



## Orjinal Makale

# Toplum Ruh Sağlığı Merkezi hizmeti alan ve ayaktan psikiyatri poliklinik hizmeti alan hastaların kendini damgalama ve öznel iyileşme durumlarının karşılaştırılması

İD Aydın Kurt,<sup>1</sup> İD Etem Erdal Erşan,<sup>2</sup> İD İpek Savaş<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Niğde Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, Niğde

<sup>2</sup>Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Niğde

<sup>3</sup>Serbest Hemşire, Gaziantep

### Özet

**Amaç:** Bu çalışmanın amacı, Toplum Ruh Sağlığı Merkezi (TRSM) hizmetlerinin şizofreni tanılı bireylerde kendini damgalama ve öznel iyileşme durumları üzerine olan etkisini ve öznel iyileşmeyi etkileyen faktörleri incelemektir.

**Gereç ve Yöntem:** Çalışmaya şizofreni veya şizoaffektif bozukluk tanısı alan, 64'ü psikiyatri polikliniğinden, 81'i TRSM'nden izlenen 145 birey dahil edildi. Verilerin toplanmasında sosyodemografik ve hastalık/televizyon bilgi formu, hastalar için Kendini Damgalama Ölçeği (KDÖ-H) ve Öznel İyileşmeyi Değerlendirme Ölçeği (ÖzİDÖ) kullanıldı. Hastalar TRSM hizmeti alan ve psikiyatri polikliniğinde takip edilen olarak iki gruba ayrıldı. Grupların KDÖ-H ve ÖzİDÖ puan ortalamalarının karşılaştırılmasında bağımsız gruplar t testi uygulandı.

**Bulgular:** TRSM ve poliklinik gruplarında hastaların ortalama KDÖ-H puanları sırasıyla 45.33±16.60 ve 41.23±16.35 idi ve aralarında anlamlı bir farklılık yoktu. İki grubun ÖzİDÖ puan ortalamaları sırasıyla 54.84±17.17 ve 45.97±17.63 idi ve ÖzİDÖ puan ortalaması TRSM grubunda daha yüksekti ( $p<0.05$ ). Çalışma sonucunda hastaların kendini damgalama ve öznel iyileşme puanları arasında negatif yönlü güçlü bir ilişki tespit edildi.

**Sonuç:** TRSM hizmeti alan grupta öznel iyileşmenin bireyler tarafından daha belirgin olarak hissedildiği ancak kendini damgalama konusunda gruplar arasında farklılık olmadığı görüldü. Bu sonuç, TRSM hizmetlerinin hastaların toplumsal işlevselliklerini arttırmaya ve öznel iyileşme sürecine olumlu katkısı olduğunu göstermekle beraber, TRSM'lerde kendini damgalamaya yönelik yapılandırılmış ve tüm TRSM'lere yaygınlaştırılmış eğitimlerin ve damgalamayla mücadeleyle yönelik kamusal faaliyetlerin yapılmasının gerekliliğini de ortaya koymaktadır.

**Anahtar Sözcükler:** Kendini damgalama; öznel iyileşme; şizofreni; Toplum Ruh Sağlığı Merkezi (TRSM).

Damgalama (stigma); bireylere karşı önyargılı, kalıplaşmış düşünce ve tutumlar sergilenmesi sonucu bireylerin toplumdaki dışlandıklarını hissetmesine ve sosyal statü kaybetmesine yol açan bir süreçtir.<sup>[1]</sup> Ciddi ruhsal bozukluğu olan bireyler toplumda en çok damgalanmaya maruz kalan gruplardan biridir. Ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik damgalama, bu bireylerin ayrıştırıcı, küçümseyici ve olumsuz niteliklerle etiketlenmesiyle başlar. Şizofreni, damgalamanın en fazla görüldüğü ruhsal bozuklukların başında gelmektedir.<sup>[2,3]</sup>

Şizofreni tanılı bireyler ile ilgili en yaygın kalıplaşmış düşünce ve önyargılar; bu bireylerin tehlikeli oldukları,<sup>[4,5]</sup> öngörülemez oldukları,<sup>[6]</sup> yetersiz oldukları, çalışamayacakları ve iyileşmeyecekleriyle<sup>[7]</sup> ilgilidir.

