



Orjinal Makale

Şizofreni hastalarında aile ortamı, içselleştirilmiş damgalanma ve yaşam kalitesi

Ebru Karağaç Özçelik,¹ Arzu Yıldırım²

¹Muş İli Kamu Hastaneleri Birliği Muş Devlet Hastanesi, Muş

²Erzincan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Erzincan

Özet

Amaç: Bu araştırma şizofreni hastalarında aile ortamı, içselleştirilmiş damgalanma ve yaşam kalitesini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı türde olan araştırma Erzincan Devlet Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'nde DSM-IV-TR (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2000) ölçütlerine göre şizofreni tanısı alan, klinik remisyonda olup ayaktan izlenen 51 hasta ve 51 hasta yakını ile Aralık 2011-Şubat 2012 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırmanın verileri tanımlayıcı soru formu, Aile Ortamı Ölçeği, Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kısa Formu Türkçe Versiyonu kullanılarak toplanmıştır.

Bulgular: Araştırmada hastalar (43.94±8.20, 27.10±5.59) ve hasta yakınlarının (46.29±6.72, 26.57±4.30) aile ortamında kişilerarası ilişkiler ve kontrol puan ortalamaları arasında önemli bir fark olmadığı belirlenmiştir (p>0.05). Hastaların Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği toplam (76.12±17.15) ve alt ölçekler puan ortalaması Yabancılaşma (15.63±4.41), Kalıp Yargıların Onaylanması (18.24±4.20), Algılanan Ayrımcılık (13.67±4.09), Damgalanmaya Karşı Direnç (12.35±3.36) ve Sosyal Geri Çekilme (16.24±5.21); Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kısa Formu alanları puan ortalaması ise bedensel (12.00±2.75), ruhsal (11.11±3.02), sosyal (9.15±3.72) ve çevresel (11.56±2.61) olarak bulunmuştur.

Sonuç: Bu araştırmada hastalar ve hasta yakınlarının aile ortamında kişilerarası ilişkiler ve kontrol algıları arasında bir fark olmadığı, hastaların orta düzeyin üzerinde içselleştirilmiş damgalanma algıladığı, yaşam kalitesi değerlendirmelerinin orta düzeyde olduğu; içselleştirilmiş damgalanma algı düzeyi arttıkça yaşam kalitesi alanlarının önemli düzeyde azaldığı, kişilerarası ilişkiler ve kontrol algılarının ise pozitif yönde önemli düzeyde arttığı belirlenmiştir. Psikiyatri hemşirelerinin aile ortamı, içselleştirilmiş damgalanma gibi hastaların depresme ve iyileştirimini etkileyen faktörleri değerlendirip, karar verme becerisini ve benlik saygısını artırarak hastaların yaşam kalitesinin iyileşmesine önemli katkı sağlayan programları geliştirip uygulaması önemlidir.

Anahtar Sözcükler: Aile ortamı; damgalanma; psikiyatri hemşiresi; şizofreni; yaşam kalitesi.

Şizofreni dikkat, bellek ve yürütücü işlev alanlarında taşkınlık, yoksunluk ve bilişsel eksiklik belirti kümeleriyle belirli karmaşık,^[1] süregelen ve yeti yitimine yol açan, toplum temelinde ele alınması gereken ciddi bir ruhsal bozukluktur. Dünya Sağlık Örgütü tarafından 2010 yılında yapılan Global Hastalık Yüku çalışmasında göre en fazla yeti yitimine yol açan ruhsal bozukluk şizofreni olup, nokta yaygınlığı %0.21–0.7 arasındadır.^[2] Ülkemizde psikoz

epidemiolojisi üzerine yapılan sistematik bir çalışmada şizofreni yaygınlığı 1000 kişide 8.9 ve bu yaygınlığın farklı ülkelerde bildirilen tahminlerden daha yüksek olduğu bildirilmektedir.^[3]

Şizofrenide sağlıklı aile ortamı ve içselleştirilmiş damgalanma yaşam kalitesini kötüleştirilmekte. Ailenin insanın ruhsal yapısının gelişiminde önemli bir dönüm noktası olduğu, bazı aile ortamlarının ruhsal bozuklukların seyrini değiştirdiği ka-



bul edilmektedir.^[4,5] Şizofreni gelişiminde biyolojik olmayan bileşenlerden sağlıklı aile iletişimi gibi ruhsal toplumsal zorlanmalar gösterilmekte ve yüksek riskli çocukların ebeveyninde iletişim sorunlarının şizofrenide incinebilirliği artırdığı ifade edilmektedir.^[5] Çin'de yapılan bir çalışmada da şizofreni hasta ailelerinin kontrollere göre daha çatışmacı ve tutarsız, entellektüel ve eğlenceli aktivitelerinin yetersiz olduğu bulunmuştur.^[6]

Şizofreninin etiketleyici etkisi çevrenin hasta bireylere yaklaşımını olumsuz etkileyerek hastaların çevresini daraltabilmektedir. İçselleştirilmiş ya da öz damgalanma, halkın inandığı tehlikelilik, yetersizlik gibi damgalayıcı görüşlerin ruhsal bozukluğu olan birey tarafından benimsenmesi olup, şizofreni hastalarında içselleştirilmiş damgalanma tedaviye uyumu ve iyileşmeyi engellemektedir.^[7,8] Yapılan bir çalışmada yüksek içselleştirilmiş damgalanma algısı, düşük benlik saygısı ve zayıf içgörünün tedaviye uyumu etkileyen olumsuz etkenler olduğu,^[9] başka bir çalışmada da işlevselliği yüksek, davranış değiştirmeye hazır ve içselleştirilmiş damgalanma algısı düşük olan şizofreni hastalarının tedaviye uyumunun daha iyi olduğu belirlenmiştir.^[10]

Çalışmalarda şizofreni hastalarında yaşam kalitesini iyileştirmenin, belirtilerde düzelme ve işlevsel iyileşmede önemli bir belirleyici ve bu hastalarda yaşam kalitesinin geçerli ve yararlı bir sonuç ölçütü olduğu gösterilmektedir.^[11,12] Şizofrenide hastalıkla birlikte iş, kişilerarası ilişkiler ve kendine bakım gibi önemli işlevsellik alanlarında belirgin bozulma yaşam kalitesinde düşmeye neden olmaktadır.^[13] Şizofrenide öznel yaşam kalitesi belirleyicilerinin klinik, sosyo-demografik ve ruhsal toplumsal faktörler olduğu, ruhsal toplumsal durumlar ve depresyona yönelik ruhsal tedavi programlarının hastaların yaşam kalitesini iyileştirebileceği belirtilmektedir.^[14] Şizofreni ve duygudurum bozukluklarında yaşam kalitesini inceleyen bir çalışmada ruhsal sıkıntı, aile yükü, öz kıyım girişimi, olumsuz bakım verici tutumu ve evden uzakta yaşama gibi hastalık faktörlerinin yaşam kalitesinde en önemli belirleyiciler olduğu, ruhsal belirti düzeyinde aile etkenlerinin toplumsal etkenlerden daha önemli bulunduğu saptanmıştır.^[15]

