



T.C.  
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI  
PSİKIYATRİ HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

**OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUĞU OLAN HASTALARDA  
İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMA VE SOSYAL  
İŞLEVSELLİK DÜZEYİNE ETKİSİ**

**Gülşah BAYAR**

**Tez Danışmanı  
Prof. Dr. Selma DOĞAN**

**İSTANBUL-2020**



T.C.  
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI  
PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

**OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUĞU OLAN HASTALARDA  
İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMA VE SOSYAL  
İŞLEVSELLİK DÜZEYİNE ETKİSİ**

**Gülşah BAYAR**

**Tez Danışmanı  
Prof. Dr. Selma DOĞAN**

**İSTANBUL-2020**



## ÖZET

### OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUĞU OLAN HASTALARDA İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMA VE SOSYAL İŞLEVSELLİK DÜZEYİNE ETKİSİ

Bu çalışma ile Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) tanısı alan hastalarda içselleştirilmiş damgalanma düzeyini belirlemek, hastaların bireysel ve hastalık özellikleri yönünden içselleştirilmiş damgalanma düzeyindeki farklılıkları belirlemek, içselleştirilmiş damgalanmanın sosyal işlevsellik düzeyine etkisini ortaya koymak amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Çalışmanın örneklemini, İstanbul'da bulunan büyük bir Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde izlenen OKB tanısı almış toplam 80 hasta oluşturmuştur. Veriler Şubat-Haziran 2019 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırmada; çalışmaya katılan bireylere Tanıtıcı Bilgi Formu, Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ) ve Sosyal İşlevsellik Ölçeği (SİÖ) uygulanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde yüzde, T-testi, Tek yönlü (One way) Anova testi ve ileri analiz için Scheffe testi kullanılmıştır. İki değişken arasındaki ilişkinin belirlenmesinde Pearson Korelasyon analizi ve iki değişken arasındaki neden sonuç ilişkisini belirlemek için lineer regresyon analizi kullanılmıştır.

Araştırmaya katılan hastaların; %37,5'inin hafif, %31,2'sinin orta ve %22,5'inin ciddi düzeyde içselleştirilmiş damgalanma yaşadıkları belirlenmiştir. RHİDÖ genel puan ortalaması  $\bar{x}$ : 76,163±17,839 olarak ortanın üzerinde bulunmuştur. Hastalardan 41 yaş ve üzeri, ilköğretim mezunu, gelir düzeyi düşük olanlar ile altı yıl ve daha fazla süredir hasta olup, daha önce hastanede yatmış olanların RHİDÖ puan ortalaması diğerlerinden yüksek bulunmuştur. Hastaların SİÖ genel puan ortalaması  $\bar{x}$ : 99,800±36,681 olarak orta düzeyin altında bulunmuştur. Hastaların Sosyal İşlevsellik toplam puanı ile İçselleştirilmiş Damgalanma toplam puanları arasında negatif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $r=-0,622$ ;  $p<0.05$ ). İçselleştirilmiş damgalanmanın hastaların sosyal işlevselliğine etkisini belirlemek amacıyla yapılan regresyon analizi sonunda, içselleştirilmiş damgalanmanın ve sosyal işlevsellik üzerinde negatif yönde anlamlı etkisi olduğu bulunmuştur ( $F=46,003$ ;  $p=0,000$ ).

Sonuç olarak; Obsesif Kompulsif Bozukluğu olan hastalarda içselleştirilmiş damgalanma düzeyi yüksek olup, içselleştirilmiş damgalanma hastaların sosyal işlevsellik düzeyini olumsuz yönde etkilediği söylenebilir. Buna bağlı olarak hastaların sosyal işlevselliklerini artırmak için içselleştirilmiş damgalanmayı azaltmaya yönelik önlemler alınmalıdır.



**Anahtar Kelimeler:** *İçselleştirilmiş Damgalanma, Obsesif Kompulsif Bozukluk, Psikiyatri Hemşireliği, Sosyal İşlevsellik*

## **ABSTRACT**

### **THE EFFECT OF INTERNALIZED STIGMA AND SOCIAL FUNCTIONING LEVEL IN PATIENTS WITH OBSESSIVE COMPULSIVE DISORDER**

This study was carried out descriptively in order to determine the level of internalized stigmatization in patients diagnosed with Obsessive Compulsive Disorder (OCD), to determine the differences in the level of internalized stigmatization in terms of individual and disease characteristics of patients, and to demonstrate the effect of internalized stigmatization on the level of social functionality.

The sample of the study consisted of a total of 80 patients diagnosed with OCD, who were followed up at a large Mental Health and Neurological Diseases Hospital in Istanbul. The data were collected between February and June 2019. In the study; The Sociodemographic Data Form, Internalized Stigma of Mental Illness Scale and Social Functioning Scale were applied to the individuals who participated in the study. Percentage, T-test, One-way Anova test and Scheffe test were used for further analysis. Pearson Correlation analysis was used to determine the relationship between the two variables and linear regression analysis was used to determine the cause and effect relationship between the two variables.

Patients participating in the research; It was determined that 37.5% of patients experienced mild stigmatization, 31.2% moderate stigmatization and 22.5% experienced severe internalized stigmatization. The overall mean score of the patients with Internalized Stigma of Mental Illness Scale was found to be above the middle as  $\bar{x}$ : 76,163  $\pm$  17,839. Patients aged 41 and over, primary school graduates, those with low income levels, and patients who have been in hospital for six years or more, had a higher mean score on the Internalized Stigma of Mental Illness Scale than the others. The overall mean score of the patients with Social Functioning Scale was found to be under the middle as  $\bar{x}$ : 99,800  $\pm$  36,681. A negative correlation was found between the Social Functionality total score of the patients and the Internalized Stigma total scores ( $r = -0,622$ ;  $p < 0.05$ ). As a result of the regression analysis performed between the internalized stigmatization level and the social functionality level, a negative correlation was found between internalized stigmatization and social functionality ( $F = 46,003$ ;  $p = 0,000$ ).

As a result; It has been found that the internalized stigmatization level is high in patients with Obsessive Compulsive Disorder and the internalized stigmatization negatively affects the social functionality level of the patients. Accordingly, measures should be taken to reduce internalized stigmatization in order to increase the social functionality of patients.



**Keywords:** *Internalized Stigmatization, Obsessive Compulsive Disorder, Psychiatric Nursing, Social Functionality*



## TEŞEKKÜR

Her zaman yanımda oldukları, bana güvendikleri, sevgilerini ve desteklerini hiçbir zaman eksik etmedikleri, bugüne kadar benim için vermiş oldukları bütün emekleri için aileme,

Uzmanlık eğitimim boyunca desteğini esirgemeyen, psikiyatri hemşireliği alanında engin bilgi ve tecrübesinden sonsuz faydalandığım, yorum ve önerileri ile çalışmama önemli katkılar sağlayan çok değerli danışmanım Sayın, Prof. Dr. Selma DOĞAN'a,

Yüksek lisans ders süresince bilgilerinden faydalandığım ve konu belirleme sürecindeki katkılarından dolayı değerli öğretmenim Sayın, Prof. Dr. Besti ÜSTÜN'e

Tez savunma sınavıma vakit ayırıp gelerek beni onurlandıran değerli jüri üyelerime,

Veri Toplama sürecindeki katkıları ve desteğinden dolayı Uzm. Dr. Ayşegül KART'a,

Hep yanımda olup sürece benimle birlikte ortak olan, hayatıma rehber olan canım ablam Selda ÖZ'e

Yüksek lisans boyunca desteğini esirgemeyen meslektaşlarım ve arkadaşlarım Selma ATALAY, Seray ATEŐ ve Merih YEŐİLDAĞ'a

Zaman ayırıp ölçekleri dolduran ve araŐtırmama katkıda bulunan tüm OKB hastalarına,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Gülşah Bayar

## BEYAN FORMU

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında zgn olduğunu, tarafımdan üretildiğini ve Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kılavuzuna göre yazıldığını beyan ederim



**24.04.2020**  
**Gülşah BAYAR**

## İÇİNDEKİLER

<b>ÖZET</b> .....	<b>i</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>iii</b>
<b>TEŞEKKÜR</b> .....	<b>v</b>
<b>BEYAN FORMU</b> .....	<b>vii</b>
<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	<b>vii</b>
<b>TABLOLAR DİZİNİ</b> .....	<b>x</b>
<b>ŞEKİLLER DİZİNİ</b> .....	<b>xii</b>
<b>SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ</b> .....	<b>xiii</b>
<b>1. GİRİŞ</b> .....	<b>1</b>
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	7
1.3. Araştırma Soruları.....	7
<b>2. GENEL BİLGİLER</b> .....	<b>8</b>
2.1. OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK.....	8
2.1.1. Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanımı, Yaygınlığı .....	8
2.1.2. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Etiyolojisi .....	9
2.1.3. Obsesif Kompulsif Bozuklukta Tedavi Yöntemleri .....	11
2.1.4. Obsesif Kompulsif Bozuklukta Klinik Belirtiler .....	13
2.2. DAMGALANMA (STİGMATİZASYON, ETİKETLENME).....	17
2.2.1. Ruhsal Hastalıklar ve Damgalanma.....	21
2.2.2. Obsesif Kompulsif Bozukluğu Olan Bireylerde Damgalanma.....	23
2.2.3. Ruh Sağlığı Alanında Damgalanmanın Azaltılmasına Yönelik Uygulamalar .....	26
2.2.4. Damgalanmayı Önlemede Psikiyatri Hemşiresinin Rolü .....	30
2.3. SOSYAL İŞLEVSELLİK.....	32
2.3.1. Ruhsal Hastalıklarda Sosyal İşlevsellik .....	33

2.3.2. Obsesif Kompulsif Bozuklukta Sosyal İşlevsellik.....	34
2.3.3. Ruhsal Bozukluklarda Sosyal İşlevselliğe Yönelik Yaklaşımlar .....	37
2.3.4. Sosyal işlevsellik ve İçselleştirilmiş Damgalanma İlişkisi .....	39
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM.....</b>	<b>40</b>
3.1. Araştırmanın Tipi.....	40
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı .....	40
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi .....	40
3.4. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri .....	41
3.5. Veri Toplama Araçları .....	41
3.5.1. Tanıtıcı Bilgi Formu .....	41
3.5.2. Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ) .....	41
3.5.3. Sosyal İşlevsellik Ölçeği (SİÖ).....	43
3.6. Veri Toplama Formlarının Uygulanması.....	46
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi .....	46
3.8. Araştırmanın Etik Boyutu .....	47
<b>4. BULGULAR.....</b>	<b>48</b>
<b>5. TARTIŞMA.....</b>	<b>68</b>
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>79</b>
6.1. Sonuçlar .....	79
6.2. Öneriler .....	81
<b>7. KAYNAKLAR .....</b>	<b>82</b>
<b>8. EKLER .....</b>	<b>101</b>
EK 1. Tanıtıcı Bilgi Formu .....	101
EK 2. Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ).....	105
EK 3. Sosyal İşlevsellik Ölçeği (SİÖ) .....	108
EK 4. Özgeçmiş .....	113
EK 5. Üsküdar Üniversitesi Etik Kurul İzin Formu .....	114



## TABLolar DİZİNİ

	<b>Sayfa</b>
<b>Tablo 1.</b> Sık Görülen Obsesyon ve Kompulsiyonlar .....	16
<b>Tablo 2.</b> Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ) .....	43
<b>Tablo 3.</b> Sosyal işlevsellik Ölçeği (SİÖ).....	45
<b>Tablo 4.</b> Hastaların Bireysel Özelliklerine Göre Dağılımı.....	48
<b>Tablo 5.</b> Hastaların Hastalığa İlişkin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Dağılımı .....	49
<b>Tablo 6.</b> Hastaların Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ) Genel ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	50
<b>Tablo 7.</b> Hastaların İçselleştirilmiş Damgalanma Düzeylerine Göre Dağılımı .....	50
<b>Tablo 8.</b> Hastaların İçselleştirilmiş Damgalanma Toplam ve Alt Grup Puan Ortalamalarının Bireysel Özelliklere Göre Dağılımı .....	51
<b>Tablo 9.</b> Hastaların İçselleştirilmiş Damgalanma Toplam ve Alt Grup Puan Ortalamalarının Hastalığa İlişkin Tanımlayıcı Özelliklere Göre Dağılımı .....	54
<b>Tablo 10.</b> Hastaların Sosyal İşlevsellik Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	57
<b>Tablo 11.</b> Hastaların Sosyal İşlevsellik Toplam ve Alt Grup Puan Ortalamalarının Bireysel Özelliklere Göre Dağılımı .....	58
<b>Tablo 12.</b> Hastaların Sosyal İşlevsellik Toplam ve Alt Grup Puan Ortalamalarının Hastalığa İlişkin Tanımlayıcı Özelliklere Göre Dağılımı.....	62
<b>Tablo 13.</b> Hastaların İçselleştirilmiş Damgalanma ile Sosyal İşlevsellik Ölçeği Genel ve Alt Boyut Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki.....	65
<b>Tablo 14.</b> Hastaların İçselleştirilmiş Damgalanmanın Sosyal İşlevsellik Toplam Puanına Etkisinin Çoklu Regresyon Analizi ile Değerlendirilmesi.....	67

## ŞEKİLLER DİZİNİ

Sayfa

Şekil 1. Obsesyon- Nötralizasyon- Rahatlama- İnancın Pekiştirilmesi Döngüsü ..... 13



## SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

<b>DSÖ</b>	: Dünya Sağlık Örgütü
<b>EKT</b>	: Elektro Konvülsif Tedavi
<b>İD</b>	: İçselleştirilmiş Damgalanma
<b>OKB</b>	: Obsesif Kompulsif Bozukluk
<b>RHİDÖ</b>	: Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği
<b>Sİ</b>	: Sosyal İşlevsellik
<b>SiÖ</b>	: Sosyal İşlevsellik Ölçeği
<b>TRSM</b>	: Toplum Ruh Sağlığı Merkezi



# 1. GİRİŞ

## 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB), kompulsiyonlar (zorlantı) ya da obsesyonların (saplantı) görüldüğü, genellikle süregelen kimi zaman dönemsel alevlenmelerle ilerleyen, bilişsel, duyuşsal ve davranışsal bileşenleri olan bir bozukluktur (Öztürk ve Uluşahin, 2015; Beşiroğlu ve ark. 2007).

OKB dünya çapında nüfusun yaklaşık %1-3'ünü etkilemektedir (Pallanti ve ark. 2011). Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü (NIHM)'a göre OKB'nin bir yıllık görünme prevalansı %1.2 ve yaşam boyu OKB prevalansı ise %2.3 olarak belirtilmiştir (NIHM, Erişim Tarihi: Kasım 2017). Ülkemizde ise yaşam boyu görülme sıklığı %2.5-6.2, 12 aylık prevalansı %0.5-5.6 arasında bulunmuştur (Tatlı, 2012).

OKB'de birey obsesyonların ve kompulsiyonların mantık dışı olduğunun farkındadır. Obsesyonların neden olduğu rahatsızlığı azaltmak için kompulsiyonlar başlar. Birey, bu durumu engellemek için güçlü bir arzu duymasına rağmen obsesyon ve kompulsiyonlar üzerinde denetim sağlamada güçlük yaşar, istenmeyen düşünce ve hareketler tekrarlanır. Bu tekrarlayan hareketler denetlenemez düzeye ulaşır ve birey için endişe kaynağı olur (Öztürk ve Uluşahin, 2015).

Obsesyon ve kompulsiyonlar hastalığın süresi uzadıkça bireylerin sosyal, aile, eğitim ve mesleki yaşantılarındaki işlevselliklerinin azalmasına ve iyi olma, boş zaman etkinliklerinden zevk alma, üretkenlik gibi yaşam kalitesi alanlarında olumsuz yönde etki ederek yaşam kalitesinin düşmesine neden olur (Kaplan ve Sadock, 2016; Çam ve Bilge, 2013; Jacoby ve ark. 2014). Ülkemizde OKB tanısı alan hastalarda yaşam kalitesi ile ilişkili etkenleri saptamak amacıyla yapılan bir çalışmada; hastaların %92 oranında özgüven eksikliği, %66 oranında kariyer isteğinin azalması, %73 oranında ailevi ilişkilerinin bozulması, %62 oranında arkadaş edinme ya da ilişkiyi devam ettirme güçlüğü, %58 oranında eğitim başarısında düşme gibi sorunlar ifade etmişlerdir (Beşiroğlu ve ark. 2007). Obsesyon ve kompulsiyonlar kişinin hayatında birçok olumsuzluğa neden olmaktadır. Kişi, obsesyon ve kompulsiyonların zaman kaybına neden olmasından dolayı bağımsız olarak yemek yapma, öz bakım, alışveriş yapma, kendi çamaşırlarını yıkama, para hesabı yapma gibi günlük yaşam aktivitelerini yerine

getirmekte zorlanmaktadırlar. İş arama, dışarı çıkma, toplu taşıma araçlarının kullanımı konusunda zorlanmakta ve aile bireylerine bağımlı hale gelmektedirler. Semptomların diğer insanlar tarafından garip karşılanmasından endişe eden OKB'li hastalar, diğer insanlarla iletişime geçmekten, arkadaşlık kurmaktan, misafir kabul etmekten ve sinema, tiyatro, sergi gibi sosyal etkinliklere katılmaktan kaçınırlar. Obsesyon ve kompulsiyonlar kişilerin iş, eğitim ve sosyal alanlarda işlevlerinin azalmasına neden olmaktadır. Hem kişinin hayatındaki olumsuzluklar hem de belirtilerin diğer insanlar tarafından olumsuz tepkilere yol açması nedeniyle bireyler toplum tarafından dışlanmaktadırlar (Ersoy ve Ünsal, 2017).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre dışlanmanın başlıca nedeni damgalanmadır. Damgalanma insanların özsaygısının azalmasına, aile ilişkilerinin bozulmasına ve sosyalleşme, barınma, iş bulma becerilerinin sınırlanmasına neden olur (WHO, Erişim Tarihi: 2020). Damgalanma (stigma), sözcük olarak 'delmek, delik, yara izi' anlamına gelmekle beraber, günümüzde 'kara leke' anlamında kullanılmaktadır. Damgalanma; bir kişinin diğer insanlardan farklı olarak genel anlamda kötülenerek gözden düşürülmesi, aşağı görülmesi olarak tanımlanmıştır (Goffman, 1963).

Yapılan çalışmalarda damgalanma yönünden en riskli grupların; AIDS, Epilepsi, Obezite, Otizm tanısı alan bireyler, engelli, eşcinsel ve transseksüel bireylerin olduğu belirtilmektedir (Gökengin ve ark. 2017; Zeng ve ark. 2018; Ay, 2017; Yanikkerem, 2017; Uz ve Kaya, 2018). Bunların yanı sıra ruhsal hastalıklar, tarih boyunca damgalanmaya ilişkin olumsuzlukların en fazla yaşandığı rahatsızlıklardandır. Aile ve çevresine ekonomik, sosyal yük oluşturan ruhsal bozukluklar, yeti yitimi, damgalanma, kendine zarar verme girişimi açısından dünyada önemli bir halk sağlığı sorunudur (Öztürk ve Uluşahin, 2015).

Pincus (1996) tarafından damgalanma üç farklı düzeyde tanımlanmıştır. Bunlar; toplum damgası ve ayrımcılık, yapısal ayrımcılık ve kendi kendini damgalamadır. Ritsher ve arkadaşları (2004), damgalanma çeşitleri arasında bireye en fazla zarar verenin içselleştirilmiş damgalanma olduğunu belirtmiştir.

İçselleştirilmiş damgalanma (kendi kendini damgalama, öz damgalama); bireylerin ailesel, toplumsal, kültürel ve ekonomik düzeyde karşılaştığı olumsuz kalıp yargılarını kendileri için kabullenmeleri olarak tanımlanmaktadır. Kendi kendini damgalama sonucunda birey; utanç, değersizlik ve reddedilme hisseder, özsaygısı azalır. Bu durum

zaman içerisinde bireyin kendini toplumdan geri çekmesi ile sonuçlanır (Avcil ve ark. 2016; Liberman, 2011).

Damgalanma ile ilgili literatür gözden geçirildiğinde, yapılan çalışmaların çoğunluğunun ‘ağır ruhsal hastalıklar’ ve ‘içselleştirilmiş damgalanma’ konusunda olduğu görülmektedir (Beyazyüz ve ark. 2015). İçselleştirilmiş damgalanmanın en çok Bipolar ve Şizofrenik Bozukluğu olan hastalarda çalışıldığı görülmektedir (Kök ve Demir, 2018; Özçelik ve Yıldırım, 2018). OKB gibi psikotik olmayan ruhsal hastalıklar ile ilgili çalışmalar ise sınırlı sayıdadır. Bununla birlikte psikotik olmayan ruhsal hastalıklarda da toplumdan dışlanma, tepki alma görülebilmektedir.

Konu ile ilgili ülkemizde yapılan çalışmalar incelendiğinde; OKB’li hastalarda damgalanmanın incelendiği üç çalışmaya rastlanılmıştır. Beyazyüz ve arkadaşlarının (2015) yaptığı çalışmada, örneklem grubuna anksiyete bozuklukları, somatoform bozukluklar ve OKB tanılı 180 hasta dâhil edilmiştir. Çalışma sonucunda; içselleştirilmiş damgalanma düzeyi yüksek bulunmuştur. Tanı grupları arasında RHİDÖ puanları açısından fark saptanmamıştır. Kızılağaç (2018) tarafından yapılan çalışmada ise; %11.7’inde yüksek derecede içselleştirilmiş damgalanma bulunmuştur. Mercan (2017)’in 55 OKB hastası ile yaptığı çalışmada bireylerin %34.5’inin orta, %32.7’sinin yüksek düzeyde içselleştirilmiş damgalama yaşadığı belirlenmiştir.

Konu ile ilgili yurt dışında yapılan iki çalışmaya rastlanılmıştır. Stengler-Wenzke ve arkadaşları (2004) OKB, Depresyon ve Şizofrenik Bozukluğu olan hastalarda damgalanma algısı karşılaştırılmıştır. Yapılan çalışma sonucunda; tanı gruplarının da damgalanmanın yüksek ve benzer düzeyde olduğu, algılanan damgalanma düzeyinin OKB hastalarında Depresyon ve Şizofreni hastalarına oranla daha yüksek olduğu saptanmıştır. Picco ve arkadaşlarının (2016) Şizofreni, Depresyon, Anksiyete ve OKB tanılı alan hastalarda içselleştirilmiş damgalanmanın; hastaların yaşam kalitesi, işlevsellik, umut ve benlik saygısı düzeylerine bakma amacıyla yapmış olduğu çalışmada; tüm hastaların %43.6’sında yüksek oranda içselleştirilmiş damgalanma olduğu, şizofreni hastalarının %34’ünde, Kaygı Bozukluğu olan hastaların %21’inde, Depresyon hastalarının %38’inde ve OKB olan hastaların % 29’unda içselleştirilmiş damgalanma düzeyinin yüksek düzeyde olduğu bulunmuştur.

İçselleştirilmiş damgalanmanın birey ve ailesinin yaşamlarında; aile ilişkilerinin bozulmasına, sosyalleşmesinin engellenmesine, yaşamının sınırlanmasına, aile yükünün artması gibi birçok olumsuz etkileri olduğu belirtilmektedir. Kişide, benlik saygısının düşmesine, durumundan utanma, yetersizlik duyguları, olumsuz otomatik düşüncelerinde artmaya, umutsuzluk, düşük çalışma motivasyonu, tedaviye uyumunun olumsuz etkilenmesine, tekrar iş edinmemesine, üretkenliğinin azalmasına ve yaşam kalitesinde azalmaya neden olduğu bulunmuştur. Ayrıca damgalanma bireyin, sosyal ilişkilerden kaçınma ve kişiler arası ilişkilerinin bozulmasına neden olarak sosyal işlevselliğini de olumsuz etkilemektedir (Brohan ve ark. 2010; Livingston ve Boyd, 2010 ; Corrigan ve ark. 2010; Çam ve Dağlı, 2017).

Sosyal işlevsellik; çalışabilme, kişiler arası ilişkilerini devam ettirebilme ve öz bakımını yapabilme olarak tanımlanmaktadır. Kişinin çevresindeki (iş, ev, sosyal ve haz aldığı etkinliklerde) ve rollerindeki (eş, ebeveyn, arkadaş ve iş arkadaşı olarak) yeterliliğini ve doyumunu kapsamaktadır (Erol ve ark. 2009; Kasper, 1999; Liberman, 2011). İşlevsellikle ilişkili en çok çalışılan hastalık grupları Şizofrenik Bozukluğu olan hastalar ve Bipolar hastalarıdır (Çam ve Bilge, 2013; Çam ve Çuhadar, 2013). Bunların dışında; adli hastalarda, Madde Kullanım Bozukluğu olan hastalarda ve Anksiyete Bozukluğu hastalarında sosyal işlevsellik ve içselleştirilmiş damgalama düzeyi arasındaki ilişki incelenmiştir. Yapılan araştırmalar sonucunda bu tanı gruplarında, içselleştirilmiş damgalanma ve sosyal işlevsellik düzeyleri arasında negatif yönde bir ilişki olduğu bulunmuştur (Arabacı ve ark. 2015; Turkmen ve ark. 2018; Can ve Tanrıverdi, 2015).

OKB, bireyin sosyal, ailesel, boş zaman ve mesleki rollerini yerine getirebilme alanlarındaki işlevselliğinin olumsuz yönde etkilendiği bir hastalıktır. OKB işlevsellik üzerindeki olumsuz etkisi açısından bedensel ve ruhsal hastalıklar arasında onuncu ve 15-44 yaş arasındaki kadınlarda beşinci sırada bulunmaktadır (DSÖ verilerinden aktaran Kessler ve ark.2009). Stenler-Wenzke ve arkadaşları (2006) OKB'li hastaların Şizofreni hastalarına oranla sosyal ilişkilerde daha fazla zorlandıklarını belirtmişlerdir. Bobes ve ark. (2001) OKB ve Şizofrenik Bozukluğu olan hastalarının işlevsellik ve yaşam kalitesinin benzer şekilde olumsuz yönde etkilendiğini ve iki tanı grubunun da iş, arkadaş ve aile ilişkilerinde benzer oranda zorlandıklarını belirtmiştir.

İlgili literatür gözden geçirildiğinde ülkemizde yapılan dört çalışmaya ulaşılmıştır. Yıldız (2017) çalışmasında, kronik gidişe sahip olan OKB hastalarının sosyal işlevsellik puan ortalamalarının epizodik OKB hastalarına oranla daha yüksek ve kronik OKB hastalarının bu alanlarda işlevselliğinin daha kötü olduğu bulunmuştur. Koç'un (2019) yapmış olduğu çalışmaya Şizofrenik Bozukluk, Bipolar Bozukluk, Anksiyete Bozukluğu, OKB, Madde Kullanım Bozukluğu tanısı hastalarla yapmış olduğu çalışmada SiÖ toplam puan ortalaması ruhsal bozukluğu olan bireylerde ortadan az düzeyde ve sağlıklı bireylere göre sosyal işlevselliklerinin daha düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Tanı grupları açısından ruhsal hastalıklar arasında sosyal işlevsellik düzeylerinin kötüden iyiye doğru sıralanışı ise; Şizofreni, OKB, Bipolar Bozukluk, Depresyon, Anksiyete Bozukluğu ve Madde Kullanım Bozukluğu olarak bulunmuştur. Şen'in (2018) OKB tanılı gençlerde sosyal becerilerin değerlendirilmesi amacıyla yaptığı çalışmada OKB'luğu olan gençlerin kontrol grubuna göre, utangaçlık, yetersizlik ve yalnızlık puanının daha yüksek olduğu bulunmuştur. OKB'li bireylerin aileleri; çocuklarının kontrol grubuna göre daha fazla dışlandıklarını, arkadaş edinmede zorlandıklarını bildirmişlerdir. Aktaş'ın (2016) OKB'li hastalarda sosyal uyum ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi amacıyla yapmış olduğu çalışmaya göre; çalışan, sosyoekonomik durumu iyi olan, ilaçlarını düzenli kullanan OKB hastalarının sosyal uyumlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yurt dışında yapılan çalışmalar incelendiğinde; Rosa (2012)'un OKB'li hastaların sosyal uyumunu saptamak amacıyla yaptığı çalışmaya göre; hastalık şiddeti arttıkça sosyal işlevselliğin bozulduğu, sosyal işlevsellikte bozulmanın ise kişiler arası ilişkiler ve işle ilgili alanlarda ortaya çıktığı bulunmuştur. OKB'de hastalık süresinin artması da hastanın işlevselliğini olumsuz etkilemektedir. Storch ve ark. (2014)'nın işlevselliği etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla 98 OKB'li hasta ile yaptığı çalışmaya göre; semptomların artması, içgörü eksikliği, tedaviye karşı direnç, depresif semptomların varlığı hastanın, aile ve sosyal ilişkilerinde bozulmaya ve işlevselliğinde azalmaya neden olmaktadır. Jacoby ve arkadaşlarının (2014) yapmış olduğu çalışmaya göre, OKB tanısı alan hastaların fonksiyonelliklerinin ve yaşam kalitelerinin semptomlarla birlikte azaldığı, iş bulma, iletişim gibi fonksiyonellik alanlarının ise yaşam kalitesiyle negatif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur. Yurtdışında ergenlik dönemindeki OKB tanısı alan hastaların sosyal becerilerinin değerlendirildiği çalışmalarda; OKB tanısı alan bireylerin, arkadaş edinme, arkadaşlığı sürdürme ve akranlarıyla yaşına uygun etkinliklere katılmakta zorlandıkları belirlenmiştir (Langley ve ark.2004; Piacentini ve ark. 2003).

Hem hasta hem de çevresi tarafından birçok olumsuzluğa neden olan damgalanma ile mücadelede kapsamında; 2011-2023 yılları arası Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planında ‘Ruh Sağlığının Geliştirilmesi ve Teşviki’ başlığı altında, damgalanmaya ve ayrımcılığa karşı farkındalığın oluşturulmasına yönelik hedeflerin oluşturulması, damgalanma ile mücadelede hasta ve ailesine yönelik girişimlerin yapılması gerektiği vurgulanmıştır (Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, Erişim Tarihi: 2020). 2011 yılında yayımlanan ‘Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik’ kapsamında psikiyatri hemşireliğinin rol ve sorumluluklarından bir tanesi de içselleştirilmiş damgalanmayı azaltmaya yönelik girişimlerin planlanması ve uygulanması olarak belirtilmiştir. Ayrıca damgalanmaya yönelik hasta, aile ve topluma yönelik psikoeğitimlerin planlanması ve farkındalığın artırılmasında psikiyatri hemşiresinin görev yetki ve sorumlulukları olarak belirtilmiştir (Sağlık Bakanlığı, Psikiyatri Hemşirelik Yönetmeliği. Erişim Tarihi: 2020) Bu amaçla psikiyatri hemşireleri, çalıştıkları ekipler, toplum, aile ve bireylere yönelik damgalanmayla mücadeleyi artıracak psikoeğitimler planlamalı ve farkındalığı artırmalıdır. Savunuculuk ve danışmanlık rolleri ile psikiyatri hemşireleri tedavi sürecinde damgalanma riski olan bireyleri saptamalı ve taburculuk planına damgalanma ile mücadeleye yönelik psikoeğitimleri dâhil etmelidir (Çam ve Yalçın, 2018). Psikiyatri hemşireleri yalnızca tedavi sürecindeki bakımdan değil bireyin günlük hayatındaki rehabilitasyonundan da sorumludurlar (Sağlık Bakanlığı, Psikiyatri Hemşireliği Yönetmeliği. Erişim Tarihi: 2020). Bireyin hastaneye başvurusundan taburculuğuna kadar olan süreçte sosyal işlevselliğine yönelik risk değerlendirmesi yapmalı, işlevselliği artıracak yöntemler konusunda danışmanlık hizmeti vermeli ve kişinin sosyal işlevselliğini artırmaya yönelik psikososyal beceri eğitimleri, psikoeğitimler planlamalı ve uygulamalıdır (Ersöğütçü ve Karakaş, 2016). Hem damgalanmayı azaltmak hem de hastanın işlevselliğini artırabilmek için öncelikle hastanın içselleştirilmiş damgalanma yaşama ve işlevselliğine etki eden faktörlerin belirlenmesine ihtiyaç vardır. Bu duruma etki eden faktörlerin belirlenmesi, sosyal işlevsellik ve içselleştirilmiş damgalanmaya yönelik önlem alınmasını ya da hasta için gereken düzenlemelerin yapılmasını sağlayacaktır.

Literatürde OKB hastalarında içselleştirilmiş damgalanma ile yapılmış az sayıda çalışma olduğu, OKB tanısı alan hastalarda içselleştirilmiş damgalanmanın, sosyal işlevsellik üzerindeki etkisinin doğrudan çalışıldığı araştırmaya ise rastlanılmamıştır. Bu çalışma ulusal ve uluslararası alanda az çalışılmış olan; OKB tanısı alan bireylerde

içselleştirilmiş damgalanmayı saptama, damgalanmanın bireylerin sosyal işlevsellikleri üzerindeki etkisini ortaya koymak ve OKB tanısı alan bireylerde damgalanma, sosyal işlevsellik konularının önemi vurgulanarak damgalanma ile mücadeleye katkı sağlanılabileceği düşünülmektedir.

## **1.2.Araştırmanın Amacı**

Bu çalışma Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) tanısı alan hastalarda içselleştirilmiş damgalanma düzeyini belirlemek, hastaların bireysel ve hastalık özellikleri yönünden içselleştirilmiş damgalanma düzeyindeki farklılıkları belirlemek, içselleştirilmiş damgalanmanın sosyal işlevsellik düzeyine etkisini ortaya koymak amacıyla yapılmıştır.

## **1.3. Araştırma Soruları**

Obsesif Kompulsif Bozukluk tanılı hastaların;

**1.3.1.** İçselleştirilmiş damgalanma düzeyi genel ve alt grup puan ortalamaları nasıldır?

**1.3.2.** Sosyal işlevsellik düzeyi genel ve alt grup puan ortalamaları nasıldır?

**1.3.3.** İçselleştirilmiş damgalanma genel ve alt grupları ile sosyal işlevsellik genel ve alt grup puanları arasında ilişki var mıdır?

**1.3.4.** İçselleştirilmiş damgalanmanın sosyal işlevsellik düzeyine etkisi nasıldır?

**1.3.5.** Bireysel ve hastalık özellikleri yönünden içselleştirilmiş damgalanma ve genel ve alt grup puan ortalamaları arasında farklılık var mıdır?

**1.3.6.** Bireysel ve hastalık özellikleri yönünden sosyal işlevsellik genel ve alt grup puan ortalamaları arasında farklılık var mıdır?

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK

#### 2.1.1. Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanımı, Yaygınlığı

Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB), zorlantı veya saplantılarla karakterize olan, genellikle süregelen kimi zaman dönemsel alevlenmelerle ilerleyen, bilişsel, duygusal ve davranışsal bileşenleri olan, bireyin akademik, aile ve mesleki, sosyal yaşantısını olumsuz yönde etkileyen bir bozukluktur (Öztürk ve Uluşahin, 2015; Beşiroğlu ve ark. 2007). Obsesyon (saplantı, obsession), istenç dışı gelen, benliğe yabancı, bilinçli çaba ile kovulamayan, inatçı biçimde tekrarlayan düşünce, imge ya da dürtülerdir (Öztürk ve Uluşahin, 2015). Kompulsiyon (zorlantı,compulsion) ise saplantılı düşünceleri kovmak için yapılan, istenç dışı, benliğe yabancı, tekrarlayan hareketlerdir (Öztürk ve Uluşahin, 2015; Kaplan ve Sadock, 2016).

OKB'nin epidemiyolojisine bakıldığında; 1980'lere kadar nadir bir bozukluk olarak düşünülmekte iken günümüzde fobiler, madde kullanım bozukluğu ve duygulanım bozukluklarından sonra yaygınlık açısından dördüncü sırada yer almaktadır (Karamustafalıoğlu, 2010). OKB dünya çapında nüfusun yaklaşık %1-3'ünü etkilemektedir (Pallanti ve ark. 2011). Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü (NIHM)'a göre OKB'nin bir yıllık görünme prevalansı %1.2 ve yaşam boyu OKB prevalansı ise %2.3 olarak belirtilmiştir (NIHM, Erişim Tarihi: Kasım 2017). Ülkemizde ise yaşam boyu görülme sıklığı %2.5-6.2, 12 aylık prevalansı %0.5-5.6 arasında bulunmuştur (Tatlı, 2012). Erol ve arkadaşlarının (1998) yapmış olduğu çalışmada, OKB'nin kadınlarda daha sık oranda görüldüğü saptanmıştır. Hastalığın başlangıç yaşı ortalama 21.9-35.5 arasındadır (Bayar ve Yavuz, 2008). Hastalık erkeklerde daha erken başlamaktadır (Karamustafalıoğlu, 2010). Karamustafalıoğlu ve arkadaşlarının (2009) yaptığı çalışmaya göre; OKB'ye eşlik eden kişilik özelliklerinin neden olduğu uyum sorunlarının, hastaların evlenmemelerine ya da evli iseler sorun yaşamalarına yol açtığı bildirilmektedir. Aynı çalışmada, hastaların %52,5'inde ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü olduğu bulunmuştur.

DSM-4'te OKB anksiyete bozuklukları ile birlikte yer almaktadır. Obsesyonlarla anksiyetenin ortaya çıkması, kompulsionlarla anksiyetenin giderilmeye çalışılması bu sınıflamayı desteklemektedir. Fakat DSM-5'te OKB, anksiyete bozuklukları adı altında sınıflandırılmaktan çıkarılmış ve yeni bir başlık olan 'Obsesif Kompulsif Bozukluk ve



İlişkili Bozukluklar' başlığı altında sınıflandırılmıştır. DSM-5'te 'uygunsuz' terimi 'istenmeyen' terimi olarak değiştirilmiş ve yapılan bu değişiklikle farklı kültürler açısından egodistonik niteliğin daha iyi tanımlanması amaçlanmıştır (Zayman, 2016; Bayar ve Yavuz, 2008).

DSM-5 Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanı Kriterleri:

- A. Takıntıların (obsesyonların), zorlantıların (kompulsiyonların) veya her ikisinin birlikte varlığı.
- B. Takıntılar veya zorlantılar klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya neden olarak kişinin zamanını alır. Toplumsal, iş ve diğer önemli işlevsellik alanlarına etki ederek işlevsellikte düşmeye neden olur.
- C. Takıntı- zorlantı belirtileri, bir maddenin (kötüye kullanılabilen bir madde veya ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojisi ile ilgili etkilerine bağlanamaz.
- D. Bu bozukluk, başka ruhsal bozukluğun belirtileriyle daha doğru şekilde açıklanamaz (APA 2013; Köroğlu, 2014 ).