Kendini damgalama (içselleştirilmiş stigma), toplumda ciddi ruhsal bozukluklara ya da bu bozukluğu olan bireylere karşı olan olumsuz önyargı ve kalıplaşmış düşüncelerin birey tarafından kabul edilip içselleştirilmesi olarak değerlendirilebilir.<sup>[8]</sup> Kendini damgalama şizofreni tanılı bireylerde sıklıkla karşıla-



**Konu hakkında bilinenler nedir?**

- Literatürde Toplum Ruh Sağlığı Merkez'lerinde uygulanan psikososyal hizmetlerin hastaların kendini damgalama seviyesini azalttığı ve öznel iyileşme seviyesini arttırdığı bildirilmiştir.

**Bu yazının bilinenlere katkısı nedir?**

- Bu çalışma ülkemizde Toplum Ruh Sağlığı Merkezi hizmeti alan hastalarda kendini damgalama ve öznel iyileşmeyi birlikte değerlendiren ilk çalışmadır. Çalışma sonucunda TRSM'lerde uygulanan psikososyal girişimlerin şizofreni tanılı bireylerin öznel iyileşmesini arttırdığı ve kendini damgalamanın çalışmaya katılan tüm şizofreni tanılı bireylerin öznel iyileşmesini olumsuz etkilediği gösterilmiştir. Gelecekte bu alanda yapılacak çalışmalara ışık tutacaktır.

**Uygulamaya katkısı nedir?**

- Bu çalışmanın sonuçları Toplum Ruh Sağlığı Merkez'lerinde kendini damgalamaya yönelik yapılandırılmış, yaygınlaştırılmış eğitimlerin ve damgalamaya yönelik kamusal faaliyetlerin uygulanmasının gerekliliğini ortaya koymaktadır.

şılan ve bu bireylerin sosyal ve mesleki işlevselliğini bozan ve klinik ve öznel iyileşmeyi olumsuz yönde etkileyen bir tablodur.<sup>[9]</sup> Avrupa'da 14 ülkede yapılan geniş katımlı bir çalışmada şizofreni tanılı bireylerde kendini damgalama oranı %41.7 olarak,<sup>[10]</sup> Güney Amerika ülkelerinde yapılan bir çalışmada ise %28.6 ile %48.7 arasında bildirilmiştir.<sup>[11]</sup>

Şizofreni tanılı bireylerde kendini damgalamanın hastanın klinik belirtileri, yaşam kalitesi ve birçok tedavi ve iyileşme parametresiyle etkileştiği bilinmektedir. Bu konuyla ilgili yapılan çalışmalarda kendini damgalaması yüksek olan şizofreni tanılı bireylerde; yaşam kalitesinin daha düşük,<sup>[12]</sup> tedavi uyumunun daha kötü,<sup>[13,14]</sup> negatif belirti şiddetinin daha fazla,<sup>[15]</sup> özellikle bilişsel içgörü seviyesi olmak üzere içgörü seviyesinin yüksek,<sup>[13,15]</sup> benlik saygısının düşük,<sup>[16,17]</sup> umutsuzluğun daha belirgin, toplumsal işlevsellik seviyelerinin daha düşük, kaçınma davranışı, sosyal içe çekilme ve depresif semptomların daha fazla,<sup>[9]</sup> işsizlik seviyelerinin<sup>[18]</sup> ve intihar riskinin daha yüksek,<sup>[19]</sup> klinik ve öznel iyileşme seviyelerinin daha düşük olduğu gösterilmiştir.<sup>[20]</sup>

Kendini damgalamanın tedavi ve iyileşme parametreleri üzerine olan etkisi, şizofreni tanılı bireylerin benlik saygısının azalması ve umutsuzluğa yol açmasıyla başlamaktadır. Benlik saygısında azalma ve umutsuzluk hissi de bireylerde depresyon gelişmesine ve intihar riskinde artışa, bireyin sosyal içe çekilmesine, semptomlarla ve stresle baş etme becerilerinin kaçınan stratejiler lehine değişmesine yol açarak iyileşmesi üzerinde olumsuz etkiler göstermektedir.<sup>[21]</sup> Ayrıca kendini damgalamada gözlemlenen kalıplaşmış tutumların benimsenmesi ve yabancılaşmada benlik saygısı ve öz yeterlilik üzerine olumsuz etki ederek bireyde utanç, suçluluk ve endişe gibi olumsuz duygulanımların gelişmesine ve iyileşmenin olumsuz etkilenmesine yol açmaktadır.<sup>[22]</sup>