Şizofreni tedavisinde temel amaç, belirtileri azaltma ve yinelemeleri önleme yoluyla hastanın iyileşmesini ve yaşam kalitesini yükseltmeyi sağlamaktır.^[16] Hasta, aile ve tedavi ekibinin işbirliği içinde olması tedavinin etkinliğini artırmaktadır. Psikiyatri hemşireleri aile ortamı ve içselleştirilmiş damgalanma gibi hastaların iyileşmesini ve yaşam kalitesini etkileyen faktörleri göz önüne almalıdır. Böylece kültürel olarak yeterli ve kanıta dayalı uygulamalar ile hastaların benlik saygısı, karar verme ve toplumsal becerileri artırılarak yaşam kalitesinin iyileşmesi sağlanabilir. Bu bilgiler ışığında bu araştırma şizofreni hastalarında aile ortamı, içselleştirilmiş damgalanma ve yaşam kalitesini belirlemek amacıyla yapılmış ve aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır.

1. Şizofreni hasta ve hasta yakınlarının aile ortamı algı düzeyi nasıldır?
2. Şizofreni hasta ve hasta yakınlarının aile ortamı algı düzeyi arasında bir fark var mı?
3. Şizofreni hastaları içselleştirilmiş damgalanma ve yaşam ka-

litesini hangi düzeyde algılamaktadır?

4. Hastaların aile ortamı, içselleştirilmiş damgalanma ve yaşam kalitesi algısı puanları arasında bir ilişki var mı?

Gereç ve Yöntem

Evren ve Örneklem

Tanımlayıcı türde olan, Aralık 2011-Şubat 2012 tarihleri arasında yürütülen araştırmanın evrenini Erzincan Devlet Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'nde DSM-IV-TR (Amerikan Psikiyatri Birliği 2000) ölçütlerine göre son bir yılda (Aralık 2010-Aralık 2011) şizofreni tanısı alan ve ayaktan izlenen kayıtlı toplam 64 hasta oluşturdu. Araştırmada herhangi bir örneklem seçimine gidilmedi ve araştırmaya alma ölçütlerini karşılayan 51 hasta ve aile ortamı değerlendirmesinde hasta yakınının da algıları önemli olduğundan 51 hasta yakını araştırma kapsamına alındı.

Hastalar İçin Araştırmaya Alma ve Dışlama Ölçütleri

Hastalar için DSM-IV-TR ölçütlerine göre şizofreni tanısı alan, klinik remisyonda olan ve ayaktan izlenen hasta olma, 18-65 yaş arasında ve çalışmaya katılmaya gönüllü olma alma ölçütü; formların uygulanmasını etkileyecek düzeyde herhangi bir fiziksel (işitme, konuşma bozukluğu) ve zihinsel engellilik dışlama ölçütü olarak kabul edilmiştir.

Hasta Yakını İçin Araştırmaya Alma ve Dışlama Ölçütleri

Şizofreni tanısı almış hastası ile en az bir yıldır birlikte yaşama, 18-65 yaş arasında olma ve çalışmaya katılmaya gönüllü olma alma ölçütü; formların uygulanmasını etkileyecek düzeyde herhangi bir fiziksel (işitme, konuşma bozukluğu) ve ruhsal (psikotik bozukluk, zihinsel engellilik) engeli olma dışlama ölçütü olarak belirlenmiştir.

İşlem

Araştırmanın verileri birinci yazar tarafından Erzincan Devlet Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'nde görüşme için uygun bir odada hastalar ve yakınları ile yüz yüze görüşülerek 25-30 dakikada toplanmıştır.

Kullanılan Araçlar

Hastaları Tanımlayıcı Form: Hastaların sosyo-demografik (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, çalışma durumu, birlikte yaşadığı kişiler, ekonomik durum) özelliklerini belirten yedi ve hastalık (hastalık süresi, hastaneye yatış sayısı, hastalık/ tedavisi hakkında bilgi durumu) özelliklerini belirten üç olmak üzere toplam 10 sorudan oluşmaktadır.

Hasta Yakınlarını Tanımlayıcı Form: Hasta yakınlarının sosyo-demografik (yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim düzeyi, mesleği, hastaya yakınlık derecesi, rol yüklenmesi, destek durumu) özelliklerini içeren sekiz sorudan oluşmaktadır.

Aile Ortamı Ölçeği (AOÖ): Fowler (1982) tarafından geliştirilmiş, Usluer (1989)^[17] tarafından geçerlilik ve güvenilirliği yapılmış,

miş olup, aile ortamının ruhsal toplumsal algılanışını değerlendirmekte ve hasta ve aile üyelerine uygulanabilmektedir. Toplam 26 maddeden oluşan ölçeğin Kişilerarası İlişkiler ve Kontrol olmak üzere iki alt boyutu bulunmaktadır. Alınabilecek en yüksek puan Kişilerarası İlişkiler için 64, Kontrol için 40 olup, her bir alt boyuttan elde edilen puan, bireyin ailedeki kişilerarası ilişkiler ve kontrol niteliklerini hangi düzeyde algıladığını gösterir. Ölçeğin iç tutarlılığı hesaplamasında Cronbach alfa değerleri alt boyutlar için sırasıyla .82 ve .74 olarak hesaplanmış, bu araştırmada ise .83 ve .67 olarak bulunmuştur.^[18]

Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ): Ritscher ve ark. (2003) tarafından geliştirilen, geçerlik ve güvenilirliği Ersoy ve Varan (2007)^[19] tarafından yapılan ölçek, içsel damgalanmayı değerlendirmekte ve 29 maddeden oluşmaktadır. Yabancılaşma, Kalıp Yargıların Onaylanması, Algılanan Ayrımcılık, Sosyal Geri Çekilme ve Damgalanmaya Karşı Direnç şeklinde beş alt boyutu bulunmaktadır. Toplam puan 29-116 arasında değişmektedir. Yüksek puanlar, kişinin içselleştirilmiş damgalanmasının olumsuz yönde daha şiddetli olduğunu göstermektedir. Alt ölçeklerin Cronbach alfa katsayıları sırasıyla 0.84, 0.71, 0.87, 0.85, 0.63 ve tüm ölçek için elde edilen iç tutarlık katsayısı ise .93'tür. Bu araştırmada ise alfa değerleri tanı grubu farklılığından dolayı sırasıyla .69, .58, .75, .0.86, .48 ve toplam alfa değeri .90 olarak belirlenmiştir.

Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kısa Formu Türkçe Versiyonu (WHOQOL-BREF-TR): Sağlıkla ilişkili Yaşam Kalitesi Ölçeği Dünya Sağlık Örgütü tarafından geliştirilmiş, geçerlik ve güvenilirliği Eser ve ark. (1999)^[21] tarafından yapılmıştır. Ölçek bedensel, ruhsal, sosyal ve çevresel iyilik hallerini değerlendirmekte ve 26 sorudan oluşmaktadır. Türkiye sürümünde Çevre-TR alan skoru kullanılmaktadır. Alan puanları 4-20 arasında değişmekte ve puan arttıkça yaşam kalitesi artmaktadır. Alt ölçeklerin Cronbach alfa katsayıları sırasıyla .83, .66, .53 ve .73 olarak belirlenmiştir.^[20] Bu araştırmada ise alfa katsayıları grup farklılığından dolayı sırasıyla .72, .55, .59, .60 olarak bulunmuştur.

Etik İlkeler

Araştırmaya başlamadan önce Erzincan Devlet Hastanesi ve Erzincan İl Sağlık Müdürlüğü'nden yazılı izin, Erzincan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Etik Kurul'undan etik onay alındı (07/12/2011 tarih ve 4/1 sayılı). Ayrıca araştırmaya alma ölçütlerini karşılayan hasta ve yakınlarına araştırmanın amacı, yöntemi ve katkıları açıklanarak sözel onamları alınmış ve araştırmadan istedikleri zaman ayrılacakları ifade edilmiştir.

İstatistiksel Analiz

İstatistiksel analizlerde SPSS (Statistical Package for Social Science for Windows) 22.0 sürümü kullanıldı ve anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edildi. Tanımlayıcı özellikler sayı, yüzdelik ve ortalama değerler olarak gösterildi. Hasta ve hasta yakınlarının AOÖ puan ortalamaları arasındaki farkı belirlemede bağımsız gruplarda t-testi ve ölçekler arasındaki ilişkiyi belirlemede Pearson korelasyon analizi kullanıldı.

Bulgular

Hasta ve Hasta Yakınlarının Tanımlayıcı ve Hastaların Hastalığa İlişkin Özellikleri

Araştırmaya alınan hastaların %70.6'sının erkek, %62.8'inin bekar, %35.3'ünün ilkökul mezunu, %31.4'ünün geçici işlerde çalıştığı, %47.1'inin geliri giderinden az, %58.8'inin anne-baba ile birlikte yaşadığı belirlenmiştir. Ayrıca hastaların %45.1'i hastalık ve tedavisi hakkında bilgisinin az olduğunu ifade etmiş ve hastalığın ortalama süresi 16.08 ± 10.87 yıl, hastaneye yatış sayısı 5.04 ± 7.22 , yaş ortalamasının 38.61 ± 11.29 yıl olduğu görülmüştür (Tablo 1).

Tablo 1. Hastaların tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı (n=51)

Tanımlayıcı özellikler	n	%	Ort.±SS
Cinsiyet			
Kadın	15	29.4	
Erkek	36	70.6	
Medeni durum			
Bekar	32	62.8	
Evli	12	23.5	
Dul/boşanmış	7	13.7	
Eğitim düzeyi			
Okur yazar değil	13	25.5	
İlkokul	18	35.3	
Ortaokul	9	17.6	
Lise	11	21.6	
Çalışma durumu			
Hiç çalışmamış	14	27.5	
Çalışmıyor	9	17.6	
Geçici işlerde çalışmış	16	31.4	
Çalışıyor	12	23.5	
Gelir düzeyi algısı			
Geliri giderinden az	24	47.1	
Geliri giderine eşit	21	41.2	
Geliri giderinden fazla	6	11.7	
Birlikte yaşadığı kişiler			
Yalnız	2	3.9	
Anne-baba	30	58.8	
Eş ve çocuklar	13	25.5	
Diğer bir yakınıyla (kardeş ve kuzen)	6	11.8	
Hastalık- tedavisi hakkında bilgi durumu			
Yok	20	39.2	
Var-az	23	45.1	
Var-orta	8	15.7	
Hastalık süresi (yıl)			16.08±10.87
Hastaneye yatış sayısı			5.04±7.22
Yaş (yıl)			38.61±11.29

Ort.: Ortalama; SS: Standart sapma.

Hasta yakınlarının tanıtıcı özellikleri incelendiğinde %60.8'inin kadın, %72.6'sının evli, %39.2'sinin ilkokul mezunu, %51'inin ev hanımı ve hastanın annesi, %49'unun hasta ile birlikte diğer aile üyesine bakım verdiği, %45.1'nin desteği olmadığı ve yaş ortalamasının 48.37 ± 14.68 yıl olduğu bulunmuştur (Tablo 2).

Hasta ve Hasta Yakınlarının Aile Ortamı Ölçeği Puan Ortalaması

Hastaların AOÖ alt alanlarından Kişilerarası İlişkiler puan ortalaması 43.94 ± 8.20 , Kontrol puan ortalaması 27.10 ± 5.59 , hasta yakınlarının ise sırasıyla 46.29 ± 6.72 ve 26.57 ± 4.30 olarak bulunmuş olup, hasta yakınlarının hastalara göre aile ortamında kişilerarası ilişkileri daha olumlu ve kontrolü daha az algıladığı görülmüştür (Tablo 3).

