammed S, Rosenbeck R, McEnvoy J, Swartz M, Stroup S, Lieberman JA. Cross-sectional and longitudinal relationship between insight and attitudes toward medication and clinical outcomes in chronic schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. 2009;35(2): 336-346.

Moller MD. Neurobiological responses and schizophrenia and psychotic disorders. içinde Stuart GW, Laura MT. Principles and Practice of Psychiatric Nursing 8. Ed Mosby:Elsevier; 2005, s: 386-405.

Morrison-Valfre M, Foundations of Mental Health Care. Mosby: Elsever, 2005, s: 324-332.

Mueser KT, McGurk SR. Schizophrenia [Lancet](#). 2004;363(9426): 2063-72.

Nezlek JB, Plesko RM. Day-to-day relationships among self-concept clarity, self-esteem, daily events, and mood. Personality and Social Psychology Bulletin. 2001;27(2): 201-211.

Noyman-Veksler G, Weinberg D, Fennig S, Davidson L, Shahar G. Perceived stigma exposure in schizophrenia: the key role of self-concept clarity. Self and Identity. 2013;12(6): 663-674.

Nunnally JC, Bernstein IH. Psychometric theory. 3.Ed.. NewYork: McGraw-Hill, Inc.;1994.

O'Donnell BF, Martin AMS. Emerging behavioral and psychotherapeutic interventions for schizophrenia. Dusunen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences 2016;29(3): 189-201

Omori Y, Mori C, White AH. Self-stigma in schizophrenia: A concept analysis. In Nursing Forum. 2014;49(4): 259-266.

Öz F. Sağlık Alanında Temel Kavramlar Ankara: Mattek Matbaacılık. 2010, s: 68-92.

Özcan A. Hemşire-Hasta İlişkisi ve İletişim 4. baskı Ankara: Yenişehir Yayınevi, 2015.

Özçiçek G. Çocuğun Benlik Kavramının Olumluluğu, Annenin Mükemmeliyetçiliği ve Anne Kabul Red Algısı Arasındaki İlişkilerin İncelemesi. İ.A.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2014, İstanbul (Danışman: Doç. Dr. ŞS. Karakelle)

Özdemir O, Özdemir PG, Kadak MT, Nasıroğlu S. Kişilik gelişimi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2012;4(4): 566-589.

Özen Y, Gülaçtı F. Benlik-kavramı ve benliğin gelişimi bilen benliğe gereksinim var mı?. *Erzincan Eğitim Fakültesi Dergisi*. 2010;12(2): 21-37

Öztürk O. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. 8. Basım. Ankara; Feryal Matbaası, 2001, s: 75-97.

Park SB, Choi YM, Kim YM, Lee JH, Chung YC, Kim YH, ... & Jeon SI. A Study of self-engulfment in schizophrenic patients. *Journal of Korean Neuropsychiatric Association*. 1997;36(6): 961-968.

Park SG, Bennett ME, Couture SM, Blanchard JJ. Internalized stigma in schizophrenia: relations with dysfunctional attitudes, symptoms, and quality of life. *Psychiatry Research*. 2013;205(1-2): 43-47.

Pauly KD, Kircher TT, Schneider F, Habel U. Me, myself and I: temporal dysfunctions during self-evaluation in patients with schizophrenia. *Social Cognitive And Affective Neuroscience*, 2013;9(11):1779-1788.

Peluso ÉTP, Blay SL. Public stigma and schizophrenia in São Paulo city. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2011;33(2): 130-136.

Pescosolido BA, Martin JK, Long JS, Medina TR, Phelan JC, Link BG. "A disease like any other"? A decade of change in public reactions to schizophrenia, depression, and alcohol dependence. *American Journal of Psychiatry* 2010;167(11): 1321-1330..

Pinquart M, Sörensen S. Gender differences in self-concept and psychological well-being in old age: A meta-analysis. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 2001;56(4), P195-P213.

Raingruber B. Client and provider perspectives regarding the stigma of and nonstigmatizing interventions for depression. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2002;16(5):201-207.