Bireylerin kendini damgalama seviyesi iyileşmeyi de ciddi şekilde etkilemektedir. Günümüzde iyileşme, klinik ve öznel iyileşme gibi farklı perspektifleriyle tedavi ve rehabilitasyon sürecinin temel hedefi haline gelmiştir. Şizofreni çalışma grubu klinik iyileşmeyi, ruhsal bozukluk belirtilerinin kısmen ya da tamamen düzelmesiyle birlikte bireyin toplumsal ve mesleki

işlevlerini yerine getirebilmesi olarak tanımlamıştır.<sup>[23]</sup> Öznel iyileşme ise ruhsal bozukluğun yıkıcı etkilerine rağmen bireyin hayatında yeni anlam ve amaçların olması ve bireyin tatmin edici ve üretken bir yaşam sürebilmesi olarak tanımlanabilir.<sup>[24]</sup> Yeniden umutlanma, kimliğin yeniden inşası, kişinin hayatının bir anlamının olması ve iyileşme için sorumluluk almak öznel iyileşmenin temel bileşenleri olarak dikkat çekmektedir.<sup>[25]</sup> İyileşme bir sonuç olmaktan ziyade bireyin bozuklukla birlikte yaşamayı öğrendiği bir süreçtir. Klinik iyileşme ve öznel iyileşme eş anlamlı kavramlar olmayıp birbirini tamamlayan kavramlardır ve günümüzde öznel iyileşmede en az klinik iyileşme kadar hastanın yaşam kalitesini etkilemektedir.<sup>[26,27]</sup>

Şizofreni tanılı bireylerin öznel iyileşme seviyelerini etkileyen gerek kişilik özellikleri gerekse ruhsal bozukluk belirtileriyle ilgili çok sayıda etken göze çarpmaktadır. Bireyin psikolojik dayanıklılık seviyesinin düşük olması,<sup>[28]</sup> depresif belirtilerin olması,<sup>[28,29]</sup> umutsuzluk seviyesinin yüksek olması ve azalmış benlik saygısı, kendini damgalama seviyesinin yüksek olması,<sup>[9]</sup> olumsuz duygulanımların varlığı,<sup>[21,30]</sup> negatif belirtilerin varlığı,<sup>[29,31]</sup> sosyal desteğinin düşük olması,<sup>[31]</sup> kullandığı ilaçların yan etkilerinin fazla olması<sup>[32]</sup> öznel iyileşmeyi olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Yine, şizofreni tanılı bireylerde öznel iyileşme seviyesi, bipolar bozukluk ve depresyon gibi diğer ruhsal bozukluğu olan bireylerden de daha düşüktür.<sup>[3]</sup>

Antipsikotik ilaçlar şizofreni tanılı bireylerde görülen pozitif ve negatif klinik belirtileri düzeltmede etkili olsa da, kendini damgalamayla mücadele ve öznel iyileşmeyi artırma gibi tedavi hedeflerine ulaşmada tek başına yeterli değildir.<sup>[33]</sup> Bu hedeflere ulaşmak amacıyla, 1970'lerde İtalya'da ve ardından diğer Avrupa ülkelerinde toplum temelli ruh sağlığı modeline geçilmiştir.<sup>[34]</sup> 2008 yılında da, Türkiye'de Avrupa ülkelerindeki değişimin sonucu olarak toplum temelli ruh sağlığı modeline geçiş başlamıştır.<sup>[34]</sup> Bu kapsamda, Toplum Ruh Sağlığı Merkez'leri (TRSM) şizofreni gibi ciddi ruhsal bozukluğu olan bireylerin yaşadıkları ortamda takip ve tedavilerinin sürdürülmesi, toplumsal işlevselliklerinin artırılması, klinik ve öznel iyileşme süreçlerine katkıda bulunmak ve damgalamayla mücadele etmek için kurulmuştur.<sup>[35]</sup> Ancak literatürün incelenmesi sonucunda, ülkemizde TRSM hizmetlerinin ruhsal bozukluğu olan bireylerin kendini damgalama üzerindeki etkisiyle ilgili birkaç yüksek lisans tezi dışında çalışma olmadığı görülmüştür.<sup>[36,37]</sup> Dahası TRSM hizmeti alan şizofreni tanılı bireylerle psikiyatri poliklinik hizmeti alanlarda kendini damgalama ve/veya öznel iyileşmenin karşılaştırıldığı çalışmaya da rastlanmamıştır.