Tablo 2. Hasta yakınlarının tanıtıcı özelliklerinin dağılımı (n=51)

Tanıtıcı özellikler	n	%
Cinsiyet		
Kadın	31	60.8
Erkek	20	39.2
Medeni durum		
Bekar	7	13.7
Evli	37	72.6
Dul	7	13.7
Eğitim düzeyi		
Okur yazar değil/Okur yazar	19	37.3
İlkokul	20	39.2
Ortaokul	4	7.8
Lise	8	15.7
Mesleği		
Çalışmıyor	5	9.8
Ev hanımı	26	51.0
Emekli	6	11.8
İşçi	10	19.6
Memur	4	7.8
Hastaya yakınlık derecesi		
Eşi	9	17.7
Anne	26	51.0
Çocukları	4	7.8
Akrabası	4	7.8
Kardeş	8	15.7
Rol yüklenmesi		
Yalnızca hasta	24	47.0
Hasta ve diğer aile üyesi	25	49.0
Hasta ve kendi hastalığı	2	4.0
Destek durumu		
Yok	23	45.1
Diğer aile üyeleri/çevre	10	19.6
Kurum /dernek/vakıf	18	35.3
Yaş (yıl), (Ort.±SS)		48.37 ± 14.68

Ort.: Ortalama; SS: Standart sapma.

Hastalar ve hasta yakınlarının aile ortamında kişilerarası ilişkiler ve kontrol puan ortalamaları arasında önemli bir fark olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$).

Hastaların İçselleştirilmiş Damgalanma ve Yaşam Kalitesi Düzeyi

Hastaların RHİDÖ alt ölçekleri puan ortalaması Yabancılaşma 15.63 ± 4.41 , Kalıp Yargıların Onaylanması 18.24 ± 4.20 , Algılanan Ayrımcılık 13.67 ± 4.09 , Damgalanmaya Karşı Direnç 12.35 ± 3.36 , Sosyal Geri Çekilme 16.24 ± 5.21 ve RHİDÖ toplam puan ortalaması ise 76.12 ± 17.15 olarak tespit edilmiştir. Başka bir ifade ile hastalar bütün boyutlarda orta düzeyin üzerinde içselleştirilmiş damgalanma algılamaktadır. Yaşam kalitesi alt alan puan ortalamaları ise bedensel 12.00 ± 2.75 , ruhsal 11.11 ± 3.02 , sosyal 9.15 ± 3.72 ve çevresel 11.56 ± 2.61 olup, yaşam kalitelerinin orta düzeyde ve bedensel alan puan ortalamasının en yüksek, sosyal alan puan ortalamasının ise en düşük olduğu görülmüştür (Tablo 5).

Hastaların Aile Ortamı, İçselleştirilmiş Damgalanma ve Yaşam Kalitesi İlişkisi

Tablo 5'de görüldüğü üzere hastaların RHİDÖ yabancılaşma ile WHOQOL-BREF-TR bedensel, ruhsal ve çevresel alan puan ortalamaları arasında zayıf negatif ($p < 0.01$, $p < 0.05$), AOÖ kontrol

Tablo 3. Hasta ve hasta yakınlarının Aile Ortamı Ölçeği puan ortalamalarının dağılımı (n=51)

Aile Ortamı Ölçeği	Alınabilecek puan aralığı	Alınan puan aralığı	Ort.±SS
Hasta			
Kişilerarası ilişkiler	16–64	22–64	43.94 ± 8.20
Kontrol	10–40	13–40	27.10 ± 5.59
Hasta yakını			
Kişilerarası ilişkiler	16–64	23–60	46.29 ± 6.72
Kontrol	10–40	13–39	26.57 ± 4.30

Ort.: Ortalama; SS: Standart sapma.

Tablo 4. Hasta ve hasta yakınlarının Aile Ortamı Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=51)

	Aile Ortamı Ölçeği	
	Kişilerarası ilişkiler Ort.±SS	Kontrol Ort.±SS
Hasta	43.94 ± 8.20	27.10 ± 5.59
Hasta yakını	46.29 ± 6.72	26.57 ± 4.30
Test ve önemlilik	$t=1.827$ $p=.071$	$t=-.481$ $p=.631$

Ort.: Ortalama; SS: Standart sapma.

Tablo 5. Hastaların RHİDÖ ve WHOQOL-BREF-TR puan ortalamalarının dağılımı (n=51)

RHİDÖ	Alınabilecek puan aralığı	Alınan puan aralığı	Ortalama±SS
Yabancılaşma	6–24	7–24	15.63±4.41
Kalıp yargıların onaylanması	7–28	8–26	18.24±4.20
Algılanan ayrımcılık	5–20	5–20	13.67±4.09
Damgalanmaya karşı direnç	5–20	5–19	12.35±3.36
Sosyal geri çekilme	6–24	6–24	16.24±5.21
RHİDÖ toplam	29–116	36–105	76.12±17.15
WHOQOL-BREF-TR			
Bedensel		4–17	12.00±2.75
Ruhsal	4–20	4–16	11.11±3.02
Sosyal		4–16	9.15±3.72
Çevre-TR		6–16	11.56±2.61

RHİDÖ: Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği; WHOQOL-BREF-TR: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kısa Formu Türkçe Versiyonu; SS: Standart sapma.

alanı ile zayıf pozitif ($p<0.05$); kalıp yargıların onaylanması ile bedensel ve ruhsal alan arasında zayıf negatif ($p<0.05$), kontrol alan ile zayıf pozitif ($p<0.01$); algılanan ayrımcılık ile bedensel, ruhsal ve sosyal alan arasında zayıf negatif ($p<0.05$), kontrol alan ile zayıf pozitif ($p<0.05$); sosyal geri çekilme ve damgalanmaya karşı direnç ile bedensel, ruhsal, sosyal ve çevresel alan arasında zayıf negatif ($p<0.01$, $p<0.05$); RHİDÖ toplam puanı ile bedensel, sosyal ve çevresel alan arasında zayıf negatif ($p<0.01$, $p<0.05$), ruhsal alan ile orta negatif ve kontrol alan ile zayıf pozitif yönde bir ilişki tespit edilmiştir ($p<0.01$, $p<0.05$) (Tablo 6).