Roberts JE, Monroe SM. Vulnerable self-esteem and depressive symptoms: Prospective findings comparing three alternative conceptualizations. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1992;62(5): 804-812.

Sabancıoğulları S. ‘‘Profesyonel Kimlik Gelişimi Eğitim Programı’’ nın Hemşirelerin Profesyonel Benlik Kavramı, İş Doyumu ve Tükenmişlik Düzeyine Etkisi. C.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2010, Sivas (Danışman: Prof. Dr. S. Doğan)

Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's Concise Textbook of Clinical Psychiatry: 3. Ed. Philadelphia: Lippincott Williams Wilkins. 2008.

Saillard EK. Ruhsal hastalara yönelik damgalamaya ilişkin psikiyatrist görüşleri ve öneriler. Türk Psikiyatri Dergisi. 2010;21: 14-24.

Sands N, Elsom S, Gerdtz M, Khaw D. Mental health-related risk factors for violence: using the evidence to guide mental health triage decision making. Journal Of Psychiatric And Mental Health Nursing. 2012;19(8): 690-701.

Seeman P. Dopamine receptors and the dopamine hypothesis of schizophrenia. Synapse. 1987;1(2): 133-152.

Segalovich J, Doron A, Behrbalk P, Kurs R, Romem P. Internalization of stigma and self-esteem as it affects the capacity for intimacy among patients with schizophrenia. Archives of Psychiatric Nursing. 2013;27(5): 231-234.

Sert PH. Öğrencilerin Benlik Kavram Düzeyleri İle Algıladıkları Akademik Başarılarının Sigaraya Yönelik Algılarına Etkisi. DEÜ. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2013, İzmir (Danışman: Yrd. Doç. Dr. M. Bektaş)

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

Shives LR, Isaacs A. Basic Concept of Psychiatric-Mental Health Nursing 5. Ed. Philadelphia: Lippincott, 2002; s: 262-270.

Simpson EH, Kellendonk C, Kandel E. A possible role for the striatum in the pathogenesis of the cognitive symptoms of schizophrenia. Neuron. 2010;65(5):585-596.

Soygür H., Erkoç Ş. Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar.1. Baskı. Ankara: Tuna Matbaası, 2007; s: 1-13.

Sörgaard KW, Heikkilä J, Hansson L, Vinding HR, Bjarnason O, Bengtson-Tops A, ... & Middelboe, T. Self-esteem in persons with schizophrenia. A Nordic multicentre study. *Journal of Mental Health*. 2002;11(4): 405-415.

Stanghellini G. Vulnerability to schizophrenia and lack of common sense. *Schizophrenia Bulletin*. 2000;26(4): 775-787.

Staring ABP, Van der Gaag M, Van den Berge, Duivenvoorden HJ., & Mulder, C. L. Stigma moderates the associations of insight with depressed mood, low self-esteem, and low quality of life in patients with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia Research*, 2009;115(2-3), 363-369.

Świtaj P, Wciórka J, Smolarska-Świtaj J, Grygiel P. Extent and predictors of stigma experienced by patients with schizophrenia. *European Psychiatry*. 2009;24(8): 513-520.

Şirin M. Hemşirelik İş Yaşamı Kalitesi Ölçeği'nin Geçerlilik Ve Güvenilirlik Çalışması. A.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2011, Erzurum (Danışman: Yrd. Doç. Dr. S. Sökmen).

Tabachnick BG, Fidell LS. *Using Multivariate Statistics*. 4th Ed. MA: Allyn & Bacon, Inc. 2001.

Tandon R, Nasrallah HA, Keshavan MS. Schizophrenia, "just the facts" 4. Clinical features and conceptualization. *Schizophrenia research*. 2009;110(1-3): 1-23.

Tanya J. "Who Am I Becoming?": Self-Concept and the Phases of Engulfment in Individuals with First-Episode Schizophrenia. 2003, In 37th Biennial Convention-Scientific Session.