Bu çalışmada temel amacımız, rutin TRSM hizmeti alan ve genel hastane psikiyatri polikliniklerinde ayaktan tedavi ve takibi yapılan şizofreni tanılı bireylerin kendini damgalama ve öznel iyileşme düzeylerini karşılaştırmalı belirlemektir. Çalışmanın ikincil amacı ise şizofreni tanılı bireylerin kendini damgalama ve öznel iyileşme düzeyleri üzerinde etkili olan faktörleri belirlemektir.

*Araştırma soruları aşağıdaki şekilde belirlendi:*

- TRSM hizmeti ve psikiyatri poliklinik hizmeti alan şizofreni tanılı bireylerin kendini damgalama düzeyleri arasında fark var mıdır?

- TRSM hizmeti ve psikiyatri poliklinik hizmeti alan şizofreni tanılı bireylerin öznel iyileşme düzeyleri arasında fark var mıdır?
- Şizofreni tanılı bireylerin kendini damgalama düzeyleri üzerinde etkili olan faktörler nelerdir?
- Şizofreni tanılı bireylerin öznel iyileşme düzeyleri üzerinde etkili olan faktörler nelerdir?

## Gereç ve Yöntem

### Araştırmanın Tipi

Araştırma, betimleyici karşılaştırmalı araştırma tipinde gerçekleştirildi.

### Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımlı değişkenleri şizofreni tanılı bireylerin "Hastalar için Kendini Damgalama Ölçeği" ve "Öznel İyileşmeyi Değerlendirme Ölçeği" puanları; bağımsız değişkenleri şizofreni tanılı bireylerin bireysel ve ruhsal bozukluk/tehdavi özellikleri olarak belirlendi.

### Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma 15.03.2019–31.12.2019 tarihleri arasında Niğde Eğitim ve Araştırma Hastanesi psikiyatri poliklinikleri ve hastaneye bağlı hizmet veren TRSM binasında gerçekleştirildi.

### Örneklem

Çalışmaya alım kriterlerini karşılayan ve çalışmaya katılmayı kabul eden, DSM-5 tanı kriterlerine göre şizofreni ve şizoafektif bozukluk tanısı alan, bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri polikliniğinde tedavi gören (hastane grubu) 64 ve TRSM'den hizmet alan (TRSM grubu) 81 olmak üzere 145 şizofreni ve şizoafektif bozukluk tanılı hasta dahil edildi. TRSM grubundaki bireylere ilaç tedavisine (antipsikotik grubu ilaçlar) ek olarak psikoeğitim, iş/uğraşı terapisi, sosyal etkinliklere katılım ve ev ziyaretlerinden oluşan yarı yapılandırılmış bir psikososyal rehabilitasyon programı uygulandı. Buna karşılık hastane grubundaki bireylere ise sadece ilaç tedavisi uygulandı.

*Çalışmaya dahil edilme kriterleri:*

- 1) DSM-5 tanı kriterlerine göre şizofreni ya da şizoafektif bozukluk tanılı olmak.
- 2) TRSM grubundaki şizofreni tanılı bireyler için en az bir yıl süreyle merkezdeki hizmetlerden faydalanmış olmak.
- 3) Hastane grubundaki şizofreni tanılı bireyler için psikiyatri polikliniğine devam etmek fakat düzenli TRSM hizmeti almamak
- 4) Komorbid psikiyatrik hastalığı, zekâ geriliği veya yaygın gelişimsel bozukluğu olmamak.
- 5) Hastaların toplumsal işlevselliklerini etkileyebilecek belirgin fiziksel rahatsızlığının olmaması.
- 6) Çalışmaya katılmayı kabul etmek.
- 7) 18 yaş ve üzerinde olmak.

### Ölçme Araçları

*Tanıttıcı Bilgi Formu:* Bu form araştırmada yer alan katılımcıla-

rın; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu gibi bireysel özellikleri ile hastalığın tanısı, süresi, son bir yıldaki yatış sayısı, kullandığı ilaçlar, depo antipsikotik ve klozapin kullanma gibi ruhsal bozukluk/tehdavi özelliklerini içermektedir.

*Hastalar için Kendini Damgalama Ölçeği (KDÖ-H):* Katılımcıların kendini damgalama ile ilgili düşünce, duygu ve tutumlarını değerlendirmek için kullanılmıştır. Yıldız ve ark.<sup>[38]</sup> (2018) tarafından geliştirilen bu ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yine aynı grup tarafından yapılmıştır. Öz bildirim dayalı ve 17 maddeden oluşan 5'li likert tipi bu ölçekten 17–85 arası puan alınabilmektedir. Ölçekten alınan puanın fazla olması bireyde daha yüksek düzeyde damgalama olduğunu göstermektedir. Yıldız ve ark.nın (2018) çalışmasında Cronbach alfa katsayısı 0.93 olarak belirlenmiştir. Bu çalışmada Cronbach alfa katsayısı 0.79 olarak bulundu.