Tartışma

Olumlu aile ortamı, aile öyküsünde psikoz olan bireylerde koruyucu olup, psikoz gelişme riski olanlarda belirtileri azaltma

ve toplumsal işlevselliği artırmada katkı sağlar ve zorlanma etkilerini azaltır. Çatışmacı, koruyuculuk düzeyi düşük, şiddet, ihmal ve saldırganlık durumlarıyla belirgin zorlu aile ortamları ise kötü sağlık sonuçları ve allostatik yüklenmeye yol açmaktadır. Bu bağlamda işlevsel olmayan aile ortamı ruh sağlığı üzerine olumsuz etkide bulunur ve aile öyküsünden bağımsız olma riskini artırır.^[22,23] Olumlu aile özelliklerinin ise tedavi gücünü olumlu etkilediği ve adolesan dönemde psikoz başlangıcı riski olan hastalarda aile üyelerinin samimiyeti, olumlu görüşleri gibi olumlu aile ilişkileri belirleyicilerinin hastalık belirtilerini azaltıp, sosyal işlevselliği artırdığı belirtilmektedir.^[24] Bu çalışmada hastaların hasta yakınlarına göre aile ortamında kişilerarası ilişkileri daha olumsuz ve kontrolü daha fazla algıladığı ve farkın önemli olmadığı belirlenmiş olup, bu sonuçlar araştırmanın 1. ve 2. sorusunun yanıtını oluşturmaktadır. Şizofreni ve duygulu-

Tablo 6. Hastaların WHOQOL-BREF-TR, AOÖ ve RHİDÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki (n=51)

Ölçekler	WHOQOL-BREF-TR								AOÖ			
	Bedensel		Ruhsal		Sosyal		Çevresel		Kişilerarası ilişkiler		Kontrol	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
RHİDÖ												
Yabancılaşma	-.406	.003**	-.448	.001**	-.230	.105	-.332	.017*	.055	.703	.355	.011
Kalıp yargıların onaylanması	-.294	.036*	-.320	.022*	-.239	.091	-.271	.055	.054	.708	.377	.006**
Algılanan ayrımcılık	-.290	.039*	-.300	.032*	-.307	.029*	-.213	.134	.120	.400	.358	.010*
Sosyal geri çekilme	-.402	.003**	-.492	.001**	-.354	.011*	-.354	.011*	-.049*	.731	.184	.197
Damgalanmaya karşı direnç	-.324	.020*	-.463	.001**	-.376	.006**	-.355	.011*	-.180	.206	-.245	.083
RHİDÖ toplam	-.432	.002**	-.505	.001**	-.372	.007**	-.379	.006**	.006**	.968	.277	.049*
AOÖ												
Kişilerarası ilişkiler	-.016	.913	.222	.118	.072	.615	.247	.081	1	–	.501	.001**
Kontrol	-.201	.158	-.029	.839	-.116	.418	-.019	.893	.501	.001**	1	–

AOÖ: Aile Ortamı Ölçeği; RHİDÖ: Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği; WHOQOL-BREF-TR: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kısa Formu Türkçe Versiyonu; * $p<0.05$; ** $p<0.01$.

durum bozukluğu tanısı alan hasta ve aileleriyle yapılan başka bir çalışmada da hasta yakınlarının hastalara göre kişilerarası ilişkileri daha olumlu, kontrolü ise daha fazla algıladığı ve farkın önemli olmadığı tespit edilmiştir.^[25] İspanya ve Amerika'da şizofreni hastaları ve birinci derece yakınları ile yapılan çalışmalarda hasta ve yakınlarının AOÖ puanları arasında önemli düzeyde bir ilişki belirlenmiştir.^[4,26] Yapılan başka bir çalışmada ise hastaların hasta yakınına göre kişilerarası ilişkileri daha olumlu, kontrolü ise aynı düzeyde algıladığı rapor edilmiştir.^[27] Ayrıca şizofreni hasta ailelerinde bozuk aile işlevselliğinin duygu dışı davranışını, hastaların algıladığı aile ve sosyal desteği olumsuz etkilediği,^[28] hastaların ailelerini daha ilgili, birbirine bağlı, organize, bağımsız ve daha az çatışmacı olarak algıladığında ise zorlu yaşam olaylarıyla daha etkili başa çıkabildiği bildirilmiştir.^[23] Mısır'da yapılan bir çalışmada taşkın belirtiler, erkek cinsiyet, tedaviye uyumsuzluk, şiddet öyküsü ve algılanan aile eleştirisinin hastalarda şiddet davranışıyla ilişkili olduğu bulunmuş, aile eleştirisi algısını hafifletme ve aile müdahaleleri ile sağlıklı iletişimi geliştirmenin hastalarda şiddeti azaltan önemli araçlar olarak görülebileceği belirtilmiştir.^[29] Mevcut araştırma sonucu, hastanın aile ortamını algılamasının belirti şiddeti, hasta ve hastalığa ilişkin özellikler ile ilişkili olabileceğini düşündürmektedir.

Damgalanma benlik saygısı ve öz-etkililik kaybı, moral bozukluğu, umutsuzluk ve depresyon gibi ruhsal mekanizmalar yoluyla tedaviye uyumu etkileyebilmekte ve bağımsız yaşama gibi iyileştirim hedeflerinin başarısını sınırlayabilmektedir.^[30] Bu çalışmada RHİDÖ'nden alınabilecek alt ve üst değerlere göre hastalar orta düzeyin üzerinde içselleştirilmiş damgalanma algılamaktadır. Tel ve Ertekin Pınar'ın,^[31] Coşkun ve Güven Caymaz'ın^[32] çalışmalarında RHİDÖ toplam ve alt ölçek puanları bu araştırma sonucuna göre düşük olmakla birlikte, hastaların orta-orta düzeyin üzerinde içselleştirilmiş damgalanma algıladığı belirlenmiştir. Adli psikiyatri hastalarıyla yapılan bir çalışmada psikotik bozukluk tanısı alan ve sosyal geri çekilme düzeyi yüksek olan hastaların öz damgalanma algılarının daha yüksek olduğu saptanmıştır.^[33] Etiyopya'da yapılan bir çalışmada da hastaların yaklaşık yarısının orta-yüksek düzeyde içselleştirilmiş damgalama algıladığı ve kırsal alanda yaşam, bekar olma ve belirgin psikotik belirtilerin yüksek düzeyde içselleştirilmiş damgalanma ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir.^[30] Çin'de yapılan çalışmada şizofreni hastalarının RHİDÖ puanının benlik saygısı ve deneyimlenen ayrımcılık puanı ile pozitif yönde önemli düzeyde ilişkili olduğu bulunmuştur.^[34]

Yapılan diğer bir çalışmada ise şizofreni hastalarının çoğunluğunun damgalanmaya karşı direncinin düşük olduğu ve kırsal kesimde yaşama, antipsikotik ilaca uyumda güçlük, yüksek düzey içselleştirilmiş damgalanma, yabancılaşma ve toplumsal yalıtımın damgalanma direnci ile istatistiksel olarak önemli düzeyde ilişkili olduğu bulunmuştur.^[35]