Taşkın EO, Özmen D, Özmen E, Demet MM. Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin şizofreni ile ilgili tutumları. *Nöropsikiyatri Arşivi*. 2003;40(1-2): 5-12.

Tel H, Ertekin-Pınar Ş. Ayaktan izlenen psikiyatri hastalarında içselleştirilmiş damgalama ve benlik saygısı. *Journal of Psychiatric Nursing*. 2012;3(2): 61-66.

Tharyan P, Adams CE. Electroconvulsive therapy for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2015;(2).

Thewissen V, Bentall RP, Oorschot M, à Campo J, Van Lierop T, Van Os J, & Myin-Germeys I. Emotions, self-esteem, and paranoid episodes: An experience sampling study. *British Journal of Clinical Psychology*. 2011;50(2): 178-195.

Thibodeau R, Shanks LN, Smith BP. Do continuum beliefs reduce schizophrenia stigma? Effects of a laboratory intervention on behavioral and self-reported stigma. *Journal of Behavior Therapy And Experimental Psychiatry*. 2018;58: 29-35.

Thomas EC, Murakami-Brundage J, Bertolami N, Beck AT, Grant PM. Beck Self-esteem scale-short form: development and psychometric evaluation of a scale for the assessment of self-concept in schizophrenia. *Psychiatry Research*. 2018;263: 173-180.

Thorup A, Petersen L, Jeppesen P, Ohlenslaeger J, Christensen T, Kraup G, ...& Nordentoft M. Gender differences in young adults with first-episode schizophrenia spectrum disorders at baseline in the Danish OPUS study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 2007;195(5), 396-405.

Townsend MC. Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinin Temelleri Çeviren: Özcan CT, Duman ZÇ. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi. 2016; s: 335-377.

Toy EC, Klamen D. Olgu Dosyaları:Psikiyatri. Çeviren: Balcıoğlu İ, Turan Ş, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri. 2015; s: 51-58.

Tsang HW, Ching SC, Tang KH, Lam HT, Law PY, Wan CN. Therapeutic intervention for internalized stigma of severe mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia research*. 2016;173(1-2): 45-53.

Tsang HW, Fung KM, Chung RC. Self-stigma and stages of change as predictors of treatment adherence of individuals with schizophrenia. *Psychiatry Research*. 2010;180(1): 10-15.

Tukuş L. Benlik Saygısı Değerlendirme Ölçeği-Kısa Formu Türkçe Güvenirlik ve Geçerlilik Çalışması. K.Ü. Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, 2010, Kocaeli (Danışman: Prof. Dr. M. Yıldız).

Van Os J, Selten JP. Prenatal exposure to maternal stress and subsequent schizophrenia: the May 1940 invasion of the Netherlands. *The British Journal Of Psychiatry*. 1998;172(4): 324-326.

Varcarolis EM, The Schizophrenias. In Varcarolis EM, Carson VB, Shoemaker NC. *Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing A Clinical Approach*. 5. Ed. Elsevier 2006; s: 384-404.

Verhaeghe M, Bracke P, Bruynooghe K. Stigmatization and self-esteem of persons in recovery from mental illness: the role of peer support. *Int J Soc Psychiatry*. 2008;54:206-18.

Videbeck SL. *Psychiatric Mental Health Nursing*. 5st Ed. New York: Lippincott, Philadelphia , 2011.

Vidović D, Brečić P, Vilibić M, Jukić V. Insight and self-stigma in patients with schizophrenia. *Acta Clin Croat*. 2016;55(1): 23-28.

Villalta-Gil V, Vilaplana M, Ochoa S, Haro JM, Dolz M, Usall J, ... & Nedena Group. Neurocognitive performance and negative symptoms: are they equal in explaining disability in schizophrenia outpatients?. *Schizophrenia Research*. 2006;87(1-3): 246-253.

Vining D, Robinson JC. Concept analysis of illness engulfment in schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2016;30(3): 370-374.

Walker EF, Diforio D. Schizophrenia: a neural diathesis-stress model. *Psychological Review*. 1997;104(4): 667.