*Öznel İyileşmeyi Değerlendirme Ölçeği (ÖzİDÖ):* Katılımcıların öznel iyileşmeye dair duygu ve düşüncelerini değerlendirmek için kullanılmıştır. Yıldız ve ark.<sup>[39]</sup> (2018) tarafından geliştirilen bu ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yine aynı grup tarafından yapılmıştır. Öz bildirim dayalı ve 17 maddeden oluşan 5'li likert tipi bu ölçekten 17-85 arası puan alınabilmektedir. Ölçekten alınan puanın fazla olması hastanın öznel iyileşme düzeyinin daha iyi olduğunu göstermektedir. Yıldız ve ark.nın (2018) çalışmasında Cronbach alfa katsayısı 0.98 olarak belirlenmiştir. Bu çalışmada ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.83 olarak bulundu.

### Veri Toplama Süreci

Araştırmada kullanılan veri toplama araçlarından tanıttıcı bilgi formu araştırmacılar tarafından doldurulurken, KDÖ-H ve ÖzİDÖ ölçekleri katılımcıların kendileri tarafından TRSM'de ve bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde mahremiyeti sağlanmış test odalarında dolduruldu. Tanıttıcı bilgi formu ve ölçeklerin doldurulması ortalama 30–45 dakika sürdü.

### Etik Konular

Araştırmanın etik kurul onayı Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi Rektörlüğü Etik Kurulu'ndan (27.02.2019-karar no: 2019/02-12) alındıktan sonra araştırmanın yapılacağı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği'nden de çalışmanın hastanede yürütülebilmesi için yazılı izin alındı. Çalışmaya katılan tüm hastalara çalışmayla ilgili ayrıntılı bilgi verildi ve hastalar dan ve varsa yasal vasilerinden sözlü ve yazılı onay alındı.

### Verilerin Analizi

Çalışmadan elde edilen veriler, Sosyal Bilimler için İstatistik Programına (SPSS, ver. 22) yüklenerek değerlendirildi. Verilerin normal dağılıma uygun olup olmadığını ortaya koymak amacıyla Kolmogorov Smirnov testi uygulandı, verilerin çarpıklık ve basıklık değerleri kontrol edildi ve histogram grafiği incelendi. Normal dağılıma uygun olan KDÖ-H ve ÖzİDÖ ortalama puanlarının karşılaştırılmasında bağımsız gruplar t testi uygulandı. Katılımcıların kendini damgalama ve öznel iyileş-

meyi öngören faktörlerini belirlemek için çoklu lineer regresyon analizi enter metodu kullanıldı. Değişkenler %95 güven düzeyinde incelenmiş olup p değerinin 0.05'ten küçük olması anlamlı kabul edildi.

## Bulgular

Şizofreni tanılı bireylerin bireysel özellikleri Tablo 1'de verildi. Katılımcıların %31'i (45) kadın, %69'u (100) erkekti ve TRSM ve poliklinik gruplarının yaş ortalaması sırasıyla 45.83±9.28 (19–65) ve 41.19±11.87 (19–69) idi. TRSM ve poliklinik grupları arasında cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum ve çalışma durumu bakımından anlamlı farklılık yokken ( $p>0.05$ ), TRSM grubunda yaş ortalaması ( $p<0.01$ ) anlamlı olarak daha yüksekti.

Grupların ruhsal bozukluk/tedavisi ile ilgili özellikler Tablo 2'de verildi. Katılımcıların %86.9'u (126) şizofreni tanılıydı ve ortalama hastalık süresi TRSM ve poliklinik gruplarında sırasıyla 19.27±9.12 (3–41) yıl ve 16.11±10.09 (1–39) yıldır. Bu verilere göre TRSM ve poliklinik grubundaki bireylerin ruhsal bozukluk süresi, tanı, antipsikotik kullanımı, depo antipsikotik kullanımı ve klozapin kullanımı bakımından benzer olup aralarında anlamlı fark yoktu ( $p>0.05$ ).