### **2.1.2. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Etiyolojisi**

OKB'nin etiyojisine dair bilgiler kesinleşmemesine rağmen etiyojisine bakıldığında; genetik, nöroanatmik, psikodinamik etkenler rol oynamaktadır. Genetik etkenlerle ilgili yapılan çalışmalarda; OKB'li bireylerin birinci derecede yakınlarında OKB görülme oranının, diğer bireylerin birinci derecede yakınlarında OKB görülme oranından daha fazla olduğu saptanmıştır (Kandaz, 2009; Şenöz, 2015).

OKB oluşumunda nörotransmitterlerinde rolü vardır. Özer (2015), OKB hastalarında BOS'ta seratonin metaboliti 5-HIAA (5 hidroksiindolasetikasit) düzeyinin arttığını, bu durumun seratoninin sentezinde ya da hücre içi yıkımının artışıyla ilişkili olduğunu belirtmiştir. Karamustafalıoğlu (2010), dopamin nöronlarının fazla olduğu bazal gangliyonlarda; infeksiyöz, toksik, vasküler hasarlardan sonra Obsesif Kompulsif belirtilerin ortaya çıktığını, OKB'li hastalarda dopamin düzensizliği ile ilgili istemsiz hareketler ve ince motor koordinasyonda bozukluk gibi nörolojik belirtilerin bulunmasından dolayı, OKB'nin ortaya çıkışında dopamin artışının rolü olduğunu belirtmiştir.

Nöroanatomik bulgulara bakıldığında ise; Saxena ve Rauch (2000), OKB'de orbitofrontal korteks, ventromedial kaudat, medial dorsal talamusta aktivite artmaktadır. Bu durum tipik Obsesif Kompulsif belirtilerin oluşmasının temel sebepleri olduğunu belirtmişlerdir. Rosenberg ve Hanna (2000), orbito frontal korteks ve anterior singulat korteks alanlarında hiperaktivite ile sonuçlanan bir patoloji söz konusu olduğunu, orbito frontal kortekste hiperaktivitenin belirtilere yansımalarıyla zorlayıcı düşünceler olurken; anterior singulat korteksteki hiperaktivite yaygın anksiyete ile ilgili olduğunu açıklamışlardır. OKB'nin oluşumunda elektrofizyolojik ve nöropsikolojik etkenlerin varlığında araştırılmış ve epileptik nöbetleri olan hastalarda OKB semptomları bildirilmiştir. OKB'li hastalarda %10-60 oranında değişen oranlarda Elektroensefalografi (EEG) anormallikleri saptanmıştır (Karamustafalıoğlu, 2010).

OKB oluşumunda psikoanalitik kurama bakıldığında; Sigmund Freud günümüzde OKB'yi obsesyonel nöroz olarak adlandırmıştır. Bastırılmış bilinçdışı dürtülerin sonucunda OKB belirtileri ortaya çıkar. Bastırılan bu dürtülerin yarattığı stres sonucu odipal fazdan yoğun ambivalans duygularıyla ilişkili anal faza regrese (gerileme) olunmaktadır (Yılmaz, 2018). Anal dönemin belirgin özelliklerinden biri eşit düzeydeki birbirine zıt dürtüler arasında çatışmanın olmasıdır. Aynı anda sevgi ve nefret duygularına sahip olan kişinin duygu ve davranışlarında iki değerlilik (ambivalence) mevcuttur. Bu durum belirgin olarak, eyleme geçme aşamasında yaşanan tereddütlerde, kararsızlıklarda kendini gösterir (Ayoğlu, 2012). OKB'de kullanılan temel savunma düzenekleri; regresyon (gerileme), replasman (yerine koyma), reaksiyon formasyonu (karşit tepki oluşturma), yapma bozma (doing-undoing) ve izolasyondur (yalıtma) (Satan, 2014).

OKB oluşumunda bilişsel ve davranışçı kurama göre; temelde herkesin aklına gelebilecek, korkutucu olarak kabul edilmeyecek düşünceler (örneğin; hastalanma, mikrop kapma) koşullanma yolu ile birey tarafından anksiyete ile ilişkilendirilerek huzursuzluğa neden olan etmen olarak kabul edilmektedir. Birey bu düşünceler nedeniyle anksiyete yaşamakta ve kaçma-kaçınma davranışı göstererek rahatlamaya çalışmaktadır. Bu kurama göre; obsesyonlar öğrenilmiş davranışlar, kompulsiyonlar ise anksiyeteyi gidermek için öğrenilmiş ve tekrarlanmış davranış bütünüdür (Akyüz, 2013).

OKB'nin prognozunda ise gidiş uzun ve değişkendir. Hastaların semptomlarında; %20-30'unun önemli ölçüde ve %40-50'sinde orta derecede düzelme görülürken, %20-40'ında ise semptomlar aynı kalır ya da kötüleşir (Bayar ve Yavuz, 2008). Kompulsiyonlara karşı koyamama, erken başlangıç, hastalığın şiddetli başlaması, hastalığın uzun ve süregelen olması, bizar kompulsiyonlar, aşırı değerlendirilmiş düşüncelerin varlığı, kişilik bozukluğunun varlığı, hastaneye yatış gereksinimi, majör depresyon veya hezeyanların eşlik etmesi, sanrılarının, kişilik bozukluklarının (özellikle şizotipal, paranoid ve sınır kişilik) mevcudiyeti, bireyin sosyal uyumunun kötü olması ve sosyal becerilerinin yetersiz olması kötü prognozu gösterir. Hastanın sosyal ve mesleki düzenin iyi olması, başlatan bir olayın olması ve kısa süreli belirtilerin varlığı iyi prognoz göstergeleri arasında sayılabilir (Kaplan ve Sadock, 2016).

### **2.1.3. Obsesif Kompulsif Bozuklukta Tedavi Yöntemleri**

OKB'li bireylerde işlevselliğin bozulması, içgörünün olmaması ve hastalığın şiddetinin artmasına bağlı olarak sağlık yardımı arama davranışı olumsuz etkilenmektedir (Steketee, 1993; Beyazyüz ve ark. 2015). OKB'li hastaların belirtiler başladıktan sonra hastaneye başvurma süresi ortalama 10 yıldır (Beşiroğlu ve Ağargün, 2006; Öztürk ve Uluşahin, 2015). Kohn ve arkadaşları (2004); OKB hastalarının son 12 ayda %59.5'inin tedavi arayışının olmadığını belirlemiştir. Tedaviler farmakolojik ve psikososyal olmak üzere iki ana grupta toplanabilir. OKB'de tedavi yöntemlerine bakıldığında psikofarmakolojik yöntemler ve psikoterapilerin yer aldığı görülmektedir. Bunlardan OKB'nin psikofarmakoterapisinde; serotonin geri alım inhibitörlerinin (SSRI) etkinliği araştırmalar ile kanıtlanmıştır. SSRI'lar trisiklik ilaçlardan daha etkilidirler, bu yüzden OKB tedavisinde birinci basamak ilaç olarak kullanılırlar (Atile, 2015). Tedavi amaçlı Food and Drug Administration (FDA)'nın onayladığı ve en yaygın kullanılan anti-depresanlar; Clomipramine (Anafranil), Fluoxetine (Prozac), Fluvoxamine (Luvox CR), Pa-roxetine (Paxil, Pexeva) ve Sertraline (Zoloft)'dır (FDA, Erişim Tarihi: 2019). SSRI'dan faydalanılamazsa bir nöroleptik (risperidon, olanzapin, gibi) veya lityum ile tedavi desteklenebilir. OKB'nin tedavisinde kullanılabilecek diğer ilaçlar monoaminooksidan inhibitörleri (MAOI), buspiron ve klonazepam'dır. OKB tedavisinde, SSRI'lar veya klomiprain tek ajan olarak %50-60 başarılıdır. Farmakolojik ve davranışsal tedavi kombinasyonu ile semptomlar %50-70 oranında azalır (Kara 2015).

OKB’de kullanılan psikoterapi yöntemlerine bakıldığında; davranışçı tekniklerin prensipleri, hastayı obsesyonele düşüncelere yoğun şekilde maruz bırakma ve tepki önlemeyi (Exposure and response prevention-ERP) içermektedir. Bu tedavide amaç hastanın program içerisinde anksiyeteye neden olan ve kompulsiyonlarını arttıran durumların üzerine gitmesi sağlanarak tekrarlayan davranışlarını engelleyebilmesidir. Hastaların korktukları ya da endişe ettikleri düşüncelerle tekrar tekrar yüzleşmeleri; ilk anda yaşadıkları anksiyetenin azalmasına, hissedilen korkuya alışılmasına neden olarak hastanın anksiyetesiyle baş etmesini kolaylaştırır. Aileden birinin yardımcı terapist olması ve hastanın alışık olduğu ortamlarda başlanması tedaviyi daha etkili kılar. Kirlilik obsesyonu- temizleme kompulsiyonu olan hastalar terapi için uygundur. Kontrol etme kompulsiyonları terapilere zor yanıt verir (Yılmaz, 2018; Bucholz ve Abramowitz, 2019). OKB’de normal düşünceleri obsesyonlardan ayıran düşüncenin içeriği değil bireyin düşünceye yaptığı yorumdur. OKB’li bireyler düşüncenin oluşma ihtimalini ve sonuçlarını abartılı algırlar. Bilişsel terapide amaç hatalı inançların değiştirilerek yeniden uyarlanmasıdır. Abartılı şekilde algılanan düşünceler engellenerek, düşüncelerin kişinin öznel değerlendirmesi sonucu oluştuğu vurgulanır. Tedavide bilişsel hataların saptanması ve daha sonra işlevsel olmayan düşüncelerin yerine daha gerçekçi düşüncelerle değiştirilmesi öğretilir (Yılmaz, 2018). Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) maruz bırakma ve yanıt önleme yöntemleri temel bileşenlerdir. BDT’nin bölümleri; hastalık hakkında bilgilendirme, bilişsel yeniden yapılandırma, beceri oluşturarak terapist kontrolünde uyarana maruz bırakma, alıştırma, yanıt önleme ve son olarak ev ödevleri vermedir (Selin, 2012). OKB’de psikanaliz yada psikanalitik yönelimli psikoterapilere bakıldığında; OKB hastalarının değişime dirençlerinden dolayı bu terapi yönteminin kullanımı tercih edilmemektedir. Ancak OKB ile beraber depresyon ya da anksiyete bulgularında aile ilişkileri düzeltme, arkadaş ilişkilerini artırma, baş etme becerilerini artırma, depresyon ve anksiyete semptomlarıyla baş etme amacıyla destekleyici terapi olarak tercih edilmektedir (Deniz, 2015).

Psikoterapi ve ilaç tedavileri uygulanmasına rağmen cevap alınamayan hastalara ‘Elektro Konvülsif Tedavi’ uygulanabilir. Anestezi ile yapılan EKT haftada üç kez olmak üzere, tedavinin toplam süresi 2-4 hafta sürer (Özer, 2015). Tekrarlamalı Transkraniyal Manyetik Uyarım Tedavisi(TMS) ve Vagus Sinir Uyarım tedavisi OKB’de kullanılan fakat etkili olmayan diğer tedavi yöntemleridir (Yılmaz, 2018).

#### 2.1.4. Obsesif Kompulsif Bozuklukta Klinik Belirtiler

OKB’de üç önemli öge vardır. Birincisi; kişide istenç dışı, benliğe yabancı, bilinçli çaba ile kovulamayan, tekrarlayıcı ve zorlayıcı özellikte düşünce, imaj ve dürtü bulunmasıdır. Bunlar obsesyon olarak adlandırılır. İkincisi; bu düşünce ve eylemlerin kontrol edilme çabasının olması ile ortaya çıkan istenç dışı, benliğe yabancı, yineleyici hareketlerin olmasıdır. Bunlarda kompulsiyon olarak adlandırılmaktadır. Üçüncüsü, birey obsesyonların iç kaynaklı olduğunu bilir (Kaplan ve Sadock, 2016; Karamustafalıoğlu, 2010).

Obsesyonların neden olduğu anksiyeteyi azaltmak için kompulsiyonlar başlar, ancak bu durum kontrol edilemez düzeye ulaşır ve bu yineleyen eylem kişi için kaygı kaynağı olur. Kişi, saplantılarının aklına gelmemesi ya da zorlantılı hareketler yapmamak için kendini zorlar; fakat zorlandıkça istenmeyen düşünceler yinelenir ve istenmeyen hareketler tekrarlanır (Şekil-1).



**Şekil 1:** Obsesyon- Nötralizasyon- Rahatlama- İnancın Pekiştirilmesi Döngüsü (Rachman, 1998).

OKB, obsesyon ve kompulsiyonlar ile beraber giden bir hastalıktır. Kişide ortaya çıkan obsesyon ve kompulsiyonlar şunlardır;

Saldırganlık obsesyonları; başkalarına yönelik öldürme, yaralama ve çeşitli şekillerde zarar verme düşüncelerini içermektedir. Bu tür obsesyonlar, arabaların önüne atlama, kendini pencereden aşağı atma şeklinde ortaya çıkar.

Zarar verme obsesyonu olan hastalar, makas, bıçak gibi sivri nesnelere kaçınırlar. Sevdikleri kişilerle yalnız kalmaktan kaçınırlar. Bu obsesyon genellikle ev hanımı olan annelerde, çocuklarına zarar verme obsesyonu şeklinde görülmektedir. Bazı hastalar ise daha çok kendine zarar vermekten korkarlar (Karamustafalıoğlu, 2010; Çiçek, 2011; Yüksel, 2006). Simond ve Thorpe'ın yaptığı çalışmaya (2003) göre; zarar verme obsesyonlarının toplum tarafından diğer obsesyon tiplerine göre sosyal açıdan daha kabul edilemez ve daha utanç verici olarak değerlendirildiği bulunmuştur. Ülkemizde 376 kişilik sağlıklı gönüllü ile yapılan çalışmada; saldırganlık obsesyonları ve ilişkili kompulsyonlar diğer belirtilere kıyasla daha fazla kabul edilemez bir durum ve ruhsal hastalık belirtisi olarak tanımlanmıştır (Beşiroğlu ve ark. 2010).

Kirlilik/Bulaşma obsesyonları; hasta, el sıkışma ya da kapı tokmakları, para gibi nesnelere temas halinde kendisine idrar, dışkı, sperm bulaşabileceği endişesi taşır. Bulaşmayı engel olmak amacıyla, eşyalara ve insanlara temas etmekten kaçınabilirler (Karamustafalıoğlu, 2010). Kirlilik/Bulaşma obsesyonunu nötralize etmek için temizleme kompulsiyonu gelişir. Sık sık ve uzun süre el yıkama, banyo yapma, tuvalette uzun süre kalma, yıkanan çamaşır ve bulaşığı tekrar yıkama, kıyafetlerini sık değiştirme şeklinde kompulsyonlar görülebilir. Kişi kendini ya da çevresini kirli ve pis hissetmesinin üstesinden gelmeye çalışmaktadır (Çiçek 2011; Kaplan ve Sadock, 2016; Yüksel, 2006; Karamustafalıoğlu, 2010). Kirlenme obsesyonları ve ilişkili kompulsyonlar diğer kompulsyonlara göre daha fazla hastalık olarak kabul edilmesine karşın, diğer kompulsyon türlerine göre aileleri ve insanlar tarafından bu hastalarla birlikte yaşamanın daha zor olduğu belirtilmiştir (Beşiroğlu ve ark. 2010).

Şüphe/Kuşku obsesyonları; bir eylemin yapıldığından emin olamama, oluşabilecek felaketleri önlemek ve güvenliği sağlamak amacıyla kişide ortaya çıkan düşüncelerdir (Karamustafalıoğlu, 2010). Kişi kapı, ocak, doğalgaz, elektrik gibi nesnelere kapatıp kapatmadığından emin olamaz ve sıklıkla kontrol etme ihtiyacı hisseder. Güvenliği sağlamak için kontrol etme/denetleme kompulsiyonu geliştirirler (Çiçek, 2011; Kaplan ve Sadock, 2016; Yüksel, 2006).

Cinsel obsesyonlar; kişi için kabul edilemez ve utanç vericidir. Yakınları ile cinsel ilişkide bulunma ya da cinsel yönelimle ilişkili farklılık düşüncesi şeklinde ortaya çıkabilir (Karamustafalıoğlu, 2010).

Bu obsesyonlar çok rahatsız edici, hakkında konuşulmak istenmeyen, kişinin kendisinde bulunmasından dolayı rahatsızlık duyabileceği, ahlaki değerlerine zıt olarak algılanan obsesyonlardır. Genellikle kontrol veya yıkanma kompulsiyonları ile birlikte görülmektedir (Çiçek, 2011; Yüksel, 2006).

Simetri ve kesinlik obsesyonları; nesnelere veya olayların belli bir düzen ve konum içerisinde olması düşüncesi ile karakterizedir. Simetri ve kesinlik obsesyonlarına bağlı olarak kişide simetri/düzenleme kompulsiyonları gelişmektedir (Karamustafalıoğlu, 2010). Bu tür obsesyonlarda kişi, eşyaları belirli bir sıra ve düzen içinde tutmaya çalışır. Bu durum hastanın çok zamanını alarak sosyal yaşamında zaman kayıplarına yol açar (Çiçek, 2011).

Dinsel obsesyonlar; günah, doğru/yanlış kavramları ile karakterizedir. Sık sık dua okuma, namaz kılma, abdest alma şeklinde davranışlar görülür (Öztürk ve Uluşahin, 2015). Bu bireylerin yaptıkları herhangi bir davranışın veya söylediği herhangi bir sözün günah olup olmadığına dair obsesyonları vardır (Uslu, 2018).

Somatik obsesyonlar; hayatı tehdit eden kanser, AIDS, kuduz gibi bir hastalığa yakalanmayla ilişkilidir. Hastalar bu hastalıklardan korunmak için sürekli yöntem arayışı içindedirler (Karamustafalıoğlu, 2010).

İstifçilik/biriktirme; maddi ya da manevi değeri olmayan birçok şeyin gereksinim duyulmadığı halde saklanıp biriktirildiği bir durumdur (Çiçek, 2011). Biriktirme kompulsiyonları, ihtiyaç olunmayan herhangi bir şeyi satın alma ya da sahip olunan hiçbir şeyi atmama şeklinde görülmektedir (Karamustafalıoğlu, 2010).

Kompulsiyonlar davranış olarak ortaya çıkabildiği gibi zihinsel olarak da ortaya çıkabilmektedir. Kişi davranışın tam olarak yapıldığından emin olamaz ve davranış emin oluncaya kadar yinelenir. Yineleyici tarzda dua etme, otomobil plakalarını ve evlerin yerini sayma gibi eylemler zihinsel kompulsiyonlara örnek olarak verilebilir. Tekrarlama kompulsiyonları, bazı davranışların aynı şekilde ve sayıda tekrarlandığı kompulsiyonlardır. Sayma kompulsiyonları, otomobil plakalarını, apartman katlarını sayma şeklinde ortaya çıkan zihinsel kompulsiyonlardır. Dokunma kompulsiyonları ise kişinin kendini belirli nesnelere dokunmak zorunda hissettiği kompulsiyonlardır (Karamustafalıoğlu, 2010). Tablo 1’de sık görülen obsesyonlar ve kompulsiyonlar gösterilmiştir.

OBSESYON	İLİŞKİLİ KOMPULSİYON
Pislik, mikrop, virüs, beden salgıları veya dışkı, kimyasal ve tehlikeli madde bulaşma korkusu	Yıkama ve temizleme kompulsiyonları, tetikleyicilerden kaçınma davranışı
Kendisinin ya da başkasının zarar göreceğinden korkma ya da şüphelenme Düzen, simetri konusunda aşırı kaygı	Kontrol etme ve şüpheleri gidermeye çalışma kompulsiyonları
Tanrı'ya hakaret ya da birinin bebeğini bıçaklamak gibi saldırgan düşünceler	Kişinin belleğin sürekli kontrol etmesi ve tetikleyicilerden kaçınma davranışı
İhtiyaç olunmayan şeyleri biriktirme dürtüsü	İstifleme/biriktirme

**Tablo 1:** Sık görülen Obsesyon ve Kompulsiyonlar (Veale ve Roberts, 2014)

Sıklık sırasına göre obsesyonlar, bulaşma, kuşku, somatik, simetri, saldırganlık, cinsel ve dinsel şeklinde sıralanırken; kompulsiyonlar, kontrol etme, temizleme, sayma, sorma, dua etme, simetri, istifleme şeklinde sıralanır (Çiçek, 2011). Temizleme ve dua etme obsesyonlarının sıklığı kültürler göre farklılaşmaktadır (Sayar ve ark.1999). Kirlilik obsesyonları ve temizlik kompulsiyonu kadınlarda; saldırganlık, cinsellik, düzenlilik, simetri obsesyonları ve kontrol kompulsiyonları erkeklerde daha fazla görülmektedir (Karamustafaloğlu, 2010; Binbay ve ark. 2014).

Obsesyon ve kompulsiyonlar hastalığın süresi uzadıkça bireylerin sosyal, aile, eğitim ve mesleki yaşantılarındaki işlevselliklerinin azalmasına ve iyi olma, boş zaman etkinliklerinden zevk alma, üretkenlik gibi yaşam kalitesi alanlarında olumsuz yönde etki ederek yaşam kalitesinin düşmesine neden olur (Kaplan ve Sadock, 2016; Çam ve Bilge, 2013; Jacoby ve ark.2014). OKB'li bireylerin yaşam kalitesi, sağlıklı bireylerden daha düşükken, diğer psikiyatrik bozukluk yaşayan bireylerle eşit ya da daha kötü düzeydedir. OKB'li bireyler, depresif bozukluk ve madde bağımlılığı olan hastalara oranla yaşam kalitelerinin daha kötü olduğu görülmektedir (Schwartzman ve ark. 2017; Veale ve Roberts, 2014). Beşiroğlu ve arkadaşlarının (2007), Obsesif Kompulsif Bozukluk'ta yaşam kalitesi ile ilişkili etkenleri saptamak amacıyla yaptığı çalışmada; OKB hastalarının, %92'sinde özgüven azalması, %73'ünde ailesi ile olan ilişkilerinin



bozulması, %66'sında kariyer isteğinin azalması, %62'sinde arkadaş edinme ya da ilişkiyi devam ettirme güçlüğü, %58'inde akademik başarıda düşme, %47'sinde mesleki sorunlar, %40'ında işe devamlılıkta güçlük yaşama gibi sorunlar ifade etmişlerdir. Obsesyon ve kompulsiyonlar kişinin hayatında birçok olumsuzluğa neden olmaktadır. Kişi, obsesyon ve kompulsiyonların zaman kaybına neden olmasından dolayı bağımsız olarak yemek yapma, öz bakım, alışveriş yapma, kendi çamaşırlarını yıkama, para hesabı yapma gibi günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmekte zorlanmaktadırlar. İş arama, dışarı çıkma, toplu taşıma araçlarının kullanımı konusunda zorlanmakta ve aile bireylerine bağımlı hale gelmektedirler. Semptomların diğer insanlar tarafından garip karşılanmasından endişe eden OKB'li hastalar, diğer insanlarla iletişime geçmekten, arkadaşlık kurmaktan, misafir kabul etmekten ve sinema, tiyatro, sergi gibi sosyal etkinliklere katılmaktan kaçınırlar. Obsesyon ve kompulsiyonlar, kişilerin iş, eğitim ve sosyal alanlarda işlevlerinin azalmasına neden olmaktadır. Hem kişinin hayatındaki olumsuzluklar hem de belirtilerin diğer insanlar tarafından olumsuz tepkilere yol açması nedeniyle bireyler toplum tarafından dışlanmaktadırlar (Ersoy ve Ünsal, 2017).

## **2.2.DAMGALANMA (STİGMATİZASYON, ETİKETLENME)**

Damga, sözcük olarak 'delik, delmek, yara izi' anlamına gelse de, günümüzde 'kara leke' anlamında kullanılmaktadır. Damga sözcüğünün bu anlamda kullanılmaya başlanması, ortaçağda suçlu kişilerin kızgın demirle dağlanmalarına dayanmaktadır. Damgalanma, bir kişinin diğer bireylerden ayrılacak şekilde genel anlamda kötülenmesi, gözden düşürülmesi, aşağı görülmesi olarak tanımlanmıştır (Goffman, 1963). Damgalanma, kişinin sahip olduğu değerler ile toplumda kabul edilmiş değerler uyuşmadığı zaman ortaya çıkmaktadır. Damgalanmanın ortaya çıkması için birçok zihinsel aşama gereklidir. Bu aşamalar şöyledir:

**1.Etiketleme (Labelling) :** Damgalanma süreci, kişinin hastalık tanısı ya da etiketini alması ile başlamaktadır. Bu etiket, toplumun ortak görüşünü ifade eden stereotipilere zemin hazırlamaktadır.

**2.Stereotipiler:** Stereotipi 'bir kez oluştuktan sonra değişmeyen' anlamında kullanılmaktadır. Toplumun ortak görüşünü temsil eder. Kişiler durumlar hakkında duyduklarını stereotipiler aracılığıyla kavramsallaştırmaya çalışırlar. Stereotipiler, kişinin sahip olduğu önyargıların ortaya çıkmasına neden olur (Corrigan ve Lundin, 2001; Taşkın, 2007).

**3.Bilişsel Ayırma ya da Önyargılar:** Stereotipilerin etkinleşmesi ile birey, diğer özelliklerinden bağımsız olarak olumsuz yönleriyle değerlendirilmeye başlanır. Kişi artık toplumun zihnindeki önyargılara göre değerlendirilir. Önyargı, kişilerin bir durum ya da nesne hakkında, gerçeklerden bağımsız olarak bilişsel bir değerlendirme yapmaksızın, daha önceki yargılar ve stereotipiler üzerinde oluşturulmuş bir yargıdır. Önyargılı bir yaklaşımda durumun ya da nesnenin gerçek özellikleri önem taşımamaktadır. Önyargılar, stereotipileri desteklerler bu durum sonucunda bireyde bazı duygusal reaksiyonlara neden olurlar (Corrigan ve Lundin, 2001).

**4.Duygusal Reaksiyonlar:** Toplum tarafından önyargılar sonucu damgalanan kişilerin, toplum huzurunu bozan, beceriksiz, işe yaramaz, kendilerine bakamayan kişiler olarak değerlendirilmeleri, damgalanan bireyde korku ve öfke duygularına neden olmaktadır (Taşkın, 2007.s.34).

**5.Sosyal Konum Yitimi:** Damgalanan kişiler, bilişsel ve duygusal reaksiyonlar sonucu, toplumda eski sosyal konumlarını yitirirler. Toplum, bu kişilerden uzak durma eğiliminde olduğu gibi damgalanan kişiler de toplumdan uzak durmak istemektedirler. İnsan ilişkilerinin tüm alanlarına yansıyan bu tutum sonucu, damgalanan bireyler ayrımcılık ve dışlanmaya maruz kalmaktadır.

**6. Ayrımcılık (Discrimination):** Stereotipilere ve önyargılara göre değerlendirilen durum sonucu ortaya çıkan bilişsel ve duygusal yanıtlar, davranışlara yansır. Ayrımcılık, damgalanan birey ile yakın olmak istememe, karşıt olma durumu ile başlar ve damgalanan kişilerin kısıtlanması, engellenmesi ve toplumdan dışlanması ile sonuçlanır (Corrigan ve Lundin, 2001; Link ve Phelan, 2001).

Damgalanmayı etkileyen birçok faktör vardır. Bunlar; farklı inanç sistemleri, kültürler, ruhsal ve tarihsel sebepler, tanımlayıcı özellikler (yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, meslek, medeni durum, sosyoekonomik durum), hastalık konusunda bilgi, ruhsal hastalık algısı/etiketi, hastalık özellikleri, hastalığın kötü gidişatı ve kitle iletişim araçlarıdır (Karagöl ve ark. 2013; Korkmaz, 2013; Taşkın, 2007.s.34.; Hayward ve Bright, 1997). İçerisinde yaşanan kültürün norm ve özellikleri, tutumların en önemli belirleyicisidir (Taşkın, 2007.s:17).

Pincus (1996) tarafından damgalanmanın üç düzeyi tanımlanmıştır. Bunlardan ilki 'Yapısal Damgalanma' dır. Ayrımcılık yalnızca bireysel tutum ve düşüncelerin sonucu değildir. Toplumsal kurallar ve düzenlemeler de ruhsal hastalığı olan bireylerin damgalanmasına neden olmaktadır. Yapısal damgalanma, deneyimlenen damgalama

olarak da ifade edilmektedir. Yapısal damgalanma, toplumdaki gruplara karşı, sosyopolitik güçlerle imkânların kısıtlanması, hükümet bütçelerinden yeterli pay ayrılmaması gibi durumları içerir (Corrigan ve ark. 2014; Nicholas ve ark. 2011; Özmen ve Erdem, 2018). Kişinin oy kullanma, seçim bürosu açma, evlat edinme, evlenme gibi haklardan mahrum edilmesi de bu damgalanmaya örnek gösterilebilir (Corrigan ve ark. 2014). Diğer bir damgalanma türü ise ‘Toplumsal Damgalanma’dır. Toplumsal damgalanma, genel kamu tarafından sahip olunan kalıp yargılar, önyargılar ve ayrımcılıkları içerir. Örneğin, toplumda ruhsal hastalığı olan bireyler tehlikeli olarak görülüyorlarsa, bu özellikteki kişilerden kaçınma davranışı gösterilir (Karagöl ve ark. 2013; Özmen ve Erdem, 2018). Toplumsal damgalanma, içselleştirilmiş damgalanmaya yol açar (Simmons ve ark. 2015; Corrigan ve ark. 2014). Çeşitli damgalanmalar arasında bireye psikolojik olarak en fazla zarar veren içselleştirilmiş damgalanmadır (İD) (Kök ve Demir, 2018). Corrigan’a göre (1998) içselleştirilmiş damgalanma, bireyin toplumun kendi hakkındaki olumsuz yargıları kabullenmesi ve bunun sonucunda değersizlik, utanç gibi olumsuz duygularla kendisini toplumdan geri çekmesidir. İçselleştirilmiş damgalanma, ilk kez 1980’li yıllarda eşcinsel bireylerle çalışılmaya başlanmıştır (Ersoy ve Varan, 2007).

İçselleştirilmiş damgalanmanın varlığı kişinin toplum tarafından damgalanması ve ayrıma tabi tutulması gibi bir ön şartın varlığını gerektirmez. İçselleştirilmiş damgalanma, kişi yardım alma ihtiyacı hissettiği anda kendi zihninde ‘Damgalanma algısı’ ile başlayan bir süreçtir. Damgalanma algısı, kişinin ruhsal hastalık tanısı (etiketi) alması ile beraber damgalanma ve dışlama deneyimlerinden bağımsız olarak damgalandığını düşünmeye başlaması olarak tanımlanmaktadır (Taşkın, 2007). Damgalanma algısı için en önemli kaynak kişinin kendisidir. Örneğin; birey ruhsal hastalık tanısı aldığı anda, kendi algılarının doğrultusunda çoğu insanın onu reddedeceğini, değersizleştireceğini düşünür (Ritsher ve Phelan, 2004). Bu nedenle içselleştirilmiş damgalanma somut damgalanma deneyimleri sonucunda değil, belirli ortak inanç ve önyargıları olan bir toplum içinde yaşama sonucunda ortaya çıkan öznel bir durum olarak kabul edilebilir (Beyazyüz ve ark. 2015). Sarıkoç (2011), damgalanma riski taşıyan bireylerin toplum tarafından damgalanmaya maruz kalmadıkları halde kendilerini etiketlenmiş olarak algıladıklarını belirtmiştir.

Corrigan içselleştirilmiş damgalamanın “3A” kavramı ile gerçekleştirdiğini ifade etmiştir. Bu kavramlar “awareness (farkındalık)”, “agreement (anlaşma)” ve “application (uygulama)” şeklindedir.

**1. Farkındalık (Awareness):** Kişinin ruhsal bir hastalığa sahip olmadan önceki, ruhsal hastalığı olanlara yönelik toplum tarafından üretilen, basmakalıp düşüncelerin farkında olmasıdır. “Akıl hastalığı olan insanlar tehlikelidir” gibi düşünceler örnek olarak verilebilir (Sarıkoc, 2011; Tanabe ve ark. 2016; Corrigan ve Watson, 2002).

**2. Anlaşma-Onaylama (Agreement):** Bireyin farkına vardığı bu stereotiplerle aynı fikirde olması (kendisiyle bağdaştırması) ve haklı olarak görmesi durumudur. Örneğin; “Evet doğru, akıl sağlığı olan insanlar, davranışlarından dolayı suçlanıyorlar”. Fakat bu iki faktör, içselleştirilmiş damgalanmanın oluşabilmesi için yeterli değildir.

**3. Uygulama (Application):** Kişinin hastalık tanısı konulduktan sonra doğru bulduğu basmakalıp düşüncelerin kendisi için de geçerli olduğunu kabul etmesi ve kendine stereotipleri uygulamasıdır. Örneğin; “Akıl hastalığım var ve bu yüzden kendimi suçlamalıyım” (Sarıkoc, 2011). Bu bireyler, bir kez kendileri ya da başkaları tarafından “akıl hastası” olarak etiketlendiklerinde, kendilerini bu gurubun bir üyesi olarak görürler. Damgalanmanın içselleştirilmesiyle birlikte bu olumsuz kalıp yargılar kendileri için de geçerli “gerçekler” haline gelir ve kişide utanç duygusuna yol açar (Ersoy ve Varan, 2007).

İçselleştirilmiş damgalanmayı etkileyen birçok faktör vardır. Sosyal izolasyon içinde bulunan ve iletişim kurma konusunda güçlük yaşayan hastalar için tutumlar daha olumsuzdur. Hastanın ruhsal hastalıkla birlikte fiziksel işlevlerinde bozulmanın olması damgalanma algısını arttırmaktadır. Ayrıca; hastaneye yatış süresinin fazla olması, hastalık süresinin uzaması, hastalık şiddetinin artmasının, yeti yitiminin fazla olmasının, EKT tedavisi almış olmanın içselleştirilmiş damgalanma düzeyini arttırdığı belirtilmektedir (Taşkın, 2007, s.73-114; Taşkın, 2007, s.31-40; Ersoy ve Varan, 2007; Stengler-Wenzke ve ark.2004). Hastalıkları ve hastalık sonrası sağaltım konusunda bilgili olan hastalar daha düşük bir damgalanma algısına sahiptir (Taşkın, 2007, s.34). Hastalık nedeni ile toplumsal ve mesleki işlevlerinde eskiye göre bozulma olan hastalarda damgalanma algısı daha yüksek düzeydedir (Yanos ve ark. 2011; Taşkın, 2007, s.34). Ayrıca düşük veya orta geliri olan bireyler, yüksek geliri olan bireylerden daha yüksek içselleştirilmiş damgalanma düzeyine sahiptir (Ersoy ve Varan, 2007).

### 2.2.1. Ruhsal Hastalıklar ve Damgalanma

Bir kişi ya da toplum kendisini rahatsız eden bir durum ile karşılaştığında onu dışlayıp, yabancılaştırma yoluna gider. Bu süreç bazı hastalıklarda damgalanmaya neden olmaktadır. Toplum, bu hastalıklar hakkında yeterli bilgi sahibi olmadığı halde, hastalıklara ilişkin önyargılara sahiptir. AIDS, epilepsi, obezite, engellilik, Otizm, eşcinsel ve transseksüel bireyler damgalanma yönünden riskli grupları oluşturmaktadır (Gökengin ve ark. 2017; Zeng ve ark. 2018; Ay, 2017; Yanıkkerem, 2017; Uz ve Kaya, 2018). Aile, toplum ve ülkeye ekonomik, sosyal yük oluşturarak yeti yitimi, etiketleme, intihar girişimi, maliyet yükü açısından dünyada önemli bir halk sağlığı sorunu olan ruhsal hastalıklar, tarih boyunca damgalanmaya ilişkin olumsuz tutumların en üst düzeyde yaşandığı hastalıklar olarak belirtilmiştir (Üçok, 2003; Öztürk, 2015). Hasta ve bakım verenler içerisinde damgalanma en çok hasta üzerinde olumsuz etkiye sahiptir. Bireyler, ruhsal bozukluğun ortaya çıkmasıyla beliren semptomlarla baş etmeye çalışırken, aynı zamanda ruhsal bozuklukla etiketlenmekte ve toplumun ayrımcı davranışları, olumsuz duygusal tepkileri ve önyargılarına maruz kalmaktadır. Damgalayıcı tutum ve davranışlar, kişilerin yaşam fırsatlarını büyük ölçüde engellediği için “ikincil bir hastalık” olarak da tanımlanmaktadır (Finzen’den aktaran Ociskova ve arkadaşları, 2013).