Yaşam kalitesi tedavi edici etkide bir ölçüt olup, şizofreni hastalarında uzun dönemde farmakolojik, ruhsal toplumsal tedavi, iyileştirim ve sağlık bakım maliyetleri gibi yaşamın tüm yönlerinde olumsuz etkilenmektedir. Hastaların öznel yaşam kalitesinin değerlendirilmesinin depresme ve özkiyim riskinde önemli

bir belirleyici olduğu bildirilmiştir.^[36,37] Bu çalışmada hastaların bedensel, ruhsal, sosyal ve çevresel yaşam kalitesi algılarının ölçekten alınabilecek alt ve üst değerler dikkate alındığında orta düzeyde ve bedensel alan algısının en yüksek, sosyal alan algısının ise en düşük olduğu görülmüştür. Bu sonuçlar araştırmanın 3. sorusunu açıklamaktadır. Güneş^[38] ve Doğanavşargil^[39] çalışmalarında hastaların yaşam kalitesi algılarının genel olarak orta-orta düzeyin üzerinde ve çevresel alan algısını en yüksek, sosyal alan algısını ise en düşük olarak saptamıştır. Rayan ve Obiedate'in (2017)^[40] Ürdün'de yaptığı bir çalışmada şizofreni hastalarının yaşam kalitesi algılarının kötü olduğu belirlenmiştir. Yapılan diğer bir çalışmada da psikiyatri hastalarının yaşam kalitesi bütün alanlarının hasta olmayan kontrollerden daha düşük olduğu, şizofreni hastalarının şizoafektif ya da duygudurum bozukluğu olanlara göre sosyal ilişkilerden daha az doyum aldığı ve yaşam kalitesini psikopatolojik belirtilerden ziyade ruhsal toplumsal faktörlerin etkilediği bulunmuştur.^[41] Bedensel alan canlılık, ağrı, uyku ve dinlenme gibi günlük işlevselliği ifade etmektedir. Bu çalışmada hastaların bedensel alan algısının yüksek olması, ayaktan takip ve tedavileri yapılan hastaların belirti düzeyinde iyileşme ve çoğunluğunun (%56,9, s=29) ilaç yan etkilerinin olmadığını belirtmesi yanı sıra, canlılık ve enerjilerini iyi algıladıkları ile açıklanabilir.

Bu çalışmada hastaların içselleştirilmiş damgalanma algı düzeyi arttıkça yaşam kalitesi bütün alanlarının önemli düzeyde azaldığı, aile ortamında kişilerarası ilişkiler ve kontrol algılarının ise pozitif yönde önemli düzeyde arttığı belirlenmiş olup, bu sonuçlar araştırmanın 4. sorusunu açıklamaktadır. Hastalığın damgalayıcı etkisi çevrenin hasta bireylere yaklaşımı üzerine olumsuz etki yaparak hastaların çevresini daraltabilmektedir.^[13] Ayrıca toplumsal iletişimdeki kusurlar nedeniyle gereksinimleri karşılanmayan hastalarda yaşam kalitesi azalmakta, bu nedenle toplumsal becerilerden yoksun hastalar başkaları ile doyurucu ilişkiler kuramayarak kendilerini yalnız, engellenmiş ve yalıtılmış hissetmektedirler.^[42] Bir çok çalışmada şizofreni hastalarının çoğunluğunda damgalanma algısının görüldüğü, damgalanma algı düzeyi yükseldikçe öznel yaşam kalitesinin azaldığı ve düşük yaşam doyumunun öznel damgalanma deneyiminin önemli bir yönü olabileceği gösterilmektedir.^[16,39,43,44] Çin ve Ürdün'de yapılan çalışmalarda da şizofreni hastalarının ruhsal hastalılara karşı damgalanma ve yaşam kalitesi algısının negatif yönde ilişkili olduğu rapor edilmiştir.^[40,45] Ayrıca damgalanmanın içselleştirilmesi ve damgalanmadan kaçınmanın hastayı rahatsız ettiği ve enerji harcayarak yaşam kalitesinde düşmeye yol açtığı ifade edilmektedir.^[16] İçselleştirilmiş damgalanma düşük benlik saygısı nedeniyle öznel yaşam kalitesini; belirtileri şiddetlendirerek ve sosyal işlevselliği azaltarak ise nesnel yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir.^[46] Şizofreni ve şizoafektif bozukluğu olan 170 hasta ile yapılan bir çalışmada da öz damgalanma düzeyi yüksek hastaların öznel yaşam kalitesi ve ilaca uyum puanlarının önemli olarak daha düşük olduğu bildirilmektedir.^[47] Şizofreni hastalarında çok boyutlu yaşam kalitesi soru formu kullanılarak yapılan bir çalışmada, yaşam kalitesi düzeyini yüksek algılayan hastaların Pozitif ve Negatif Sendrom ve Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği puanlarının düşük, İşlevselliğin Genel

Değerlendirilmesi Ölçeği puanlarının yüksek olduğu bulunmuştur.^[48] Şizofreni ve ilişkili bozukluk (şizoaffektif, sanrısız bozukluk) tanısı alan hastalarla yaşam kalitesinin hastalar (öznel) ve değerlendirmeciler (nesnel) tarafından bildirimini karşılaştıran bir çalışma yapılmıştır.^[12] Bu çalışmada öznel değerlendirme ile depresif belirtili hastalar yaşam kalitelerini daha düşük, düşük içgörüyü sahip hastalar ise yaşam kalitelerini daha yüksek olarak algılamış ve bu sonucun klinik ve araştırma ortamında şizofrenide yaşam kalitesi ölçümünün kullanımı ve yorumunda önemli olduğu belirtilmiştir. İçgörü eksikliğinin tedaviye uyum ve sosyal işlevsellikte yetersizlikle ilişkili sonuçları bildirilmiştir. Ancak ciddi ruhsal bozukluğu olanlarda yüksek içgörünün umudu, benlik saygısını ve yaşam kalitesini olumsuz etkilediği, depresyon ve intihar girişimlerinin olduğu ve bu olumsuz sonuçların içselleştirilmiş damgalanma ile ilişkili bulunduğu belirtilmektedir.^[49-51] Bu çalışmada hastalarda içselleştirilmiş damgalanma algısının kişilerarası ilişkiler ve denetim algısı ile pozitif yönde ilişkili olması içgörü ile ilişkili olabileceğini düşündürmektedir.