Wallace ER. *Dinamik Psikiyatri*. Çeviren: Atalay H. İstanbul: Okuyan Us Yayın. 2008; s:13-16.

Weckowicz TE, Sommer R. Body image and self-concept in schizophrenia: An experimental study. *Journal of Mental Science*. 1960; 106(442): 17-39.

Weinberg D, Shahar G, Noyman G, Davidson L, McGlashan TH, Fennig S. Role of the self in schizophrenia: a multidimensional examination of short-term outcomes. *Psychiatry*. 2012;75(3): 285-297.

Werner P, Aviv A, Barak Y. Self-stigma, self-esteem and age in persons with schizophrenia. *International Psychogeriatrics*. 2008;20(1):174-187.

Wittorf A, Wiedemann G, Buchkremer G, Klingberg S. Quality and correlates of specific self-esteem at the beginning stabilization phase of schizophrenia. *Psychiatry Research*. 2010;179(2): 130-138.

Won MR, Lee KJ, Lee JH, Choi YJ. Effects of an emotion management nursing program for patients with schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2012;26(1): 54-62

Wood L, Birtel M, Alsawy S, Pyle M, Morrison A. Public perceptions of stigma towards people with schizophrenia, depression, and anxiety. *Psychiatry Research*. 2014;220(1-2): 604-608.

Yanık M, Şimşek Z, Katı M, Nebioğlu M. Tıp fakültesi öğrencilerinin şizofreniye karşı tutumları ve psikiyatri eğitiminin etkisi. *Yeni Symposium*. 2003;41: 194-199.

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

Yenilmez Ç, Güleç G, Büyükkınacı A, Dayı A, Turgut H, Uludağ YT ve ark. Bir üniversite hastanesinde yatan hastalarda çoklu ilaç kullanımı: geriye dönük bir çalışma. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*. 2012;25: 43-50.

Yıldız M, Özten E, Işık S, Özyıldırım İ, Karayün D, Cerit C, & Üçok A. Şizofreni hastaları, hasta yakınları ve majör depresif bozukluk hastalarında kendini

damgalama. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2012; 13(1): 1-7.

Yıldız M. Bağlanma kuramı açısından yaşlılık dönemine genel bir bakış. *Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*. 2012;36(1): 1-30.

Yılmaz E. Okanlı A. The effect of internalized stigma on the adherence to treatment in patients with schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2015;29(5): 297-301.

Yılmaz ÖT, Yakut Y, Uygu F, Uluğ N. Tampa kinezyofobi ölçeği'nin Türkçe versiyonu ve test-tekrar test güvenilirliği. *Fizyoterapi Rehabilitasyon*. 2011; 22(1): 44-49.

Yılmaz S, Buzlu S. Antipsikotik kullanan hastalarda ilaç yan etkileri ve ilaç uyumu. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*. 2012;20(2):93-103.

Yusoff NAC, Othman Z, Husain M, Jaapar SZS, Yasin MAM, Yaacob MJ. Self-esteem among malay children of parents with schizophrenia in kelantan, malaysia. *International Medical Journal*. 2016;23(5): 472-475.

Yüksel N, Ruhsal Hastalıklar 4. Baskı. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi. 2014, s:325-374.


Zeanah C, Berlin L, Boris N. Practitioner review: clinical applications of attachment theory and research for infants and young children. *Journal Of Child Psychology And Psychiatry*. 2011; 819-833

Zhu S. Psychosis may be associated with toxoplasmosis. *Medical Hypotheses*. 2009;73(5): 799-80.



Ölçeği Geliştiren Öğretim Üyesinden e-posta ile Alınan İzin

23.12.2018 Gmail - İl: Modified Engulfment Scale(MES)

 Seher Kaşlı <kasliseher@gmail.com>

İl: Modified Engulfment Scale(MES)
1 mesaj

seher kasli <seherkasli@hotmail.com> 23 Aralık 2018 12:54
Alıcı: "kasliseher@gmail.com" <kasliseher@gmail.com>

LG Mobile dan gönderildi

----- Orijinal mesaj-----
Gönderen: Beth McCay
Tarih: Sal, 02 Ağu 2016 17:43
Kime: seher kasli;
Bilgi: Mary.Seeman@utoronto.ca;
Konu: Re: Modified Engulfment Scale(MES)

Dear Seher Kasli,

Thank you for your interest in the Modified Engulfment Scale.
I am pleased to provide permission for you to use the MES in your study, described below.