Damgalanma ruhsal hastalığı olan bireyler üzerinde; utanma, yetersizlik duyguları, olumsuz düşüncelerde artma, sosyal ilişkilerden kaçınma, benlik saygısında düşme, umutsuzluk, mesleki, ailevi ve sosyal performansının azalması, yaşam kalitesinin azalması gibi olumsuz sonuçlara neden olmaktadır (Yakar, 2019; Kurnaz, 2019; Brohan ve ark. 2010; İsmanur, 2016; Livingston ve Boyd, 2010; Çam ve Dağlı, 2017; Sickel ve ark.2014). Ayrıca sağlık bakım hizmetlerine başvurmada gecikme, semptomların şiddetinde artma, hastaların kendilerini toplumda hak ettikleri yerde, hatta topluma ait hissedememelerine neden olmaktadır (Boysen ve Vogel, 2008; Yanos ve ark.2011; Livingston ve Boyd, 2010). Damgalanma, ruhsal hastalığı olan bireylerin bağımsız yaşamlarını da önemli ölçüde etkilemektedir (Corrigan ve ark. 2010). Aile ve meslek ilişkilerinde, sosyal yaşamında katılımın gerektiği durumları reddederler (Arslantaş ve ark. 2010). Damgalanma sebebiyle ruhsal hastalığı olan kişiler kendileri ve hastalıkları hakkında konuşmamayı tercih ederler. Çoğunlukla yalnız, toplumdan soyutlanmış olarak hayatlarını sürdürürler (Yıldırım, 2018). Türkiye Psikiyatri Derneği Duygudurum Bozuklukları Bilimsel Çalışma Birimi’nin Ersoy ve Varan (2007), tarafından yapılan

çalışmada; hastaların %46'sının kendilerini tam veya kısmen yetersiz ya da eksikmiş gibi hissettikleri, %40'ının çevresindeki kişiler tarafından tam veya kısmen yetersiz ya da eksikmiş gibi görüldükleri bildirilmiştir. Aynı çalışmada, hastaların %60'ının hastalıklarının evlenme konusunda olumsuzluk yaratacağı görüşünde oldukları, mesleki işlevsellik açısından, hastaların %55'inin hastalıklarını iş bulma konusunda zorluk yaşama nedeni olarak gördükleri belirlenmiştir. Damgalanma, bireylerin günlük yaşamında birçok alanı etkiler. Bunlardan biri çalışma hayatıdır. İşverenler, hastaları saldırgan, tehlikeli, korkutucu ve güvenilmez olarak gördükleri için işe almak konusunda isteksizdir. Bu düşünce ve davranışlar zihinsel bozukluğu olan bireylerin çalışma hayatına katılmalarını engeller. Çalışma hayatından uzaklaşmak, toplumda dışlanmak gibi yeni sorunlara yol açar. Bu durum güvenlerinin sarsılmasına neden olmaktadır (Brohan ve ark. 2010). İşverenlerin ve iş arkadaşlarının olumsuz tutumları ve davranışları işsizliği artıran en önemli faktörlerdir (Stuart, 2006). Toplumun ayrımcı davranışları da ruhsal bozukluğu olan bireylerin nitelikli bir iş bulma ve barınma gereksinimlerini karşılamalarına engel oluşturmaktadır (Corrigan, 2004; Watson ve ark. 2007). Corrigan ve ark. (2010) yapmış olduğu iş bulma/işe alma ile ilgili çalışma incelendiğinde; çalışma çağındaki bireylerle kıyaslandığında ruhsal bozukluğa sahip bireyler arasındaki işsizlik oranının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Hançer'in (2018) yapmış olduğu çalışmaya göre; çalışmayan, düzensiz ilaç kullanımı olan bipolar hastalarının içselleştirilmiş damgalanma puanlarının daha yüksek ve evlilik uyumlarının kötü, aile içi süreçlerinin uyumsuz olduğunu saptanmıştır. Damgalanma bireylerin tedaviye başvurmalarını ve tedaviye uyumlarını olumsuz etkilemektedir. Bozdağ (2018), ruhsal bozuklukların tanı ve tedavilerinin önündeki engellerden birisinin de toplumun ruhsal bozukluklar karşısında önyargılı düşünme yada davranma, stereotipik davranışlar sergilemesi olduğunu belirtmektedir. Damgalanma nedeniyle hastalar tedaviye başvurmakta isteksiz olurlar ve bu durum onların sosyal yaşamlarında arkadaş edinme, iş bulma gibi konuların da olumsuz etkilenmesine neden olur (Gökalp, 2017). İçselleştirilmiş damgalanma, hastaların çözüm arayışında, sağlık çalışanıyla ilişkisi ve tedaviye uyumunda oldukça belirleyici olduğu için tedavi sürecinde göz ardı edilmemesi gereken önemli bir konudur (Ersoy ve Varan, 2007; Taşkın ve ark. 2009). Akdur (2018) yapmış olduğu çalışmada; içselleştirilmiş damgalanması yüksek olan hastaların öz kıyım riskinin daha fazla olduğu saptanmıştır.

Damgalanma, ruhsal bozukluğa sahip olan kişilerin yanı sıra, onların arkadaşlarını, ailelerini ve dâhil oldukları toplulukları da olumsuz etkileyebilmektedir (Avcil ve ark. 2016). Kronik ruhsal hastalıklar, hastanın olduğu kadar ailenin de yaşamını olumsuz etkilemekte ve stres yaşamalarına neden olmaktadır (Bademli ve Duman, 2011). Yıldız ve arkadaşları (2010) hastalığın ortaya çıkmasında kendi tutumlarının sorumlu olduğunu düşünerek kendilerini suçlayan ailelerin yükü, hastalık hakkında doğru bilgileneyle azalabileceğini belirtmektedir. Bu nedenle aile üyelerinin hastalığın nedenleri, tedavisi, seyri ve sonuçları hakkındaki bilgi, görüş ve inançlarının bilinmesi önemlidir.

### **2.2.2. Obsesif Kompulsif Bozukluğu Olan Bireylerde Damgalanma**

Damgalanmaya ilişkin literatüre bakıldığında, çalışmaların; Şizofrenik bozukluk, Depresif bozukluk ve genel olarak ruhsal bozukluk tanımlamalarına ağırlık verildiği görülmekle birlikte (Angermeyer ve Dietrich, 2006; Taşkın ve ark. 2002), son yıllarda Kaygı bozuklukları, Bipolar bozukluk, Yeme bozuklukları, OKB, Alkol-Madde bağımlılığı, Bonzai bağımlılığı gibi çeşitli tanı gruplarına yönelik araştırmaların sayısının da arttığı görülmektedir (Gökengin ve ark. 2017; Zeng ve ark. 2018; Ay, 2017; Yanikkerem, 2017; Uz ve Kaya, 2018; Kaya Yüksel, 2015).

OKB'li bireylerde, hastalığın ilk ortaya çıkması ile beraber utanç, suçluluk ve korku gibi duygular ortaya çıkar. İlk yanıt genellikle reddetmedir. Bireyler semptomlarla baş etmeye çalışırlar. Belirtilerini gizlemeye çalışarak hastalıkla yaşamaya başlarlar. Bunu bir hastalık olarak kabul etmeleri zaman alır. Kişide ortaya çıkan belirtiler onun ailesi ve toplum tarafından dışlanmasına neden olmaktadır (Akyürek ve ark.2019). OKB'li hastalar hem iç damgalanma hem de insanların yaptığı damgalanma ile mücadele etmek zorundadır. Toplumun psikiyatrik hastalığa karşı tutumu ve bilgisi hastalığın kabullene bilirliğini ya da daha az içselleştirilmesinde önemli bir rol oynamaktadır (Beşiroğlu ve ark. 2010). OKB'de damgalanmanın en önemli nedeni hastalık hakkında yeterince bilgi sahibi olunmaması ve yapılan her tekrarlı hareketin OKB olarak adlandırılması olduğu bulunmuştur (Stewart ve ark. 2019). OKB tanısı almış bir bireyin dışardan görülen tekrarlayıcı hareketleri bireyin toplumdan daha fazla izole olmasına neden olur (Sickel ve ark. 2014; McCarty ve ark.2017). OKB'de semptomların kötüleşmesiyle hastanın sınırlılıkları artar, bağımsızlığı kısıtlanır. OKB'li bireylerde hastalığın saklanması ve semptomların artması çift taraflı kılıç etkisi yaratmaktadır. Hastalığı saklamak hasta ve hasta yakınına damgalamadan korurken, hastaların kolektif aktivitelerden kaçınarak eski sosyalliklerinin engellenmesine, sosyal izolasyona neden olabilir (Stengler-Wenzke ve

ark. 2004; Ociskova ve ark. 2013). Bireyler hastalık semptomlarını, kaygılarını, öfkelerini çevresi tarafından dışlanacağı endişesiyle saklamaya çalışırlar. OKB'li bireyler arkadaşlarından uzak durmayı, yalnız kalmayı tercih ederler. Bu nedenle, bireyin üretkenlik, mesleki performans, günlük yaşam ve eğlence aktivitelerini gerçekleştirme yeteneği olumsuz yönde etkilenir (Akyürek ve ark. 2019). OKB'de damgalanma bazı hastaların mesleklerini kaybetmelerine, tekrar iş bulmakta zorlanmalarına neden olmaktadır. Damgalanma, hastaların ve hasta yakınlarının tanıyı kabullenmesini de güçleştirmekte, buna bağlı olarak hastalıklarını sürekli gizleme ihtiyacı duymalarına, başkalarının görmesinden çekindikleri için ilaç kullanmamalarına da neden olmaktadır (Ociskova ve ark. 2013; Beyazyüz ve ark. 2015). Damgalanma nedeni ile tedavi aramada sorun yaşamamanın yanı sıra, tedavinin başlamasından sonra, tedavinin düzenli katılımı, devamlılığı ve tedaviyi bitirmesi ile ilgili problemleri olabilir. İçgörü eksikliği, tedavi reddi, yardım almamalarına neden olur. Bireyler obsesyon ve kompulsiyonlar nedeni ile bir sorun olduğunu kabul ederler; ancak utanç, suçluluk ve korku gibi duygusal faktörlerle tedavi arayışını yeniden ertelerler. (Akyürek ve ark. 2019). OKB'nin başlangıcı ergenlik döneminde ya da erken yetişkinliktir, ancak ergenlik döneminde bu durumun klinik bir problem olarak görülmemesi ya da damgalanmadan çekinilmesi hastaların hastaneye başvurmasını geciktirmektedir (Prakash ve Kumari, 2016; Menon, 2013). Goodwin ve arkadaşları (2002) hastaların yaklaşık beşte birinin kendi belirtileriyle ilgili başkalarının ne düşündüğü korkusuyla tedaviyi geciktirdiklerini bulmuş olsalar da Marques ve arkadaşları (2010) tedavide gecikmenin en önemli sebepleri olarak damgalanma, utanç ve ayrımcılık olduklarını bulmuşlardır. OKB'de aileler daha fazla sorumluluk yüklendikleri için bu ailelerde stres ve kaygı düzeyi yüksektir. OKB'de stres yükü fazla olan ailelerde depresyon, madde bağımlılığı görülmektedir ve bu durum hastanın semptomlarının artmasına neden olmaktadır. Ociskova ve arkadaşları (2013) OKB tanılı hastaların yakınlarının başa çıkma stratejilerinin Şizofreni hastalarının yakınlarına benzediğini bulmuşlardır. Kalra ve arkadaşları (2008), OKB yakınlarının yükünün, şizofreni ve duygulanım bozukluğu olan hastaların bakıcılarının karşı karşıya kaldıkları yüke eşit olduğunu bulmuşlardır.

Yurtdışında psikiyatri polikliniklerine başvuran Şizofreni, Depresyon, Anksiyete ve OKB tanıları alan hastalarda içselleştirilmiş damgalanmanın; hastaların yaşam kalitesi, işlevsellik, umut ve benlik saygısı düzeylerine bakma amacıyla toplam 280 hasta ile yapılan çalışmada; tüm hastaların %43.6'sında yüksek oranda içselleştirilmiş



damgalanma olduğu, şizofreni hastalarının %34'ünde, Kaygı Bozukluğu olan hastaların %21'inde, Depresyon hastalarının %38'inde ve OKB olan hastaların % 29'unda içselleştirilmiş damgalanma düzeyinin yüksek düzeyde olduğu bulunmuştur. İş sahibi olmayanlarda ve düşük eğitim düzeyi olanlarda içselleştirilmiş damgalanmanın daha yüksek olduğu bulunmuştur. Ayrıca daha önce hastaneye yatanlarda içselleştirilmiş damgalamanın daha yüksek olduğu sonucu elde edilmiştir (Picco ve ark. 2016).

OKB'si olan 51 hasta ile yapılan çalışmada; OKB, Depresyon ve Şizofreni hastalarında damgalanma algısı karşılaştırılmıştır. OKB hastalarının Depresyon ve Şizofreni hastalarının aksine algıladıkları damgalanma düzeyinin deneyimlenen damgalanma düzeyinden daha yüksek düzeyde olduğu bulunmuştur. OKB hastalarının %64.7'sinin Şizofreni ve Depresyon hastalarından daha çok kişiler arası etkileşimde sorunlar yaşamaktan ve diğer insanlar tarafından reddedilmekten korktuğu, OKB hastalarının %82'si işyerinde Şizofreni ve Depresyon hastalarından daha fazla damgalanma yaşamaktan korktuğu bulunmuştur. OKB hastaları damgalanma ile mücadelede; %33'ünün insanlardan kaçındığı, %74'ünün hastalığı gizlediği, %80'inin iş yerinde hastalığı gizlediği, %40'ının ilişki kurmaktan kaçındığı bulunmuştur. (Stengler-Wenzke ve ark. 2004).

Kocaeli Üniversitesi Hastanesinde; hasta grubundan 51 ve sağlıklı kontrol grubundan 51 kişi olmak üzere toplam 102 kişinin dâhil edildiği Obsesif Kompulsif Bozukluk olan hastalarda erken dönem uyumsuz şemaların ve içselleştirilmiş damgalanmanın incelenmesi amacıyla yapılan çalışmada, OKB hastalarının %11.7'sinde yüksek derecede içselleştirilmiş damgalanma bulunmuştur. Ayrıca, hastaların ilerleyen yaşlarda kendini damgalaması anlamlı derecede daha yüksek olduğu, hastalık şiddeti arttıkça kendilerini damgalama düzeylerinin arttığı, damgalanma puanlarının kadın hastalarda erkek hastalara göre daha fazla ama anlamlı olmadığı bulunmuştur (Kizilağaç, 2018).

Bir eğitim araştırma hastanesine başvuran hastalarda içselleştirilmiş damgalanma düzeylerinin bazı tanı grupları, sosyodemografik özellikler ve benlik saygısı ile ilişkisinin saptanması amacıyla yapılan çalışmada; örneklem grubuna anksiyete bozuklukları, somatoform bozukluklar ve OKB hastaları eşit örneklem sayısı ile alınmıştır. Çalışmada içselleştirilmiş damgalanma düzeyinin erkek hastalarda kadın hastalara göre, evli hastalarda bekârlara göre, köyde yaşayanlarda kent merkezinde

yaşayanlara göre, ailesinde ruhsal hastalık olmayanlarda ailesinde ruhsal hastalık öyküsü olanlara göre daha yüksek olduğu sonucu elde edilmiştir. Ayrıca hastanede yatma durumu ve tanı süresi ile damgalanma düzeyi arasında farklılık bulunmamıştır. Çalışma sonucunda; RHİDÖ puanlarının ortalaması  $73,68 \pm 8,12$  olduğu ve içselleştirilmiş damgalanmanın yüksek düzeyde olduğu bulunmuştur. Tanı grupları arasında RHİDÖ puanları açısından olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (Beyazyüz, 2015).

Obsesif Kompulsif Bozukluk hastalarında içselleştirilmiş damgalanmanın yaşam kalitesi ve tedaviye uyumu üzerine etkisini belirlemek amacıyla 55 OKB hastasının dâhil edildiği çalışmaya göre; adli öykünün bulunması dışında sosyodemografik verilerle içselleştirilmiş damgalanma arasında genel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. OKB'li olan hastalarda hastalık şiddeti arttıkça içselleştirilmiş damgalanma düzeyinin arttığı, içselleştirilmiş damgalanma ile yaşam kalitesi arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişkinin olduğu bulunmuştur (Mercan, 2017).

### **2.2.3. Ruh Sağlığı Alanında Damgalanmanın Azaltılmasına Yönelik Uygulamalar**

Ülkemizde 1971 yılından günümüze kadar “Ruhsal Hastalıklara Ve Hastalara Yönelik Tutumlar” ile ilgili yüzü aşkın araştırma yapılmıştır. Bu araştırmaların bir kısmında ruhsal hastalıklara yönelik tutum ölçekleri kullanılarak, bireylerin veya toplumun ruhsal hastalıklara yönelik tutum ve davranışları belirlenmeye çalışılmıştır (Avcil ve arkadaşları, 2016). Damgalanma ile mücadelede en önemli adım kültürel kalıpların fark edilmesi ve değiştirilmesidir. Ruhsal hastalıklarda damgalanmayı azaltmak için Avustralya, İngiltere ve İsveç gibi ülkelerde “Zihinleri Değiştirmek” sloganıyla damgalanma karşıtı kampanyalar uygulanmıştır (Katkak, 2008; Sarıkoç, 2011).

DSÖ, kurulduğu tarihten bu yana ilk kez 2001 yılını “Dünya Ruh Sağlığı Yılı” olarak ilan etmiş ve ruh sağlığı konusunu üst düzeyde ele almıştır. Dünya Sağlık Günü’nde “Ruhsal Bozukluğu Olanları Dışlamayalım-Tedavi İçin Cesaretlendirelim” sloganı verilmiştir (Katkak, 2008). DSÖ, “Herkes İçin Sağlık” konusunda Avrupa Bölgesi üyesi olan ülkelere kendi stratejilerini belirlemelerini istemiş ve 2005 yılında Helsinki’de sağlık bakanlıkları temsilcilerinin yer aldığı toplantı sonucunda Avrupa ülkeleri için bir ruh sağlığı eylem planı açıklanmıştır. Bu eylem planının ana

başlıklarından birisi damgalanma ve ayrımcılıkla mücadele etmektir (WHO, Avrupa Ruh Sağlığı Eylem Planı, Erişim Tarihi 2020).

Türkiye, Mayıs 2001’de Dünya Psikiyatri Birliği (WPA)’nın küresel programının merkezlerinden biri olarak kabul edilmiş, İstanbul damga ve ayrımcılıkla mücadele programı için pilot bölge olarak seçilmiştir. Program toplumdaki her bireyin ruhsal hastalıklara karşı daha anlayışlı tutum ve davranış geliştirmesini amaçlamaktadır (Çam ve Bilge, 2013). Ülkemizde bu konuda yapılan ilk etkinlikler ise, 1999’da başlatılan, Şizofreni Dostları Derneği ve Türkiye Psikiyatri Derneği’nin birlikte yönettiği halk toplantılarıdır (Sarıkoc, 2011). 2011-2023 yılları arası Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planında, Ruh Sağlığının Geliştirilmesi ve Teşviki başlığı altında damgalanmaya ve ayrımcılığa karşı farkındalığın oluşturulmasına yönelik hedeflerin oluşturulması, damgalanma ile mücadelede hasta ve ailesine yönelik girişimlerin yapılması gerektiği vurgulanmıştır (Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı. Erişim Tarihi: 2020).

Damgalanma ile mücadelede, hasta merkezli yaklaşım hedef alınarak, kişilerarası, toplumsal, endüstriyel, yönetsel, hükümet politikalarını da içine alan bir önlem uygulanması amaçlanmaktadır (Bildir ve ark. 2010). Damgalanmanın azalması için ruhsal hastalıklar ile ilgili toplumsal eğitim ve damga karşıtı programlar çok önemlidir (Avcil ve ark. 2016). Çam ve Bilge (2013), eğitim ile toplumun olumsuz tutumları, damgalayıcı önyargı ve inançları azaldıkça hastaların kendilerini damgalama algıları azalacağını belirtmişlerdir. Eğitim, toplumu doğru yönde bilgilendirerek var olan olumsuz stereotipleri engellemeyi, onların yerine gerçek bilgileri koymayı amaçlar. Ayrıca damgalanma ile mücadelede, polis, öğretmenler, muhtarlar, medya çalışanları, din görevlileri gibi toplum liderlerinden de destek alınarak farkındalığın artırılması gerekmektedir (Açıkgöz ve Akkuş, 2018). Ruh sağlığı çalışanlarının basın-medya aracılığıyla halkı bilgilendirmelerinin artması gerekmektedir (Avcil ve ark. 2016). Sağlık çalışanı ve öğrencilerin, hastalık hakkındaki olumsuz tutum ve davranışları damgalanma üzerinde etkili olmaktadır. Damgalanma ile mücadele için; Çam ve Bilge (2013), ‘Ruh Sağlığı İlk Yardım Kursu’ nun açılması ve lise öğrencilerine eğitim verilmesinin; yapılan bu kurslara psikiyatri hastalarının davet edilmesinin damgalanmayı azaltacağını, ayrıca üniversite eğitimi sırasında tıp öğrencilerinin kıdemli doktorlarla çalışarak ruh sağlığı hakkında eğitim almalarının ve konsültasyon-liyezon bağlantısı kurmalarının da damgalanmayı azaltıcı girişimler olduğunu belirtmişlerdir.

Bilge ve arkadaşları (2013), ruh sağlığı ve hastalıkları dersi eğitimi alan ebe öğrencilerinin hastalıklara karşı olumlu inanışlarında artış olduğu saptanmıştır. Bu nedenle sağlık hizmetlerinde çalışanlara damgalanma ile mücadeleyle yönelik eğitim verilmesi önemlidir.

Hasta ve hasta yakınlarına yönelik psikoedütimin; ilaç uyumunu artırma, düzenli yaşam alışkanlıklarının pekiştirilmesi, haberci belirtileri erken tanıma, hastalık ile ilgili inançları değiştirme ve farkındalık düzeyini artırmada etkili olduğu belirlenmiştir. Hastaların içselleştirilmiş damgalanma ile mücadelesinde psikoedütimin olumlu düzeyde etkili olduğu bulunmuştur (Üçok, 2003; Bilge ve Çam, 2010). Hasta, aile ve çevresine hastalıkla ilgili bilgi verilmeli, damgalanmanın ne olduğu anlatılmalıdır. OKB’de damgalanma hasta, aileleri ve sağlık çalışanlarının işbirliği ile azaltılabileceği vurgulanmaktadır (Beyazyüz ve ark. 2015). Aileye yönelik girişimlerin, yinelemelerin hem oranını hem de şiddetinin azaltılmasında ve hastalığın tedavisinde önemli katkısı olduğu belirtilmiştir (Ersoy ve Ünsal, 2017). Ailelere uygulanan eğitimler ile aile üyelerinin hastalarına ve birbirlerine karşı tahammüllerinin ve uyumlarının arttığı, bu eğitimlerin aileler ve hastalar üzerinde pozitif etki oluşturarak aile işlevlerinde ilerlemeler olduğu saptanmıştır (Yıldırım ve İkinci, 2010). OKB’de damgalanmayı azaltmak için; hasta yaşam ortamıyla birlikte ele alınarak hastaların semptomlarını kontrol altına alınmalı, mesleki kimlikleri korunması önerilmektedir (Akyürek ve ark. 2019; Usta ve arkadaşları, 2015). Ailelerin yaşadığı sosyal damgalanmayı azaltmak için aileden ve akranlarından sosyal destek almak en etkili yoldur. Birçok ülkede OKB’li bireyler ve aileleri için destek grupları kurulmuştur. Benzer koşullarda yaşayan bireyleri bir araya getirmek bir grubun toplumdaki daha az izole olmasını sağlar (Söchting ve Third, 2011).

Bireyler damgalamanın etkisi nedeniyle önerilen tedaviyi uygulama ve kontrollere gelmeyi reddedebilirler. Bu nedenle hastalık ve tedavi hakkında bireylerin eğitim seviyelerine uygun bilgi verilmeli, hastalığı kabullenmelerine ve tedaviye yönelik kaygılarını dile getirmelerine olanak sağlanmalıdır. Hastalıkla ve tedavi ile ilgili yanlış inançları düzeltilmeye çalışılmalıdır (Çam ve Çuhadar, 2013). Çimen ve arkadaşları (2009), psikiyatri hastası ve hastalıkları konusunda telefon görüşmeleri veya kişisel başvuruların kabul edilebileceğini belirten rehberlik ve danışmanlık birimlerinin kurulmasının damgalanma ile mücadelede etkili olacağını açıklamışlardır.

Damgalanmaya ile mücadelede hastaların zihnindeki damgalanma, üzerinde daha kolay çalışılabilir ve gerçekleştirilebilir hedef olarak değerlendirilmektedir (Wright ve ark.2000). Bu nedenle damgalanma ile mücadele çalışmalarının odağında psikiyatrik hastanın algıladığı ayrımcılığı ve kendisine yönelik geliştirdiği olumsuz duyguyu azaltma yer almalıdır (Avcil ve ark. 2016). Olçun (2016), içselleştirilmiş damgalanmaya neden olan risk faktörleri belirlenerek, azaltmaya yönelik danışmanlık hizmetlerinin güçlendirilmesinin damgalanma ile mücadeleye katkı sağlayacağını belirtmektedir. Hayward ve Bright (1997) içselleştirilmiş damgalanmayı azaltmada aşağıdaki yaklaşımları ileri sürmüşlerdir:

**a-**Damgalanma gerçeği kabul edilmelidir. Damgalanma bir gerçektir ve etkilerini azaltmak için adımlar atılabilir. Bunun için damgalanma bir problem gibi yaklaşılmalıdır. Yapılacak ilk adım olarak bilişsel davranışçı yaklaşımı kullanarak her bir hastanın damgalayıcı inançları belirlenebilir. Bu inanışlar “hastalığımın dolayı ..... ile baş edemiyorum” gibi durumlar olabilir.

**b-**Ruhsal hastalıklar kavramı, psikososyal ve biyolojik modelleri içermeli ve bunlar hasta ile paylaşılmalıdır. Hastaya psikososyal etkenlerin önemini vurgulamak, hastalık ve damgalanmanın etkisini azaltmak için adımlar atılabileceği düşüncesini kazandırır. Bu tür adımlar, kişisel yönetim becerilerini geliştirmeyi ve kişinin hastalığı üzerinde kontrolünü arttırmayı amaçlamaktadır. Nükslerden kaçınma, stresi azaltma, sağlıklı yaşam döngüsü oluşturma hasta ile birlikte ele alınmalıdır. Bunun içinde günü yapılandırma, gerçekçi öncelik ve hedefler oluşturmaya odaklanılmalıdır. Burada hedeflenen, kişiye yeteneklerini ve becerilerini geliştirmeyi öğretmek öz yeterlilik ve kişisel değer duygusu oluşturmaktır.

**c-**Hastalık ve sağlık arasında keskin ayırım yapılmamalıdır. Vurgu, hastalık etiketine değil, belirli bir problemin yönetimine yapılmalıdır. Ruh sağlığı bakımının yeni gelişen modellerine göre, hastalara öz yeterlilik ve kontrol duygusu oluşturulmaya çalışılabilir.

#### **2.2.4. Damgalanmayı Önlemede Psikiyatri Hemşiresinin Rolü**

Psikiyatri hemşireleri, birey, aile ve toplumu bütüncül şekilde ele alarak, ruhsal hastalıkları önleme, ruhsal sağlığın gelişmesi ve hastalığın neden olduğu sorunlarla baş etmede destek sağlayan profesyonellerdir (Moran, 2008). 2010 yılında yayımlanan ‘Hemşirelik Yönetmeliği’ kapsamında hemşirelerin; birey, aile, grup ve toplumun sağlığının geliştirilmesi, yaşam kalitesini artırmaya yönelik bakım sağlama, güvenli bir çevre oluşturma, danışmanlık, eğitim, araştırma, kalite geliştirme, yönetim, işbirliği yapma ve iletişimi sağlama rolleri bulunmaktadır (Sağlık Bakanlığı Hemşirelik Yönetmeliği, Erişim Tarihi 2016). Bununla birlikte 2011 yılında yayımlanan yönetmelikte psikiyatri hemşireliğinin rol ve sorumluluklarından bir tanesi de içselleştirilmiş damgalanmayı azaltmaya yönelik girişimlerin planlanması ve uygulanması olarak belirtilmiştir. Ayrıca damgalanmaya yönelik hasta, aile ve topluma yönelik psikoeğitimlerin planlanması ve farkındalığın artırılmasında psikiyatri hemşiresinin görev yetki ve sorumlulukları olarak belirtilmiştir (Sağlık Bakanlığı, Psikiyatri Hemşirelik Yönetmeliği. Erişim Tarihi: 2020).

Ruhsal hastalıkları olan bireylere karşı takınılan olumlu ve olumsuz tutumlar en açık şekilde hasta ve hemşire ilişkisinde açığa çıkar. Rehabilitasyondan, hastane ortamının düzenlenmesinden ve verilen hizmetlerin birçoğundan sorumlu olan hemşirelerde toplumdaki yanlış inanışlardan etkilenirler (Yıldız T. ve ark. 2010). Damgalanmayı azaltmadaki hemşirelik girişimlerinin başında, hemşirelerin ruhsal hastalıklara yönelik kendi içinde var olan olumsuz tutumlarının farkında olmaları ve olumluya çevirmeleri yer almaktadır. Bu şekilde daha kaliteli hizmet vereceklerine olan inançları artacak ve hastalara verilen hizmetin kalitesi dolayısıyla da hastaların yaşam kalitesi artacaktır (Çam ve Çuhadar, 2011). Psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin olumlu rol model olmalarının öğrenci hemşirelerin bu kliniklerde çalışma isteğini artırır (Duman ve Günüşen, 2012). Akademisyen hemşire ya da deneyimli uygulama hemşireleri damgalanmayı azaltma organizasyonlarına aktif olarak katılmalı ve diğer meslektaşlarını, hastaları bu organizasyonlara yönlendirmelidirler.

Ruhsal hastalığı olan bireylerin etiketlenme endişesi ile psikiyatri kliniklerine başvurmadan ve tedaviden kaçındıkları düşünüldüğünde koruyucu ruh sağlığı hizmetleri önemli bir yere sahiptir (Albayrak, 2019). Tedavi sürecinde hemşirelerin, hekimlerin, olgu yöneticilerinin, toplum ruh sağlığı hemşirelerinin ve diğer sosyal hizmetlerin önemli roller üstlenmesi gerekmektedir.

Damgalanma endişesiyle bireyler, tedaviye uyum konusunda zorluklar yaşamaktadırlar. Gökalp (2017), hastalıkların sağaltımı konusunda eğitim almış psikiyatri hemşirelerinin, tedaviye uyumu sağlamak ve içselleştirilmiş damgalanmayı azaltmak için bazı görev ve sorumluluklarının olduğunu belirtmiştir. Bunlar; hastanın yaşamını hastalığı ile nasıl sürdüreceğinin belirlenmesi, tedaviye uyum konusunda bilgilendirilmesi, tedaviye uyum açısından risk altında olabilecek hastaların saptanması ve izlenilmesi, hastanın tedaviye uyumunu etkileyen içselleştirilmiş damgalanma faktörleriyle baş etmeye yönelik eğitim verilmesidir.

Ruhsal hastalıkları tanıma, etiyoloji ve sağaltımı konusunda eğitim almış olan psikiyatri hemşireleri, hastaların yaşadığı etiketlenme, ayrımcılığı azaltmak, damgalanma ile mücadele edebilme, kaliteli bakım verebilmek adına birincil, ikincil ve üçüncül korunma basamaklarında ön safhada yer almalıdırlar (Sarikoç, 2011; Çam ve Çuhadar, 2011; Çam ve Bilge, 2013; Bilge ve Çam, 2010). Erken tanı ve tedavi ile ilgili olarak yapılacak hemşirelik girişimleri ile ruhsal hastalıkları erken dönemde belirlemek hemşirelerin rol ve sorumluluklarındandır. Hemşirelerin hastaları içselleştirilmiş damgalama yönünden değerlendirmeleri ve içselleştirilmiş damgalamayı azaltmaya yönelik uygulamalara taburculuk programı içinde yer vermeleri önerilebilir (Çam ve Çuhadar, 2013). Damgalanmayla mücadelenin bir basamağı da Toplum Ruh Sağlığı Merkez (TRSM)'leridir. Bireylerin mutlaka TRSM'lere yönlendirilmesi, bu konuda birey, aile ve çevreye TRSM'nin öneminin anlatılması, TRSM'de çalışan toplum ruh sağlığı çalışanlarının hastaların içselleştirilmiş damgalanmalarını azaltmaya yönelik psikososyal müdahalelerde bulunması gerekmektedir (Bozan, 2019).

Psikiyatri hemşireleri hasta ve ailelerle tedavinin birçok aşamasında ilişki içerisindeyler. Psikiyatri hemşireleri, hem hasta hemde ailelerinin gereksinimlerini değerlendirmede ve bu gereksinimlere yönelik psikoeğitim programları hazırlamada önemli bir konuma sahiptirler (Baysal, 2013; Can, 2012; Oban ve Küçük, 2011). Bununla birlikte ülkemizde rutin tedavi programları içerisinde psikoeğitimsel uygulamalar yeterli düzeyde değildir ve bu uygulamalarda yer alan psikiyatri hemşirelerinin sayıca yetersiz olduğu görülmektedir (Baysal, 2013). Ülkemizde özellikle OKB hastaları ve ailelerinin bakım yüküne yönelik psikoeğitim programları bulunmamaktadır. Bu durum göz önünde bulundurulduğunda, psikoeğitim programlarının yaygınlaştırılması ve bu alanda psikiyatri hemşirelerinin aktif rol alması

gerekmektedir (Ersoy ve Ünsal, 2017). OKB hastaları obsesyonların yarattığı anksiyete ile baş etmede yetersizlik yaşamaktadır.

Bu anlamda hemşireler hastaların anksiyetelerini değerlendirmeli ve hastalara anksiyeteleri ile baş etme teknikleri öğretmeli, mevcut baş etme stratejilerini belirlemeli, hastanın duygularını ifade etmesi için cesaretlendirmeli, hastanın kendi davranışlarını değerlendirmesi için bireyi desteklemeli, hastayı anlayabilmeleri için hasta ailesini bilgilendirmeli, ailenin zayıf yönlerini analiz ederek çözüm yolları sunmalı, uygun olmayan davranışları daha uygun davranışlarla değiştirmesi için hastaya yardımcı olmalıdır. Hasta ve hasta yakınının bilgi birikiminin artırılması ve hastanın hastalığını kabul etmesini sağlayan eğitim programlarının düzenlenmesi önem arz etmektedir (Engin, 2016; Engin, 2014; Çam ve Çuhadar, 2011).

### **2.3. SOSYAL İŞLEVSELLİK**

İşlevsellik, Bowling (1993) tarafından kişinin bedensel yada zihinsel bütünlüğünün tam olması halinde rollerini yerine getirebilme düzeyi. Sosyal işlevsellik (Sİ), kişinin kendine bakabilmesi, günlük etkinliklerini sürdürebilmesi, nitelikli kişilerarası ilişkilerinin olması, içinde yaşadığı topluma uyum sağlayabilmesi için gerekli olan araçsal ve toplumsal becerilere sahip olması olarak tanımlanır. Sosyal işlevsellik; bireyin iş, ev işleri, aile ilişkileri, arkadaş ve sosyal çevre gibi sosyal rollerdeki yeterliliği ve memnuniyetini, ayrıca hobi, boş zamanlarını değerlendirme gibi zevk alınan aktivitelerini içerir (Kasper, 1999; Yorgancıoğlu, 2018; Liberman, 2011). Sosyal işlevsellik kavramı, kişinin günlük aktiviteleri gerçekleştirme yeteneği, bireylerin sosyal çevre ile etkileşimlerini ve sosyal çevresindeki rollerini yerine getirebilmesine dayanmaktadır. Liberman (2011), bireylerde ruhsal iyileşmenin sağlanabilmesi için, kişinin akranları, ailesi, toplum içerisindeki yerini tanımlayan toplumsal rollerini yerine getirebilmesi gerektiğini belirtmektedir. Kişinin Sosyal işlevsellik düzeyini etkileyen üç önemli faktör bulunmaktadır. Bunlardan ilki; kişinin kontrolü dışında olan, kişiyi aşan/transpersonel çevresel olayları kapsar. Bu boyuta örnek olarak; damgalanma, sosyal ve tedavi olanakların ulaşılabilirliği ve ailesel kaynaklar verilebilir. Boyutlardan ikincisi, kişinin nörobilişsel işlevselliğinin azaldığı olayları kapsayan alt kişisel/subpersonel faktörlerdir. Üçüncü boyut kişisel faktörlerdir. Kişinin sosyal biliş düzeyi, baş etme becerileridir (Aydın, 2016). Sosyal işlevsellik; eğitim, meslek sahibi olma, sosyal destek gibi çeşitli çevresel faktörlerdende etkilenmektedir (McDonald ve Badger, 2002; Erol ve ark. 2009).



Kişinin işlevsel değerlendirilmesi yapılırken; bireyin toplumsal, mesleki, eğitimsel, ailesel ve bağımsız yaşamla ilgili gerçekleştirmeyi arzuladığı kişisel hedefler belirlenmelidir. Belirlenen kişisel hedeflere ulaşmak için bireyin becerileri, güçleri, ilgi alanları ve kaynakları dikkate alınmalıdır. Çevresel beklentiler ile kişinin arzuladığı roller arasında bir denge kurulması ve rol karmaşasının engellenmesi gerekir (Lieberman, 2011). Sosyal fonksiyonların değerlendirilmesinde; rutin günlük aktiviteler, üretkenlik, sosyal ilişkiler, entelektüel kapasite, duygusal istikrar/değişmezlik ve huzur faktörleri dikkate alınmalıdır (Rosa ve ark. 2012; Blairy ve ark. 2004).

### **2.3.1. Ruhsal Hastalıklarda Sosyal İşlevsellik**

Literatürde sosyal işlevsellik kavramının en çok Şizofreni hastaları ile çalışıldığı görülmüştür. Sosyal işlevsellik kavramının çalışıldığı diğer gruplar ise; adli hastalar, Bipolar hastaları, Major Depresif Bozukluk, Psikotik Bozukluğu olan hastalar, Madde Kullanım Bozukluğu olan hastalar oluşturmaktadır. Yapılan çalışmalarda içselleştirilmiş damgalanma ile sosyal işlevsellik ilişkisine bakılmış ve araştırmaların ortak değerlendirilmesinde; içselleştirilmiş damgalanma düzeyi yüksek olan hastaların sosyal işlevsellik düzeyinin düşük olduğu saptanmıştır (Arabacı ve ark. 2015; Çam ve Çuhadar, 2013; Sevindik ve ark. 2014; Turkmen ve ark. 2018; Hill ve Startup, 2013; Can, 2012).

Ruhsal hastalıklarda sosyal işlevselliği etkileyen birçok faktör vardır. Özçelik ve arkadaşları (2002), bireyde bulunan ilaç yan etkileri, negatif ve pozitif belirtiler, duygudurum belirtileri, bilişsel kusurlar, ek tanıli madde kötüye kullanımı, hastalık öncesi uyumun kötü olması, yetersiz beceri eğitimi ve destek hizmetleri, yetersiz toplumsal kaynaklar, mevcut toplumsal rollerin karmaşıklığı, aile desteğinin yetersiz olması gibi faktörlerin sosyal işlevselliği olumsuz yönde etkilediğini belirtmektedir. Arabacı ve arkadaşlarının (2015) yaptığı çalışmada; ruhsal hastalık tanısı, yaşanan yerleşim birimi, algılanan gelir durumu, ailede psikiyatrik bozukluk öyküsüne sahip olma, çalışma durumları gibi bazı tanımlayıcı özellikler gibi değişkenlerin sosyal işlevselliği etkilediğini belirtmektedir. Türkiye’de Ruhsal hastalığa/hastaya yönelik inanç, tutum ve damgalanma etkilerinin taraması yapılarak incelenen sistematik derlemeye göre; özellikle olumsuz inanç, tutum ve damgalamanın, hastanın yaşam kalitesi ve işlevselliğine etkisinin karşılaştırıldığı görülmektedir (Çam ve Bilge, 2013). Kişinin sosyal işlevsellik düzeyi, sosyodemografik özellikler açısından; hastalarda kadın

ve erkeklerde sosyal işlevsellik düzeyleri arasında fark bulunmazken, meslek sahibi olanların işlevsellik düzeyinin daha yüksek olduğu, eğitim düzeyi ve evlilik durumunun da işlevsellik puanının daha yüksek olduğu bulunmuştur (Erol ve ark. 2009). Adli hastalarda yapılan bir çalışmada, hastaların, içselleştirilmiş damgalanma eğilimleri arttıkça sosyal çekilme eğilimi gösterdiği, kişiler arası iletişimlerinin bozulduğu, öncül sosyal etkinliklere katılımının azaldığı, bağımsızlık performansları ve bağımsızlık yetkinlik düzeylerinin düştüğü bulunmuştur (Arabaci ve ark. 2015). Hastalık nedeni ile bir işlev yitiminin ortaya çıkmış olması ve bu nedenle hastanın daha önceki toplumsal ve mesleki işlevlerinde eskiye göre bozulma olması hastanın damgalanma algısını yükseltmektedir (Çam ve Çuhadar, 2013).