Sonuç

Bu çalışma sonuçlarına göre hastalar ve hasta yakınlarının aile ortamında kişilerarası ilişkiler ve kontrol algıları arasında bir fark olmadığı, hastaların içselleştirilmiş damgalanmayı orta düzeyde algıladığı, yaşam kalitelerini ise orta düzeyde değerlendirdiği; içselleştirilmiş damgalanma algı düzeyi arttıkça yaşam kalitesi alanlarının önemli düzeyde azaldığı, kişilerarası ilişkiler ve kontrol algılarının ise pozitif yönde önemli düzeyde arttığı belirlenmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda:

Sağlık çalışanlarının ruhsal bozukluğu olan bireylere ilişkin düşünce, tutum ve davranışları, sunulan hizmetin niteliği ve toplumun bu hastalara ilişkin tutum ve davranışlarının olumlu yönde gelişmesinde önemli olduğundan, çalışanlar bu farkındalığı kazanmalı ve sürdürmelidir. Ayrıca kamu spotları ve yapılandırılmış öğretim programları gibi yöntemlerle gerçek dışı, yanlış bilgi ve söylentiler konusunda eğitim verme ve ruhsal bozukluğu olan bireylerle sürekli irtibat halinde olma, içselleştirilmiş damgalanma ile mücadelede önemli bir toplum ruh sağlığı girişi olarak değerlendirilmelidir. Yanı sıra toplum temelli eğitim ve destek programları ve akran destek grupları gibi farklı eğitim ve sosyal aktiviteleri düzenleme, devamlılığını sürdürme ve bu programlara hastaların katılımını teşvik etme yolu ile hastaların yaşam kalitesini artırma önerilmektedir.

Araştırmanın Sınırlılığı ve Genellenabilirliği

Araştırmada aile ortamı, içselleştirilmiş damgalanma ve yaşam kalitesi algısını etkileyebilecek hastalığa özgü değişkenler iyi kontrol edilememiştir. Bu sınırlılığa rağmen örneklem büyüklüğü Erzincan için geniş alınmış olup sonuçlar bu çalışma grubuna genellenabilir.

Çıkar çatışması: Bildirilmemiştir.

Hakem değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Yazarlık katkıları: Konsept – A.Y., E.K.Ö.; Dizayn – A.Y., E.K.Ö.; Denetim – E.K.Ö.; Finansman - E.K.Ö.; Meteryal – E.K.Ö.; Veri toplama veya işleme – E.K.Ö.; Analiz ve yorumlama –E.K.Ö., A.Y.; Literatür arama – E.K.Ö., A.Y.; Yazan – E.K.Ö., A.Y.; Kritik revizyon – E.K.Ö., A.Y.

Kaynaklar

1. Draper ML, Stutes DS, Maples NJ, Velligan DI. Cognitive adaptation training for outpatients with schizophrenia. *J Clin Psychol* 2009;65:842–53.
2. Öztürk MO, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 14th ed. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri; 2016. p. 189.
3. Binbay T, Ulaş H, Alptekin K. Şizofreni Epidemiyolojisine Türkiye'den Katkı Yapmak: Nasıl ve Neden? *J Clin Psy* 2010;13:9–15.
4. Vidal ML, Cortés MJ, Valero J, Gutiérrez-Zotes A, et al. Family environment and expressed emotion in patients with schizophrenia or other psychoses and in their first-degree relatives. *Actas Esp Psiquiatr* 2008;36:271–6.
5. Tsuang M. Schizophrenia: genes and environment. *Biol Psychiatry* 2000;47:210–20.
6. Phillips MR, West CL, Shen Q, Zheng Y. Comparison of schizophrenic patients' families and normal families in China, using Chinese versions of FACES-II and the Family Environment Scales. *Fam Process* 1998;37:95–106.
7. Çam O, Çuhadar D. Stigma Process and Internalized Stigma among Individuals with Mental Illness. *J Psy Nurs* 2011;2:136–40.
8. Fung KM, Tsang HW, Cheung WM. Randomized controlled trial of the self-stigma reduction program among individuals with schizophrenia. *Psychiatry Res* 2011;189:208–14.
9. Fung KM, Tsang HW, Corrigan PW. Self-stigma of people with schizophrenia as predictor of their adherence to psychosocial treatment. *Psychiatr Rehabil J* 2008;32:95–104.
10. Tsang HW, Fung KM, Chung RC. Self-stigma and stages of change as predictors of treatment adherence of individuals with schizophrenia. *Psychiatry Res* 2010;180:10–5.
11. Karow A, Wittmann L, Schöttle D, Schäfer I, et al. The assessment of quality of life in clinical practice in patients with schizophrenia. *Dialogues Clin Neurosci* 2014;16:185–95.
12. Hayhurst KP, Massie JA, Dunn G, Lewis SW, et al. Validity of subjective versus objective quality of life assessment in people with schizophrenia. *BMC Psychiatry* 2014;14:365.
13. Yıldız M. Şizofreni Hastaları için Ruhsal Toplumsal Beceri Eğitimi. 1. baskı. Ankara: Türkiye Sosyal Psikiyatri Derneği Yayınları; 2011. p. 3–20.
14. Chou CY, Ma MC, Yang TT. Determinants of subjective health-related quality of life (HRQoL) for patients with schizophrenia. *Schizophr Res* 2014;154:83–8.
15. Huang RR, Chen YS, Chen CC, Chou FH, et al. Quality of life and its associated factors among patients with two common types of chronic mental illness living in Kaohsiung City. *Psychiatry Clin Neurosci* 2012;66:482–90.
16. Katschnig H. Schizophrenia and quality of life. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2000:33–7.
17. Usluer S. Aile Ortamı Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenilirliği. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi; 1989.
18. Öner N. Türkiye'de Kullanılan Psikolojik Testler. 3. Baskı. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınları; 1997.