Please let me know if you have any questions.
Best of luck with your study,
Beth

Elizabeth McCay, RN, PhD
Professor, Daphne Cockwell School of Nursing
Ryerson University
350 Victoria St., Toronto, Ontario, M5B 2K3
phone:416 979-5000 ex. 6331
e-mail: bmccay@ryerson.ca

On 07/25/16 12:17 PM, **seher kasli** <seherkasli@hotmail.com> wrote:

Dear McCay EA

I am a master student at Akdeniz University Nursing Faculty Psychiatric Nursing Department, Antalya, Turkey.


I read your article " A scale to measure the impact of a schizophrenic illness on an individual's self-concept" .

I would like to get a permission for using MES. I will use this scale for my master theses. My purpose is to assess the reliability and validity of the Modified Engulfment Scale (MES) which measures the impact of schizophrenia on self-concept for Turkish schizophrenia patient population.

I will be pleased if you reply me as soon as possible.

<https://mail.google.com/mail/u/0?ik=dfec70ae50&view=pt&search=all&permthid=thread-f%3A1620635931332576396&simpl=msg-f%3A16206359...> 1/2

Etik Kurul İzni

**T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu**

03...05.../2017

Sayı : 70904504/ 160
Konu :

Sayın
Yrd.Doç.Dr.Kerime BADEMLİ
Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Öğretim Üyesi

Değerlendirilmek üzere Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na başvuruda bulunduğunuz,
"Şizofrenide Benlik Yitimi Ölçeğinin Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenirliği" adlı
çalışmaya ait Kurul Kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof.Dr.Arda TAŞKATARGİL
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

Eki: Etik Kurul Kararı

Adres : Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 1. Kat ANTALYA
Tel : (242)249 69 54
Faks : (242) 249 69 03
e-posta : etik@akdeniz.edu.tr

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

2017

KARAR

| | | |
|---------------------------------------|--|--|
| ETİK KURUL BİLGİLERİ | ETİK KURULUN ADI | Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu |
| | AÇIK ADRESİ: | Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Morfoloji Binası A Blok 1. Kat No: A1-05 Kampüs /ANTALYA |
| | TELEFON | 0 (242) 249 69 54 |
| | FAKS | 0 (242) 249 69 03 |
| | E-POSTA | etik@akdeniz.edu.tr |
| | ETİK KURUL KODU | 2012-KAEK-20 |
| PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI | Yrd.Doç.Dr.Kerime BADEMLİ | |
| ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI | Şizofrenide Benlik Yitimi Ölçeğinin Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenirliği | |
| KARAR BİLGİLERİ | Karar No: 244 | Tarih: 26.04.2017 |
| | Yukarıda bilgileri verilen çalışmanın yapılmasında <u>bilimsel ve etik açısından sakınca olmadığına oy birliği ile karar verilmiştir.</u> Araştırmacıya çalışmalarında başarılar dileriz. | |

Prof.Dr. Arzu TAŞATARGİL
Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanı

Öğr. Gör. Dr. Mustafa Levent ÖZGÖNÜL
Başkan Yardımcısı

Prof. Dr. Murat CANPOLAT
Üye

Prof. Dr. Dilara İNAN
Üye

Prof. Dr. Necmiye HADİMOĞLU
Üye

Prof. Dr. Selahattin KUMRU
Üye

Doç. Dr. Gülsüm ÖZGE BAYSAL
Üye

Doç. Dr. Dijle KİPMEN KORGUN
Üye

Doç. Dr. Özgür DURSUN
Üye

Yrd. Doç. Dr. Mehtap TÜRKAY
Üye (izinli)

Yrd. Doç. Dr. Banu NUR
Üye

Dr. Ünal HULÜR
Üye

Turgut ALTUN
Üye

Av. Mustafa AÇIKEL
Üye (izinli)

Kurum İzni

Evrak Tarih ve Sayısı: 16/05/2017-E.65849



T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Üniversite Hastanesi Başmüdürlüğü



Sayı : 26708535-900-E.65849
Konu : Seher KAŞLI Tez Çalışması Hk.