Şizofreni hastalarında içselleştirilmiş damgalanma ve sosyal işlevselliğin bakıldığı bir araştırmaya göre; Sosyal ilişkiler alanında hastaların çoğunluğunun arkadaşlar, akrabalar ve eş/özel insanlarla vakit geçirme sıklığının zayıf olduğu bulunmuştur. Sosyal aktiviteler arasında hastaların yalnızca televizyon izleme ve yürüyüş yapma alanlarında işlevsellik düzeylerinin iyi düzeyde olduğu, iş/meslek alanında hastaların %73,5'i meslek sahibi olmadığı, %58,4'ünün çalışmak için istekli olduğu saptanmıştır. Yapılan araştırma sonucunda; hastaların SİÖ Bağımsızlık-Performans alt boyutu için orta düzeyin altında işlevsellik düzeyine sahip oldukları saptanmıştır. Arkadaşları, akrabaları ve eş/özel insanlarla pek fazla vakit geçirmeyen, sosyal aktivite sıklığı az olan hastalarda daha fazla içselleştirilmiş damgalanma yaşandığı saptanmıştır. Bağımsızlık performans alt boyutu ile yabancılaşma, kalıp yargıların onaylanması, sosyal geri çekilme, damgalanmaya karşı direnç ve toplam puan arasında zayıf ve negatif yönde bir ilişki bulunmuştur. Hastaların bağımsızlık düzeyi arttıkça damgalanma algısının azaldığı görülmüştür (Sevinik, 2016).

### **2.3.2. Obsesif Kompulsif Bozuklukta Sosyal İşlevsellik**

OKB akademik, mesleki, sosyal ve aile işlevlerini olumsuz etkileyerek işlevselliğin kaybolmasına ve yaşam kalitesinin düşmesine yol açmaktadır (Kıvırcık ve ark. 2005). OKB, işlevselliği olumsuz yönde etkileyen fiziksel ve ruhsal hastalıklar arasında onuncu sırada, 15-44 yaş arasındaki kadınlarda beşinci sırada yer almaktadır. OKB hastalarının işlevsellikleri her alanda bozulmaktadır (DSÖ verilerinden aktaran Kessler ve ark. 2009). Stenler-Wenzke ve arkadaşları (2006) OKB olan hastalarda psikolojik sağlık ve sosyal ilişkiler alanlarında şizofreni hastalarına oranla daha olumsuz etkilenme olduğunu bulmuşlardır.

OKB’de hastalık sürecinde işlevsellik şu aşamalarda etkilenmektedir; İlk semptomların oluşmaya başlamasından önceki dönemdir. Bu aşamada OKB’nin erken döneminde ortaya çıkan eğitim alanında başarıya ulaşamama, toplumsal ve mesleki ilişkilerde yetersizlik gibi bozukluklar ilk işlevsellik bozuklukları olarak kendini gösterir. İkinci evrede; semptomların ortaya çıkmasından dolayı kaynaklanan bozukluklardır. İşlevsellik kaybı doğrudan belirti ve bulgulara bağlıdır ve bu dönemde ortaya çıkan belirtilere birincil belirtiler denir. Üçüncü evrede; hastalığın birincil belirtileri ortadan kalkmış olmasına karşın devam eden ilişki ve uyum sorunlarına bağlı olarak ortaya çıkan ikincil belirtilerdir. Bunların dışında ilaç yan etkileri ve uzun süre hastanede kalmada işlevselliği yordayan etmenler olarak bu aşamada kendini gösterebilir (Kabakçı ve Göğüş, 2004).

OKB’de sosyal işlevsellik kavramı, sosyal beceri ve sosyal uyum kavramı ile iç içe geçen kavramlardır. Sosyal beceriler, kişilerin başkaları ile olumlu etkileşimi başlatmaları ve bu etkileşimi sürdürmeleri için önemli davranış elemanlarıdır. İçinde bulunulan sosyal ortama uygun davranma becerisi olarak tanımlanan sosyal beceriler, kişilerarası ilişkilerin kurulmasında ve sosyal amaçların gerçekleştirilmesinde önemli rol oynar (Şen, 2018; Aktaş, 2016). OKB nedeniyle oluşan aile içi iletişim sorunları, duygusal katılımın sağlanamaması, cinsel yaşamda zorluklar, boş zamanların değerlendirilememesi, suçluluk duyguları gibi ek sorunlar hem hastanın hem de aile fertlerinin psikolojik ve sosyal işlevselliğini etkilemektedir. Hastanın işlevselliğinin bozulması, hastalık süresinin artması, maddi kaynaklarının yâda üretkenliğinin azalması nedenlere bağlı olarak hastanın yaşam kalitesinin düşmektedir (Beşiroğlu ve ark. 2007). OKB’de tam düzelmeyen, tedaviye rağmen süren inatçı belirtiler özerklik, mesleki, bilişsel, mali, kişilerarası ve boş zaman etkinlikleri alanlarındaki işlevselliğini çeşitli ölçülerde bozarak ve hastalık öncesi duruma gelmelerine engel olarak yeti yitimi oluşturlar.

Yurt dışı literatürü incelendiğinde, OKB tanılı 815 erişkinin dâhil edildiği bir çalışmada; OKB şiddeti arttıkça sosyal işlevsellikte bozulmanın da arttığı, sosyal işlevsellikte bozulmanın kişiler arası ilişkilerde ve işle ilgili alanlarda ortaya çıktığı; biriktirme, cinsel ve dinsel obsesyonların sosyal işlevsellikte daha fazla bozulmaya neden olduğu, eşlik eden depresif bozukluk, yeme bozukluğu ve travma sonrası stres bozukluğunun da sosyal işlevselliğin tüm alanlarını olumsuz etkilediği bildirilmiştir (Rosa ve ark. 2012). OKB’li gençlerde sosyal becerilerin değerlendirildiği çalışmalarda;

arkadaş edinmekte, arkadaşlığı sürdürmekte ve akranlarıyla yaşına uygun etkinliklere katılmakta güçlük gibi sosyal işlevsellikte bozulmayı işaret eden durumların saptandığı bildirilmiştir (Langley ve arkadaşları, 2004; Piacentini ve arkadaşları, 2003). Storch ve ark. (2014)'nin işlevselliği etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla 98 OKB'li hasta ile yaptığı çalışmaya göre; semptomların artması, içgörü eksikliği, tedaviye karşı direnç, depresif semptomların varlığı hastanın aile ve sosyal ilişkilerinde bozulmaya ve işlevselliğinde azalmaya neden olmaktadır. Jacoby ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmaya göre (2014), OKB tanısı alan hastaların fonksiyonelliklerinin ve yaşam kalitelerinin semptomlarla birlikte azaldığı, iş bulma, iletişim gibi fonksiyonellik alanlarının ise yaşam kalitesiyle negatif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur.

Ülkemizdeki literatür incelendiğinde şu araştırmalara rastlanılmıştır. Yıldız'ın (2017), Obsesif Kompulsif Bozukluk hastalarında epizodik ve kronik gidişin işlevsellikle ilişkisinin belirlenmesi amacıyla yapmış olduğu çalışmaya, 17 kronik, 17 epizodik OKB hastası dâhil edilmiştir. Araştırmada, kronik gidişe sahip olan OKB hastalarının özerklik, mesleki, bilişsel, kişiler arası ilişkilerde işlevsellik ve boş zaman etkinliklerinde sosyal işlevsellik puan ortalamalarının epizodik OKB hastalarına oranla daha yüksek puana sahip olduğu bulunmuştur. İşlevsellik alanlarındaki puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş olup, kronik OKB vakalarında mali alan dışında yeti yitiminin daha fazla olduğu, kronik OKB hastalarının desteklenmesi gerektiği bulunmuştur. Koç'un (2019), Şizofrenik Bozukluk, İki Uçlu Bozukluk, Anksiyete Bozukluğu, OKB, Madde Kullanım Bozukluğu tanısı alan toplam 280 hasta ve sağlıklı 50 hasta ile yaptığı çalışmada, SİÖ toplam puan ortalaması ruhsal bozukluğu olan bireylerde  $96.91 \pm 25.44$ , sağlıklı bireylerde  $120 \pm 16.38$ , OKB hastalarının sosyal işlevsellik toplam puan ortalamasını  $\bar{x}$ :  $82.20 \pm 20.37$  olarak bulunmuştur. Puanlara göre ruhsal bozukluğu olanların Sosyal İşlevsellik düzeyinin ortadan az ve sağlıklı bireyden daha fazla sosyal işlevselliğinin bozulduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ruhsal hastalıklar arasında sosyal işlevsellik düzeylerinin kötüden iyiye doğru sıralanışı ise; Şizofreni, OKB, İki uçlu Bozukluk, Depresyon hastaları, Anksiyete Bozukluğu olan hastalar ve Madde Kullanım Bozukluğu olan hastalar olarak bulunmuştur. Şen'in (2018), OKB tanılı gençlerde sosyal becerilerin değerlendirilmesi amacıyla yaptığı çalışmada OKB gençlerin kontrol grubuna göre, utangaçlık puanlarının daha yüksek, yetersizlik algılarının daha yüksek, yalnızlık puanının daha yüksek olduğu bulunmuştur. OKB'li bireylerin aileleri; çocuklarının kontrol grubuna göre daha fazla

dışlandıklarını, arkadaş edinmede zorlandıklarını bildirmişlerdir. Aktaş'ın (2016), OKB'li hastalarda sosyal uyum ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi amacıyla yapmış olduğu çalışmada çalışan, sosyoekonomik durumu iyi olan, ilaçlarını düzenli kullanan OKB hastalarının sosyal uyumlarının daha fazla olduğu saptanmıştır.

### **2.3.3. Ruhsal Bozukluklarda Sosyal İşlevselliğe Yönelik Yaklaşımlar**

Ruhsal bozukluklar yeti yitimi ve uzun süreli tedavi gerektirmesinden dolayı birey, aile ve toplum için duysal ve ekonomik yük oluşturan rahatsızlıklardır. Hastalarla birlikte en çok ilişki içinde olan sağlık ekibinin bir parçası olan psikiyatri hemşireleri bütüncül bakım ve destek sağlama sürecinde önemli bir konuma sahiptir. Psikiyatri hemşireleri, sosyal işlevselliği artırmaya yönelik öncelikle anketler yardımıyla hastaların sosyal işlevsellik düzeyini belirlemelidir. İşlevsel değerlendirmede ana görev; kişinin hedeflenen rolün işlevselliği için gerekli yetiler ve kaynaklarla kişinin mevcut güçleri ve kısıtlılıklarının karşılaştırılmasıdır. Psikiyatrik tanı ve belirtilerin değerlendirilmesi ile birlikte işlevsel değerlendirme iyileştirme planı için gereken araçlardır. Kısaca işlevlerin ve belirtilerin değerlendirilmesi ruh sağlığı çalışanları ve hastalara iyileşme için bir yol haritası sunarken, hastaların kaliteli ve saygın bir yaşam sürebilmeleri için gereklidir. Kronik hastaların rehabilitasyonunda ilk basamak doğru tanı ve doğru ilaç tedavisidir. Daha sonraki basamak, bu hastalara en iyi rehabilitasyon hizmetinin verilebilmesi için, 'İşlevsel Değerlendirmenin' doğru yapılmasıdır. İşlevsel değerlendirme kavramı, hastanın maksimum bağımsızlığı için gerekli işlevsel alanları etkileyen problem davranışları anlamamız için bir anahtardır. İşlevsel değerlendirme yelkenleri olmayan bir tekne gibidir. Bireyin işlevsel değerlendirilmesi yapılırken; güçlü yanları, ilgi alanları ve hedeflerinin dikkate alınması gerekmektedir (Lieberman, 2011). İşlevsel değerlendirme; toplum içinde başarılı bir yaşam sürmek için gerekli becerileri, destekleri ve kaynakları oluşturmada kullanılan iyileştirme hizmetleri için başlangıçtır. Hastanın aile içindeki ilişkileri, toplumda arkadaşları ile ilişkileri, mesleki becerileri ve boş zamandaki etkinlikleri değerlendirilir (Özçelik ve ark. 2002).

Psikiyatri hemşireleri, sosyal işlevsellik düzeyi belirlendikten sonra hastanın sosyal işlevselliğini artırmak amacıyla psikososyal beceri eğitimi verebilir. Psikososyal beceri eğitimi hastaların toplum içerisindeki uyumunu artırarak onların birer üreticiye dönüşmesine katkıda bulunur (Yıldız, 2011; Çam ve Çuhadar, 2013). Psikiyatri hemşireleri kişisel gelişime olanak sağlayan terapötik grup faaliyetlerini (sabah selamlamaları ve iş, meslek, sinema, spor vb.) teşvik edebilir, herhangi sosyal konuyu

(hava durumu, yerel konular) uygun bir şekilde konuşmayı öğretebilir. (Videbeck ve Miller, 2003). Şüpheleri olan veya güven duygusu gelişmemiş hastalar başkaları ile iletişimden kaçınabilirler. Hastaya sosyal becerileri gösterme ve uygulama onun için sosyal etkileşim alanlarında daha başarılı deneyimler kazandırırken, göz göze iletişim, dikkatli dinleme, konuşurken dönme hareketleri gibi beceriler hastaların sosyalleşmelerinde kendilerine güveni ve yeteneklerini artırabilmektedir (Videbeck, 2011).

Baysal (2013), içselleştirilmiş damgalamanın psikoterapilerde ele alınmasının bireylerin işlevselliğini arttırmada önemli olduğunu vurgulamıştır. Psikiyatri hemşireleri ruhsal bozukluğu olan hastaların bakım planlarına taburculuk sonrası rehabilitasyon hizmetlerini de dâhil etmelidir. Hastanın günlük yaşam aktivitelerini bağımsız yapması, toplumsal rollerini bağımsız olarak yerine getirebilmesi hastanın rehabilitasyonundaki hedeflerdir. Hastalara tedavi sırasında ve sonrasında sosyal işlevselliği artıracak yöntemler konusunda danışmanlık hizmeti vermelidir (Ersöğütçü ve Karakaş, 2016). Aydın (2016), TRSM sisteminde takip edilen hastaların hastane poliklinik sisteminde takip edilen hastalara göre belirti puanlarının düşük, sosyal işlevsellik ve yaşam kalitesi puanlarının yüksek olduğunu saptamıştır. Ayrıca TRSM uygulamalarının içerisine sosyal biliş eğitimlerinin dâhil edilmesinin hastaların sosyal işlevselliğini arttıracakını belirtmektedir. Psikiyatri hemşirelerinin, hastanın taburculuk sonrası TRSM hizmetlerinden faydalanması için danışmanlık hizmeti vermesi gerekmektedir.

#### 2.3.4. Sosyal işlevsellik ve İçselleştirilmiş Damgalanma İlişkisi

Damgalanma bireyin benlik saygısının azalmasına, iş hayatında geri kalmasına, iletişim, alışveriş, para yönetimi ve ev temizliği gibi günlük yaşam etkinliklerine katılmasını engeller. Damgalanmaya maruz kalan bireyler hayatlarındaki kısıtlılıklar nedeniyle çevresindeki insanlara bağımlılıkları artmaktadır. Ayrıca diğer insanlarla iletişim kurma, grup faaliyetlerinde bulunma, diğer insanlarla temas halinde olma gibi kişiler arası ilişkileri de olumsuz yönde etkilenmektedir. Damgalanan bireyler, sosyal aktiviteleri yerine getirmekte zorlanmakta ve sosyal işlevselliği azalmaktadır (Corrigan ve arkadaşları, 2006; Link ve Phelan, 2001). Hastaların algılanan içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri arttıkça toplam sosyal işlevselliği azalmaktadır. Literatürde farklı hastalık gruplarıyla yapılan çalışmalarla içselleştirilmiş damgalanmanın sosyal işlevselliği azalttığını destekleyen çalışmalar bulunmakla beraber (Sevindik ve ark. 2014; Arabaci ve ark. 2015). Sevinik (2016), Şizofreni hastalarının içselleştirilmiş damgalanma ve sosyal işlevsellik düzeyini belirlemek amacıyla yapmış olduğu çalışmada sosyal işlevselliğin içselleştirilmiş damgalanma üzerindeki etkisine bakılmış ve analiz sonucuna göre kurulan regresyon modeli anlamlı ( $F= 37,019$ ) ve sosyal işlevselliğin ruhsal hastalıkların içselleştirilmiş damgalanmasını negatif yönde etkilediği bulunmuştur ( $B= -0,373$ ). Modeli açıklama oranı %26,4 olarak hesaplanmıştır. Buna göre, sosyal işlevsellikteki azalma içselleştirilmiş damgalanmayı artırdığı sonucuna ulaşılmıştır. OKB'li bireyler hem hastalığın olumsuz etkileri hem de içselleştirilmiş damgalanmanın etkisi nedeniyle sosyal çevrelerinden uzaklaşır, toplumdan, çevreden kendilerini çekerler. İşlevselliği azalan OKB'li hastalar bağımsızlığı azalır, ailelerine ve çevrelerine bağımlı hale gelirler.

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) tanısı alan hastalarda içselleştirilmiş damgalanma düzeyini belirlemek, hastaların bireysel ve hastalık özellikleri yönünden içselleştirilmiş damgalanma düzeyindeki farklılıkları belirlemek, içselleştirilmiş damgalanmanın sosyal işlevsellik düzeyine etkisini ortaya koymak amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

#### 3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, İstanbul'da Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları alanında köklü geçmişi olan bir dal hastanesinde yapıldı. Hastane 1924'te kurulmuştur. Türkiye'nin en önemli ruh sağlığı ve hastalıkları hastanesi olarak köklü bir geçmişe sahiptir. Hastane bünyesinde; nöroloji, beyin cerrahisi, çocuk ergen psikiyatrisi ve psikiyatri alanlarında hizmet vermektedir. OKB'li bireyler hastanenin OKB yan dal polikliniği, genel polikliniklerinde muayene olabilmektedir. Hastanenin Duygu Durum Polikliniklerinde ise OKB'li bireylere yönelik terapi grupları yürütülmektedir.

Araştırmanın yapıldığı hastanede yirmi dört adet yetişkin psikiyatri ve dört adet çocuk ergen psikiyatri polikliniği bulunmaktadır. Hastanenin altı adet kadın ve altı adet akut erkek yataklı servisi ve bir adet çocuk ergen yataklı servisi bulunmaktadır. OKB yan dal polikliniği sadece Pazartesi günleri hizmet vermektedir. Araştırma, hastanenin genel psikiyatri poliklinikleri, OKB yan dal polikliniği, yetişkin hasta kadın ve erkek yataklı servislerinde Şubat-Haziran 2019 tarihleri arasında yapılmıştır.

#### 3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Şubat-Haziran 2019 tarihleri arasında hastanenin psikiyatri polikliniklerine başvuran ve bu süre içinde klinikte tedavi gören tüm hastalar oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini ise; araştırmaya katılmayı kabul eden, 18 yaşını doldurmuş ve formları doldurmaya engel olacak fiziksel ya da algılama sorunu olmayan, OKB tanısı almış 80 hasta oluşturmuştur. Bu hastalardan on tanesi yatarak tedavi alan hastalar, hastalardan 45'i düzenli olarak OKB yan dal polikliniğinde takip edilen hastalar ve 25'i genel polikliniklere başvuran hastalardır.



### 3.4. Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri;

- 18 yaşını doldurmuş olması,
- Formları doldurmasına engel olacak fiziksel ya da algılama sorununun olmaması.

### 3.5. Veri Toplama Araçları

#### 3.5.1. Tanıtıcı Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından literatür bilgileri doğrultusunda (Can, 2012; Mercan, 2017; Kizılağaç, 2018; Koç, 2019; Aktaş, 2016) geliştirilen tanıtıcı bilgi formunda katılımcının bireysel ve hastalık özelliklerini belirlemeye yönelik sorular yer almaktadır. Formda açık ve kapalı uçlu sorular bulunmaktadır. Form toplam 14 maddeden oluşmaktadır.

#### 3.5.2. Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ):

Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (Internalized Stigma of Mental Illness-ISMI), ruhsal hastalıklarda içsel damgalanmayı değerlendirmek amacıyla Ritsher ve arkadaşları (2003) tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Ersoy ve Varan (2007) tarafından yapılmıştır. RHİDÖ, 29 maddeden oluşan ve bir öz-bildirim ölçeğidir. Dörtlü likert tipi ölçek üzerinde yer alan maddeler: “kesinlikle aynı fikirde değilim” (1 puan), “aynı fikirde değilim” (2 puan), “aynı fikirdeyim” (3 puan), “kesinlikle aynı fikirdeyim” (4 puan) şeklinde dörtlü likert tipi ölçek üzerinde yanıtlanmaktadır.

Ölçek beş alt ölçekten oluşmaktadır. Alt ölçekler incelendiğinde ölçek maddeleri konularına göre gruplandırılarak alt ölçeklere yerleştirilmiştir.

**Yabancılaşma:** Altı maddeden oluşan bu bölüm de, kişinin hastalığından utanma, kendini toplumda yabancı gibi hissetme, kendini hastalığından dolayı diğer insanlardan daha aşağıda hissetme, kendinden memnun olmama ve anlaşılmadığını hissetme gibi öznel deneyimini ölçmeyi amaçlanmaktadır.

**Kalıp yargıların onaylanması:** Toplumun ruhsal hastalığı olan bireyler ile ilişkili kalıp yargılarına bireyin ne ölçüde katıldığının ölçülmesini amaçlayan yedi maddeden oluşmaktadır. Bu bölümde ruhsal hastalıklara karşı; saldırganlar, evlenmemelilerdir, iyi ve doyum verici bir hayat yaşayamazlar, ruhsal hastalıklar dışardan bakıldığında anlaşılabilir, ruhsal hastalığı olan insanlar tek başına karar alamaz yardıma ihtiyaç

duyarlar, topluma bir katkıları olmaz ve toplumun benim hastalığıma ilişkin olumsuz yargıları doğrudur gibi kalıp yargıları sorulmaktadır.

**Algılanan ayrımcılık:** Bireyin hastalığı nedeniyle diğerleri tarafından; ayrımcılığa uğradığını, ne yapmaları gerektiğinin sık sık söylendiğini, göz ardı edilirler ya da ciddiye alınmadığını, diğer insanların yakınlaşmaktan çekindiğini ve başarılı olamayacağına ilişkin algılarını saptamayı hedeflemektedir.

**Sosyal geri çekilme:** Kişinin diğer insanlarla etkileşimini engelleyen düşünceleri değerlendirmeyi amaçlamaktadır. Reddedilmekten korkma, garip görüldüğünü düşündüğü için sosyalleşmeme, diğer insanların sıkılacağını düşündüğü için kendi hakkında konuşmaktan kaçınma, diğer insanlarla birlikteken kendini o ortama ait hissetmeme, aile ve arkadaşlarını utandırmaktan korktuğu için sosyal ortamlardan uzak durma gibi durumları değerlendirmeyi amaçlamaktadır.

**Damgalanmaya karşı direnç:** İçselleştirilmiş damgalanmadan etkilenme deneyimini ölçmeyi hedeflemektedir. Bireyin damgalanmaya karşı direnç puanı arttıkça damgalanmadan etkilenme düzeyide artmaktadır. Burada ruhsal hastalığı olan kişilerinde topluma katkıda bulunamayacağı, ruhsal hastalığı olan biriyle görülmenin rahatsız edeceği, yaşamanın ise mücadelecı bir birey yapmadığı, kişinin hayatı istediğı gibi yaşamadığı ve kişinin ruhsal hastalığa nedeniyle iyi ve doyum verici hayatı olmadığına dair düşünceleri ölçmek amacıyla yapılmaktadır. Damgalanmaya karşı direnç alt ölçeğinin maddeleri ters olarak puanlanmaktadır.

Yüksek RHİDÖ puanı, kişinin olumsuz yönde daha yüksek düzeyde içselleştirilmiş damgalanma yaşantıladığı anlamını taşımaktadır. Ölçeğın toplam ve alt grupları Tablo 2'de gösterilmiştir.

<b>İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği Alt Grupları</b>	<b>Maddeler</b>	<b>Min. Puanı</b>	<b>Max. Puanı</b>	<b>Cronbach alfa katsayıları</b>	<b>Bu araştırmanın Cronbach alfa Katsayıları</b>
Yabancılaşma	6 madde 1-5-8-16- 17-21	6	24	0,84	0,954
Kalıp Yargıların Onaylanması	7 madde 2-6-10-18- 19-23-29	7	28	0,71	0,951;
Algılanan Ayrımcılık	5 madde 3-15-22- 25-28	5	20	0,87	0,947;
Sosyal Geri Çekilme	6 madde 4-9-11-12- 13-20	6	24	0,85	0,918;
Damgalanmaya Karşı Direnç	5 madde 7-14-24- 26-27	5	20	0,63	0,939
<b>İçselleştirilmiş Damgalanma Toplam</b>	<b>29 madde</b>	<b>29</b>	<b>116</b>	<b>0,93</b>	<b>0,945</b>

**Tablo 2:** Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ)

Beş alt ölçeğe ait puanların toplanmasıyla elde edilen toplam RHİDÖ puanı 29 ile 116 arasında, ortalama puan ise 1-4 arasında değişmektedir. RHİDÖ’de 2 ve daha düşük puan alanlar minimum, 2-2,49 arasındakiler hafif, 2,5-3 arasında puan alanlar orta, 3 ve yukarısı ciddi düzeyde içsel damgalanma yaşadıklarını ifade etmektedir. RHİDÖ’nün güvenilirliği, iç tutarlık katsayılarının hesaplanması ile değerlendirilmiştir. Tüm ölçek için elde edilen iç tutarlık katsayısı ise 0,93 olarak bulunurken, ölçeğin iki-yarım güvenilirliği 0,89 olarak belirmiştir. RHİDÖ’nün geçerliğinin irdelenmesi amacıyla ölçeğin toplam ve alt ölçek puanları ile diğer alt ölçek puanları arasındaki ilişki araştırılmıştır. Puanlar için elde edilen tüm korelasyon katsayıları anlamlı bulunmuştur (Ersoy ve Varan 2007).

### 3.5.3. Sosyal İşlevsellik Ölçeği (SİÖ) :

Sosyal İşlevsellik Ölçeği (SİÖ) kişinin bütün sosyal rolüne yapılan yargıyı gerektiren rol işlevlerini değerlendiren bir araçtır. SİÖ temel yetileri, sosyal davranış nicelik yönünden değerlendirir. Ölçek 1990 yılında Birchwood ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (Birchwood ve ark. 1990).

Ölçek yedi alt alandan oluşmaktadır.

**Sosyal Uğraşı-Sosyal Geri Çekilme:** Zamanı kullanma, evden çıkma sıklığı, başkasının varlığına tepki gibi davranışları ölçer. Kişinin kendi başına zaman geçirme, konuşmaya başlayabilme ve sürdürebilme, sosyal çekiniklik durumu değerlendirilir. Beş madde vardır, olası en yüksek puan üç ve en düşük puan sıfır, toplam puan en yüksek 15 en düşük 0 olabilir.

**Kişilerarası İşlevsellik:** Kişinin arkadaşlarının sayısı, diğer insanlarla ilişkisi ve ilişkilerinin niteliği değerlendirilir. Kişiler arası işlevsellikte dört madde vardır fakat madde bir ve iki toplanır; böylece en düşük sıfır, en yüksek dokuz puan alınır.

**Öncül Sosyal Etkinlikler:** Bu bölüm 22 maddeden oluşur. Kişinin sinema, kafeye gitme, akraba ziyareti gibi sosyal etkinliklere katılma düzeyi puanlanır. Bu alt ölçekten alınabilecek minimum puan sıfır, en yüksek 66 puan alır. Son üç aydaki durum göz önünde bulundurularak değerlendirilir. Yaygın sosyal etkinlikler aralığında uğraşları değerlendirilir.

**Boş Zamanlarını Değerlendirme:** 15 maddeden oluşan bu bölüm hobiler ve ilgileri değerlendirilir. Bu alt gruptan alınabilecek minimum puan sıfır ve maksimum puan 45'tir. Son üç aylık süreç göz önünde bulundurularak doldurulur.

**Bağımsızlık-Yetkinlik:** Bağımsız yaşayabilme için gerekli yetileri yerine getirebilmesi değerlendirilir. 13 maddeden oluşur. Kişinin ulaşım aracı kullanma, yemek yapma, iş arama ve öz bakım gibi konularda yeterliliği değerlendirilir. Bu alt ölçekten alınabilecek minimum puan sıfır iken maksimum puan 39'dur. Son üç aylık süreç göz önünde bulundurularak doldurulur.

**Bağımsızlık-Performans:** 13 maddeden oluşan ve ulaşım aracı kullanma, yemek yapma, iş arama ve kendi bakımını sağlayabilme gibi konularda performansla (sıklıkla) ilgili olan bölümdür. Bağımsız yaşayabilme için gerekli performansı gösterebilme düzeyi belirlenir. Bu alt gruptan alınabilecek minimum puan sıfır iken maksimum puan 39'dur.

**İş-meslek:** Üretken bir iş ile uğraşma ya da günlük etkinliklerde yapılandırılmış program yapma düzeyi belirlenir. Ölçekteki ilk bölümde yedi ile 10 arası puanı karşılıyorsa diğer sorular doldurulmaz. Eğer kişinin verdiği cevaplarla ilk bölüm

karşılanmamışsa, örneğin işi tam gün ya da yarı zamanlı çalışmıyorsa, öğrenci/ev kadını/anne değilse ya da son dönemde (son 6 ayda) çalışmıyorsa veya rehabilitasyon tedavisine devam ediyorsa, maksimum altı puanın verilebileceği son iki madde doldurulur (Mutlu, 2018).

10 puan- Tam gün gelir getiren bir işte çalışma veya öğrenci olma

9 puan- Yarım gün gelir getiren bir işte çalışma veya ev kadını veya annelik yapabilme

8 puan- Son altı aya kadar bir işte çalışmış olma, işten çıkarılma sonucu aktif olarak iş arama

7 puan- Hasta bir rehabilitasyon programı veya meslek eğitimi programına devam ediyorsa

En yüksek puan= 10. En düşük puan= 0.

Alt ölçek puanlarının toplanması ile alınabilecek puan 0–210 arasında değişmektedir. Ölçeğin Türkçe uyarlaması, Serpil Yaprak ERAKAY tarafından yapılmıştır. Ölçeğin Türkçe formunun güvenilirlik analizinde, Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0.807 olarak elde edilmiştir. Yüksek puan iyi işlevselliği göstermektedir. Güvenilirlik analizinde alt grupların Cronbach alfa iç tutarlılık katsayıları 0.80, 0.94 ve 0.95 olarak elde edilmiştir (Erakay, 2001; Aydemir ve Köroğlu, 2012). Ölçeğin toplam ve alt grupları Tablo 3'te gösterilmiştir.

Sosyal İşlevsellik Ölçeği Alt Grupları	Madde Sayısı	Min. Puanı	Max. Puanı	Bu Çalışmanın Cronbach Alfa Katsayıları
Sosyal Uğraşı-Sosyal Geri Çekilme	5	0	15	0.677
Kişilerarası İşlevsellik	4	0	9	-
Öncül Sosyal Etkinlikler	22	0	66	0.923,
Boş Zamanlarını Değerlendirme	15	0	45	0.801
Bağımsızlık-Yetkinlik	13	0	39	0.908
Bağımsızlık-Performans	13	0	39	0.918
İş-Meslek	5	0	10	-
<b>Sosyal işlevsellik Toplam</b>	<b>77 madde</b>	<b>0</b>	<b>210 ve üzeri</b>	<b>0.60</b>

**Tablo 3:** Sosyal İşlevsellik Ölçeği (SİÖ)

### **3.6. Veri Toplama Formlarının Uygulanması**

Formların uygulanması için iki alan belirlenmiştir.

Polikliniğe başvuran hastalar için; genel psikiyatri poliklinilerinde çalışan sorumlu hemşire ve hekimlere her sabah araştırmacı tarafından iletişim numarası bırakıldı. Genel polikliniğe başvuran OKB hastası olduğunda iletişim numarası ile araştırmacıya haber verildi. Öncelikle hastalara gönüllü onam formu açıklanmış ve imzalatılmıştır. Çalışmayı kabul eden hastalar formları poliklinikte boş bir odada araştırmacı gözetiminde kendileri doldurmuşlardır. OKB yan dal polikliniği sadece pazartesi öğleden sonraları hizmet verdiği için bu örneklem grubunda bulunan hastaların randevu günleri takip edilip form tekrarından kaçınmak için çizelge oluşturulmuştur. Hastalar formları OKB yan dal poliklinik odasında araştırmacı gözetiminde kendileri doldurmuşlardır.

Yatmakta olan hasta grubu için; hastanenin acil servisindeki sorumlu hemşireye ve servislerde bulunan sorumlu hemşirelere iletişim numarası bırakılmış, hasta yatışı olduktan sonra bulunulan serviste form araştırmacı gözetiminde hasta tarafından doldurulmuştur. Yatan hastalar için örneklem güvenilirliğini sağlamak için hastanın psikotik belirtilerinin olmamasına, alevlenme belirtilerinin olmamasına dikkat edilmiştir. Formların doldurulması hasta özellikleri de göz önünde bulundurularak ortalama 15-20 dakika sürmüştür.

### **3.7. Verilerin Değerlendirilmesi**

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemleri olarak sayı, yüzde, ortalama, standart sapma kullanılmıştır. İki bağımsız grup arasında niceliksel sürekli verilerin karşılaştırılmasında t-testi, ikiden fazla bağımsız grup arasında niceliksel sürekli verilerin karşılaştırılmasında Tek yönlü (One way) Anova testi kullanılmıştır. Anova testi sonrasında farklılıkları belirlemek üzere tamamlayıcı post-hoc analizi olarak Scheffe testi kullanılmıştır. İki değişken arasındaki ilişkinin belirlenmesinde Pearson Korelasyon analizi ve iki değişken arasındaki neden sonuç ilişkisini belirlemek için lineer regresyon analizi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık  $p < 0.05$  olarak kabul edilmiştir.

### **3.8. Araştırmanın Etik Boyutu**

Araştırma için; Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulundan (EK-5) etik kurul izni çalışmanın yapıldığı hastaneden kurum izni alınmıştır (EK-6). Araştırmaya alınan Obsesif Kompulsif Bozukluğu olan hastalardan ise uygulama öncesi yazılı onam alınmıştır (EK-1).



#### 4. BULGULAR

Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) tanısı alan hastalarda içselleştirilmiş damgalanma ve içselleştirilmiş damgalanmanın sosyal işlevsellik düzeyine etkisini saptamak, hastaların içselleştirilmiş damgalanma ve sosyal işlevsellik toplam puanlarının bireysel ve hastalık özellikleri açısından fark olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan çalışmadan elde edilen bulgular aşağıda yer almaktadır.

**Tablo 4: Hastaların Bireysel Özelliklerine Göre Dağılımı (n:80)**

Tanımlayıcı Özellikler	n	%
<b>Yaş</b>		
18-25	19	23,8
26-40	37	46,2
41 ve Üzeri	24	30,0
Yaş Ortalaması: min: 18 max: 62 $\bar{x}$ : 35,29		
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	47	58,8
Erkek	33	41,2
<b>Medeni Durum</b>		
Evli	41	51,2
Bekar	39	48,8
<b>Eğitim Düzeyi</b>		
İlköğretim	40	50,0
Lise	20	25,0
Yüksek Öğrenim ve Üzeri	20	25,0
<b>Halen Çalışma Durumu</b>		
Evet	19	23,8
Hayır (öğrenci ve ev hanımları dahil)	61	76,2
<b>Kiminle Yaşadığı</b>		
Anne- Baba İle	35	43,8
Eş ve Çocuklar İle	38	47,4
Diğer (yurt, ev arkadaşı...)	7	8,8
<b>Gelir Durumu</b>		
Gelir Giderden Az	24	30,0
Gelir Gidere Denk	44	55,0
Gelir Giderden Fazla	12	15,0

Tablo 4 incelendiğinde; Hastaların yaş aralığı 18-62 arasında olup, %46'sının 26-40 yaş arasında olduğu görülmüştür. Hastaların %58,8'inin kadın, %51,2'sinin medeni duruma göre evli olduğu, %50'sinin ilköğretim mezunu olduğu, hastaların %76,2'sinin çalışmadığı saptanmıştır. Hastaların %47,5'inin eş ve çocuklar ile birlikte yaşadığı, hastaların %55'inin gelir durumunun gelir gidere denk olduğu bulunmuştur.



**Tablo 5: Hastaların Hastalığa İlişkin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Dağılımı**  
(n:80)

Tanımlayıcı Özellikler	n	%
<b>Hastalık Süresi</b>		
6 Ay-11 Ay	7	8,8
1-5 Yıl	21	26,2
6 Yıl ve Üzeri	52	65,0
Ortalama Hastalık Süresi: min:1 yıl max: 25 yıl $\bar{x}$ : 7.18		
<b>Ruhsal Hastalık Nedeniyle İşten Ayrılma Durumu</b>		
Evet	26	32,5
Hayır	54	67,5
<b>Düzenli Olarak Psikiyatrik İlaç Kullanma Durumu</b>		
Evet	70	87,5
Hayır	10	12,5
<b>Hastalığa Eşlik Eden Başka Rahatsızlık Varlığı</b>		
Hayır	59	73,8
Evet	21	26,2
<b>İntihar Girişimi Olma Durumu</b>		
Evet	31	38,8
Hayır	49	61,2
<b>Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü varlığı</b>		
Evet	37	46,2
Hayır	43	53,8
<b>Ruhsal Hastalık Nedeniyle Daha Önce Hastaneye Yatma Durumu</b>		
Hayır	73	91,2
Evet	7	8,8

Tablo 5 incelendiğinde; Hastaların hastalık aralığının 1-25 olup, ortalama hastalık süresinin  $\bar{x}$ : 7.18 yıl olduğu bulunmuştur. Hastaların, %65'inin altı yıl ve üzeri hastalık süresine sahip olduğu, %32,5'inin ruhsal hastalık nedeniyle işten ayrıldığı, %87,5'inin düzenli ilaç kullandığı, %73,8'inin OKB'ye eşlik eden başka bir rahatsızlığı olmadığı, %38,8'inin intihar girişiminde bulunduğu, %46,2'sinin ailede ruhsal hastalık olduğu ve %91,2'inin daha önce hastaneye yatmadığı bulunmuştur.