Grupların KDÖ-H ve ÖziDÖ puanları Tablo 3'de gösterildi. TRSM ve poliklinik grupların KDÖ-H ve ÖziDÖ puan ortalamalarını karşılaştırmak için bağımsız gruplar t testi uygulandı. Verilerin analizi sonucunda, TRSM ve poliklinik gruplarındaki katılımcıların ortalama KDÖ-H puanları sırasıyla 45.33±16.60 ve 41.23±16.35 idi. Yine TRSM ve poliklinik gruplarının ortalama ÖziDÖ puanları sırasıyla 54.84±17.17 ve 45.97±17.63 idi. ÖziDÖ puan ortalaması TRSM grubunda poliklinik grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek iken ( $t=3.053$ ,  $p<0.01$ ), KDÖ-H puan ortalaması bakımından ( $t=1.486$ ,  $p>0.05$ ) gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı.

Katılımcıların KDÖ-H puanıyla ÖziDÖ puanları, bireysel ve hastalık/tedavi özellikleri arasındaki ilişkiyi tespit etmek için verilerin dağılımına ve türüne göre Pearson veya Spearman korelasyon analizi yapıldı. Yapılan korelasyon analizleri sonucunda, hastalık süresiyle yaş arasında pozitif yönlü güçlü bir ilişki ( $r=0.723$ ,  $p<0.001$ ) tespit edilirken, hastalık süresiyle KDÖ-H puanı arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki ( $r=0.235$ ,  $p<0.01$ ) tespit edildi. Eğitim durumuyla ÖziDÖ puanı arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki ( $r=0.228$ ,  $p<0.01$ ) ve eğitim durumuyla KDÖ-H puanı arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki ( $r=-0.210$ ,  $p<0.05$ ) bulundu. Son olarak, KDÖ-H ve ÖziDÖ puanları arasında negatif yönlü güçlü bir ilişki ( $r=-0.550$ ,  $p<0.001$ ) tespit edildi.

Hastaların kendini damgalamalarını yordayan faktörleri tespit etmek için çoklu lineer regresyon analizi yapıldı. Pearson kore-

**Tablo 1. Katılımcıların bireysel özellikleri (n=145)**

	TRSM grubu (n=81)		Poliklinik grubu (n=64)		p
	Ortalama	Standart sapma	Ortalama	Standart sapma	
Yaş	45.83	9.28	41.19	11.87	<0.01
	<b>Sayı</b>	<b>%</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>	
Cinsiyet					
Kadın	24	29.6	21	32.8	>0.05
Erkek	57	70.4	43	68.2	
Eğitim					
Okur-yazar değil	3	3.7	5	7.8	>0.05
İlkokul	40	49.4	26	40.6	
Ortaokul	14	17.3	12	18.8	
Lise	22	27.1	15	23.4	
Üniversite	2	2.5	6	9.4	
Medeni durum					
Bekar	41	50.6	35	54.7	>0.05
Evli	23	28.4	20	31.3	
Dul /Boşanmış	17	21	9	14	
Çalışma durumu					
Çalışıyor	0	0	0	0	>0.05
Çalışmıyor	57	70.4	55	85.9	
Emekli	10	12.3	2	3.1	
Malulen emekli	14	17.3	7	11	

**Tablo 2. Katılımcıların ruhsal bozukluk ve tedavi özellikleri (n=145)**

	TRSM grubu (n=81)		Poliklinik grubu (n=64)		p
	Ortalama	Standart sapma	Ortalama	Standart sapma	
Ruhsal bozukluk süresi	19.27	9.12	16.11	10.09	<0.05
	<b>Sayı</b>	<b>%</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>	
Tanı					
Şizofreni	72	88.9	54	84.4	>0.05
Şizoaffektif bozukluk	9	11.1	10	15.6	
Antipsikotik kullanımı					
Atipik AP	41	50.6	40	62.5	>0.05
Tipik AP	3	3.7	0	0	
Atipik+Tipik AP	18	22.2	16	25	
AP+DD	17	21	8	12.5	
Yok	2	2.5	0	0	
Depo antipsikotik kullanımı					
Var	40	49.4	27	42.2	>0.05
Yok	41	50.6	37	57.8	
Klozapin kullanımı					
Var	12	14.8	5	7.8	>0.05
Yok	69	85.2	59	92.2	

AP: Antipsikotik; DD: Duygudurum düzenleyici; TRSM: Toplum Ruh Sağlığı Merkezi.