16/05/2017

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : a) 28/04/2017 tarihli ve 57830559-302.08.01-E.58028 sayılı yazı,
b) 11/05/2017 tarihli ve 52742241-900-E.63903 sayılı yazı,

Enstitünüz Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği yüksek lisans öğrencisi Seher KAŞLI'nın "Şizofrenide Benlik Yitimi Ölçeğinin Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenirliliği" konulu tez çalışmasını 01 Mayıs 2017 - 31 Nisan 2018 tarihleri arasında Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı bünyesinde Psikiyatri Gündüz Hastanesinde yapması uygun görülmüştür. Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-İmzalıdır
Doç.Dr. Ethem KAVUKCU
Başhekim a.
Başhekim Yardımcısı

Adres:Akdeniz Üniversitesi Sağlık, Araştırma ve Uygulama Merkezi (Hastane)
Telefon:2422496000 Faks:2422496040
e-Posta:yaziisi@akdeniz.edu.tr Elektronik Ağ:www.akdeniz.edu.tr

Bilgi için: Fulya ALTINANAHTAR
Unvanı: Sekreter

Bu belge_5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Katılımcı Bilgilendirilmiş Onam Formu

Sayın katılımcı, adım Seher Kaşlı. Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği programında yüksek lisans yapmaktayım. Yüksek lisans tez çalışma konum ‘Benlik Yitimi Ölçeğinin Türkçe Formunun Şizofreni Hastaları İçin Psikometrik Özelliklerinin Belirlenmesi’dir. Bu çalışmadan elde edilen verilerle benlik yitimi ile ilgili yeni bir ölçeğin psikometrik özelliklerinin belirlenmesi ve literatüre kazandırılması amaçlanmaktadır. Araştırmanın gerçekleştirilebilmesi için gerekli etik kurul ve kurum izinleri alınmıştır. Sizin cevaplamanız için Kişisel Bilgi Formu ve Benlik Yitimi Ölçeği kullanılacaktır. Bu araştırmaya gönüllü olarak katılmanız benim için çok önemlidir. Sizden alınacak tüm bilgiler araştırmaya veri olarak kullanılacak ve gizli tutulacaktır. Araştırmaya gönüllü katılımınız ve istediğiniz zaman araştırmadan çekilme hakkınız vardır.

Çalışma Oluru

Bu olur formunu imzalamadan önce yukarıdaki bilgileri okudum. Bu bilgilerin anlamı ve içeriği bana açıklandı. Aklıma gelen bütün soruları sorma fırsatı tanındı ve sorularıma tatminkar cevaplar aldım. Bu çalışmada yer almayı gönüllü olarak kabul ediyorum.

Hasta Adı Soyadı /İmza Tarih

Araştırmacı/İmza Tarih

Seher KAŞLI

Kişisel Bilgi Formu

Yaşınız:

- 1.() 18-40
- 2.() 41 Yaş ve üzeri

Cinsiyetiniz:

- 1.() Kadın
- 2.() Erkek

Eğitim durumunuz:

- 1.() Ortaokul ve altı
- 2.() Lise ve üstü

Çalışma durumunuz:

- 1.() Çalışıyor
- 2.() Çalışmıyor

Medeni durumunuz:

- 1.() Bekar
- 2.() Evli

Kaç aydır/yıldır bu tanıyı aldınız?