**Tablo 6: Hastaların Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ) Genel ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı (n= 80)**

RHİDÖ Toplam Ve Alt Grupları	Ort. $\bar{x}$	Ss	Min.	Max.
Yabancılaşma	17,72	4,003	9,00	24,00
Kalıp Yargıların Onaylanması	16,98	4,997	7,00	28,00
Algılanan Ayrımcılık	12,35	3,891	5,00	20,00
Sosyal Geri Çekilme	15,18	5,117	6,00	24,00
Damgalanmaya Karşı Direnç	14,20	2,482	9,00	19,00
<b>İçselleştirilmiş Damgalanma Toplam</b>	<b>76,163</b>	<b>17,839</b>	<b>38,00</b>	<b>109,00</b>

Tablo 6'ya göre; Bireylerin RHİDÖ "İçselleştirilmiş damgalanma toplam" ortalaması  $\bar{x}$ : 76,163±17,839 (Min:38; Max:109) olarak bulunmuştur. Bireylerin RHİDÖ'nin alt boyut madde puan ortalamaları ise; "Yabancılaşma" ortalaması  $\bar{x}$ : 17,725±4,003 (min: 9; Max: 24), "Kalıp yargıların onaylanması" ortalaması  $\bar{x}$ : 16,988±4,997 (min: 7; Max: 28), "Algılanan ayrımcılık" ortalaması  $\bar{x}$ : 12,350±3,891 (Min:5; Max: 20), "Sosyal geri çekilme" ortalaması  $\bar{x}$ : 15,188±5,117 (Min: 6; Max: 24), "Damgalanmaya karşı direnç" ortalaması  $\bar{x}$ : 14,200± 2,482 (min: 9; Max: 19) olarak saptanmıştır.

**Tablo 7: Hastaların İçselleştirilmiş Damgalanma Düzeylerine Göre Dağılımı (n:80)**

Gruplar	(n:80)	Yüzde (%)
Minimum (29-50.75)	7	8,8
Hafif (50.76-72.50)	30	37,5
Orta (72.51-94.25)	25	31,2
Ciddi (94.26-116)	18	22,5

Bireylerin içselleştirilmiş damgalanma düzeylerine göre dağılımının gösterildiği Tablo 7'ye göre; Ölçek toplam maksimum puanı olan 116 ve minimum puanının farkı 87 puandır. Bunu derecelendirmek için dört eşit parçaya bölüldüğünde 21.75 derece aralığını belirtmektedir. Derecelendirilme sonucunda; bireylerin damgalama düzeyine göre dağılımı %37,5'inin hafif, %31,2'sinin orta düzeyde ve %22,5'inin ciddi düzeyde olduğu saptanmıştır.

**Tablo 8: Hastaların İçselleştirilmiş Damgalanma Toplam ve Alt Grup Puan Ortalamalarının Bireysel Özelliklere Göre Dağılımı (n:80)**

Demografik Özellikler	n	Yabancılaşma	Kalp Yargularının Onaylanması	Algılanan Ayrımcılık	Sosyal Geri Çekilme	Damgalanmaya Karşı Direnç	İçselleştirilmiş Damgalanma Toplam
<b>Yaş</b>		Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS
18-25	19	17,368±4,297	15,368±4,901	11,474±3,611	14,368±4,374	13,421±2,269	71,790±15,662
26-40	37	16,622±3,954	16,811±5,280	11,757±4,239	14,378±5,489	13,622±2,289	72,811±18,514
41 Ve Üzeri	24	19,708±3,155	18,542±4,314	13,958±3,127	17,083±4,736	15,708±2,349	84,792±15,907
F=		4,859	2,250	3,121	2,439	7,403	4,376
p=		<b>0,010</b>	0,112	<b>0,050</b>	0,094	<b>0,001</b>	<b>0,016</b>
Post Hoc=		<b>3 &gt; 1, 3 &gt; 2 (p&lt;0.05)</b>	(p>0.05)	<b>3 &gt; 1, 3 &gt; 2 (p&lt;0.05)</b>	(p>0.05)	<b>3 &gt; 1, 3 &gt; 2 (p&lt;0.05)</b>	<b>3 &gt; 1, 3 &gt; 2 (p&lt;0.05)</b>
<b>Cinsiyet</b>		Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS
Kadın	47	18,000±4,032	17,149±5,167	12,362±4,131	15,106±5,406	14,468±2,653	76,766±18,822
Erkek	33	17,333±3,990	16,758±4,816	12,333±3,585	15,303±4,753	13,818±2,200	75,303±16,586
t=		0,731	0,343	0,032	-0,168	1,155	0,359
p=		0,467	0,733	0,975	0,867	0,252	0,721
<b>Medeni Durum</b>		Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS
Evli	41	18,195±3,989	17,927±5,047	13,098±3,993	15,927±5,076	14,707±2,866	79,781±18,212
Bekâr	39	17,231±4,010	16,000±4,812	11,564±3,669	14,410±5,108	13,667±1,896	72,359±16,837
t=		1,078	1,746	1,786	1,332	1,905	1,890
p=		0,284	0,085	0,078	0,187	0,058	0,062
<b>Eğitim Düzeyi</b>		Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS
İlköğretim	40	18,800±3,632	18,700±4,553	13,650±3,759	16,525±4,635	15,000±2,532	82,450±16,188
Lise	20	16,150±4,095	16,100±5,057	11,600±3,747	14,450±4,957	12,700±2,029	70,950±17,671
Yüksek Öğrenim Ve Üzeri	20	17,150±4,171	14,450±4,685	10,500±3,487	13,250±5,646	14,100±2,150	68,800±17,440
F=		3,390	5,891	5,407	3,174	6,552	5,633
p=		<b>0,039</b>	<b>0,004</b>	<b>0,006</b>	<b>0,047</b>	<b>0,002</b>	<b>0,005</b>
Post Hoc=		<b>1 &gt; 2 (p&lt;0.05)</b>	<b>1 &gt; 2, 1 &gt; 3 (p&lt;0.05)</b>	<b>1 &gt; 2, 1 &gt; 3 (p&lt;0.05)</b>	<b>1 &gt; 3 (p&lt;0.05)</b>	<b>1 &gt; 2 (p&lt;0.05)</b>	<b>1 &gt; 2, 1 &gt; 3 (p&lt;0.05)</b>

**Tablo 8- Devamı: Hastaların İçselleştirilmiş Damgalanma Toplam ve Alt Grup Puan Ortalamalarının Bireysel Özelliklere Göre Dağılımı (n:80)**

Demografik Özellikler	n	Yabancılaşma	Kalıp Yarguların Onaylanması	Algılanan Ayrımcılık	Sosyal Geri Çekilme	Damgalanmaya Karşı Direnç	İçselleştirilmiş Damgalanma Toplam
<b>Halen Çalışma Durumu</b>		Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS
Evet	19	16,211±3,910	15,421±4,914	11,632±3,655	13,421±5,157	13,316±2,187	70,158±16,975
Hayır	61	18,197±3,945	17,475±4,962	12,574±3,964	15,738±5,020	14,475±2,521	78,033±17,821
t=		-1,920	-1,579	-0,921	-1,746	-1,803	-1,700
p=		0,058	0,118	0,360	0,085	0,075	0,093
<b>Kiminle Yaşandığı</b>		Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS
Anne- Baba İle	35	17,114±4,136	16,343±4,465	11,571±3,665	14,829±5,055	13,514±1,915	73,029±16,588
Eş Ve Çocuklar İle	38	18,053±4,087	17,790±5,137	13,026±4,143	15,632±5,159	14,737±2,920	79,211±18,694
Diğer	7	19,000±2,517	15,857±6,719	12,571±3,309	14,571±5,769	14,714±1,704	75,286±18,945
F=		0,887	0,959	1,295	0,275	2,462	1,106
p=		0,416	0,388	0,280	0,760	0,092	0,336
<b>Gelir Durumu</b>		Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS
Gelir Giderden Az	24	19,792±3,270	17,708±4,477	13,583±3,623	16,792±5,030	15,417±2,448	82,708±15,412
Gelir Gidere Denk	44	17,591±3,914	17,705±5,120	12,523±3,825	15,250±5,118	13,977±2,367	76,841±18,009
Gelir Giderden Fazla	12	14,083±2,999	12,917±3,704	9,250±3,194	11,750±3,769	12,583±1,881	60,583±12,688
F=		10,069	5,179	5,652	4,207	6,366	7,200
p=		<b>0,000</b>	<b>0,008</b>	<b>0,005</b>	<b>0,018</b>	<b>0,003</b>	<b>0,001</b>
Post Hoc=		<b>1 &gt; 2, 1 &gt; 3, 2 &gt; 3 (p&lt;0.05)</b>	<b>1 &gt; 3, 2 &gt; 3 (p&lt;0.05)</b>	<b>1 &gt; 3, 2 &gt; 3 (p&lt;0.05)</b>	<b>1 &gt; 3, 2 &gt; 3 (p&lt;0.05)</b>	<b>1 &gt; 2, 1 &gt; 3 (p&lt;0.05)</b>	<b>1 &gt; 3, 2 &gt; 3 (p&lt;0.05)</b>

Tablo 8’de hastaların RHİDÖ toplam ve alt grup ortalamaları bireysel özelliklerine göre değerlendirildiğinde; Hastaların içselleştirilmiş damgalanma toplam puanı (F=4,376; p=0.016) ve yabancılaşma (F=4,859; p=0.01) , algılanan ayrımcılık (F=3,121; p=0.05<0.05), damgalanmaya karşı direnç (F=7,403; p=0.05) puanları yaş değişkenine göre anlamlı farklılık göstermektedir. Yapılan Post-hoc testi ile farkın nedeni; Yaş 41

ve üzeri olanların yabancılaşma puanlarının yaş 18-25 olanların yabancılaşma puanlarından yüksek olmasıdır ( $p<0.05$ ). Yaş 41 ve üzeri olanların puan ortalamaları genç yaşta hasta olan hastalardan yüksek bulunmuştur. Hastaların kalıp yargıların onaylanması, sosyal geri çekilme puanları yaş değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0.05$ ).

Hastaların yabancılaşma, kalıp yargıların onaylanması, algılanan ayrımcılık, sosyal geri çekilme, damgalanmaya karşı direnç, içselleştirilmiş damgalanma toplam puanları medeni durum, cinsiyet, çalışma durumu, kiminle yaşadığı değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0.05$ ).

Hastaların yabancılaşma ( $F=3,390$ ;  $p=0.039$ ), kalıp yargıların onaylanması ( $F=5,891$ ;  $p=0.004$ ), algılanan ayrımcılık ( $F=5,407$ ;  $p=0.006$ ), sosyal geri çekilme ( $F=3,174$ ;  $p=0.047$ ), damgalanmaya karşı direnç ( $F=6,552$ ;  $p=0.002$ ) puanları eğitim düzeyi değişkenine göre anlamlı farklılık göstermektedir. Yapılan Post-hoc testi ile farkın nedeni; Eğitim düzeyi ilköğretim olanların ölçek puanlarının eğitim düzeyi lise olanların ölçek puanlarından yüksek olmasıdır ( $p<0.05$ ). Hastaların içselleştirilmiş damgalanma toplam puanları eğitim düzeyi değişkenine göre anlamlı farklılık göstermektedir ( $F=5,633$ ;  $p=0.005<0.05$ ). Farkın nedeni Eğitim düzeyi ilköğretim olanların içselleştirilmiş damgalanma toplam puanlarının eğitim düzeyi lise, yükseköğrenim ve üzeri olanların içselleştirilmiş damgalanma toplam puanlarından yüksek olmasıdır ( $p<0.05$ ).

Hastaların içselleştirilmiş damgalanma toplam puan ortalamaları ( $F=7,200$ ;  $p=0.001$ ) ve yabancılaşma ( $F=10,069$ ;  $p=0<0.05$ ), kalıp yargıların onaylanması ( $F=5,179$ ;  $p=0.008$ ), algılanan ayrımcılık ( $F=5,652$ ;  $p=0.005$ ), sosyal geri çekilme ( $F=4,207$ ;  $p=0.018$ ), damgalanmaya karşı direnç ( $F=6,366$ ;  $p=0.003$ ) puanları gelir durumu değişkenine göre anlamlı farklılık göstermektedir. Yapılan Post-hoc testi ile farkın nedeni; Gelir durumu gelir giderden az olanların puanlarının gelir durumu gelir gidere denk olanların ölçek puanlarından yüksek olmasıdır ( $p<0.05$ ). Gelir durumu gelir gidere denk olanların ölçek puanlarının gelir durumu gelir giderden fazla olanların puanlarından yüksek olmasıdır ( $p<0.05$ ).

**Tablo 9: Hastaların İçselleştirilmiş Damgalanma Toplam ve Alt Grup Puan Ortalamalarının Hastalığa İlişkin Tanımlayıcı Özelliklere Göre Dağılımı (n:80)**

Demografik Özellikler	n	Yabancılaşma	Kalp Yargularının Onaylanması	Algılanan Ayrımcılık	Sosyal Geri Çekilme	Damgalanmaya Karşı Direnç	İçselleştirilmiş Damgalanma Toplam
<b>Hastalık Süresi</b>		Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS
6 Ay- 11 Ay	7	13,143±2,193	13,714±3,200	8,286±2,215	11,286±2,690	13,429±1,813	60,000±8,206
1-5 Yıl	21	18,048±3,598	16,095±4,836	12,381±4,018	15,000±4,889	14,667±2,834	75,429±18,430
6 Yıl Ve Üzeri	52	18,212±4,002	17,789±5,085	12,885±3,740	15,789±5,278	14,115±2,414	78,635±17,593
F=		5,628	2,606	4,715	2,500	0,734	3,614
p=		<b>0,005</b>	0,080	<b>0,012</b>	0,089	0,483	<b>0,032</b>
Post Hoc=		<b>2 &gt; 1, 3 &gt; 1 (p&lt;0.05)</b>	(p>0.05)	<b>2 &gt; 1, 3 &gt; 1 (p&lt;0.05)</b>	(p>0.05)	(p>0.05)	<b>2 &gt; 1, 3 &gt; 1 (p&lt;0.05)</b>
<b>Ruhsal Hastalık Nedeniyle İşten Ayrılma Durumu</b>		Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS
Evet	26	17,539±3,289	17,962±3,975	13,654±3,162	16,308±4,126	14,346±2,262	79,885±13,261
Hayır	54	17,815±4,331	16,519±5,393	11,722±4,077	14,648±5,485	14,130±2,599	74,370±19,528
t=		-0,288	1,213	2,125	1,366	0,363	1,301
p=		0,774	0,229	0,024	0,137	0,717	0,143
<b>Düzenli Olarak Psikiyatrik İlaç Kullanma Durumu</b>		Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS
Evet	70	17,714±3,849	16,771±5,060	12,129±3,930	14,871±5,102	14,129±2,502	75,214±17,879
Hayır	10	17,800±5,203	18,500±4,478	13,900±3,381	17,400±4,904	14,700±2,406	82,800±16,936
t=		-0,063	-1,023	-1,354	-1,473	-0,679	-1,263
p=		0,961	0,309	0,180	0,145	0,499	0,211

**Tablo 9-Devamı: Hastaların İçselleştirilmiş Damgalanma Toplam ve Alt Grup Puan Ortalamalarının Hastalığa İlişkin Tanımlayıcı Özelliklere Göre Dağılımı (n:80)**

Demografik Özellikler	n	Yabancılaşma	Kalıp Yargıların Onaylanması	Algılanan Ayrımcılık	Sosyal Geri Çekilme	Damgalanmaya Karşı Direnç	İçselleştirilmiş Damgalanma Toplam
<b>Kendine Zarar Verme Girişimi Olma Durumu</b>		Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS
Evet	31	18,290±4,414	17,290±4,914	13,000±4,041	15,807±5,128	14,226±2,499	78,355±17,875
Hayır	49	17,367±3,723	16,796±5,091	11,939±3,777	14,796±5,123	14,184±2,497	74,776±17,861
t=		1,005	0,429	1,192	0,859	0,073	0,873
p=		0,318	0,669	0,237	0,393	0,942	0,385
<b>Ruhsal Hastalık Nedeniyle Hastaneye Yatma Durumu</b>		Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS
Hayır	73	17,438±3,891	16,534±4,822	12,082±3,677	14,795±4,964	14,041±2,469	74,671±17,019
Evet	7	20,714±4,231	21,714±4,608	15,143±5,210	19,286±5,251	15,857±2,116	91,714±20,131
t=		-2,113	-2,724	-2,027	-2,276	-1,878	-2,493
p=		<b>0,038</b>	<b>0,008</b>	0,046	<b>0,026</b>	0,064	<b>0,015</b>
<b>Ailede Psikiyatrik Hastalık Öykü Varlığı</b>		Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS
Evet	37	18,000±3,582	16,676±4,984	12,514±3,885	15,162±4,919	14,405±2,533	76,649±17,122
Hayır	43	17,488±4,361	17,256±5,053	12,209±3,937	15,209±5,339	14,023±2,454	75,744±18,626
t=		0,568	-0,515	0,347	-0,041	0,684	0,225
p=		0,572	0,608	0,730	0,968	0,496	0,823
<b>Hastalığa Eşlik Eden Başka Rahatsızlık Varlığı</b>		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Evet	59	17,017±3,875	16,017±5,077	11,729±3,886	14,254±4,901	13,797±2,476	72,559±17,300
Hayır	21	19,714±3,757	19,714±3,649	14,095±3,419	17,810±4,895	15,333±2,176	86,286±15,595
t=		-2,761	-3,062	-2,469	-2,856	-2,517	-3,200
p=		0,007	0,003	0,016	0,006	0,014	<b>0,002</b>
							<b>(p&lt;0.05 )</b>

Tablo 9'a göre; hastaların içselleştirilmiş damgalanma toplam puanları ( $F=3,614$ ;  $p=0.032$ ) ve yabancılaşma ( $F=5,628$ ;  $p=0.005$ ), algılanan ayrımcılık ( $F=4,715$ ;  $p=0.012$ ) puanları hastalık süresi değişkenine göre anlamlı farklılık göstermektedir. Yapılan Post-hoc testi ile farkın nedeni; Hastalık öyküsü süresi 1-5 yıl olanların ölçek puanlarının hastalık öyküsü süresi 6-11 ay olanların ölçek puanlarından yüksek olmasıdır ( $p<0.05$ ). Hastalık öyküsü süresi altı yıl ve üzeri olanların yabancılaşma puanlarının hastalık öyküsü süresi 6-11 ay olanların yabancılaşma puanlarından yüksek olmasıdır ( $p<0.05$ ). Hastaların kalıp yargıların onaylanması, sosyal geri çekilme, damgalanmaya karşı direnç puanları hastalık öyküsü süresi değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0.05$ ).

Ruhsal hastalık nedeniyle işten ayrılanların algılanan ayrımcılık puanları ( $x=13,654$ ), ruhsal hastalık nedeniyle işten ayrılmayanların algılanan ayrımcılık puanlarından ( $x=11,722$ ) yüksek bulunmuştur ( $t=2,125$ ;  $p=0.02$ ). Hastaların içselleştirilmiş damgalanma toplam puanı ve diğer alt faktörleri ruhsal hastalık nedeniyle işten ayrılma durumu değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0.05$ ).

Ruhsal hastalık nedeniyle hastaneye yatmayanların içselleştirilmiş damgalanma toplam puanı ve yabancılaşma, algılanan ayrımcılık puanları, kalıp yargıların onaylanması, sosyal geri çekilme, ruhsal hastalık nedeniyle hastaneye yatanların yabancılaşma puanlarından düşük bulunmuştur. Hastaların damgalanmaya karşı direnç puanları ruhsal hastalık nedeniyle hastaneye yatma durumu değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0.05$ ).

Hastaların yabancılaşma, kalıp yargıların onaylanması, algılanan ayrımcılık, sosyal geri çekilme, damgalanmaya karşı direnç, içselleştirilmiş damgalanma toplam puanları kendine zarar verme girişimi olma, ailede psikiyatrik hastalık öykü varlığı, düzenli olarak psikiyatrik ilaç kullanma durumu değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0.05$ ). Hastalığa eşlik eden başka rahatsızlığı olmayanlar ile hastalığa eşlik eden rahatsızlığı olanlar değişkenlerine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0.05$ ). Yapılan Post-hoc testi ile farkın nedeni; içselleştirilmiş damgalanma toplam puanı ve yabancılaşma, kalıp yargıların onaylanması, algılanan ayrımcılık, sosyal geri çekilme puanları, hastalığa eşlik eden başka rahatsızlığı olanların ölçek puanlarından düşük bulunmuştur ( $p<0.05$ ).



**Tablo 10: Hastaların Sosyal İşlevsellik Ölçeği Toplam ve Alt boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı (n:80)**

SiÖ Genel ve Altgruplar	Ort.	Ss	Min.	Max.
Sosyal Çekilme	8,43	3,101	0,000	14,000
Kişilerarası İşlevsellik	5,48	1,909	2,000	8,000
Öncül Sosyal Etkinlikler	13,43	11,582	0,000	47,000
Boş Zamanları Değerlendirme	11,60	7,133	0,000	33,000
Bağımsızlık-Performans	23,33	10,363	0,000	39,000
Bağımsızlık- Yetkinlik	32,81	7,160	12,000	39,000
İş- Meslek	4,68	4,796	0,000	16,000
<b>Sosyal İşlevsellik Toplam</b>	<b>99,800</b>	<b>36,681</b>	<b>27,000</b>	<b>178,000</b>

Tablo 10'a göre bireylerin sosyal işlevsellik toplam puan ortalaması  $\bar{x}$ :99,800±36,681 olarak bulunmuş olup, bireylerin sosyal işlevsellik alt boyut puan ortalamalarının dağılımı ise; sosyal çekilme ortalaması  $\bar{x}$ :8,438±3,10, kişilerarası işlevsellik ortalaması  $\bar{x}$ :5,488±1,909, öncül sosyal etkinlikler ortalaması  $\bar{x}$ :13,438±11,582, boş zamanları değerlendirme ortalaması  $\bar{x}$ :11,600±7,133, bağımsızlık-performans ortalaması  $\bar{x}$ :23,338±10,363, bağımsızlık-yetkinlik ortalaması  $\bar{x}$ :32,813±7,160, iş-meslek ortalaması  $\bar{x}$ :4,688±4,796 olarak saptanmıştır.

**Tablo 11: Hastaların Sosyal İşlevsellik Toplam ve Alt Grup Puan Ortalamalarının Bireysel Özellikere Göre Dağılımı (n:80)**

Demografik Özellikler	n	Sosyal Çekilme	Kişilerarası İşlevsellik	Öncül Sosyal Etkinlikler	Boş Zamanları Değerlendirme	Bağımsızlık Performans	Bağımsızlık Yetkinlik	İş	Sosyal İşlevsellik Toplam
<b>Yaş</b>		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
18-25	19	8,474± 2,568	5,263± 2,104	16,000± 9,129	12,053± 5,472	24,368± 8,802	33,36± 6,139	4,526± 3,791	104,053 ±28,299
26-40	37	9,432± 2,734	6,000± 1,616	17,297± 12,899	14,135± 7,379	25,189± 11,525	33,91± 7,635	6,216± 5,067	112,189 ±38,745
41 Ve Üzeri	24	6,875± 3,468	4,875± 2,028	5,458± 6,269	7,333± 6,048	19,667± 8,938	30,66± 6,951	2,458± 4,314	77,333± 29,264
F=		5,519	2,824	10,109	7,821	2,260	1,601	4,928	7,921
p=		0,006	0,066	0,000	0,001	0,111	0,208	0,010	0,001
PostHoc		<b>2&gt;3 (p&lt;0.05)</b>	(p>0.05)	<b>1&gt;3, 2&gt;3 (p&lt;0.05)</b>	<b>1&gt;3, 2&gt;3 (p&lt;0.05)</b>	(p>0.05)	(p>0.05)	<b>2&gt;3 (p&lt;0.05)</b>	<b>1&gt;3, 2&gt;3 (p&lt;0.05)</b>
<b>Cinsiyet</b>		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Kadın	47	8,128± 3,573	5,553± 1,909	11,915± 10,840	11,340± 7,032	23,851± 11,174	33,08± 7,306	3,000± 3,912	96,872± 37,254
Erkek	33	8,879± 2,247	5,394± 1,936	15,606± 12,410	11,970± 7,368	22,606± 9,202	32,42± 7,040	7,091± 4,965	103,970 ±36,000
t=		-1,067	0,365	-1,412	-0,386	0,527	0,404	-4,118	-0,850
p=		0,253	0,716	0,162	0,700	0,600	0,687	<b>0,000</b>	0,398
<b>Medeni Durum</b>		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Evli	41	7,976± 3,567	5,537± 1,872	11,146± 11,903	11,098± 7,456	22,220± 10,706	32,51± 7,701	3,366± 4,537	93,854± 38,879
Bekar	39	8,923± 2,475	5,436± 1,971	15,846± 10,869	12,128± 6,833	24,513± 9,992	33,12± 6,630	6,077± 4,721	106,051 ±33,583
t=		-1,374	0,234	-1,841	-0,644	-0,989	-0,383	-2,619	-1,498
p=		0,170	0,815	0,069	0,522	0,326	0,703	<b>0,011</b>	0,138

**Tablo 11- Devamı: Hastaların Sosyal işlevsellik Toplam ve Alt Grup Puan Ortalamalarının Bireysel Özellikere Göre Dağılımı (n:80)**

Demografik Özellikler	n	Sosyal Çekilme	Kişilerarası İşlevsellik	Öncül Sosyal Etkinlikler	Boş Zamanları Değerlendirme	Bağımsızlık Performans	Bağımsızlık Yetkinlik	İş	Sosyal İşlevsellik Toplam
<b>Eğitim Düzeyi</b>		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
İlköğretim	40	7,650± 3,386	5,175± 1,973	8,300± 8,624	9,950± 7,299	21,850± 10,465	31,600± 7,585	3,700± 4,740	88,225± 35,689
Lise	20	9,050± 2,837	6,100± 1,744	20,250± 11,711	15,200± 5,187	27,100± 8,705	34,500± 5,539	5,500± 5,084	117,700± 29,173
Yüksek Öğrenim Ve Üzeri	20	9,400± 2,393	5,500± 1,878	16,900± 12,286	11,300± 7,470	22,550± 11,213	33,550± 7,598	5,850± 4,416	105,050± 38,477
F=		2,761	1,589	10,224	3,902	1,825	1,243	1,755	5,047
p=		0,069	0,211	0,000	0,024	0,168	0,294	0,180	0,009
PostHoc=		(p>0.05)	(p>0.05)	<b>2&gt;1, 3&gt;1 (p&lt;0.05)</b>	<b>2&gt;1 (p&lt;0.05)</b>	(p>0.05)	(p>0.05)	(p>0.05)	<b>2&gt;1 (p&lt;0.05)</b>
<b>Halen Çalışma Durumu</b>		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Evet	19	9,684± 2,287	5,895± 1,912	16,316± 11,818	11,263± 6,765	25,895± 10,749	33,474± 6,611	10,526± 4,234	113,053± 36,904
Hayır	61	8,049± 3,232	5,361± 1,906	12,541± 11,458	11,705± 7,295	22,541± 10,199	32,607± 7,363	2,869± 3,279	95,672± 35,917
t=		2,047	1,066	1,245	-0,234	1,236	0,459	8,275	1,830
p=		<b>0,044</b>	0,290	0,217	0,815	0,220	0,648	<b>0,000</b>	0,071
<b>Kiminle Yaşadığı</b>		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Anne- Baba	35	8,943± 2,437	5,457± 1,930	16,029± 10,717	12,257± 7,102	23,886± 10,119	32,886± 6,738	6,314± 4,788	105,771± 33,501
Eş ve Çocuklar	38	8,079± 3,627	5,658± 1,790	10,816± 11,834	11,237± 7,649	22,553± 10,487	32,737± 7,682	3,211± 4,406	94,290± 8,918
Diğer	7	7,857± 3,024	4,714± 2,498	14,714± 12,932	10,286± 4,231	24,857± 12,130	32,857± 7,336	4,571± 4,894	99,857± 0,193
F=		0,838	0,725	1,937	0,311	0,229	0,004	4,119	0,890
p=		0,437	0,488	0,151	0,734	0,796	0,996	0,020	0,415
PostHoc=		(p>0.05)	(p>0.05)	(p>0.05)	(p>0.05)	(p>0.05)	(p>0.05)	<b>1&gt;2 p&lt;0.05</b>	(p>0.05)

**Tablo 11- Devamı: Hastaların Sosyal işlevsellik Toplam ve Alt Grup Puan Ortalamalarının Bireysel Özellikere Göre Dağılımı (n:80)**

Demografik Özellikler	n	Sosyal Çekilme	Kişilerarası İşlevsellik	Öncül Sosyal Etkinlikler	Boş Zamanları Değerlendirme	Bağımsızlık Performans	Bağımsızlık Yetkinlik	İş	Sosyal İşlevsellik Toplam
Gelir Durumu		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Gelir Giderden Az	24	7,292± 3,113	5,125± 1,454	7,833± 9,977	9,000± 6,903	19,750± 10,951	31,417± 8,118	2,833± 3,266	83,250± 34,346
Gelir Gidere Denk	44	8,500± 3,023	5,205± 2,108	14,341± 11,907	11,500± 6,808	22,659± 9,589	32,205± 7,007	5,409± 5,397	99,818± 35,928
Gelir Giderden Fazla	12	10,500± 2,355	7,250± 0,622	21,333± 7,832	17,167± 5,997	33,000± 5,410	37,833± 2,290	5,750± 4,267	132,833 ±19,040
F=		4,705	6,934	6,535	5,906	7,933	3,819	2,697	8,741
p=		0,012	0,002	0,002	0,004	0,001	0,026	0,074	0,000
PostHoc=		<b>3&gt;1, 3&gt;2</b> <b>(p&lt;0.05)</b>	<b>3&gt;1, 3&gt;2</b> <b>(p&lt;0.05)</b>	<b>2&gt;1, 3&gt;1</b> <b>(p&lt;0.05)</b>	<b>3&gt;1, 3&gt;2</b> <b>(p&lt;0.05)</b>	<b>3&gt;1, 3&gt;2</b> <b>(p&lt;0.05)</b>	<b>3&gt;1, 3&gt;2</b> <b>(p&lt;0.05)</b>	(p>0.05)	<b>3&gt;1,</b> <b>3&gt;2</b> <b>(p&lt;0.05)</b>

Tablo 11'e göre hastaların sosyal işlevsellik toplam puanları (F=7,921;p=0.001) ve öncül sosyal etkinlikler (F=10,109; p=0), boş zamanları değerlendirme (F=7,821; p=0.001) puanları yaş 18-25 olanların puanlarının yaş 41 ve üzeri olanların puanlarından yüksek; yaş 26-40 olanların puanlarının yaş 41 ve üzeri olanların puanlarından yüksek olduğu için yaş değişkenine göre anlamlı farklılık göstermektedir. Yapılan Post-hoc testi ile farkın nedeni; Hastaların sosyal çekilme (F=5,519; p=0.006) ve iş (F=4,928; p=0.01) puanları 26-40 olanların puanlarının yaş 41 ve üzeri olanların puanlarından yüksek olmasından dolayı yaş değişkenine göre anlamlı farklılık göstermektedir. Hastaların kişilerarası işlevsellik, performans, bağımsızlık puanları yaş değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0.05).

Hastaların sosyal işlevsellik toplam puanı cinsiyet değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0.05). Kadınların iş puanları (x=3,000), erkeklerin iş puanlarından (x=7,091) düşük bulunmuştur (t=-4,118). Hastaların SİÖ'de iş alt grubu dışındaki diğer alt grupları cinsiyet değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir.

Hastaların sosyal işlevsellik toplam puanı medeni durum değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0.05$ ). Yapılan Post-hoc testi ile farkın nedeni; Evlilerin iş puanları ( $x=3,366$ ), bekârların iş puanlarından ( $x=6,077$ ) düşük bulunmuştur ( $t=-2,619$ ;  $p=0.011$ ). Hastaların SİÖ'de iş alt grubu dışındaki diğer alt grupları medeni durum değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0.05$ ).

Hastaların sosyal işlevsellik toplam puanları ( $F=5,047$ ;  $p=0.009$ ) ve öncül sosyal etkinlikler ( $F=10,224$ ;  $p=0$ ), boş zamanları değerlendirme ( $F=3,902$ ;  $p=0.024$ ) puanları eğitim düzeyi değişkenine göre anlamlı farklılık göstermektedir. Yapılan Post-hoc testi ile farkın nedeni; Eğitim düzeyi lise olanların puanlarının eğitim düzeyi ilköğretim olanların puanlarından yüksek olmasıdır ( $p<0.05$ ). Hastaların sosyal çekilme, kişilerarası işlevsellik, performans, bağımsızlık, iş puanları eğitim düzeyi değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0.05$ ). Çalışanların sosyal çekilme ve iş puanları, çalışmayanların sosyal çekilme ve iş puanlarından yüksek bulunmuştur.

Hastaların SİÖ iş alt grubu dışındaki diğer alt grupları halen çalışma durumu değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0.05$ ). İş puanı anlamlı bulunmuştur ve yapılan Post-hoc testi ile farkın nedeni; Halen çalışanların iş puanları çalışmayanların iş puanından yüksek bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

Hastaların sosyal işlevsellik toplam puanı kiminle yaşandığı değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0.05$ ). Hastaların SİÖ iş alt grubu dışındaki diğer alt grupları kiminle yaşadığı değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0.05$ ). Hastaların iş puanları kiminle yaşandığı değişkenine göre anlamlı farklılık göstermektedir ( $F=4,119$ ;  $p=0.02$ ). Farkın nedeni Anne-baba ile yaşayanların iş puanlarının eş ve çocukları yaşayanlardan iş puanlarından yüksek olmasıdır ( $p<0.05$ ).

Hastaların sosyal işlevsellik toplam puanları ve iş haricinde tüm alt grupları gelir durumu değişkenine göre anlamlı farklılık göstermektedir. Yapılan Post-hoc testi ile farkın nedeni; gelir durumu gelir giderden fazla olanların puanlarının gelir durumu gelir giderden az olanların puanlarından yüksek olmasıdır ( $p<0.05$ ). Gelir durumu gelir giderden fazla olanların puanlarının gelir durumu gelir gidere denk olanların puanlarından yüksek olmasıdır ( $p<0.05$ ). Hastaların iş puanları gelir durumu değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0.05$ ).

**Tablo 12: Hastaların Sosyal İşlevsellik Toplam ve Alt Grup Puan Ortalamalarının Hastalığa İlişkin Tanımlayıcı Özelliklere Göre Dağılımı (n:80)**

Demografik Özellikler	n	Sosyal Çekilme	Kişilerarası İşlevsellik	Öncül Sosyal Etkinlikler	Boş Zamanları Değerlendirme	Bağımsızlık Performans	Bağımsızlık Yetkinlik	İş	Sosyal İşlevsellik Toplam
<b>Hastalık Süresi</b>		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
6 Ay- 11 Ay	7	9,571± 1,512	6,714± 2,138	16,857± 14,392	14,857± 6,362	23,429± 11,103	36,57± 5,224	4,857± 4,525	112,85± 34,139
1-5 Yıl	21	8,048± 3,968	5,571± 1,660	13,952± 11,351	11,619± 7,704	21,143± 11,706	33,14± 8,132	4,095± 4,657	97,571± 41,781
6 Yıl ve Üzeri	52	8,442± 2,866	5,289± 1,944	12,769± 11,434	11,154± 7,008	24,212± 9,765	32,17± 6,919	4,904± 4,952	98,942± 35,161
F=		0,628	1,782	0,406	0,828	0,650	1,200	0,213	0,490
p=		0,536	0,175	0,668	0,441	0,525	0,307	0,809	0,614
<b>Ruhsal Hastalık Nedeniyle İşten Ayrılma Durumu</b>		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Evet	26	8,577± 2,157	6,000± 1,442	13,154± 12,473	13,115± 8,032	25,115± 9,787	33,53± 7,339	4,962± 4,074	104,46± 34,132
Hayır	54	8,370± 3,482	5,241± 2,064	13,574± 11,248	10,870± 6,613	22,482± 10,611	32,46± 7,116	4,556± 5,138	97,556± 37,950
t=		0,277	1,685	-0,151	1,325	1,066	0,627	0,353	0,787
p=		0,746	0,061	0,880	0,189	0,290	0,533	0,725	0,434
<b>Düzenli Olarak Psikiyatrik İlaç Kullanma Durumu</b>		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Evet	70	8,671± 2,888	5,357± 1,896	13,586± 11,263	11,771± 7,108	23,557± 9,953	32,92± 7,202	4,314± 4,525	100,18± 35,378
Hayır	10	6,800± 4,131	6,400± 1,838	12,400± 14,269	10,400± 7,575	21,800± 13,423	32,00± 7,180	7,300± 6,019	97,100± 46,964
t=		1,811	-1,633	0,301	0,566	0,499	0,382	-1,870	0,247
p=		0,074	0,107	0,764	0,573	0,619	0,704	0,065	0,805

**Tablo 12-Devamı: Hastaların Sosyal İşlevsellik Toplam ve Alt Grup Puan Ortalamalarının Hastalığa İlişkin Tanımlayıcı Özelliklere Göre Dağılımı (n:80)**

Demografik Özellikler	n	Sosyal Çekilme	Kişilerarası İşlevsellik	Öncül Sosyal Etkinlikler	Boş Zamanları Değerlendirme	Bağımsızlık Performans	Bağımsızlık Yetkinlik	İş	Sosyal İşlevsellik Toplam
<b>Hastalığa Eşlik Eden Başka Rahatsızlık Varlığı</b>		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Hayır	59	9,119± 2,653	5,797± 1,855	15,322± 11,460	12,644± 6,710	24,983± 8,959	34,373± 6,147	5,220± 4,800	107,458± 32,525
Evet	21	6,524± 3,516	4,619± 1,830	8,143± 10,446	8,667± 7,625	18,714± 12,689	28,429± 8,097	3,191± 4,567	78,286± 39,847
t=		3,523	2,507	2,521	2,250	2,455	3,491	1,685	3,323
p=		<b>0,001</b>	<b>0,014</b>	<b>0,014</b>	<b>0,027</b>	<b>0,046</b>	<b>0,005</b>	0,096	<b>0,001</b>
<b>Kendine Zarar Verme Girişimi Olma Durumu</b>		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Evet	31	7,452± 2,987	4,968± 1,923	12,032± 12,317	9,742± 7,421	20,129± 12,852	30,968± 8,464	4,000± 4,810	89,290± 39,955
Hayır	49	9,061± 3,037	5,816± 1,845	14,327± 11,131	12,776± 6,759	25,367± 7,915	33,980± 6,002	5,122± 4,786	106,449± 33,169
t=		-2,324	-1,972	-0,862	-1,883	-2,259	-1,861	-1,020	-2,081
p=		<b>0,023</b>	0,052	0,391	0,063	<b>0,048</b>	0,091	0,311	<b>0,041</b>
<b>Ruhsal Hastalık Nedeniyle Daha Önce Hastaneye Yatma Durumu</b>		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Hayır	73	8,767± 2,801	5,493± 1,916	14,329± 11,632	12,110± 7,074	24,589± 9,391	33,644± 6,244	5,082± 4,821	104,014± 33,944
Evet	7	5,000± 4,163	5,429± 1,988	4,143± 5,669	6,286± 5,765	10,286± 11,743	24,143± 10,542	0,571± 1,512	55,857±3 7,689
t=		3,251	0,085	2,281	2,108	3,769	3,598	2,451	3,554
p=		<b>0,002</b>	0,933	<b>0,002</b>	<b>0,038</b>	<b>0,000</b>	<b>0,055</b>	<b>0,000</b>	<b>0,001</b>
<b>Ailede Psikiyatrik Hastalık Öykü Varlığı</b>		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Evet	37	8,000± 3,100	5,297± 2,146	12,703± 10,969	11,054± 7,079	24,541± 9,582	33,730± 6,341	3,054± 3,597	98,378±3 3,100
Hayır	43	8,814± 3,088	5,651± 1,689	14,070± 12,178	12,070± 7,229	22,302± 10,997	32,023± 7,784	6,093± 5,273	101,023± 39,854
t=		-1,173	-0,825	-0,524	-0,633	0,963	1,064	-2,961	-0,320
p=		0,244	0,421	0,602	0,529	0,339	0,291	<b>0,003</b>	0,750

Tablo 12'ye göre; Hastaların sosyal işlevsellik toplam puanları ve sosyal çekilme, kişilerarası işlevsellik, öncül sosyal etkinlikler, boş zamanları değerlendirme, performans, bağımsızlık, iş puan ortalamaları; hastalık süresi, ruhsal hastalık nedeniyle işten ayrılma durumu, düzenli olarak psikiyatrik ilaç kullanma durumu değişkenlerine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0.05$ ).