**Tablo 3. Grupların KDÖ-H ve ÖziDÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=145)**

	TRSM (n=81)	Poliklinik (n=64)	t	p
KDÖ-H toplam puanı	45.33±16.60	41.23±16.35	1.486	>0.05
ÖziDÖ toplam puanı	54.84±17.17	45.97±17.63	3.053	<0.001

KDÖ-H: Hastalar için Kendini Damgalama Ölçeği; ÖziDÖ: Öznel İyileşmeyi Değerlendirme Ölçeği; TRSM: Toplum Ruh Sağlığı Merkezi.

**Tablo 4. Katılımcıların kendini damgalama düzeyini yordayan faktörler (n=145)**

	B	sh	t	β	Kısmi r	İkili r	p
Sabit	81.97	10.34	7.93				<0.001
ÖziDÖ puanı	-0.48	0.07	-7.17	-0.51	-0.52	-0.49	<0.001
Cinsiyet	-1.93	2.52	-0.77	-0.05	-0.07	-0.05	>0.05
Eğitim düzeyi	-1.40	1.12	-1.25	-0.09	-0.11	-0.09	>0.05
Ruhsal boz. süresi	0.28	0.12	0.16	0.16	0.20	0.16	<0.05
Depot AP kullanımı	-0.63	2.29	-0.28	-0.02	-0.02	-0.02	>0.05
Klozapin kullanımı	-5.90	3.59	-1.65	-0.12	-0.14	-0.11	>0.05

B: Regresyon katsayısı; sh: Standart hata; t: Kritik değer; β: Standardize edilmiş regresyon katsayısı; R: Çoklu korelasyon katsayısı; R<sup>2</sup>: Çoklu açıklayıcılık katsayısı; Düzeltilmiş R<sup>2</sup>: Düzeltilmiş çoklu açıklayıcılık katsayısı; F: ANOVA testi için gruplar arasındaki fark; VIF: Varyans enflasyon faktörü; AP: Antipsikotik; KDÖ-H: Hastalar için kendini damgalama ölçeği; ÖziDÖ: Öznel iyileşmeyi değerlendirme ölçeği.

Sabit (bağımlı değişken)- KDÖ-H puanı, R=0.591, R<sup>2</sup>=0.349, düzeltilmiş R<sup>2</sup>=0.320, p=0.000, F=12.318, Tolerans=0.922-0.989, VIF=1.012-1.085, Durum indeksi=26.603.

lasyon analizinde yaş ve hastalık süresi arasında pozitif yönlü güçlü bir ilişki (r=0.723) olduğu için yaş, çoklu regresyon analizine dahil edilmedi. Yapılan çoklu lineer regresyon analizinde,

KDÖ-H puanı bağımlı değişken ve ÖziDÖ puanı, cinsiyet, eğitim seviyesi, hastalık süresi, depo antipsikotik kullanımı ve klozapin kullanımı bağımsız değişkenler olarak değerlendiril-

**Tablo 5. Katılımcıların öznel iyileşmesini yordayan faktörler (n=145)**

	B	sh	t	$\beta$	Kısmi r	İkili r	p
Sabit	85.38	11.57	7.38				<0.001
KDÖ-H puanı	-0.57	0.08	-7.17	-0.53	-0.521	-0.500	<0.001
Cinsiyet	-3.46	2.76	-1.26	-0.09	-0.106	-0.088	>0.05
Eğitim düzeyi	1.99	1.22	1.63	0.12	0.137	0.114	>0.05
Ruhsal bozukluk süresi	-0.02	0.13	-0.12	-0.01	-0.010	-0.008	>0.05
Depot AP kullanımı	-1.92	2.50	-0.77	-0.05	-0.065	-0.054	>0.05
Klozapin kullanımı	-3.23	3.96	-0.82	-0.06	-0.069	-0.057	>0.05

B: Regresyon katsayısı; sh: Standart hata; t: Kritik değer;  $\beta$ : Standardize edilmiş regresyon katsayısı; R: Çoklu korelasyon katsayısı; R<sup>2</sup>: Çoklu açıklayıcılık katsayısı; Düzeltilmiş R<sup>2</sup>: Düzeltilmiş çoklu açıklayıcılık katsayısı; F: ANOVA testi için gruplar arasındaki fark; VIF: Varyans enflasyon faktörü; AP: Antipsikotik; KDÖ-H: Hastalar için kendini damgalama ölçeği; ÖziDÖ: Öznel iyileşmeyi değerlendirme ölçeği.