- 1.() 5 yıla kadar
- 2.() 5-10 yıl arası
- 3.() 11 yıl ve üzeri

Modified Engulfment Scale

This questionnaire will help us understand how you feel about yourself in relation to your illness. Please read each statement carefully and record your answer as directed. Place an X in the box that reflects how true or false each statement is for you. The choices are as follows:

| | Completely False | Sometimes False | Sometimes True and Sometimes False | Sometimes True | Completely True |
|--|-----------------------------|----------------------------|---|---------------------------|----------------------------|
| 1. I get along as well as most people do. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Because of my illness, I can't do things for myself the way other people can. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. In my opinion, I am mentally ill. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. I expect to be well in the future. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. I will never be the person I was before my psychiatric illness began. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. At some point in time I will not need psychiatric medicine. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. I am well enough today to be discharged from psychiatric care. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. To be really well, I will have to go through a change in myself. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Right now, I am no longer the person I was before getting ill. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. "Once a mentally ill patient, always a mentally ill patient." | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. I will probably need to be hospitalized again. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 12. My mind is normal. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. Friends and family see me as just a "mental patient". | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. I am often depressed because of my illness. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. I am basically the same person I was before I became ill. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. I can only be friends with other psychiatric patients. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. Once having been hospitalized for psychiatric problems, there is a good chance that it will happen again. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. I believe I am more anxious and nervous than most other people. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. My illness keeps me from having close friends. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. I am afraid of losing my mind. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. I will always be different from others because of my psychiatric illness. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22. I will always have to take psychiatric medicine. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23. I will be able to find work in the future. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24. There is something wrong with my mind. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 25. Sometime n the future, I will earn enough money to buy more of the things I want. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 26. I am healthy in my body and mind. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 27. It is good for me to come to the hospital for my treatment. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 28. There are many things that I used to be able to do that I can't do now. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 29. I am damaged as a person by my illness. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 30. I can look forward to being married or having a steady partner. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Benlik Yitimi Ölçeği

| Bu anket, bizim hastalığınız ile ilgili nasıl hissettiğinizi anlamamıza yardımcı olacak. Lütfen her bir cümleyi dikkatlice okuyun ve gösterildiği gibi işaretleyin. Sizin için doğru veya yanlış olduğunu düşündüğünüz ifadeler için (uygun) kutulara X işareti koyunuz. | | | | | |
|--|----------------|--------------|-----------------------------|-------------|---------------|
| | Tamamen yanlış | Bazen yanlış | Bazen doğru bazen yanlış | Bazen doğru | Tamamen doğru |
| 1.İnsanlarla birçok insanın geçindiği kadar iyi geçinirim | | | | | |
| 2.Hastalığım nedeniyle diğer insanlar gibi kendim için bir şeyler yapamam | | | | | |
| 3.Gelecekte iyi olacağımı umuyorum | | | | | |
| 4.Hiçbir zaman akıl hastalığım başlamadan önceki gibi bir kişi olamayacağım | | | | | |
| 5.Belirli bir süre sonra psikiyatri ilaçlarına ihtiyacım olmayacak | | | | | |
| 6.Şu anda psikiyatri tedavimi sonlandıracak kadar iyiyim | | | | | |
| 7.Şu anda, hastalanmadan önceki kişi değilim | | | | | |
| 8.İnsan bir kez akıl hastası oldu mu, artık hep akıl hastası olarak kalır | | | | | |
| 9.Muhtemelen yine hastanede yatarak tedavi görmem gerekecek | | | | | |
| 10.Benim aklım yerinde | | | | | |
| 11.Arkadaşlarım ve ailem beni sadece akıl hastası olarak görüyor | | | | | |
| 12.Hastalığım nedeniyle sık sık depresif hissederim | | | | | |
| 13.Aslında ben hastalanmadan önceki ile aynı kişiyim. | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| 14.Diğer insanlardan daha gergin ve endişeli olduğuma inanıyorum | | | | | |
| 15.Hastalığım yakın arkadaşlarımı olmasını engeller | | | | | |
| 16.Aklımı yitirmekten korkuyorum | | | | | |
| 17.Akıl hastalığımın dolayı daima diğerler insanlardan farklı olacağım | | | | | |
| 18. Psikiyatri ilaçlarını her zaman kullanmak zorunda kalacağım | | | | | |
| 19.Gelecekte bir işte çalışabileceğim | | | | | |
| 20.Aklımla ilgili bir sorun var | | | | | |
| 21.Gelecekte istediklerimin çoğunu almaya yetecek kadar para kazanacağım | | | | | |
| 22.Beden ve akıl sağlığım yerindedir | | | | | |
| 23.Eskiden yapabildiğim ve şu an yapamadığım bir sürü şey var | | | | | |
| 24.Hastalığımın dolayı zarar görmüş bir kişiyim | | | | | |
| 25. Evlenmeyi veya kalıcı bir arkadaş edinmeyi sabırsızlıkla bekliyorum | | | | | |