Kendine zarar verme girişimi olanların sosyal işlevsellik toplam puanları ve performans, sosyal çekilme, puanları, kendine zarar verme girişimi olmayanların puanlarından düşük bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Hastaların kişilerarası işlevsellik, öncül sosyal etkinlikler, boş zamanları değerlendirme, bağımsızlık, iş puanları kendine zarar verme girişimi olma durumu değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0.05$ ).

Hastaların sosyal işlevsellik toplam puanları, hastalığa eşlik eden başka rahatsızlığı olanların puanlarından ( $x=6,524$ ) yüksek bulunmuştur( $p<0.05$ ). Sosyal çekilme, kişilerarası işlevsellik, öncül sosyal etkinlikler, boş zamanları değerlendirme, performans, bağımsızlık, iş puanları hastalığa eşlik eden başka rahatsızlığı olanların puanlarından ( $x=6,524$ ) yüksek bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Hastaların iş puanları hastalığa eşlik eden başka rahatsızlık varlığı değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0.05$ ).

Ruhsal hastalık nedeniyle hastaneye yatmayanların sosyal işlevsellik toplam puanlarının ve sosyal çekilme, öncül sosyal etkinlikler, boş zamanları değerlendirme, performans, iş puanları, ruhsal hastalık nedeniyle hastaneye yatanların puanlarından yüksek bulunmuştur. ( $p<0.05$ ). Hastaların kişilerarası işlevsellik, bağımsızlık puanları ruhsal hastalık nedeniyle hastaneye yatma durumu değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0.05$ ).

Hastaların sosyal işlevsellik toplam puanları ailede psikiyatrik hastalık öykü varlığı değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0.05$ ). Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü olanların iş puanları ( $x=3,054$ ), Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü olmayanların iş puanlarından ( $x=6,093$ ) düşük bulunmuştur ( $t=-2,961$ ;  $p=0.003$ ). Hastaların iş haricindeki SİÖ alt grupları toplam puan ortalamaları ailede psikiyatrik hastalık öykü varlığı değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0.05$ ).



**Tablo 13: Hastaların İçselleştirilmiş Damgalanma ile Sosyal İşlevsellik Ölçeği Genel ve Altgrup Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki (n:80)**

		Yabancılaşma	Kalp Yarguların Onaylanması	Algılanan Ayrımcılık	Sosyal Geri Çekilme	Damgalanmaya Karşı Direnç	İçselleştirilmiş Damgalanma	Sosyal Çekilme	Kişilerarası İşlevsellik	Öncül Sosyal Etkinlikler	Boş Zamanları Değerlendirme	Bağımsızlık-Performans	Bağımsızlık-Yetkinlik	İş-Meslek	Sosyal İşlevsellik Toplam
Yabancılaşma	r	1,000													
	p	0,000													
Kalp Yarguların Onaylanması	r	<b>0,716**</b>	1,000												
	p	0,000	0,000												
Algılanan Ayrımcılık	r	<b>0,788**</b>	<b>0,796**</b>	1,000											
	p	0,000	0,000	0,000											
Sosyal Geri Çekilme	r	<b>0,843**</b>	<b>0,844**</b>	<b>0,871**</b>	1,000										
	p	0,000	0,000	0,000	0,000										
Damgalanmaya Karşı Direnç	r	<b>0,488**</b>	<b>0,297**</b>	<b>0,436**</b>	<b>0,424**</b>	1,000									
	p	0,000	0,007	0,000	0,000	0,000									
İçselleştirilmiş Damgalanma Toplam	r	<b>0,888**</b>	<b>0,901**</b>	<b>0,920**</b>	<b>0,955**</b>	<b>0,545**</b>	1,000								
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000								
Sosyal Çekilme	r	-	-	-	-	-	-	1,000							
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000							
Kişilerarası İşlevsellik	r	-	-	-	-	-	-	-	1,000						
	p	0,000	0,010	0,005	0,002	0,000	0,000	0,000	0,000						
Öncül Sosyal Etkinlikler	r	-	-	-	-	-	-	-	-	1,000					
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000					
Boş Zamanları Değerlendirme	r	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,000				
	p	0,000	0,007	0,001	0,001	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000				
Bağımsızlık-Performans	r	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,000			
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000			
Bağımsızlık- Yetkinlik	r	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,000		
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,009	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000		
İş-meslek	r	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,000	
	p	0,001	0,007	0,002	0,002	0,000	0,000	0,000	0,014	0,000	0,003	0,012	0,006	0,000	
Sosyal İşlevsellik Toplam	r	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,000
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000

\*<0,05; \*\*<0,01

Pearson Korelasyon analizi kullanıldı.

Tablo 13'e göre hastaların SİÖ toplam puanı ile içselleştirilmiş damgalanma toplam puanı arasında ( $r=-0,622$ ) negatif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki vardır. Sosyal işlevsellik toplam ile içselleştirilmiş damgalanma alt boyutları arasında ise; yabancılaşma ( $r=-0.598$ ), kalıp yargıların onaylanması ( $r=-0.529$ ), algılanan ayrımcılık ( $r= -0,522$ ) , sosyal geri çekilme ( $r= -0.544$ ), damgalanmaya karşı direnç ( $r= -0.549$ ) negatif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

İçselleştirilmiş damgalanma toplam puanı ile SİÖ alt boyutlarından sosyal çekilme arasında ( $r= -0.641$ ) negatif yönde anlamlı orta düzeyde bir ilişki bulunmuştur. Sosyal çekilme ve içselleştirilmiş damgalanma alt ölçekleri arasında; yabancılaşma ( $r= -0.569$ ), kalıp yargıların onaylanması ( $r= -0.552$ ), algılanan ayrımcılık ( $r=-0.556$ ) , sosyal geri çekilme ( $r=-0.586$ ), damgalanmaya karşı direnç ( $r= -0.51$ ) arasında negatif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

İçselleştirilmiş damgalanma toplam puanı ile SİÖ alt boyutlarından kişiler arası işlevsellik arasında ( $r= -0.391$ ) negatif yönde anlamlı zayıf bir ilişki vardır. Kişiler arası işlevsellik ve içselleştirilmiş damgalanmanın alt boyutları arasında; yabancılaşma ( $r= -0.388$ ), kalıp yargıların onaylanması ( $r= -0.287$ ), algılanan ayrımcılık ( $r= -0,313$ ), sosyal geri çekilme ( $r= -0.348$ ), damgalanmaya karşı direnç ( $r= -0.408$ ) negatif yönde anlamlı zayıf düzeyde bir ilişki bulunmuştur.

İçselleştirilmiş damgalanma toplam puanı ile SİÖ alt boyutlarından öncül sosyal etkinlikler arasında ( $r= -0.508$ ) negatif yönde anlamlı orta düzeyde bir ilişki vardır. Öncül sosyal etkinlikler ve içselleştirilmiş damgalanmanın alt boyutları arasında; yabancılaşma ( $r= -0.48$ ), kalıp yargıların onaylanması ( $r= -0.412$ ), algılanan ayrımcılık ( $r= -0,413$ ), sosyal geri çekilme ( $r= -0.412$ ), damgalanmaya karşı direnç ( $r= -0.524$ ) negatif yönde anlamlı zayıf-orta düzeyde bir ilişki bulunmuştur.

İçselleştirilmiş damgalanma toplam puanı ile SİÖ alt boyutlarından boş zamanları değerlendirme arasında ( $r= -0.423$ ) negatif yönde anlamlı zayıf düzeyde bir ilişki vardır. Boş zamanları değerlendirme ve içselleştirilmiş damgalanmanın alt boyutları arasında; yabancılaşma ( $r= -0.461$ ), kalıp yargıların onaylanması ( $r= -0.301$ ), algılanan ayrımcılık ( $r= -0,35$ ), sosyal geri çekilme ( $r= -0.352$ ), damgalanmaya karşı direnç ( $r= -0.474$ ) negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

İçselleştirilmiş damgalanma toplam puanı ile SİÖ alt boyutlarından performans arasında ( $r= -0,527$ ) negatif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki vardır. Performans ve

içselleştirilmiş damgalanmanın alt boyutları arasında; yabancılaşma ( $r = -0.525$ ), kalıp yargıların onaylanması ( $r = -0.476$ ), algılanan ayrımcılık ( $r = -0.431$ ), sosyal geri çekilme ( $r = -0.481$ ), damgalanmaya karşı direnç ( $r = -0.398$ ) negatif yönde anlamlı zayıf-orta düzeyde bir ilişki bulunmuştur.

İçselleştirilmiş damgalanma toplam puanı ile SİÖ alt boyutlarından Bağımsızlık arasında ( $r = -0.54$ ) negatif yönde anlamlı orta düzeyde bir ilişki vardır. Bağımsızlık ve içselleştirilmiş damgalanmanın alt boyutları arasında; yabancılaşma ( $r = -0.48$ ;  $p = 0,000$ ), kalıp yargıların onaylanması ( $r = -0.535$ ), algılanan ayrımcılık ( $r = -0,482$ ), sosyal geri çekilme ( $r = -0.5$ ), damgalanmaya karşı direnç ( $r = -0.292$ ) negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

İçselleştirilmiş damgalanma toplam puanı ile SİÖ alt boyutlarından iş arasında ( $r = -0.39$ ) negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki vardır. İş ve içselleştirilmiş damgalanmanın alt boyutları arasında; yabancılaşma ( $r = -0.359$ ), kalıp yargıların onaylanması ( $r = -0.302$ ), algılanan ayrımcılık ( $r = -0,341$ ), sosyal geri çekilme ( $r = -0.342$ ), damgalanmaya karşı direnç ( $r = -0.437$ ) negatif yönde anlamlı zayıf bir ilişki bulunmuştur.

**Tablo 14: Hastaların İçselleştirilmiş Damgalanmanın Sosyal İşlevsellik Toplam Puanına Etkisinin Çoklu Regresyon Analizi ile Değerlendirilmesi (n:80)**

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	$\beta$	t	p	F	Model (p)	$R^2$
Sosyal İşlevsellik Toplam	Sabit	189,496	13,519	0,000	46,003	0,000	<b>0,366</b>
	İçselleştirilmiş Damgalanma	-1,214	-6,783	<b>0,000</b>			

Tablo 14'e göre içselleştirilmiş damgalanma ile sosyal işlevsellik toplam puan ortalamaları arasındaki neden sonuç ilişkisini belirlemek üzere yapılan regresyon analizi anlamlı bulunmuştur ( $F = 46,003$ ;  $p = 0,000 < 0.05$ ). Sosyal işlevsellik düzeyindeki toplam değişim %36.6 oranında içselleştirilmiş damgalanma tarafından açıklanmaktadır ( $R^2 = 0,366$ ). Buna göre İçselleştirilmiş damgalanma sosyal işlevsellik düzeyini azaltmaktadır ( $\beta = -1,214$ ).

## 5.TARTIŞMA

Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) tanısı alan hastalarda içselleştirilmiş damgalanma düzeyini belirlemek, hastaların bireysel ve hastalık özellikleri yönünden içselleştirilmiş damgalanma düzeyindeki farklılıkları belirlemek, içselleştirilmiş damgalanmanın sosyal işlevsellik düzeyine etkisini ortaya koymak amacıyla yapılan çalışmadan elde edilen bulgular aşağıda belirtilen iki bölüm halinde tartışılmıştır.

- Hastaların içselleştirilmiş damgalanma düzeyi ve içselleştirilmiş damgalanmanın bireysel ve hastalık özellikleri yönünden farkının tartışılması,
- Hastaların sosyal işlevsellik düzeyleri, içselleştirilmiş damgalanma ile sosyal işlevsellik arasındaki ilişkinin ve içselleştirilmiş damgalanmanın sosyal işlevselliğe etkisinin tartışılmasıdır.

### **Hastaların İçselleştirilmiş Damgalanma Düzeyi ve İçselleştirilmiş Damgalanmanın Bireysel ve Hastalık Özellikleri Yönünden Farkının Tartışılması;**

Araştırmaya katılan bireylerin yaş ortalaması  $\bar{x}$ :35 olup, hastaların %58,8'i kadın, %51,2'si evli, %50'si ilköğretim mezunudur. Hastaların %76,2'si herhangi bir işte çalışmamakta, %47,5'i eşi ve çocukları ile birlikte yaşamaktadır. Ayrıca, hastaların ortalama hastalık süresi  $\bar{x}$ : 7.18 yıl olup %65'inin altı ve daha fazla yıldır hasta olduğu, %91,2'inin hastaneye ilk yatışı olduğu, %32,5'inin ruhsal hastalık nedeniyle işten ayrıldığı, %87,5'inin düzenli ilaç kullandığı, %26,2'sinin OKB' ye eşlik eden başka bir rahatsızlığı olduğu, %38,8'inin önceden intihar girişiminde bulunduğu belirlenmiştir (Tablo 4-Tablo 5).

Araştırmada, OKB'li hastaların RHİDÖ toplam puan ortalaması  $\bar{x}$ : 76,16 olarak ortanın düzeyin üzerinde bulunmuştur. Kesme puanlarına göre bakıldığında; içselleştirilmiş damgalanma, hastaların %37.5'inde hafif, %31.2'sinde orta düzeyde ve %22.5'inde ciddi düzeyde iken yalnızca %8.8'inde minimum düzeyde olduğu saptanmıştır. Diğer bir deyişle hastaların %46'sının minimum ve hafif, %53'ünde ise orta ve yüksek düzeyde içselleştirilmiş damgalanma yaşadığı görülmektedir. Buna göre hastaların orta düzeyin üzerinde içselleştirilmiş damgalanma yaşadıkları söylenebilir. Ülkemizde Şizofreni başta olmak üzere birçok ruhsal hastalıkta damgalanma ile ilgili çok sayıda çalışma olmakla birlikte OKB hastalarına yönelik sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmalardan Kızılağaç (2018) OKB hastalarının RHİDÖ toplam

puan ortalamalarını  $\bar{x}$ : 57.25±13.75 ve hastaların %11.7'sinin yüksek düzeyde içselleştirilmiş damgalanma yaşadığı bulunmuştur. Mercan (2017), RHİDÖ puan ortalaması 68.22±7.38 olarak bulunmuş ve hastaların, %32.7'sinde düşük, %34.5'inde orta ve %32.7'inde yüksek düzeyde içselleştirilmiş damgalanma olduğu saptanmıştır. Her iki çalışmada hastaların içselleştirilmiş damgalanma puanları bu çalışmaya göre düşük olduğu görülmektedir. Diğer taraftan Beyazyüz'ün (2015), Anksiyete Bozuklukları, Somatoform Bozukluklar ve OKB hastalarını karşılaştırdığı çalışmada ise, OKB hastalarının RHİDÖ toplam puanlarının ortalaması bizim çalışmamıza benzer olarak 73,68±8,12 bulunmuştur. Picco ve arkadaşlarının (2016), Şizofreni, Depresyon, Anksiyete ve OKB tanıları alan hastalarda içselleştirilmiş damgalanmayı karşılaştırdıkları başka bir çalışmada, OKB hastalarının %29'unda içselleştirilmiş damgalanma düzeyi yüksek bulunmuştur. OKB hastaları ile diğer tanı gruplarının karışık dâhil edildiği çalışmalarda içselleştirilmiş damgalanma oranının bu çalışma sonuçları ile benzer olduğu görülmüştür. Buna göre OKB hastalarında içselleştirilmiş damgalanmanın diğer ruhsal hastalıklara benzer olarak orta düzeyin üzerinde olduğu söylenebilir. Bunun nedeni, OKB'de ortaya çıkan hastalık belirtilerinin bireylerin bireysel ve sosyal yaşamları üzerindeki kısıtlayıcı etkileri ile çalışmaya dâhil edilen hastaların bir grubunun yatarak tedavi alması olabilir (Tablo 6-Tablo 7).

RHİDÖ alt boyut puan ortalamalarına bakıldığında; damgalanmaya karşı direnç ( $\bar{x}$ : 14,20), yabancılaşıma ( $\bar{x}$ : 17,72), sosyal geri çekilme ( $\bar{x}$ : 15,18), kalıp yargıların onaylanması ( $\bar{x}$ : 16,98) ve algılanan ayrımcılık ( $\bar{x}$ : 12,35) olarak bulunmuştur.

Yabancılaşıma puan ortalaması  $\bar{x}$ : 17,72 olarak ortanın üzerinde bulunmuştur. Yabancılaşıma, kişinin hastalığa ait görüşlerini, toplumda anlaşılabilirliğine dair öznel deneyimlerini ve aşağılanma, yabancılaşıma gibi öznel duygularını değerlendirir. Kizilağaç (2018) yabancılaşıma puan ortalamasını ( $\bar{x}$ : 13,45±4,39) bizim çalışmamızdan daha düşük olarak bulmuştur. Bu çalışmada yabancılaşıma puan ortalamasının yüksek olmasının, OKB'li hastaların hastalığından dolayı utandıklarını, kendini toplumdan yabancı ve aşağıda hissettiklerini yansıttığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda ölçeğin sosyal geri çekilme alt grubu puan ortalaması  $\bar{x}$ : 15,188±5,117 orta düzeyde olarak bulunmuştur. Stengler-Wenzke ve ark. (2004), OKB hastalarının %64.7'sinin şizofreni ve depresyon hastalarından daha çok kişiler arası etkileşimde sorunlar yaşamaktan ve diğer insanlar tarafından reddedilmekten korktuğu

saptanmıştır. Ayrıca, aynı çalışmada, OKB hastaları damgalanma ile mücadelede; %33'ünün insanlardan kaçındığı, %74'ünün hastalığı gizlediği, %80'inin iş yerinde hastalığı gizlediği, %40'ının ilişki kurmaktan kaçındığı bulunmuştur. Bu çalışmada, sosyal geri çekilme puan ortalaması yüksek olarak bulunan OKB'li hastaların, diğer insanlar tarafından reddedilmekten korktuğu, ailesini ya da sevdiklerini utandırmaktan korktuğu için diğer insanlarla iletişime geçmekten kaçındığı diğer insanlarla iken kendini ortama ait hissetmedikleri düşünülmektedir.

Ölçeğin Kalıp yargıların onaylanması alt boyutu, toplumun ruhsal hastalığı olan bireyler ile ilişkili kalıp yargılarına bireyin ne ölçüde katıldığı ölçülmesini amaçlar. Çalışmamızda kalıp yargılarının onaylanması puan ortalaması  $\bar{x}$ : 16,988±4,997 olarak bulunmuştur. Kizilağaç (2018) bizim çalışmamızdan daha düşük 12.00 (min:7-max:24) olarak bulmuştur. Bu çalışmada orta düzeyde bulunan kalıp yargıların onaylanmasına göre; OKB'li bireylerin toplumun “hasta bireyler saldırgan, evlenmemelilerdir, ruhsal hastalıklar dışarıdan bakıldığında anlaşılabilir, ruhsal hastalığı olan bireyler kendi başlarına karar alamazlar” fikirlerine katıldığı düşünülmektedir.

Algılanan ayrımcılık alt boyutu ise, bireyin hastalığı nedeniyle diğerleri tarafından yaşadıkları olumsuz deneyimleri içermektedir. Bu çalışmada, algılanan ayrımcılık puan ortalaması  $\bar{x}$ :12,350±3,891 olarak bulunmuştur. Stengler-Wenzke ve arkadaşları (2004), Şizofreni, Depresyon ve OKB hastalarının dahil edildiği çalışmaya göre ise OKB hastalarının algılanan damgalanma düzeyinin Şizofreni hastalarına benzer oranda olduğu saptanmıştır. Kizilağaç (2018) ise algılanan ayrımcılık puanı 8.00 (min:5-max:15) olarak bulmuştur. Bu çalışmada, içselleştirilmiş damgalanma alt boyutları arasında en az puan ortalamasına sahip olan faktör olmasına rağmen OKB'li bireylerde algılanan ayrımcılığın içselleştirilmiş damgalanmanın belirleyicilerinden olduğu dikkate alınmalıdır.

Ölçeğin bir diğer alt grubu ise damgalanmaya karşı dirençtir. Bu çalışmada, hastaların damgalanmaya karşı direnç puan ortalaması  $\bar{x}$ : 14,20 olarak saptanmıştır. Kizilağaç (2018), damgalanmaya karşı direnç puan ortalamasını  $\bar{x}$ : 11.52 ±2.83 olarak bulmuştur. Bizim çalışmamızda İçselleştirilmiş Damgalanma alt faktörleri arasında en yüksek puan ortalaması Damgalanmaya Karşı dirençtir. Diğer alt faktörlere göre daha yüksek puanda olan damgalanmaya karşı direnç dikkate alınarak OKB hastalarında içselleştirilmiş damgalanmaya yönelik; kişilerin hem ruhsal hastalıklara olan bakış

açıları hem de kendi hastalıklarına yaklaşımları dikkatli incelenmeli. Hastaların damgalanma ile mücadele için kullanacakları kaynakları güçlendirilmelidir (Tablo 6).

Araştırmada hastaların içselleştirilmiş damgalanma genel ve alt grup puan ortalamaları bireysel ve hastalık özellikleri ile karşılaştırıldığında; Yaş, eğitim düzeyi, gelir durumu, hastalık süresi, hastanede yatma durumunun olması, eşlik eden başka bir rahatsızlığının olması özellikleri yönünden hastaların içselleştirilmiş damgalanma düzeylerinde farklılık olduğu belirlenmiştir. Bu değişkenler içselleştirmiş damgalanma için risk faktörlerini oluşturmaktadır.

Hastaların içselleştirilmiş damgalanma toplam ve alt grup puan ortalamaları yaşlara göre karşılaştırıldığında aradaki farkın anlamlı olduğu ( $F=4,376$ ;  $p=0.016<0.05$ ), yaş arttıkça içselleştirilmiş damgalanma puanının yükseldiği görülmüştür. Özellikle, içselleştirilmiş damgalanma alt gruplarından yabancılaşıma, damgalanmaya karşı direnç ve algılanan ayrımcılık düzeyinin yaş arttıkça arttığı saptanmıştır. İleri yaşlarda yabancılaşıma, algılanan ayrımcılık ve damgalanmaya karşı direnç artmaktadır. Literatürde yaş ile içselleştirilmiş damgalanma arasında ilişki bulmayan çalışmalar mevcuttur (Beyazyüz ve ark. 2015; Mercan, 2017). Çalışmamızda yaş grubunun düşük olduğu grubun içselleştirilmiş damgalanma toplam puanının düşük olması hastaların yeni tanı almasından dolayı kaynaklandığı düşünülmektedir.

Hastaların içselleştirilmiş damgalanma toplam puanları eğitim düzeyi değişkenine göre anlamlı farklılık göstermektedir ( $F=5,633$ ;  $p=0.005<0.05$ ). Farkın nedeni eğitim düzeyi ilköğretim olanların içselleştirilmiş damgalanma toplam puanı diğer gruplara göre daha yüksek olmasıdır. Bu bulgu, eğitim düzeyi düşük olan bireylerin içselleştirilmiş damgalanmayı daha fazla oranda yaşadıklarını göstermektedir. Literatürde düşük eğitim düzeyine sahip olanların RHİDÖ puan ortalamasının daha yüksek olduğunu söyleyen çalışmalar mevcut olmasına rağmen (Picco ve ark. 2016), korelasyon bulmayan çalışmalarda mevcuttur (Beyazyüz ve ark. 2015; Mercan, 2017). Çalışmamızda OKB'li bireylerde eğitim düzeyinin düşük olmasının içselleştirilmiş damgalanma düzeyinde önemli bir belirleyici olduğu, OKB'li bireylerde içselleştirilmiş damgalanmanın önlenmesinde eğitim düzeyine göre psikoeğitimlerin planlanmasının önemli olduğu düşünülmektedir.

Hastaların içselleştirilmiş damgalanma toplam puanları gelir durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir. ( $F=7,200$ ;  $p=0.001<0.05$ ) Gelir durumu azaldıkça sayılan alt gruplara göre ölçek puanı yükselmektedir. Gelir durumu az olanlarda içselleştirilmiş damgalanma puanı daha yüksektir ( $p<0.05$ ). Literatürde gelir durumu ile içselleştirilmiş damgalanma arasında genel olarak anlamlı bir ilişki bulunmayan çalışma olmakla birlikte (Mercan, 2017), Ersoy (2007) çalışmasında içselleştirilmiş damgalanmanın sosyodemografik değişkenlerle ilişkisinde, düşük ve orta düzeyde gelire sahip hastaların yüksek gelir düzeyine sahip hastalardan anlamlı düzeyde daha yüksek içselleştirilmiş damgalanma puan ortalamasına sahip olduklarını saptamıştır. Kök ve Demir (2018), ekonomik durumu düşük olanların RHİDÖ puanlarının daha yüksek olduğunu belirtmiştir. Bu çalışmanın sonuçlarına dayanarak düşük sosyoekonomik düzeye sahip kişilerde içselleştirilmiş damgalanma daha açık görüldüğü söylenilebilir.

Hastaların içselleştirilmiş damgalanma toplam puanı hastalık süresine değişkenine göre anlamlı farklılık göstermektedir ( $F=3,614$ ). Farkın nedeni hastalık süresi arttıkça içselleştirilmiş damgalanma puanının yüksek olmasıdır ( $p<0.05$ ). Literatürde hastalık süresi ile içselleştirilmiş damgalanma aralarında ilişki saptamamış çalışmalar mevcut olmasına rağmen (Beyazyüz ve ark. 2015; Mercan, 2017), Kızılağaç (2018) çalışmasında hastaların hastalık süresi arttıkça kendilerini damgalama düzeylerinin arttığını belirlemiştir. OKB'li bireylerde hastalık süresiyle beraber semptomların artması hastanın hem hastalıkla hem de damgalanma ile mücadele etmesine neden olur. Çalışmamızda hastalık süresinde yeni hastalık süresi olanların damgalanma oranının düşük olması OKB bireylerde semptomlara bağlı olarak damgalanma algısının arttığı söylenilebilir. Hastalık süresinde yaş aralıkları göz önünde bulundurulduğunda, yeni tanı alan ya da yaş ortalaması düşük olan hastaların dâhil olduğu grubun diğer yaş gruplarına göre daha az damgalanma yaşantıladıkları düşünülmektedir.

Hastaların içselleştirilmiş damgalanma toplam puanında ruhsal hastalık nedeniyle işten ayrılma değişkenine göre anlamlı farklılık görülmemiştir ( $p>0.05$ ). Ruhsal hastalık nedeniyle işten ayrılanların algılanan ayrımcılık puanları, ayrılmayanların puanlarından yüksek bulunmuştur. Literatürde iş sahibi olma ile içselleştirilmiş damgalanma arasında ilişki bulunmadığını söyleyen çalışmalarla birlikte (Mercan, 2017), Picco ve arkadaşları (2016), iş sahibi olmayanlarda içselleştirilmiş damgalanmanın daha yüksek olduğunu bulmuşlardır. Çalışma sonucunda, OKB'li bireylerde istihdamın uzun olmamasının bir sebebi de algılanan ayrımcılığın olduğu söylenilebilir.



Ruhsal hastalık nedeniyle hastaneye yatmayanların içselleştirilmiş damgalanma toplam puanları ( $x=74,671$ ), ruhsal hastalık nedeniyle hastaneye yatanların içselleştirilmiş damgalanma toplam puanlarından ( $x=91,714$ ) düşük bulunmuştur ( $t=-2,493$ ;  $p=0.015<0.05$ ). Literatürde daha önce psikiyatriye yatışı olup olmamasının içselleştirilmiş damgalanma ile arasında korelasyon bulunmamıştır (Beyazyüz ve ark. 2015). Picco ve arkadaşları (2016) ise daha önce hastaneye yatanlarda içselleştirilmiş damgalamanın daha yüksek olduğunu saptamışlardır. Bu çalışmada hastaneye yatan hastaların kalıp yargıları onaylama, sosyal geri çekilme ve yabancılaşma puanlarının da yüksek olması bu hastaların toplumdaki hastalık hakkında kalıp yargıları onayladıkları ve semptomlarla baş etmede sosyal destek almaktan kaçındıkları söylenilebilir.

Hastalığa eşlik eden başka rahatsızlığı olmayanların içselleştirilmiş damgalanma toplam puanı ( $x=72,559$ ), eşlik eden başka rahatsızlığı olanların ölçek puanlarından ( $x=86,286$ ) düşük bulunmuştur ( $t=-3,200$ ;  $p=0.02<0.05$ ). Literatürde, Beyazyüz ve arkadaşları (2015), eşlik eden rahatsızlığının olması ile içselleştirilmiş damgalanma arasında korelasyon bulmamışlardır. OKB'li bireylerde eşlik eden başka rahatsızlığın varlığı hastada sekonder bir strese neden olduğu ve hastada içselleştirilmiş damgalanmanın artmasına sebep olduğu söylenilebilir. Çalışmamızda hastaların içselleştirilmiş damgalanma toplam puanları kendine zarar verme durumu değişkenlerine göre anlamlı farklılık göstermese de örneklemdaki hasta sayısının yakın oranlarda olması kendine zarar verme riski açısından önemlidir ( $p>0.05$ ). Akdur (2018) yapmış olduğu çalışmada; içselleştirilmiş damgalanması yüksek olan hastaların özkıyım riskinin daha fazla olduğu saptanmıştır. Ayrıca Toğçuoğlu (2003), OKB hastalarının ruhsal bozukluğu olmayanlara göre üç kat, başka bir ruhsal bozukluğu olanlara göre iki kat fazla özkıyım oranı olduğunu belirtmiştir. Aynı araştırmada OKB hastalarında yaşam boyu öz kıyım girişimi %38 oranında olduğu saptanmıştır. Bu çalışma sonuçlarına göre OKB'li hastalarda kendine zarar verme düşüncesi dikkate alınmalı ve bir risk olarak değerlendirilip, tedavi sürecinde hasta ile görüşülmelidir. Hastaların içselleştirilmiş damgalanma toplam puanları; medeni durum, cinsiyet, çalışma durumu, kiminle yaşadığı, ailede psikiyatrik öykü varlığı, düzenli olarak ilaç kullanma durumu değişkenlerine göre anlamlı farklılık göstermemektedir. Bununla birlikte Beyazyüz ve ark. (2015), kadınlarda erkeklere oranla daha fazla, ailesinde ruhsal hastalığı olmayanlarda daha yüksek oranda, evli olanlarda bekâr olanlara oranla içselleştirilmiş damgalanma olduğunu saptamıştır (Tablo 8-Tablo 9).

## **Hastaların Sosyal İşlevsellik Düzeyleri, İçselleştirilmiş Damgalanma ile Sosyal İşlevsellik Arasındaki İlişkinin ve İçselleştirilmiş Damgalanmanın Sosyal İşlevselliğe Etkisinin Tartışılması;**

Hastalık beraberinde işlevselliği bozulan hastalarda, kişiler arası ilişkilerin bozulması, sosyal etkinliklerde azalma, ailesine ve çevresine bağımlılığının artmasına ve iş alanında işlevselliğin yitirilmesi gibi sorunlar yaşamaktadırlar. Bu sorunlar hastanın ailevi, mesleki, sosyal performansının düşmesine, ekonomik kayıplara, yaşam kalitesinde düşmeye, çeşitli nedenlerle daha fazla sağlık yardımı alabilmek için sağlık kuruluşlarına başvurmasına neden olmaktadır (Güdük, 2010; Akpınar, 2008).

Hastaların sosyal işlevsellik ölçeği genel ve alt grup puan ortalamalarına bakıldığında; Sosyal işlevsellik ölçeğinden alınabilecek toplam puan 0-223 olup, bu çalışmada hastaların sosyal işlevsellik toplam puan ortalaması  $\bar{x}$ : 99,80 olarak bulunmuştur. Buna göre hastaların işlevsellik puanlarının orta düzeyin altında olduğunu söylemek mümkündür. Koç'un (2019), Ruhsal Bozukluğu olan hastaların üst biliş özelliklerinin ve sosyal işlevselliklerinin karşılaştırılması amacıyla yapmış olduğu çalışmada; OKB hastalarının sosyal işlevsellik toplam puan ortalamasını  $\bar{x}$ :  $82.20 \pm 20.37$ , olarak bulmuştur. Aynı çalışmada Sosyal işlevselliği en çok bozulan hastalık grubu Şizofreni iken ikinci sırada OKB'nin olması OKB' de sosyal işlevselliğin ağır ruhsal hastalıklar kadar ciddiye alınması gerektiğini düşündürmektedir. Sosyal işlevsellik toplam puanı bizim çalışmamıza göre daha düşük olan bu çalışma ile karşılaştırıldığında çalışmamız sonucunda OKB'li hastalarda hastalık belirtilerinin hastaların işlevselliklerini yerine getirmede engel oluşturduğu söylenebilir. Şen'in (2018) yılında OKB tanılı gençlerde sosyal becerilerin değerlendirilmesi amacıyla yaptığı çalışmada, OKB tanısı alan gençlerin sosyal beceri alanlarının sağlıklı bireylere göre daha düşük olduğu, Aktaş'ın (2016) OKB'si olan hastalarda sosyal uyum ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi amacıyla yapmış olduğu çalışmada OKB'li bireylerin sosyal uyum düzeyinin kötü olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Tablo 10).

Araştırmada hastaların sosyal işlevsellik genel puan ortalaması bireysel ve hastalık özellikleri ile karşılaştırıldığında; yaş, eğitim düzeyi, gelir durumu, kendine zarar verme, hastalığa eşlik eden başka rahatsızlığın varlığı ve hastaneye yatma durumu değişkenlerine göre anlamlı farklılık göstermektedir ( $p < 0.05$ ). Bu değişkenler sosyal işlevsellik için risk faktörlerini oluşturmaktadır. Çalışmada cinsiyet, medeni durum,

kiminle yaşadığı, düzenli ilaç kullanma, hastalık süresi, ruhsal hastalık nedeniyle işten ayrılma, ailede psikiyatrik hastalık varlığı, halen çalışma durumu değişkenlerine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0.05$ ).

Hastaların sosyal işlevsellik toplam puanı, öncül sosyal etkinlikler, boş zamanları değerlendirme, puanları yaş değişkenine göre anlamlı farklılık göstermektedir. Farkın nedeni yaş arttıkça sosyal işlevsellik puanının düşmesidir. Bununla beraber hastaların kişilerarası işlevsellik, performans, bağımsızlık puanları yaş değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir. Literatürde Şen'in (2018), OKB tanılı gençlerde sosyal becerilerin değerlendirilmesi amacıyla yaptığı çalışmada OKB gençlerin kontrol grubuna göre, utangaçlık puanlarının daha yüksek, yetersizlik algılarının daha yüksek, yalnızlık puanının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Ayrıca; OKB'li gençlerde sosyal becerilerin değerlendirildiği çalışmalarda OKB'li gençlerin arkadaş edinmekte, arkadaşlığı sürdürmekte ve akranlarıyla yaşına uygun etkinliklere katılmakta güçlük gibi sosyal işlevsellikte bozulmayı işaret eden durumların saptandığı bildirilmiştir (Lagley ve ark. 2004; Piacentini ve ark.2003). Bu çalışma ile beraber OKB'li bireyler için yaş bir değişken olmakla beraber yaşla birlikte hastalar genç yaşta işlevsellikleri yüksekken yaş ve hastalık süresinin uzamasıyla hastaların toplum içerisindeki işlevselliklerinin azaldığı düşünülmektedir.

Hastaların sosyal işlevsellik toplam puanı cinsiyet değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemekle beraber kadınların iş puanları, erkeklerin iş puanlarından düşük bulunmuştur. İş alanındaki farkın çalışmanın örneklemindeki ev hanımı olan kadın sayısının fazla olmasından dolayı kaynaklandığı söylenilebilir. Hastaların sosyal işlevsellik toplam puanı medeni durum değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemekle beraber evlilerin iş puanları, bekârların iş puanlarından düşük bulunmuştur. Bunun nedeni örneklemindeki evli örnekleminin çoğunluğunu ev hanımı kadınların oluşturması olduğu söylenilebilir. Çalışanların sosyal çekilme ve iş puanları, çalışmayanların sosyal çekilme ve iş puanlarından yüksek bulunmuştur. Çalışan OKB hastalarının iş alanındaki işlevselliğiyle beraber sosyal çekilmesinin azaldığı söylenilebilir. Ayrıca ailesinde psikiyatrik hastalık bulunmayanların ve anne- babasıyla yaşayanların iş puanları daha yüksek bulunmuştur. Çevresinde sosyal desteği olmayan ve ailesinde ruhsal hastalığı olan OKB hastalarının kendilerini toplumdan çektikleri ve iş alanındaki işlevselliklerinin olumsuz yönde etkilendiği düşünülmektedir.