19. Ersoy MA, Varan A. Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği Türkçe Formu'nun Güvenilirlik ve Geçerlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2007;18:163–71.
 20. Aydemir Ö, Köroğlu E. Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2007.
 21. Eser SY, Fidaner H, Fidaner C, Elbi H, et al. Measure of quality of life WHOQOL- 100 and WHOQOL-Bref. *3P Dergisi* 1999;7:5–13.
 22. Walder DJ, Faraone SV, Glatt SJ, Tsuang MT, et al. Genetic liability, prenatal health, stress and family environment: risk factors in the Harvard Adolescent Family High Risk for schizophrenia study. *Schizophr Res* 2014;157:142–8.
 23. Gretchen-Doorly D, Detore NR, Ventura J, Hellemann G, et al. Relationships between perceptions of the family environment and of negative life events in recent-onset schizophrenia patients. *Schizophr Res* 2011;127:266–7.
 24. O'Brien MP, Gordon JL, Bearden CE, Lopez SR, et al. Positive family environment predicts improvement in symptoms and social functioning among adolescents at imminent risk for onset of psychosis. *Schizophr Res* 2006;81:269–75.
 25. Dündar D. Duygu durum bozukluğu ve psikotik hastalarda aile ortamı ve bu ortamın hastaneye yatış sıklığına etkisi. [Yayınlanmamış yüksek lisans tezi]. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 1999.
 26. Gurak KK. Ethnicity, Perceptions of Family Environment, and Schizophrenia Symptoms. Available at: https://scholarlyrepository.miami.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1504&context=oa_theses. Accessed Apr 10, 2018.
 27. Tüzer V, Zincir S, Başterzi AD, et al. Şizofreni hastalarında aile ortamı ve duygu dışavurumunun değerlendirilmesi. *Klinik Psikiyatri* 2003;6:198–203.
 28. Ebrinç S, Çetin M, Başoğlu C, Ağargün MY, et al. Şizofren hasta ve ailelerinde aile işlevselliği, sosyal destek ve duygu dışavurumunun incelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2001;2:5–14.
 29. Sehlo MG, Youssef UM, Hussein RA, Elgohary HM. The relationship of perceived family criticism and other risk factors to violence among patients with schizophrenia. *Middle East Current Psychiatry* 2015;22:70–7.
 30. Assefa D, Shibre T, Asher L, Fekadu A. Internalized stigma among patients with schizophrenia in Ethiopia: a cross-sectional facility-based study. *BMC Psychiatry* 2012;12:239.
 31. Tel H, Ertekin Pınar Ş. Internalized Stigma and Self-Esteem in Outpatients with Psychiatric Illness. *J Psy Nurs* 2012;3:61–6.
 32. Coşkun S, Güven Caymaz N. Comparison of Internalized Stigma Level Among Patients Attending a Public Versus Private Psychiatric Institution. *J Psy Nurs* 2012;3:121–8.
 33. Baysan Arabacı L, Yedikardaşlar Başoğlu C, Büyükbayram A. Adli psikiyatri hastalarının içselleştirilmiş damgalanma ve sosyal işlevsellik düzeyleri. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2015;16:113–21.
 34. Li J, Guo YB, Huang YG, Liu JW, Chen W, Zhang XY, et al. Stigma and discrimination experienced by people with schizophrenia living in the community in Guangzhou, China. *Psychiatry Res* 2017;255:225–31.
 35. Bifftu BB, Dachew BA, Tiruneh BT. Stigma resistance among people with schizophrenia at Amanuel Mental Specialized Hospital Addis Ababa, Ethiopia: a cross-sectional institution based study. *BMC Psychiatry* 2014;14:259.
 36. Chien WT, Leung SF, Yeung FK, Wong WK. Current approaches to treatments for schizophrenia spectrum disorders, part II: psychosocial interventions and patient-focused perspectives in psychiatric care. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2013;9:1463–81.
 37. Mihanović M, Restek-Petrović B, Bogović A, Ivezić E, et al. Quality of life of patients with schizophrenia treated in foster home care and in outpatient treatment. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2015;11:585–95.
 38. Güneş D. Şizofreni hastalarının yaşam kalitesinin ve sosyal işlevselliğinin objektif ve subjektif değerlendirmesi. [Psikiyatri Uzmanlık Tezi] İstanbul: 2010.
 39. Doğanavşargil Ö. Şizofreni ve depresyonda içselleştirilmiş damgalanma ve yaşam kalitesi. [Yayınlanmamış yüksek lisans tezi] İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2009.
 40. Rayan A, Obiedate K. The Correlates of Quality of Life Among Jordanian Patients With Schizophrenia. *J Am Psychiatr Nurses Assoc* 2017;23:404–13.
 41. Ritsner M, Modai I, Endicott J, Rivkin O, et al. Differences in quality of life domains and psychopathologic and psychosocial factors in psychiatric patients. *J Clin Psychiatry* 2000;61:880–9.
 42. Liberman RP. Yetiyitiminden İyileşmeye. *Psikiyatrik İyileştirim El Kitabı*. In: Yıldız M, çev ed. Ankara: Türkiye Sosyal Psikiyatri Derneği; 2011. p. 278-310.
 43. Switaj P, Wciórka J, Smolarska-Switaj J, Grygiel P. Extent and predictors of stigma experienced by patients with schizophrenia. *Eur Psychiatry* 2009;24:513–20.
 44. El-Badri S, Mellsop G. Stigma and quality of life as experienced by people with mental illness. *Australas Psychiatry* 2007;15:195–200.
 45. Cai C, Yu L. Quality of Life in Patients With Schizophrenia in China: Relationships Among Demographic Characteristics, Psychosocial Variables, and Symptom Severity. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 2017;55:48–54.
 46. Doğanavşargil Baysal GÖ. Stigmatization and Mental Health. *Archives Medical Review Journal* 2013;22:239–51.
 47. Lien YJ, Chang HA, Kao YC, Tzeng NS, et al. The impact of cognitive insight, self-stigma, and medication compliance on the quality of life in patients with schizophrenia. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2018;268:27–38.
 48. Michel P, Auquier P, Baumstarck K, Loundou A, et al. How to interpret multidimensional quality of life questionnaires for patients with schizophrenia? *Qual Life Res* 2015;24:2483–92.
 49. Hasson-Ohayon I, Ehrlich-Ben Or S, Vahab K, Amiaz R, et al. Insight into mental illness and self-stigma: the mediating role of shame proneness. *Psychiatry Res* 2012;200:802–6.
 50. Ampalam P, Deepthi R, Vadaparty P. Schizophrenia - insight, depression: a correlation study. *Indian J Psychol Med* 2012;34:44–8.
 51. Cavelti M, Kvrđic S, Beck EM, Rüşch N, et al. Self-stigma and its relationship with insight, demoralization, and clinical outcome among people with schizophrenia spectrum disorders. *Compr Psychiatry* 2012;53:468–79.
-
- *Bu araştırma 2015 yılında Erzincan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı'nda yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.*
 - *IV. Uluslararası VIII. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi'nde poster bildirisi olarak sunulmuştur (6–9 Kasım 2016 Manisa, Türkiye).*