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

| | | | |
|---------------------|------------|----------------|----------------------|
| Adı | Seher | Uyruğu | T.C. |
| Soyadı | KAŞLI | Tel no | 05535990691 |
| Doğum tarihi | 23.09.1990 | e-posta | kasliseher@gmail.com |

Eğitim Bilgileri

| | Mezun olduğu kurum | Mezuniyet yılı |
|----------------------|---------------------------|-----------------------|
| Lise | Antalya Lisesi | 2007 |
| Lisans | Ege Üniversitesi | 2013 |
| Yüksek Lisans | | |
| Doktora | | |

İş Deneyimi

| Görevi | Kurum | Süre (yıl-yıl) |
|----------------|---|-----------------------|
| Hemşire | Çanakkale Kamu Hastaneleri Birliği-Yenice Devlet Hastanesi | 2014-2016 |
| Hemşire | Burdur Kamu Hastaneleri Birliği-Bucak Devlet Hastanesi | 2016-2016 |
| Hemşire | Sağlık Bilimleri Üniversitesi Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi | 2016-Devam ediyor |
| | | |

| Yabancı Dilleri | Sınav türü | Puanı |
|------------------------|-------------------|--------------|
| İngilizce | Yökdil | 57 |
| | | |

Proje Deneyimi

| Proje Adı | Destekleyen kurum | Süre (Yıl-Yıl) |
|------------------|--------------------------|-----------------------|
| | | |
| | | |

Burslar-Ödüller:

Yayınlar ve Bildiriler:

Kaşlı S., Bademli K., 'Approach to the Family and Role of the Nurse in Substance Use Disorder' Scifed Journal of Addiction Therapy, 2017 vol:1 no:1 pp. 1-4

Kaşlı S., Bademli K., Self-Concept in Schizophrenia Patients and Role of the Nurse I. Adnan Menderes University International Health Sciences Congress-I. Adnan Menderes Üniversitesi Uluslararası Sağlık Bilimleri Kongresi' 2017, Aydın, TÜRKİYE, 29 Haziran-1 Temmuz 2017, pp. 1065

Kaşlı S., Bademli K., 'Approach to the Family and Role of the Nurse in Substance Use Disorder' I. Adnan Menderes University International Health Sciences Congress-I. Adnan Menderes Üniversitesi Uluslararası Sağlık Bilimleri Kongresi' 2017, Aydın, TÜRKİYE, 29 Haziran-1 Temmuz 2017, pp. 1066

Kaşlı S., Bademli K., Psychiatric Mental Health Nurse's Perceptions of Moral Distress 'International Congress on Ethics in Nursing Applications-Uluslararası Hemşirelik Uygulamalarında Etik Kongresi' 2017, İzmir, TÜRKİYE, 11-12 Eylül 2017, pp. 336

Kaşlı S., Bademli K., Seeking Safety Therapy 'V. International IX. National Psychiatric Nursing Congress' 2018, Antalya, TÜRKİYE, 20-23 Kasım, 2018, pp.1036-1039

Kaşlı S., Al O., Bademli K., Internalized Stigmatization and Subjective Recovery in Individuals with Chronic Mental Illness 'V. International IX. National Psychiatric Nursing Congress' 2018, Antalya, TÜRKİYE, 20-23 Kasım, 2018, pp. 1080-1083.