Hastaların sosyal işlevsellik toplam puanı ve öncül sosyal etkinlikler, boş zamanları değerlendirme, puanları eğitim düzeyi değişkenine göre anlamlı farklılık göstermektedir. Yapılan Post-hoc testi ile farkın nedeni; Eğitim düzeyi lise olanların puanlarının eğitim düzeyi ilköğretim olanların puanlarından yüksek olmasıdır ( $p<0.05$ ). Hastaların sosyal çekilme, kişilerarası işlevsellik, performans, bağımsızlık, iş puanları eğitim düzeyi değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0.05$ ). Bu çalışma ile düşük eğitim düzeyleri olan bireylerin sosyal işlevsellik açısından risk grubunu oluşturdukları söylenilebilir.

Hastaların kişilerarası işlevsellik, öncül sosyal etkinlikler, boş zamanları değerlendirme, performans, bağımsızlık, sosyal işlevsellik toplam puanları halen çalışma durumu değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemekle beraber çalışan hastaların sosyal çekilme alanındaki işlevsellikleri çalışmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Literatürde, Aktaş (2016) çalışan OKB hastalarının sosyal uyumlarının daha fazla olduğu saptanmıştır, bu bulgu bizim çalışmamızdaki çalışan OKB hastalarının sosyal çekilme alanındaki işlevselliğinin yüksek olmasını desteklemekle beraber Rosa ve arkadaşlarının (2012), OKB'li hastalarla yapmış olduğu çalışmaya göre OKB'de işlevsellik en çok; kişilerarası işlevsellik ve iş alanlarında etkilendiğini saptamıştır. Hastaların sosyal işlevsellik toplam puanı ve sosyal çekilme, kişilerarası işlevsellik, öncül sosyal etkinlikler, boş zamanları değerlendirme, performans, bağımsızlık puanları gelir durumu değişkenine göre anlamlı farklılık göstermektedir. Yapılan Post-hoc testi ile farkın nedeni; gelir durumu gelir giderden fazla olanların puanlarının gelir durumu gelir giderden az olanların puanlarından yüksek olmasıdır ( $p<0.05$ ). Gelir durumu gelir giderden fazla olanların puanlarının gelir durumu gelir gidere denk olanların puanlarından yüksek olmasıdır ( $p<0.05$ ). Hastaların iş puanları gelir durumu değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0.05$ ).

Kendine zarar verme girişimi olanların sosyal işlevsellik toplam puanlarının ve performans, sosyal çekilme, puanları, kendine zarar verme girişimi olmayanların puanlarından düşük bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Hastaların kişilerarası işlevsellik, öncül sosyal etkinlikler, boş zamanları değerlendirme, bağımsızlık, iş puanları kendine zarar verme girişimi olma durumu değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0.05$ ). Hastaların sosyal işlevsellik toplam puanları, hastalığa eşlik eden başka rahatsızlığı olanların puanlarından ( $x=6,524$ ) yüksek bulunmuştur. Sosyal çekilme, kişilerarası işlevsellik, öncül sosyal etkinlikler, boş zamanları değerlendirme,

performans, bağımsızlık, iş puanları hastalığa eşlik eden başka rahatsızlığı olanların puanlarından ( $x=6,524$ ) yüksek bulunmuştur. Hastaların iş puanları hastalığa eşlik eden başka rahatsızlık varlığı değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0.05$ ). OKB'li bireylerin semptomlarla beraber sahip olduğu ikincil bir hastalık onların işlevselliğini azalttığını söyleyebiliriz. Ruhsal hastalık nedeniyle hastaneye yatmayanların sosyal işlevsellik toplam puanlarının ve sosyal çekilme, öncül sosyal etkinlikler, boş zamanları değerlendirme, performans, iş puanları, ruhsal hastalık nedeniyle hastaneye yatanların puanlarından yüksek bulunmuştur. Hastaların kişilerarası işlevsellik, bağımsızlık puanları ruhsal hastalık nedeniyle hastaneye yatma durumu değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0.05$ ).

Bu çalışmada hastaların sosyal işlevsellik toplam puanı ve SİÖ diğer alt grupları hastalık süresi değişkenlerine göre anlamlı farklılık göstermediği bulunmakla beraber literatürde, Yıldız (2017) epizodik ve kronik OKB hastaları ile yapmış olduğu çalışmada hastalık süresinin hastaların sosyal işlevselliğini olumsuz yönde etkilediğini belirtilmektedir. Bu çalışmada hastaların sosyal işlevsellik toplam puanı ve SİÖ diğer alt grupları düzenli olarak psikiyatrik ilaç kullanma durumu değişkenlerine göre anlamlı farklılık göstermemekle beraber ( $p>0.05$ ) Aktaş'ın (2016), OKB'li hastalarda sosyal uyum ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi amacıyla yapmış olduğu çalışmada ilaçlarını düzenli kullanan OKB hastalarının sosyal uyumlarının daha fazla olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada hastaların sosyal işlevsellik toplam puanı ve SİÖ diğer alt grupları ruhsal hastalık nedeniyle işten ayrılma durumu değişkenlerine göre anlamlı farklılık göstermemekle beraber ( $p>0.05$ ) literatürde; OKB hastalarının %82'si işyerinde Şizofreni ve Depresyon hastalarından daha fazla damgalanma yaşamaktan korktuğu bu nedenle iş başvurusunda bulunmaktan kaçındığı bulunmuştur (Stengler-Wenzke ve ark. 2004) (Tablo 11-Tablo 12).

Bireylerin içselleştirilmiş damgalanma ile sosyal işlevsellik puanları arasındaki ilişki incelendiğinde; taranan literatür doğrultusunda damgalanmanın işlevsellik üzerindeki etkisini inceleyen çalışmaların literatürde yetersiz olduğu görülmüştür. Yapılan çalışmalarda hastalık grubunun; madde kullanım bozukluğu hastaları, majör depresif bozukluk ve Şizofreni hastaları olduğu bulunmuştur (Sevinik, 2016; Sevindik ve ark. 2014; Can, 2012; Arabaci ve ark. 2015). İlgili literatürde OKB hastalarında sosyal işlevsellik ve içselleştirilmiş damgalanma arasındaki ilişkiyi araştıran herhangi bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Bu ilişkiyi araştıran çalışmamızda, hastaların sosyal

işlevsellik toplam puanı ile içselleştirilmiş damgalanma toplam puanı arasında ( $r=-0,622$ ) negatif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki vardır. Hastaların içselleştirilmiş damgalanma düzeyi arttıkça toplam sosyal işlevsellikleri azalmaktadır. İçselleştirilmiş damgalanma toplam puanı ile SİÖ alt boyutlarından; iş ( $r=-0,39$ ), boş zamanları değerlendirme ( $r=-0,423$ ), kişiler arası işlevsellik ( $r=-0,391$ ) arasında zayıf düzeyde, Bağımsızlık ( $r=-0,54$ ), performans ( $r=-0,527$ ), öncül sosyal etkinlikler ( $r=-0,508$ ), sosyal çekilme ( $r=-0,641$ ) arasında orta düzeyde negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Tablo 13). Bu çalışma sonucuna göre OKB'li bireyler içselleştirilmiş damgalanma ve belirtileri nedeniyle sosyal çevrelerinden uzaklaşmakta ve toplumdan, çevrelerinden kendilerini çektikleri söylenebilir. Semptomların artmasıyla ve yaşanan içselleştirilmiş damgalanma düzeyinin artmasıyla bağımsızlığını yitirerek kendi başlarına ya da sosyal çevresiyle yapabilecekleri etkinlikleri azaldığı söylenebilir.

İçselleştirilmiş damgalanmanın sosyal işlevselliğe etkisine bakıldığında; OKB hastalarında içselleştirilmiş damgalanma ve sosyal işlevsellik arasındaki neden sonuç ilişkisini belirlemek üzere yapılan regresyon analizi anlamlı bulunmuştur. ( $F=46,003$ ;  $p=0,000<0,05$ ). Sosyal işlevsellik düzeyindeki toplam değişim %36,6 oranında içselleştirilmiş damgalanma tarafından açıklanmaktadır. ( $R^2=0,366$ ). İçselleştirilmiş damgalanma sosyal işlevsellik toplam düzeyini azaltmaktadır ( $\beta=-1,214$ ). İçselleştirilmiş damgalanma ve sosyal işlevsellik arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki vardır. Hastaların algılanan içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri arttıkça toplam sosyal işlevsellikleri azalmaktadır. Literatürde farklı hastalık gruplarıyla yapılan çalışmalarla içselleştirilmiş damgalanmanın sosyal işlevselliği azalttığını destekleyen çalışmalar bulunmakla beraber (Sevindik ve ark. 2014; Arabaci ve ark. 2015). Sevinik (2016), Şizofreni hastalarının içselleştirilmiş damgalanma ve sosyal işlevsellik düzeyini belirlemek amacıyla yapmış olduğu çalışmada sosyal işlevselliğin içselleştirilmiş damgalanma üzerindeki etkisine bakılmış ve analiz sonucuna göre kurulan regresyon modeli anlamlı ( $F=37,019$ ;  $p<0,05$ ) ve Sosyal İşlevselliğin Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanmasını negatif yönde etkilediği bulunmuştur ( $B=-0,373$ ;  $p<0,05$ ). Modeli açıklama oranı %26,4 olarak hesaplanmıştır. Buna göre, sosyal işlevsellikteki azalma içselleştirilmiş damgalanmayı artırdığı sonucuna ulaşılmıştır. Bizim çalışmamızın modelinin anlamlılık oranı bu çalışmayla karşılaştırıldığında yüksek olmasının içselleştirilmiş damgalanmanın sosyal işlevselliği daha fazla etkilediği söylenilebilir (Tablo 14).

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

### 6.1. Sonuçlar

Bu çalışma Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) tanısı alan hastalarda içselleştirilmiş damgalanma düzeyini belirlemek, hastaların bireysel ve hastalık özellikleri yönünden içselleştirilmiş damgalanma düzeyindeki farklılıkları belirlemek, içselleştirilmiş damgalanmanın sosyal işlevsellik düzeyine etkisini ortaya koymak amacıyla 80 OKB hastası ile tanımlayıcı olarak yapılan bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- Hastaların çoğunluğu 26-40 yaş arasında, kadın, evli, ilköğretim mezunu olup %76,2'si çalışmamakta, %47,5'i eş ve çocukları ile birlikte yaşamakta, %55'inin geliri gidere denk bulunmuştur. Hastaların ortalama hastalık süresinin  $\bar{x}$ : 7.18 olduğu, %65'inin altı ve daha fazla yıldır hasta olduğu, %32,5'inin ruhsal hastalık nedeniyle işten ayrıldığı, %87,5'inin düzenli ilaç kullandığı, %73,8'inin OKB' ye eşlik eden başka bir rahatsızlığı olmadığı, %38,8'inin intihar girişiminde bulunduğu, %46,2'sinin ailesinde ruhsal hastalık olduğu ve %91,2'inin daha önce hastaneye yatmadığı görülmektedir.
- Bireylerin RHİDÖ toplam puan ortalaması  $\bar{x}$ : 76,163±17,839 olarak bulunmuştur. Kesme puanına göre hastaların %37,5'inin hafif, %31,2'sinin orta düzeyde ve %22,5'inin ciddi düzeyde içselleştirilmiş damgalanma yaşadıkları saptanmıştır. Bu sonuçlar doğrultusunda hastaların % 53,7'sinin orta ve üzeri damgalanma yaşadıkları saptanmıştır. İçselleştirilmiş damgalanma alt ölçeklerinin puan ortalamaları tümünde orta düzeyin üzerindedir.
- Hastaların içselleştirilmiş damgalanma toplam puan ortalamaları eğitim, yaş, gelir durumu ve hastalık süresi değişkenlerine göre anlamlı farklılık göstermektedir. Buna göre ileri yaşta, ilköğretim düzeyinde, gelir düzeyi düşük olan, hastalık süresi altı yıl ve üzeri olan hastaların içselleştirilmiş damgalanma düzeyi diğerlerinden yüksektir.
- Çalışmada içselleştirilmiş damgalanma düzeyi; kendine zarar verme girişimi, ailede psikiyatrik hastalık öykü varlığı, düzenli olarak psikiyatrik ilaç kullanma, medeni durum, cinsiyet, çalışma durumu, kiminle yaşadığı değişkenlerine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0.05$ ).
- Bireylerin 'Sosyal İşlevsellik Toplam' puan ortalaması  $\bar{x}$ : 99,800±36,681 olarak orta düzeyin altında bulunmuştur.

- Sosyal işlevsellik genel puan ortalaması bireysel ve hastalık özellikleri ile karşılaştırıldığında; yaş, eğitim düzeyi, gelir durumu, kendine zarar verme, hastalığa eşlik eden başka rahatsızlığın varlığı ve hastaneye yatma durumu değişkenlerine göre anlamlı farklılık göstermektedir ( $p<0.05$ ). Bu değişkenler sosyal işlevsellik için risk faktörlerini oluşturmaktadır.
- Çalışmada sosyal işlevsellik düzeyi; cinsiyet, medeni durum, kiminle yaşadığı, düzenli ilaç kullanma, hastalık süresi, ruhsal hastalık nedeniyle işten ayrılma, ailede psikiyatrik hastalık varlığı, halen çalışma durumu değişkenlerine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0.05$ ).
- Hastaların Sosyal İşlevsellik ile İçselleştirilmiş Damgalanma arasında ( $r=-0,622$ ) negatif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki vardır.
- İçselleştirilmiş damgalanma toplam puanı ile sosyal işlevsellik ölçeği alt boyutlarından; iş, boş zamanları değerlendirme, kişiler arası işlevsellik arasında zayıf düzeyde ve bağımsızlık, performans, öncül sosyal etkinlikler, sosyal çekilme arasında orta düzeyde negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur.
- İçselleştirilmiş damgalanma ile sosyal işlevsellik toplam arasındaki neden sonuç ilişkisini belirlemek için yapılan regresyon analizi anlamlı bulunmuştur. Sosyal işlevsellik toplam düzeyindeki toplam değişim %36.6 oranında içselleştirilmiş damgalanma ile açıklanmaktadır ( $R^2=0,366$ ). İçselleştirilmiş damgalanma sosyal işlevsellik düzeyini azaltmaktadır ( $\beta= -1,214$ ).



## 6.2. Öneriler

Yukarıdaki sonuçlara dayalı olarak;

1. OKB hastalarında içselleştirilmiş damgalanmanın rutin olarak değerlendirilerek bakım ve tedavi programında hastalarda damgalanma duygusunu azaltmaya yönelik programların eklenmesi,
2. İçselleştirilmiş damgalanmanın özellikle; ileri yaşta, uzun süredir hasta olanlar, düşük eğitim düzeyi olanlar, gelir düzeyi düşük olanlarda daha yüksek olması nedeniyle bu grupların damgalanma algısı yönünden öncelikle ele alınması,
3. OKB hastalarında içselleştirilmiş damgalanmayı önlemeye yönelik girişimleri yansıtan deneysel çalışmalar yapılması,
4. Toplumun ve sağlık çalışanlarının OKB hastalarına yönelik bakış açısını ortaya koyan çalışmaların yapılması,
5. OKB hastalarında damgalanmayı değerlendirme ve müdahaleye yönelik psikiyatri ekibine eğitim verilmesi, ekibin farkındalığının artırılması,
6. OKB'li bireylerin taburculuk sonrası günlük yaşantılarında karşılaştıkları sorunları etkin bir şekilde çözümlenmeleri, işlevselliklerini geliştirebilmeleri için psikiyatri hemşireleri tarafından yapılandırılmış psiko eğitimlerin yapılması ve bu eğitimlere ailelerin dahil edilmesi,
7. Sosyal işlevsellik genel puan ortalamasının; ileri yaşta, hastaneye yatan hastalarda, eğitim ve gelir düzeyi düşük olanlar ve eşlik eden başka bir rahatsızlığı olan hastalarda daha düşük olması nedeniyle bu grupların sosyal işlevsellik yönünden öncelikle ele alınması,
8. OKB'li bireylerin hastaneye yatma sayısının az olması göz önünde bulundurularak; stigamayı azaltmak ve işlevselliği artırmak için OKB tanı hastaların rehabilite edilmesi, evde izlenmesi ve toplumsal destek sağlanması önerilir.

## 7.KAYNAKLAR

- Açıkgöz F, Akkuş D. (2018). Ruhsal Hastalıklarda Damgalama ile Mücadele: Anahtar Rol Üstlenen Meslekler. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2018; 8(3): 142-146.
- Akdur Ö.A. (2018). Opiat Kullanım Bozukluğu Tanısı Olan Hastalarda İçselleştirilmiş Damgalanma ile Özkıyım Riski Arasındaki İlişkide Anksiyete, Depresyon ve Somatizasyonun Aracılığı. T.C Sağlık Bilimleri Üniversitesi Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi. Tıpta Uzmanlık Tezi. İstanbul.
- Akpınar Ş. (2008). Şizofrenik Hastalara Uygulanan Sorun Çözme Becerilerini Geliştirme Programının Yaşam Kalitesi ve Sosyal İşlevsellik Düzeyine Etkisi. Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. Sivas.
- Aktaş M.C. (2016). Obsesif Kompulsif Bozukluğu Olan Hastalarda Sosyal Uyum ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi Hemşirelik Anabilim Dalı, Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Gaziantep.
- Akyurek G, Sezer K. S, Kaya L, Temucin K. (2019). Stigma in Obsessive Compulsive Disorder in Anxiety Disorders-From Childhood to Adulthood. *Intechopen*.
- Akyüz Ç.E.F. (2013). Obsesif Kompulsif Bozukluğun Örtük Bellek Performansı ve Bilişsel Süreçlere Etkisi, Yüzüncü Yıl Üniversitesi. Tıpta Uzmanlık Tezi. Van.
- Albayrak E. (2019). Toplum Ruh Sağlığı Merkezine Kayıtlı Olan Hastaların İçselleştirilmiş Damgalanma ve İyileşme Düzeylerinin İncelenmesi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. Erzurum.
- Amerikan Psikiyatri Birliği (APA). (2013). Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı, DSM-5 (2014) Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı (Çev.Köroğlu E.), (129-131.Ss) . Hekimler Yayın Birliği. Ankara.
- Angermeyer M. C, Dietrich S. (2006). Public Beliefs About and Attitudes Towards People with Mental Illness: A Review Of Population Studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2006; 113(3), 163-179.

- Arabaci L. B, Basogul C, Büyükbayram A. (2015). Adli Psikiyatri Hastalarının İçselleştirilmiş Damgalanma ve Sosyal İşlevsellik Düzeyleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2015; 16(2), 113-121.
- Arslantaş H, Gültekin KB, Söylemez A, Dereboy F. (2010). Bir Üniversite Hastanesi Psikiyatri Polikliniğine İlk Kez Başvuran Hastaların Damgalamayla İlgili İnanç, Tutum ve Davranışları. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*. 2010;11:11-7.
- Atile A. (2015). Böbrek Nakli Bekleme Listesindeki Hastaların Sürekli Öfke Düzeyleri ve Öfke İfade Tarzları ile Obsesif Kompulsif Semptomları Arasındaki İlişkinin Sosyo-Demografik Değişkenler Eşliğinde İncelenmesi, İstanbul Bilim Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, 36-48. İstanbul.
- Avcil C, Bulut H, Hizli Sayar G. (2016). Psychiatric Disease and Stigmatization. Yıl:2 Sayı:2
- Ay R. (2017). Epilepsi ve Damgalanma: Bir Gözden Geçirme. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 2017; 20(2).
- Aydemir Ö, Köroğlu E. (2012). Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler Kitabı, 6. Baskı, (Ss. 449-451). Hekimler Yayın Birliği. Ankara.
- Aydın E. (2016). Vaka Yönetiminin Şizofreni Hastalarının Klinik Belirtileri, Sosyal İşlevselliği ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. Tıpta Uzmanlık Tezi. Bakırköy Prof. Dr.Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği. İstanbul.
- Ayoğlu Z. (2012). OKB'ye İlişkin Gelişimsel Bir Model: Yetişkin Bağlanma Biçimleri, Ebeveyn Den Algılanan Psikolojik Kontrol Düzeyi ve Mükemmeliyetçilik Eğilimlerinin Obsesif Yorumlar ve Belirtilerle Bağlantısının İncelenmesi. Hacettepe Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi. 1-35, (2012) . Ankara.
- Bademli K, Duman Z.Ç. (2011). Şizofreni Hastalarının Bakım Verenlerine Uygulanan Aileden Aileye Destek Programları: Sistemik Derleme. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2011; 22(4), 255-265.
- Bayar R, Yavuz M. (2008). Obsesif Kompulsif Bozukluk. Türkiye'de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar. *İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sempozyum Dizini*, 2008;62 (185 – 192.Ss.)

- Baysal G.Ö.D. (2013). “Damgalanma ve Ruh Sağlığı”, *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 2013; 239-251.
- Besiroglu L, Akman N, Selvi Y, Aydın A, Boysan M, Özbeyit Ö. (2010). Obsesif-Kompulsif Belirti Kategorileri Hakkında Ruh Sağlığı Bilgisi. *Noro-Psikiyatri Arşivi*, 2010; 47(2), 133.
- Beşiroğlu L, Ağargün M. Y. (2006). Obsesif Kompulsif Bozuklukta Sağlık Yardımı Arama Davranışı ile İlişkili Etmenler: Hastalık ile İlişkili ve Genel Etmenlerin Rolü. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2006; 17(3), 213-222.
- Besiroglu L, Uguz F, Saglam M, Yilmaz E, Agargün M. Y, Askin R. (2007). Obsesif Kompulsif Bozuklukta Yasam Kalitesi ile İlişkili Etkenler/Factors Associated With Quality Of Life in Obsessive Compulsive Disorder. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2007; 8(1), 5.
- Beyazyüz M, Beyazyüz E, Albayrak Y, Baykal S, Göka E. (2015). Bir Eğitim Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniğine Başvuran Hastalarda İçselleştirilmiş Damgalanma Düzeylerinin Bazı Tanı Grupları, Sosyodemografik Özellikler ve Benlik Saygısı ile İlişkisi. *In Yeni Symposium*, 2015; Vol. 53, No. 2.
- Blairy S, Linotte S, Souery D, Papadimitriou GN, Dikeos D, Lerer B, Et Al. (2004). Social Adjustment and Self-Esteem Of Bipolar Patients: A Multicentric Study. *Journal Of Affective Disorders*, 2004; 79: 97-103.
- Bıldır S, Bayram E, Seyhun C, Osmanlı S. (2010). Psikiyatrik Hastalara Dünyadaki Bakış. VI. Tıpta İnsan Bilimleri Kongresi Özet Kitabı Kongre Kitabı, 2010; S.16-7.
- Birchwood M, Smith J. O, Cochrane R, Wetton S, Copestake S. O. N. J. A. (1990). The Social Functioning Scale The Development and Validation Of A New Scale Of Social Adjustment For Use in Family İntervention Programmes With Schizophrenic Patients. *The British Journal Of Psychiatry*, 1990; 157(6), 853-859.
- Binbay T, Direk N, Aker T, Akvardar Y, Alptekin K, Cimilli C. (2014). Türkiye’de Psikiyatrik Epidemiyoloji: Yakın Zamanlı Araştırmalarda Temel Bulgular ve Gelecek İçin Öneriler. *Türk Psikiyatri Derg*, 2014; 25, 264-281.
- Bilge A, Çam O. (2010). Ruhsal Hastalığa Yönelik Damgalama ile Mücadele. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2010, 9.

- Bilge A, Akmeşe ZB, Koçak YÇ, Sarıcan ES. (2013). Türkiye’de Bir Grup Üniversite Öğrencilerinin Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançları. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi* 2013;2:9-14.
- Bobes J, Gonzalez M. P, Bascaran M. T, Arango C, Saiz P. A, Bousoño, M. (2001). Quality Of Life and Disability in Patients With Obsessive-Compulsive Disorder. *European Psychiatry*, 2001; 16(4), 239-245.
- Boysen G.A, Vogel D.L. (2008). Education and Mental Health Stigma: The Effects of Attribution, Biased Assimilation and Attitude Polarization. *Journal Of Social and Clinical Psychology*, 2008; 27(5), 447-470.
- Bozan M. (2019). Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinden Hizmet Alanların İçselleştirilmiş Damgalanma ve Sosyal İşlevsellik Durumlarının İncelenmesi: Eskişehir Örneği. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Hizmet Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. Ankara.
- Bozdağ N. (2018). Madde Kullanım Bozukluğu Olan Hastalarda İçselleştirilmiş Damgalanma, Öz-Etkililik ve Tedavi Motivasyonu. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. Gaziantep.
- Bowling A.(1993). Measuring Health: A Review of Quality of Life Measurements Scales. Buckingham UK, Open University Press, 1993.
- Brohan E, Slade M, Clement S, Thornicroft G. (2010). Experiences of Mental Illness Stigma, Prejudice and Discrimination: A Review of Measures. *BMC Health Services Research*, 2010; 10(80), 2-11.
- Buchholz J. L, Abramowitz J. (2019). Using An Acceptance and Commitment Therapy Approach When Exposure and Cognitive Therapy Become Rituals In The Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 2019; 33(3), 256-268.
- Can G. (2012). Madde Bağımlılığı Tanısı Alan Bireylerin Sosyal İşlevsellik ve İçselleştirilmiş Damgalanma Düzeyleri. Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Anabilim Dalı Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Programı, Gaziantep.

- Can G, Tanrıverdi D. (2015). Social Functioning and Internalized Stigma in Individuals Diagnosed with Substance Use Disorder. *Archives Of Psychiatric Nursing*, 2015; 29(6), 441-446.
- Corrigan P, R. Lundin. (2001). “Don’t Call Me Nuts”, *Recovery Press*, 2001; 228-234.
- Corrigan P.W, Edwards A. B, Green A, Diwan S. L, Penn D. L. (2001). Prejudice, Social Distance, and Familiarity with Mental Illness. *Schizophrenia Bulletin*, 2001; 27(2), 219-225.
- Corrigan P. W, Watson A. C. (2002). Understanding The Impact Of Stigma On People with Mental Illness. *World Psychiatry*, 2002; 1(1), 16.
- Corrigan PW, Watson AC, Barr L. (2006). The Self–Stigma Of Mental Illness: Implications For Selfesteem and Self-Efficacy. *Journal Of Social and Clinical Psychology*. 2006; 25(8):875-884
- Corrigan P.W, Morris S, Larson J, Rafacz J, Wassel A, Michaels, P.(2010). Self-Stigma and Coming Out About One’s Mental Illness. *Journal Of Community Psychology*, 2010; 38(3), 259-275.
- Corrigan P.W, Druss B.G, Perlick D.A. (2014), “The Impact Of Mental Illness Stigma On Seeking and Participating in Mental Health Care”, *Psychological Science in The Public Interest*, 2014; 15(2): 37-70.
- Corrigan P. W. (1998). The Impact Of Stigma On Severe Mental Illness. *Cognitive and Behavioral Practice*, 1998; 5(2), 201-222.
- Corrigan P.W. (2004). How Stigma İnterferes with Mental Health Care. *American Psychologist*, 2004; 59(7), 614.
- Çam O, Çuhadar D. (2011). Ruhsal Hastalığa Sahip Bireylerde Damgalama Süreci ve İçselleştirilmiş Damgalama Süreci ve İçselleştirilmiş Damgalama. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2011; 2(3), 136-140.
- Çam O, Dağlı D. A. (2017). Alkol Bağımlılarında İçselleştirilmiş Damgalama, Suçluluk ve Utanç Duyguları. *Bağımlılık Dergisi*, 2017; 18(4), 145-151.

- Çam O, Çuhadar D. (2013). Bipolar Bozukluğu Olan Hastalarda İşlevsellik Düzeyi ve İçselleştirilmiş Damgalama Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2013; 2(2), 230-246.
- Çam O, Yalçın N.(2018). Mental İllness and Recovery, *Journal Of Psychiatric Nursing*, 2018; 9:1:55-60
- Çam O, Bilge A. (2013). Türkiye’de Ruhsal Hastalığa/Hastaya Yönelik İnanç, Tutum ve Damgalama Süreci: Sistemik Derleme. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2013; 4(2), 91-101.
- Çiçek E.(2011). Obsesif Kompulsif Bozukluklu Hasta Yakınlarında Aile Yüğü, Yaşam Kalitesi ve Psikiyatrik Bozuklukların Değerlendirilmesi. 2011, Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Uzmanlık Tezi, 79 Sayfa, Konya.
- Çimen S, Yasar R, Aydın N, Özbe S.(2009). İstanbul İlinde Yasayan Bireylerin Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylere İlişkin Görüşlerinin Araştırılması. III. Ulusal ve Uluslararası Katılımlı Psikiyatri Hemşireliği Kongresi, Özet Kitabı. Akçakoca-Düzce: 2009.
- Deniz P. (2015). Çalışan Ve Çalışmayan Kadınlardaki Obsesif Kompulsif Belirtileri, Anksiyete ve Mizaç Özelliklerinin İncelenmesi, Üsküdar Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, 15. İstanbul.
- Duman Ç.Z, Günüşen N. (2012). Psikiyatri Hemşireliği Teori ve Uygulamasının Öğrencilerin Psikiyatri Hastalarına Yönelik Tutumlarına, Psikiyatri Hemşireliğini Algılamasına ve Kariyer Tercihlerine Etkisi. II. Uluslararası VI. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi, Özet CD. Erzurum: 2012;278-79.
- Engin E. (2016). Travma ve Stresörlerle İlişkili Bozukluklar. Ruh Sağlığı Ve Psikiyatri Hemşireliğinin Temelleri, 6. Baskı. Özcan CT, Gürhan N (Çev Editörleri). Akademisyen Tıp Kitapevi. 2016; S.491-516. Ankara.
- Engin E. (2014). Anksiyete Bozuklukları. Çam O (Editör). Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği, İstanbul, İstanbul Tıp Kitabevi, 2014: S.275-312.
- Erakay Y.S. (2001). Şizofreni Tanılı Hastalarda Sosyal İşlevsellik Ölçeği (SİÖ) Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenilirliğinin Araştırılması. Tıpta Uzmanlık Tezi. Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi. İzmir

- Erol A, Keleş ÜE., Tunç AE., Mete L.(2009). Şizofrenide Sosyal İşlevselliği Yordayan Etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2009; 20 (4), 313-321.
- Erol N, Kılıç C, Ulusoy M, Keçeci U. D. M, Shu Z. (1998). Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu.
- Ersoy Ö, Ünsal B. G. (2017). Obsesif Kompulsif Bozukluğu Olan Hasta Yakınlarında Bakım Yükü ve Psikoeğitim. *JAREN/Hemşirelik Akademik Araştırma Dergisi*, 3(Supp: 1), 2017; 51-56.
- Ersoy M, Varan N. (2007). Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği Türkçe Formunun Güvenilirlik ve Geçerlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2007; 18(2), 163-171.
- Ersöğütçü F, Karakaş S.A. (2016). Social Functioning and Self-Esteem Of Substance Abuse Patients. *Archives Of Psychiatric Nursing*, 2016; 30(5), 587-592.
- Food and Drug Administration (FDA) (2019). OKB için Onayladığı Antidepresan Listesi <https://www.psychom.net/ocd-medication-guide/>. Erişim Tarihi: 2019
- Goffman E. (1963). Stigma: Notes On The Management Of Spoiled Identity. *Englewood Cliffs. Nj: Prentice-Hall*.
- Goodwin R, Koenen KC, Hellman F, Guardino M, Struening E. (2002). Helpseeking and Access To Mental Health Treatment for Obsessive-Compulsive Disorder. *Acta Psychiatr Scand*. 2002;106(2):143-149.
- Gökalp G. (2017). Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi. Şizofreni ve Bipolar Bozukluğu Olan Hastalarda İçgörü, İçselleştirilmiş Damgalanmanın İlaç Uyumu Üzerine Etkisi. Ankara
- Gökengin D, Çalık Ş, Öktem P. (2017). Türkiye’de HIV’le İlgili Damgalama ve Ayrımcılığın Analizi: HIV’le Yaşayan Kişiler İçin Damgalanma Göstergesi Sonuçları. *Klinik Dergisi*, 2017; 30(1), 15-21.
- Güdük M. (2010). Şizofreni Hastalarında Zihin Kuramı Becerilerinin Başa Çıkma Tutumları ve Sosyal İşlevsellik ile İlişkisi 2010, Tıpta Uzmanlık Tezi. İstanbul.



- Hançer G.N. (2018). Bipolar Bozukluğu Olan Evli Kadın Hastalarda İçselleştirilmiş Damgalanma Düzeyinin Evlilik Uyumu ve Aile İçisüreçleri İle İlişkisi. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. Gaziantep.
- Hayward P, Bright JA. (1997). Stigma and Mental İllness. *Journal Of Mental Health* 1997;6:345-354.
- Hill K, Startup M. (2013). The Relationship Between Internalized Stigma, Negative Symptoms and Social Functioning in Schizophrenia: The Mediating Role Of Self-Efficacy. *Psychiatry Research*, 2013; 206(2-3), 151-157.
- İsmanur O. B. (2016). İstanbul Bilgi University Institute for Social Sciences Clinical Psychology MA Program. Relationships Between Internalized Stigma, Hopelessness and Self-Esteem and Their Sociodemographic and Clinical Characteristicsin A Group Of Patients With Severe Mental Illness. İstanbul.
- Jacoby R. J, Leonard R. C, Riemann B. C, Abramowitz J. S. (2014). Predictors Of Quality Of Life and Functional İmpairment in Obsessive–Compulsive Disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 2014; 55(5), 1195-1202.
- Kabakçı E, Göğüş A. (2004). Dünya Sağlık Örgütü İşlevsellik/World Health Organization. Yeti Yitimi ve Sağlığın Uluslar Arası Sınıflandırması (ICF) Kitabı. Bilge Matbaacılık, 284s. 2004. Ankara.
- Kalra H, Kamath P, Trivedi JK, Janca A (2008). Caregiver Burden in Anxiety Disorders. *Curr Opin Psychiatry*, 2008; 21(1): 70–73.
- Kandaz YE. (2009). OKB Tanısı Almış Psikiyatri Hastalarında Travmatik Yaşam Olayları Sıklığı. Kocaeli Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 114 Sayfa. Kocaeli.
- Kaplan V.A. Ve Sadock B.J. (2016), Psikiyatri Davranış Bilimleri/Klinik Psikiyatri (11. Baskı) (418- 427.Ss.). Güneş Tıp Kitapevi Ltd. Şti. İstanbul.
- Kara M. (2015). Investigation Of Depression, Obsessive Compulsive Disorder and Their Treatment Methods, Fatih Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, 29-67. İstanbul.

- Karagöl A, Çalışkan D, Beyazyüz M. (2013).“Halk Sağlığı Açısından Ruhsal Bozukluklarda Üç Boyutuyla Damgalama’’, *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (STED)*, 2013; 96-101.
- Karakuş G, Tamam L . (2018). Obsesif Kompulsif Bozuklukta Uyku ve Özkıyım İlişkisi. *Anadolu Psikiyatri Derg*, 2018; 19, 37-44.
- Karamustafaloğlu O, Ceylan C. Y, Bakım B, Gönenli Toker S, Bozkurt, S. B, Göksan B, Akpınar A. (2009). Obsesif Kompulsif Bozukluk Hastalarında Sosyodemografik Özellikler ve Komorbidite. *Şişli Etfal Tıp Bülteni*, 2009; 43(3), 112-116.
- Karamustafaloğlu O. (2010). Obsesif Kompulsif Bozukluk. *The Journal Of Turkish Family Physician*, 1997;1(1):1-10.
- Kasper S. (1999). From Symptoms To Social Functioning: Differential Effects Of Antidepressant Therapy. *International Clinical Psychopharmacology*, 14, S27-31.
- Katkak B.(2008). Psikozlu Hasta Yakınlarında Stigmatizasyon. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Anabilim Dalı/Klinik Psikoloji İstanbul.
- Kaya Yüsel Z. (2015). Bonzai Bağımlılarında İçselleştirilmiş Damgalanma Sözel Bellek ve Görsel Mekansal İşlevlerin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü , Psikoloji Anabilim Dalı/ Uygulamalı Psikoloji. İstanbul.
- Kessler R. C, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Chatterji S, Lee S, Ormel J,Wang P. S. (2009). The Global Burden Of Mental Disorders: An Update From The WHO World Mental Health (WMH) Surveys. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 2009; 18(1), 23-33.
- Kıvırcık Akdede B. B, Alptekin K, Akvardar Y, Kitiş A. (2005). Obsesif Kompulsif Bozuklukta Yaşam Kalitesi: Bilişsel İşlevler ve Klinik Bulgular ile İlişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2005; 16(1), 13-9.
- Kızılağaç F. (2018). Obsesif Kompulsif Bozukluğu Olan Hastalarda Erken Dönem Uyumsuz Şemaların ve İçselleştirilmiş Damgalanmanın İncelenmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi. Kocaeli.

- Koç Z. (2019). Ruhsal Bozukluğu Olan Hastaların Üstbiliş Özelliklerinin ve Sosyal İşlevselliklerinin Karşılaştırılması. Hemşirelik Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Gaziantep
- Kohn R, Saxena S, Levav I, Saraceno B. (2004). The Treatment Gap in Mental Health Care. *Bulletin Of The World Health Organization*, 2004; 82, 858-866.
- Korkmaz G. (2013). Akut Psikiyatri Servislerinde Yatan Hastalarda İçselleştirilmiş Stigma ve Algılanan Aile Desteği. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Kök H, Demir S. (2018). Şizofreni ve Bipolar Bozukluğu Olan Hastalarda İçselleştirilmiş Damgalanma, Benlik Saygısı ve Algılanan Sosyal Destek. *Cukurova Medical Journal*, 2018; 43(1), 99-106.
- Kurnaz G. (2019). Şizofreni ve İki Uçlu Bozukluk Hastalarında İçselleştirilmiş Damgalanma ve Yaşam Kalitesi. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. Gaziantep.
- Langley AK, Bergman RL, Mccracken J, Piacentini JC.(2004). Impairment in Childhood Anxiety Disorders: Preliminary Examination Of The Child Anxiety Impact Scale–Parent Version. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2004;14:105-114.
- Liberman, R. P. (2011). Recovery From Disability: Manual Of Psychiatric Rehabilitation. Çeviren: Yıldız M. Yeti Yitiminden İyileşmeye: Psikiyatrik İyileştirim El Kitabı. Türkiye Sosyal Psikiyatri Derneği. Ankara, 154-193
- Link B.G, Phelan J.C.(2001). “Conceptualizing Stigma”, *Annual Review Of Sociology*, 2001; 363-385.
- Livington D.J, Boyd E.J. (2010). Correlates and Consequences Of İnternalized Stigma For People Living With Mental İllness: A Systematic Review and Metaanaylsis. *Social Science and Medicine*, 2010; 71, 2150-2161.
- Marques L, Leblanc NJ, Weingarden HM, Timpano KR, Jenike M, Wilhelm S.(2010). Barriers To Treatment and Service Utilization in An İnternet Sample Of Individuals with Obsessive-Compulsive Symptoms. *Depress Anxiety*. 2010; 27(5): 470-475.

- Mccarty R. J, Guzick A. G, Swan L. K, Mcnamara J. P. (2017). Stigma and Recognition Of Different Types Of Symptoms in OCD. *Journal Of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 2017; 12, 64-70.
- Mcdonald J, Badger TA. Social Function Of Persons with Schizophrenia. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 2002; 40 (6): 42-50.
- Menon V. (2013). Juvenile Obsessive-Compulsive Disorder: A Case Re-Port. *Industrial Psychiatry Journal*, 2013; 22(2), 155.
- Mercan H.M. (2017). Obsesif Kompulsif Bozukluk Hastalarında İçselleştirilmiş Damgalanmanın Yaşam Kalitesi ve Tedavi Uyumu Üzerine Etkisi. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Gaziantep.
- Moran M. (2008). Psikiyatri Alanında ve Diğer Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Ruh Hastalarına ve Hastalıklarına İlişkin Görüşleri. Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı. Mersin.
- Mutlu E. (2018). Düşünce ve Dil Bozukluğu Ölçeğinin Türkçe Uyarlaması ve Şizofrenide Düşünce Bozukluğunun Hastalık Şiddeti, Bilişsel İşlevler, Genel ve Sosyal İşlevsellik ve Yaşam Kalitesi ile İlişkisi. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı. Ankara.
- NIHM (Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü). OKB Prevelansı. (<https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/obsessive-compulsive-disorder/ocd.shtml>) Erişim Tarihi: Kasım 2017
- Nicholas R. (2011). “Stigma, Discrimination, Social Exclusion, & Mental Health- A Public Health Perspective” in *Routledge Handbook in Global Public Health*, Richard P. and Marni S., (London, New York:Routledge Taylor& Francis Group, 1stedition (2011), Ss. 394-399.
- Oban G, Küçük L. (2011). Damgalama Erken Yaşlarda Başlar; Gençlerde Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalamayla Mücadelede Eğitimin Rolü. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2011; 2:141-8.
- Ociskova M, Prasko J, Cerna M, Jelenova D, Kamaradova D, Latalova K, Sedlackova Z. (2013). Obsessive Compulsive Disorder and Stigmatization. *Act Nerv Super Rediviva*, 2013; 55(1-2), 19-26.

- Olçun Z. (2016). Şizofreni Hastalarının İçselleştirilmiş Damgalanma ve Umut Düzeyleri Arasındaki İlişki. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. Erzurum.
- Özçelik E. K, Yıldırım A. (2018). Schizophrenia Patients' Family Environment, Internalized Stigma and Quality Of Life. *Journal Of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemşireleri Derneği*, 2018; 9(2).
- Özçelik B, Karamustafalıoğlu O, Üstün N, Aker T, Çıtak S. (2002). Süregen Psikotik Bozukluğu Olan Hastaların Tedavi, Bakım ve Uyum Sorunları Bağlamında Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ndeki Uygulamalar Ve Yaşanan Güçlükler. *Düşünen Adam*, 2002; 15, 85-9.
- Özer S. (2015). Obsesif Kompulsif Bozukluk Hastalarının Obsesyon ve Alt Tiplerinin Çocukluk Travmaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Üsküdar Üniversitesi. Yüksek Lisans Tezi. 2-14. İstanbul.
- Özmen S, Erdem R. (2018). “Damgalamanın Kavramsal Çerçevesi” *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. C.23, S.1, S.185-208.
- Öztürk O, Uluşahin A. (2015). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları Kitabı Saplantı- Zorlantı Bozukluğu (Obsesif-Kompulsif Bozukluk-OKB) ve İlişkili Bozukluklar İçinde (364-379.Ss.). (13. Baskı). Ankara; Nobel Tıp Kitapevleri Ltd. Şti.
- Pallanti S, Grassi G, Sarrecchia ED, Cantisani A, Pellegrini M. (2011). Obsessive-Compulsive Disorder Comorbidity: Clinical Assessment and Therapeutic Implications. *Front Psychiatry*.2011;2:70.
- Piacentini J, Ph D, Bergman RL, Ph D, Keller M, Mccracken J. (2003). Functional Impairment in Children and Adolescents with Obsessive-Compulsive Disorder. *J Child 73 Adolesc Psychopharmacol*. 2003; 13:61-69.
- Picco L, Pang S, Lau Y. W, Jeyagurunathan A, Satghare P, Abdin E, Subramaniam M. (2016). Internalized Stigma Among Psychiatric Outpatients: Associations with Quality Of Life, Functioning, Hope and Self-Esteem. *Psychiatry Research*, 246, 500-506.

- Pincus F.L.(1996). “Discrimination Comes in Many Forms: Individual, Institutional, Andstructural’’, *American Behavioral Scientist*, 1996; 186-194.
- Prakash A, Kumari N. (2016). Obsessive-Compulsive Disorder in Ado-Lescence. *Science Insights*, Doi:10.15354/Si.16.Cr019
- Rachman S. (1998). A Cognitive Theory Of Obsessions: Elaborations. *Behaviour Research and Therapy*, 1998; 36(4), 385-401.
- Ritsher J. B, Phelan J. C. (2004). Internalized Stigma Predicts Erosion Of Morale Among Psychiatric Outpatients. *Psychiatry Research*, 2004; 129(3), 257-265.
- Ritsher JB, Otilingam PG, Grajales M.(2003). Internalized Stigma Of Mental İllness: Psychometric Properties Of A New Measure. *Psychiatry Res.* 2003;121:31-49.
- Rosa AC, Diniz JB, Fossaluza V, Torres AR, Fontenelle LF, De Mathis AS, Rosario C, Miguel CE, Shavitt RG. (2012). Clinical Correlates Of Social Adjustment in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal Of Psychiatric Research.* 2012; 46: 1286-1292.
- Rosenberg DR, Hanna GL. (2000). Genetic and İmaging Strategies in Obsessive–Compulsive Disorder: Potential İmplications for Treatment Development. *Biol Psychiatry.* 2000; 48(12):1210-1222.
- Sarıkoç G. (2011). Ruhsal Sorunlar Nedeniyle Ayaktan İzlenen Hastaların İçselleştirilmiş Etiketlenmeleri. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Programı Ankara.
- Sağlık Bakanlığı. Hemşirelik Yönetmeliği. <https://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=7.5.13830&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=hemşirelik%20y> . Erişim Tarihi: 2016.
- Sağlık Bakanlığı. Psikiyatri Hemşireliği Yönetmeliği. <https://www.saglik.gov.tr/TR,10526/hemsirelik-yonetmeliginde-degisiklik-yapilmasina-dair-yonetmelik.html> . Erişim Tarihi: 2020.
- Satan Y. (2014). Obsesif Kompulsif Bozuklukta İçgörü Düzeyi ile Bilişsel Fonksiyonların İlişkisi, Necmettin Erbakan Üniversitesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, 1-25. Konya.

- Saxena S, Rauch SL. (2000). Functional Neuroimaging and the Neuroanatomy Of Obsessive-Compulsive Disorder. *Psychiatr Clin North Am.* 2000; 23(3):563-586.
- Sayar K, Uğurad IK, Acar B. (1999). Obsesif Kompulsif Bozuklukta Fenomoloji. *Psikofarkoloji Bülteni.* 1999; 9:142-7.
- Schwartzman C. M, Boisseau C. L, Sibrava N. J, Mancebo M. C, Eisen J. L, Rasmussen S.A. (2017). “Symptom Subtype and Quality Of Life in Obsessive-Compulsive Disorder.” *Psychiatry Research,* 2017; 249, 307-310.
- Selin O. (2012). Obsesif Kompulsif Belirtilerin Şiddeti ile Üstbilişler Arasındaki İlişkide Düşünce Kontrol Stratejilerinin Düzenleyici Etkisi, Maltepe Üniversitesi, Yüksek Lisans, 1-42. İstanbul.
- Sevinik H.(2016). Şizofreni Hastalarında İçselleştirilmiş Damgalanma ve Sosyal İşlevsellik Düzeyi. Yüksek Lisans Tezi , Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Konya.
- Sevindik C. S, Özer Ö. A, Kolat U, Önem R. (2014). Major Depresif Bozukluğu veya Psikotik Bozukluğu Bulunan Hastalarda İçselleştirilmiş Damgalanma ve İşlevsellik Üzerine Etkisi. *Şişli Etfal Tıp Bülteni,* 2014; 48(3), 198-207.
- Sickel A. E, Seacat J. D, Nabors N. A. (2014). Mental Health Stigma Update: A Review Of Consequences. *Advances in Mental Health,* 12(3), 202-215.
- Simonds L. M, Thorpe S. J. (2003). Attitudes Toward Obsessive-Compulsive Disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology,* 38(6), 331-336.
- Simmons L.A, Yang N.Y, Wu Q, Bush H.M, Crofford L.J. (2015), “Public and Personal Depression Stigma in A Rural American Female Sample”, *Archives Of Psychiatric Nursing,* 29: 407-412.
- Söchting I, Third B.(2011). Behavioral Group Treatment For Obsessive-Compulsive Disorder in Adolescence: A Pilot Study. *International Journal Of Group Psychotherapy.* 2011; 61(1):84-97
- Steketee G.S. (1993). Treatment Of Obsessive Compulsive Disorder. New York: Guilford Press.1997; 7(1):136-137.

- Stengler-Wenzke K, Kroll M, Matschinger H, Angermeyer M. C. (2006). Subjective Quality Of Life Of Patients with Obsessive–Compulsive Disorder. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2006; 41(8), 662-668.
- Stengler-Wenzke, K., Beck, M., Holzinger, A., & Angermeyer, M. C. (2004). Stigmatisierungserfahrungen Von Patienten Mit Zwangserkrankungen. *Fortschritte Der Neurologie· Psychiatrie*, 2004; 72(01), 7-13.
- Stewart, E., Grunthal, B., Collins, L., & Coles, M. (2019). Public Recognition And Perceptions Of Obsessive Compulsive Disorder. *Community Mental Health Journal*, 2019; 55(1), 74-82.
- Storch E. A, Wu M. S, Small B. J, Crawford E. A, Lewin A. B, Horng B, Murphy T. K. (2014). Mediators and Moderators Of Functional İmpairment in Adults with Obsessive–Compulsive Disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 55(3), 489-496.
- Stuart H. (2006). Mental İllness and Employment Discrimination. *Current Opinion İn Psychiatry*, 19(5), 522-526.
- Şenöz G.(2015). 8. Sınıf Öğrencisi Olup Obsesif Kompulsif Bozukluk Teşhisi Almış Olan Çocuklarda Sınav Kaygısı Bozukluğu Oranının Sıklığının Değerlendirilmesi. 2015, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 121 Sayfa, İstanbul.
- Şen Dönder F. (2018). Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanılı Gençlerde Sosyal Becerilerin Değerlendirilmesi. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi. Kocaeli.
- Tanabe Y, Hayashi K, Ideno Y. (2016). The Internalized Stigma Of Mental Illness (ISMI) Scale: Validation Of The Japanese Version. *BMC Psychiatry*, 16(1), 116.
- Taşkın O.E, Seyfe Şen F, Aydemir Ö, Demet M.M, Özmen E, İçelli İ.(2002). Türkiye’ De Kırsal Bir Bölgede Yaşayan Halkın Şizofreniye İlişkin Tutumları. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2002; 13(3), 205-214.
- Taşkın EO, Gürlek-Yüksel E, Deveci A, Özmen E. (2009). Psikiyatri Polikliniğine Başvuran Hastaların Depresyona Yönelik Tutumları. *Anatolian Journal Of Psychiatry*. 2009; 10:100-108.



- Taşkın EO. (2007). Stigma Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumlar ve Damgalama: Ruhsal Hastalıklarda Damgalama ve Ayrımcılık. 1. Baskı, Taşkın EO (Ed), İzmir, Meta Basım ve Matbaacılık. 2007. Ss:17-30.
- Taşkın EO. (2007). Stigma Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumlar ve Damgalama: İçselleştirilmiş Damgalama ve Damgalanama Algısı. 1. Baskı. Taşkın EO(Ed.), İzmir, Meta Basım ve Matbaacılık. 2007. Ss:31-40.
- Taşkın EO.(2007). Stigma Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumlar ve Damgalama: Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumlar ve Damgalamayı Etkileyen Etmenler. 1. Baskı, Taşkın EO (Ed), İzmir, Meta Basım ve Matbaacılık. 2007. Ss: 73-114.
- Tatlı M. (2012). Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanısı Almış Kişilerde Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantılarının Bu Bozukluğun Gelişimi ve Belirti Şiddetiyle İlişkisi. Uzmanlık Tezi, Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı Ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, İstanbul.
- Topçuoğlu V. (2003). Obsesif Kompulsif Bozuklukta Psikanalitik Görüşler. *Klinik Psikiyatri*, 2003; 6, 46-50.
- Turkmen S. N, Yorulmaz M, Koza E, Ozdemir S. G. (2018). Internalized Stigmatization and Social Functioning in Psychiatric Patients. *Journal Of Turgut Ozal Medical Center*, 25(1).
- Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı. Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı 2011-2023. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 847. Ankara: Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı; 2011.
- ([Http://Www.İstanbulsaglik.Gov.Tr/W/Sb/Halksag/Belge/Mevzuat/Ulusal\\_Ruh\\_Saglik\\_Eylem\\_Plan.Pdf](http://www.istanbulsaglik.gov.tr/W/Sb/Halksag/Belge/Mevzuat/Ulusal_Ruh_Saglik_Eylem_Plan.Pdf))
- Uslu U. (2018) Obsesif Kompulsif Bozukluk Hastaları ile Psikiyatrik Tanı Almamış Bireylerin Aleksitimi Düzey Farklıklarının Karşılaştırılması. Psikoloji Yüksek Lisans Tezi. Üsküdar Üniversitesi Klinik Psikoloji Anabilim Dalı, İstanbul.
- Usta E, Sağlam E, Şen S, Aygin D, Sert H. (2015). Hemşirelik Öğrencilerinin Yeme Tutumları ve Obsesif-Kompulsif Belirtileri. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 2015; 2(2), 187-197.

- Uz S, Kaya K. (2018). Otizmlı Çocuklara ve Ailelerine Yönelik Damgalama/Stigmatization of Children with Autism and Their Parents. *Journal Of History Culture And Art Research*, 2018; 7(1), 663-683.
- Üçok A. (2003). Şizofreni Hastası Neden Damgalanır?. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, Ek 1, 3-8.
- Veale D, Roberts A. (2014). Obsessive-Compulsive Disorder. *Bmj*, 348, G2183.
- Videbeck SL, Miller CJ. (2003). *Mental Health Nursing: Lippincott Williams & Wilkins*; 2003 Page: 44-46
- Videbeck SL. (2011). *Psychiatric Mental Health Nursing. Fifth Edition. Lippincott Williams And Wilkins Press. Philadelphia, USA.*
- Watson A.C, Corrigan P, Larson E.J, Sells M.(2007). Self-Stigma in People with Mental İllness, *Schizophrenia Bulletin*, 33, 1312-1318.
- World Health Organization. Stigma And Discrimination. (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/priority-areas/stigma-and-discrimination>) Erişim Tarihi: 2020.
- World Health Organization. Avrupa Ruh Sağlığı Eylem Planı 2013–2020. ([https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89966/9789241506021\\_eng.pdf;jsessionid=83B3AAC2CCD1F67AE718416797A7150B?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89966/9789241506021_eng.pdf;jsessionid=83B3AAC2CCD1F67AE718416797A7150B?sequence=1)) Erişim Tarihi: 2020.
- Wright E. R, Gronfein W. P, Owens T. J. (2000). Deinstitutionalization, Social Rejection, and the Self-Esteem of Former Mental Patients. *Journal Of Health And Social Behavior*, 2000; 68-90.
- Yakar C. (2019). Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma ve Benlik Saygısı Üzerine Bir Meta Analiz Çalışması. Çağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. Mersin.
- Yanikkerem E. (2017). Obezitenin Kadın Sağlığına Etkileri. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2017; 3(1), 37-43.
- Yanos PT, Roe D, Lysaker PH. (2011). Narrative Enhancement and Cognitive Therapy: A New Group Based Treatment for Internalized Stigma Among Persons with

- Severe Mental Illness. *Journal Of International Group Psychotherapy* 2011; 61:576-95.
- Yıldırım A, Ekinci M. (2010). Ruhsal Eğitimin Şizofreni Hastalarının Ailelerinin Aile İşlevleri, Hastaların Sosyal Destek Düzeyleri ve Tedaviye Uyum Üzerine Etkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*.2010; 11:195-05.
- Yıldırım T. (2018). İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. Şizofreni Hastalarında İçselleştirilmiş Damgalanma ile Yalnızlık Arasındaki İlişki. Malatya.
- Yıldız A.(2017). Obsesif Kompulsif Bozukluk Hastalarında Epizodik ve Kronik Gidişin Sosyodemografik Veriler, Klinik, Mizaç ve İşlevsellikle İlişkisi. Tıpta Uzmanlık Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Aydın.
- Yıldız M, Yazıcı A, Çetinkaya Ö, Bilici R, Elçim R. (2010). Şizofreni Hastalarının Yakınlarının Hastalıkla İlgili Bilgi ve Görüşleri, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 21(2), 105-113.
- Yıldız M. (2011). Ruhsal Toplumsal Beceri Eğitimi - Şizofreni Hastaları için. Türkiye Sosyal Psikiyatri Derneği, 2011. İstanbul
- Yıldız T, Engin E, Çuhadar D.(2010). Hemşirelerin Ruhsal Hastalıklara İlişkin İnançları ve Etkili Faktörlerin İncelenmesi. İçinde Öztürk, N. Ve Eren, N. (Ed). IV. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi, 113.
- Yılmaz B. (2018). Obsesif Kompulsif Bozukluk Tedavisinde Güncel Yaklaşımlar. *Lectio Scientific*, 2018; 2(1), 21-42.
- Yorgancıoğlu Cılasun D. (2018). Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Özgül İşlevsellik Düzeyi Değerlendirme Ölçeği Geçerlik ve Güvenirliği Psikiyatri Hemşireliği Programı Yüksek Lisans Tezi. İzmir.
- Yüksel N. (2006). Ruhsal Hastalıklar Kitabı. Nobel Tıp Kitapevleri, Ankara.
- Zayman E. P. (2016). DSM-5'te Obsesif Kompulsif Bozukluk. *Cukurova Medical Journal (Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi)*, 2016; 41(2), 360-362.

Zeng C, Li L, Hong Y. A, Zhang H, Babbitt A. W, Liu C, Cai, W. (2018). A Structural Equation Model Of Perceived And Internalized Stigma, Depression, and Suicidal Status Among People Living with HIV/AIDS. *BMC Public Health*, 2018; 18(1), 138.



## 8.EKLER

### Ek 1. Tanıtıcı Bilgi Formu

#### **BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (BGOF)**

##### **ÇALIŞMANIN ADI:**

Obsesif Kompulsif Bozukluğu Olan Hastalarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ve İçselleştirilmiş Damgalanmanın Sosyal İşlevsellik Düzeyine Etkisi

*Aşağıda bilgileri yer almakta olan bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını, bilgilerinizin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neleri içerdiğini, olası yararları ve risklerini ya da rahatsızlık verebilecek yönlerini anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. Eğer çalışmaya katılma kararı verirseniz, **Çalışmaya Katılma Onayı Formu**'nu imzalayınız. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Çalışmaya katıldığınız için size herhangi bir ödeme yapılmayacak ya da sizden herhangi bir maddi katkı/malzeme katkısı istenmeyecektir./ Araştırmada kullanılacak tüm malzemeler ve yapılabilecek tüm harcamalar araştırmacı tarafından karşılanacaktır.*

##### **ÇALIŞMANIN KONUSU VE AMACI :**

Damgalanma; hem bireyi hem de çevresini olumsuz etkileyen bir süreçtir. Yapılan bu çalışma ile damgalanma ve sosyal işlevselliğin yaşamınız üzerindeki etkisinin saptanması ve bu doğrultuda uygun hemşirelik bakımının sağlanması amacıyla yapılmaktadır.

##### **ÇALIŞMA İŞLEMLERİ:**

Bu çalışmaya katıldığınız takdirde size doldurmanız gereken üç adet form verilecektir. Bunlardan ilkinde bazı demografik verilerinizle ilgili sorular bulunmaktadır. Bu form çalışmacılar tarafından hazırlanmıştır. Diğer iki form ise standardize olarak hazırlanmış olup, sizin içselleştirilmiş damgalanma düzeyinizi ve sosyal işlevselliğinizi ölçme amaçlıdır. Tüm formları eksiksiz doldurmanız beklenmektedir.

##### **ÇALIŞMAYA KATILMAMIN OLASI YARARLARI NELERDİR?**

Çalışmaya katılmanız durumunda literatüre bu konu hakkında destek sağlayarak veri eklememize yardımcı olacaksınız.

## **KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?**

İsim, soy isim veya şahsınızı deşifre edebilecek hiçbir bilgi kullanılmayacak ve açıklanmayacaktır.

## **SORU VE PROBLEMLER İÇİN BAŞVURULACAK KİŞİLER :**

Araştırmacı Gülşah BAYAR

Mail: gulsahhbayar@gmail.com

### **Çalışmaya Katılma Onayı**

Yukarıdaki bilgileri ilgili araştırmacı ile ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyorum ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz. Araştırmacı, saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek şekilde bana teslim etmiştir.

<i>Gönüllü Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Telefon:</i>		

<i>Vasi<sup>1</sup> (var ise ) Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Telefon:</i>		

<i>Araştırmacı<sup>2</sup> Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

1: Gönüllünün bilgilendirilme işlemine başından sonuna dek tanıklık eden kişi

2:Gönüllüyü araştırma hakkında bilgilendiren kişi

## TANITICI BİLGİ FORMU

### 1.Kaç yaşındasınız?.....(tam yaşınızı belirtiniz)

- 1) 18-25 yaş arası 2) 26-40 yaş arası 3) 41 ve üzeri

### 2.Cinsiyetiniz nedir?

- 1) Kadın 2) Erkek

### 3. Medeni durumunuz nedir?

- 1) Evli 2) Bekar

### 4. Eğitim durumunuz nedir?

- 1) İlköğretim 2) Lise 3) Yüksek Öğrenim ve üzeri

### 5. Halen çalışma durumunuz nedir?

- 1)Evet 2) Hayır (öğrenci, ev hanımı vb...dahil)

### 6. Kiminle yaşıyorsunuz?

- 1) Anne- Baba 2) Eş ve çocuklar 3) Diğerleri (yurt, ev arkadaşı vb...)

### 7. Gelir durumunuz nedir? .....(ortalama miktarı yazınız)

- 1) Gelir giderden az 2) Gelir gidere denk 3)Gelir giderden fazla

### 8. Kaç yıldır hastalık öykünüz var?.....(biliyorsanız tam süresini belirtiniz)

- 1)6 ay- 11 ay 2) 1-5 yıl 3) 6 yıl ve üzeri

### 9. Ailenizde psikiyatrik hastalık öyküsü var mı?

- 1)Evet 2)Hayır

### 10. Ruhsal hastalığınız nedeniyle işten ayrıldınız mı?

- 1)Evet 2)Hayır

### 11. Ruhsal hastalığınız nedeniyle daha önce hastaneye yattınız mı?

- 1)Hayır 2)Evet

### 12.Düzeli olarak psikiyatrik ilaç kullanıyor musunuz?

- 1)Evet 2)Hayır

**13. Kendine zarar verme girişiminiz / isteğiniz oldu mu?**

1)Evet 2)Hayır

**14. Hastalđınıza eşlik eden bildiğiniz başka bir rahatsızlığınız var mı?**

1)Hayır 2) Evet (biliyorsanız belirtiniz.....)





## Ek 2. Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ)

### RUHSAL HASTALIKLARDA İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMA ÖLÇEĞİ (RHİDÖ)

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

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

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

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

	Kesinlikle aynı fikirde değilim	Aynı fikirde değilim	Aynı fikirdeyim	Kesinlikle aynı fikirdeyim
9. Ruhsal hastalığım benim “garip” görünmeme ya da davranmama neden olabileceğinden dolayı eskisi kadar sosyal değilim.	1	2	3	4
10. Ruhsal hastalığı olan kişiler iyi ve doyum verici bir hayat yaşayamazlar.	1	2	3	4
11. İnsanları ruhsal hastalığımla sıkmak istemediğimden dolayı, kendi hakkımda fazla konuşmam.	1	2	3	4
12. Halk arasındaki ruhsal hastalıklarla ilgili olumsuz düşünceler, benim “normal” yaşamın dışında kalmama neden oluyor.	1	2	3	4
13. Ruhsal hastalığı olmayan kişilerle birlikleyken, kendimi sanki o ortama ait değilmiş ve yetersizmişim gibi hissediyorum.	1	2	3	4
14. Ruhsal hastalığı açıkça anlaşılan biriyle toplum içinde birlikte görülmek beni rahatsız etmez.	1	2	3	4
15. Sırf ruhsal hastalığımdan dolayı insanlar bana sık sık ne yapmam gerektiğini söyleyip, sanki çocukmuşum gibi davranırlar.	1	2	3	4
16. Ruhsal hastalığım olduğu için kendimden memnun değilim.	1	2	3	4
17. Ruhsal hastalığımanın olması hayatımı berbat etti.	1	2	3	4
18. İnsanlar görünüşümden ruhsal bir hastalığımanın olduğunu anlayabilirler.	1	2	3	4
19. Ruhsal hastalığımdan dolayı benimle ilgili çoğu kararı başkalarının vermesine ihtiyaç duyarım	1	2	3	4

	Kesinlikle aynı fikirde değilim	Aynı fikirde değilim	Aynı fikirdeyim	Kesinlikle aynı fikirdeyim
20. Ailemi ve arkadaşlarımı utandırmamak için sosyal ortamlardan uzak dururum.	1	2	3	4
21. Ruhsal hastalığı olmayanların beni anlamaları mümkün değildir.	1	2	3	4
22. Sırf ruhsal hastalığım olduğu için insanlar beni göz ardı eder ya da pek ciddiye almazlar.	1	2	3	4
23. Ruhsal hastalığım olduğu için topluma hiçbir katkımlarım olamaz.	1	2	3	4
24. Ruhsal bir hastalıkla yaşamak beni mücadelecili bir insan yaptı.	1	2	3	4
25. Ruhsal bir hastalığım olduğu için kimse bana yaklaşmak istemez.	1	2	3	4
26. Genel olarak, hayatı istediğim şekilde yaşayabiliyorum.	1	2	3	4
27. Ruhsal hastalığıma rağmen, iyi ve dolu dolu yaşadığım bir hayatım var.	1	2	3	4
28. İnsanlar ruhsal bir hastalığım olduğu için hayatta fazla başarılı olamayacağımı düşünüyorlar.	1	2	3	4
29. Akıl hastalarıyla ilgili olumsuz yaygın inanışlar benim durumum dikkate alındığında hiç de yanlış sayılmaz.	1	2	3	4

### Ek 3. Sosyal İşlevsellik Ölçeği(SİÖ)

## SOSYAL İŞLEVSELLİK ÖLÇEĞİ (SİÖ)

İSİM:.....

Bu ölçek hastalanmanızdan bu yana ne durumda olduğunuzu anlamamıza yardımcı olacaktır. Ölçeğin doldurulması yaklaşık 20 dakika sürer. (Doldurmaya başlamadan önce lütfen aşağıdaki soruları yanıtlayınız.)

### 1.Nerede yaşıyorsunuz?

Cevap:.....

### 2.Kiminle Birlikte yaşıyorsunuz?

Cevap:.....

	Ç	KAİ	ÖSE	BZD	B-y	B-p	İ/M
Ham Puan							
Dönüştürülmüş Puan							

## SOSYAL UĞRAŞI/SOSYAL ÇEKİLME

1. Her gün kaçta kalkıyorsunuz?

Hafta içi ortalama.....

Hafta sonu ortalama.....

(eğer farklıysa)

Sabah 9'dan önce

Sabah 9 ile 11 arası

Sabah 11 ile öğleden sonra 1 arası

Öğleden sonra 1'den geç

2. Günün kaç saatini yalnız geçiriyorsunuz?

(Örn. odada tek başına, tek başına dolaşarak, radyo dinleyerek ya da televizyon izleyerek vb.)

Lütfen kutulardan birini işaretleyin:

### Tek başına geçirdiğiniz saatler

0-3 Tek başına geçirdiği süre çok az

3-6 Zamanın bir kısmı

6-9 Zamanın önemli bir kısmı

9-12 Zamanın büyük bir kısmı

12 Hemen hemen zamanın hepsi

3. Evde ne kadar sıklıkla bir sohbeti başlatıyorsunuz?

a)Hemen hemen hiç

b)Nadiren

c)Bazen

d) Sık sık

4. Evden ne sıklıkta çıkıyorsunuz? (herhangi bir nedenle)

a)Hemen hemen hiç

b)Nadiren

c)Bazen

d) Sık sık

5. Yabancıların varlığına nasıl tepki gösterirsiniz?

a)Onlardan kaçınma

b)Huzursuz olma

c)Onları kabul etme

d)Onlardan hoşlanma

## KİŞİLERARASI İŞLEVSELLİK

1. Şu anda kaç arkadaşınız var? (düzenli olarak görüştüğü, birlikte etkinliklerde bulunduğu vb.).....

2. Karşı cinsten bir arkadaşınız var mı? (eğer evli değilseniz)

a)Evet b) Hayır

3. Anamlı veya mantıklı konuşmayı ne sıklıkta başarıyorsunuz?

a)Hemen hemen hiç b)Nadiren c)Bazen d) Sık sık

4. Şu sıralar insanlarla konuşmak size ne kadar zor ya da ne kadar kolay geliyor?

a)Çok kolay b)Oldukça kolay c)Orta d)Oldukça zor e)Çok zor

## ÖNCÜL SOSYAL ETKİNLİKLER

Son 3 ay içinde aşağıdaki etkinliklerin her birine ne sıklıkta katıldığınızı göstermek üzere uygun olan bölümü işaretleyiniz.

	Hiç	Nadiren	Bazen	Sık sık
Sinema				
Tiyatro/ Konser				
Kapalı Salon Sporunu İzleme (örneğin masa tenisi)				
Açık Alan Sporunu İzleme (örneğin futbol)				
Sanat galerisi /müze				
Sergi				
İlgi Duyulan Yerleri Gezme				
Toplantı/ Konuşma vb.				
Gece Okulu				
Akrabaları Evlerinde Ziyaret Etme				
Akrabaların Ziyarete Gelmesi				
Arkadaşlarını Ziyaret Etme (erkek/kız arkadaşı dahil)				
Arkadaşları tarafından ziyaret edilme (erkek/ kız arkadaşı dahil)				
Partiler				
Resmi Toplantılar				
Disko vb.				
Gece kulübü / Sosyal Kulüp				
Kapalı Salon Sportu Yapmak				
Açık Alan Sportu Yapmak				
Kulüp / Dernek				
Kahve / Kafelere Gitme				
Dışarda Yemek Yemek				
Dini Etkinliklere Katılmak				

## BOŞ ZAMANLAR DEĞERLENDİRME

Lütfen son üç ay içinde aşağıdaki etkinlikleri ne sıklıkta yaptığınızı belirtmek için uygun olan bölümü işaretleyiniz.

	Hiç	Nadiren	Bazen	Sık sık
Müzik aleti Çalma				
Dikiş-Nakış, örgü				
Bahçe işleri				
Okuma				
Televizyon İzleme				
Teyp ya da radyo Dinleme				
Yemek Pişirme				
Kendi Başına Yapılan Etkinlikler (maket uçak yapma vb.)				
Tamir işleri (araba, bisiklet, ev vb.)				
Yürüyüş, Dolaşma				
Araba Kullanma /bisiklet binme (Hobi olarak)				
Yüzme				
Hobi (örneğin koleksiyon yapma)				
Alışveriş Yapma				
Sanatsal Etkinlikler (el sanatları, resim yapma vb.)				

## BAĞIMSIZLIK DÜZEYİ- YETKİNLİK

Lütfen son üç ay içinde aşağıdaki etkinlikleri ne sıklıkta yaptığınızı belirtmek için uygun olan bölümü işaretleyiniz.

	Yeterli	Yardım Gerekir	Yapamaz	Bilinmiyor
Toplu Ulaşım				
Parayı Doğru Biçimde Değerlendirme				
Paranın Hesabını Yapma				
Kendisi İçin Yemek Pişirme				
Haftalık Alışveriş				
İş Arama				
Kendi Çamaşırını Yıkama				
Kişisel Temizlik				
Yıkama, düzenli olma vb.				
Dükkânlardan Alışveriş yapma				
Evden tek başına çıkma				
Kendiniz için Giysi seçme ve alma				
Dış görünüşüne Özen Gösterme				

## BAĞIMSIZLIK DÜZEYİ – PERFORMANS

Lütfen son üç ay içinde aşağıdakilerden her birini ne sıklıkta yaptığınızı belirtmek için işaretleyiniz.

	Hiç	Nadiren	Bazen	Sık sık
Alışveriş yapma (yardım almadan)				
Bulaşık yıkama, Yerleştirme vb.				
Düzenli olarak yıkanma, banyo yapma vb.				
Kendi çamaşırlarını yıkama				
İş arama (eğer işsizseniz)				
Gıda alışverişi yapma				
Yemek hazırlama ve pişirme				
Evden tek başına ayrılma				
Otobüs, tren vb. binme				
Para harcama				
Paranın hesabını yapma				
Kendiniz için giysi seçme ve alma				
Dış görünüşüne özen gösterme				

## İŞ/ MESLEK

Düzenli bir işiniz var mı? (Rehabilitasyon ya da yeniden eğitim kursları dâhil)

a)Evet b)Hayır

**1. Eğer yanıtınız Evetse:** Ne tür bir iş?.....

Haftada kaç saat çalışıyorsunuz?.....

Ne zamandır bu işte çalışıyorsunuz?.....

**2. Eğer Yanıtınız Hayırsa:** En son ne zaman bir işte çalıştınız?.....

Ne tür bir işti?.....

Haftada kaç saat çalışırdınız?.....

- Özürlü olduğunuza ilişkin bir belge verildi mi? a) Evet b) Hayır

- Ayaktan tedavi için hastaneye gidiyor musunuz? a) Evet b) Hayır

- Herhangi bir işte çalışabileceğinizi düşünüyor musunuz?

a)Kesinlikle evet b)Zorlanırım c)Kesinlikle hayır

- Ne sıklıkta yeni iş bulma girişiminde bulunuyorsunuz? (örneğin; İş ve İşçi Bulma Kurumu'na başvurma, gazete ilanlarına bakma)

a)Hemen hemen hiç b)Nadiren c)Bazen d)Sık sık



#### **EK 4.ÖZGEÇMİŞ**

**Adı Soyadı** : Gülşah BAYAR  
**Doğum Yeri ve Tarihi** : Osmancık / 01.01.1992  
**Yabancı Dili** : İngilizce  
**Telefon** : 0553 342 49 07  
**E-Posta** : gulsahbayar@gmail.com

#### **Eğitim Durumu :**

Lise : Şehit Erkan Özcan Lisesi  
Lisans : Dokuz Eylül Üniversitesi / Hemşirelik Fakültesi  
Yüksek Lisans : Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
Hemşirelik Anabilim Dalı Psikiyatri Hemşireliği Programı

#### **İş Tecrübesi:**

- Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Akut Erkek Psikiyatri Servisleri - 27.08.2015'den itibaren

## Ek 5. Üsküdar Üniversitesi Etik Kurul İzin Formu



Altunizade Mahallesi Haluk Türksöy Sokak No:14 34662 Üsküdar/İSTANBUL  
T: 0216 400 22 22 F: 0216 474 12 56 bilgi@uskudar.edu.tr

T.C.  
**ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ**  
**GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR**  
**ETİK KURULU BAŞKANLIĞI**

SAYI: 61351342-/2019-17

24/01/2019

Sayın Prof.Dr.Selma DOĞAN  
(Gülşah BAYAR)

Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulunun 24/01/2019 tarihinde yapılan 01 No.lu toplantısında “**Obsesif Kompulsif Bozukluğu Olan Hastalarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ve İçselleştirilmiş Damgalanmanın Sosyal İşlevsellik Düzeyine Etkisi**” adlı araştırma projenizin kurum izni getirme koşulu ile şerhli olarak etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

  
Doç. Dr. Cumhuri TAŞ  
Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik  
Kurulu Başkanı

## Ek 6. Kurum İzni



T.C.  
İSTANBUL VALİLİĞİ  
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ  
S.B.Ü. BAKIRKÖY PROF. DR. MAZHAR OSMAN  
RUH SAĞLIĞI VE SİNİR HASTALIKLARI  
SUAM



05.02.2019

### TIPTA UZMANLIK EĞİTİMİ KURULU KARARI

İlgi : Gülşah BAYAR'ın 16.01.2019 tarih ve 2046 sayılı dilekçesi.

Hastanemizin Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulu Hastane Yönetici Başhekimi Doç. Dr. Murat ERKIRAN, Hastane Eğitim Koordinatörü Prof. Dr. Nesrin KARAMUSTAFALIOĞLU ve üyeler Doç. Dr. Bekir TUĞCU, Doç. Dr. H. Dilek ATAĞLI ve Doç. Dr. Gül KARAÇETİN'in katılımları ile 05.02.2019 tarihinde toplanmış;

Hastanemizin Psikiyatri Kliniği 9. Ünitesinde hemşire olarak görev yapan Gülşah BAYAR'ın, Üsküdar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Programı dahilinde Prof. Dr. Selma DOĞAN ve Uz. Dr. Ayşe Gül KART ile yürütmeyi planladığı "Obsesif Kompulsif Bozukluğu Olan Hastalarda İçselleştirilmiş Damgalanma ve İçselleştirilmiş Damgalanmanın Sosyal İşlevsellik Düzeyine Etkisi" konulu yüksek lisans tez çalışmasını hastanemizde uygulama talebine istinaden, araştırma protokolü ve ekleri kurulumuzca değerlendirilmiş, adı geçen çalışmanın hastanemizde uygulanması oy birliği ile uygun görülmüştür.

Doç. Dr. Murat ERKIRAN  
Başkan

Prof. Dr. Nesrin KARAMUSTAFALIOĞLU  
Eğitim Koordinatörü

Doç. Dr. Bekir TUĞCU  
Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği  
Üye

Doç. Dr. H. Dilek ATAĞLI  
Nöroloji Kliniği  
Üye

Doç. Dr. Gül KARAÇETİN  
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları  
Üye