Sabit (bağımlı değişken)- ÖziDÖ puanı, R=0.573, R<sup>2</sup>=0.329, Düzeltilmiş R<sup>2</sup>=0.299, p=0.000, F=11.254, Tolerans=0.894-0.992, VIF=1.008-1.118, Durum İndeksi=27.245.

meye dahil edildi. Analiz sonucunda, modele dahil edilen tüm bağımsız değişkenlerin KDÖ-H puanındaki varyansın %32'sini açıkladığı (düzeltilmiş R<sup>2</sup>=0.320) gösterildi. Analiz sonuçlarına göre, ÖziDÖ toplam puanının KDÖ-H toplam puanını negatif yönde güçlü bir şekilde etkilediği ( $\beta$ =-0.513, p<0.001) ve hastalık süresinin KDÖ-H toplam puanını pozitif yönde zayıf bir şekilde etkilediği ( $\beta$ =0.164, p<0.05) gösterildi. Buna karşılık, cinsiyet, eğitim seviyesi, depot antipsikotik kullanımı ve klozapin kullanımı bağımsız değişkenlerinin KDÖ-H toplam puanı üzerine etkisi olmadığı gösterildi (p>0.05) (Tablo 4).

Hastaların öznel iyileşmelerini yordayan faktörleri saptamak için yapılan çoklu lineer regresyon analizinde, ÖziDÖ toplam puanı bağımlı değişken ve KDÖ-H toplam puanı, cinsiyet, eğitim seviyesi, hastalık süresi, depot antipsikotik kullanımı ve klozapin kullanımı bağımsız değişkenler olarak alındı. Analiz sonucunda modele dahil edilen tüm bağımsız değişkenlerin ÖziDÖ toplam puanındaki varyansın %29.9'unu (düzeltilmiş R<sup>2</sup>=0.299) açıkladığı görüldü. Analize göre KDÖ-H puanının yüksek olmasının ÖziDÖ toplam puanını güçlü bir şekilde azalttığı ( $\beta$ =-0.550, p<0.001) gösterildi. Buna karşılık cinsiyet, eğitim seviyesi, ruhsal bozukluk süresi, depot antipsikotik kullanımı ve klozapin kullanımının ÖziDÖ toplam puanını anlamlı bir şekilde etkilemediği tespit edildi (p>0.05) (Tablo 5).

## Tartışma

Çalışmanın sonucuna göre TRSM ve poliklinik grupları arasında kendini damgalama açısından anlamlı bir farklılık saptanmadı. Bu konuyla ilgili Türkiye'deki çalışmaların incelenmesi sonucunda TRSM'de tedavi ve rehabilitasyonu yapılan şizofreni tanılı bireylerle genel hastane psikiyatri biriminde takibi yapılanların kendini damgalama açısından karşılaştırıldığı bir çalışmaya rastlanmadı.

Mevcut çalışmada, TRSM ve poliklinik grupları arasında kendini damgalama açısından anlamlı bir farklılık çıkmaması, şizofreni tanılı bireylerin TRSM hizmetlerini alırken iç görülerinin artabileceği, bunun da beraberinde kendini damgalamayı arttırabileceğini düşündürmüştür.<sup>[13,15]</sup> Bu nedenle her iki grupta

kendini damgalanma puanları benzer çıkmış olabilir. Ayrıca kendini damgalama zihindeki bilişsel çarpıtmalar ve mitlerle de ilişkili olabileceği için sadece psiko eğitimler bu durumun azalmasını sağlamayabilir. Mestdagh ve Hansen<sup>[40]</sup> tarafından (2014) toplum temelli ruh sağlığı hizmeti alan şizofreni tanılı bireylerde damgalama ve kendini damgalamayla ilgili Amerika, İngiltere, Avrupa ülkeleri ve Avusturalya'da yapılan 18 çalışmanın dahil edildiği geniş bir meta-analiz yapılmış. Analiz sonucunda, mevcut çalışmayla benzer şekilde, şizofreni tanılı bireylerin toplum temelli ruh sağlığı hizmeti almalarına rağmen kendini damgalama seviyesinin yüksek olduğu ve toplum tarafından ayrımcılık ve dışlanmaya maruz kaldıkları belirtilmiştir. Yine bir başka çalışmada, kendini damgalamanın yüksek olmasında, şizofreni tanılı bireyleri toplum temelli ruh sağlığı hizmeti veren kurumlarda bir araya getirmenin olası istenmeyen bir sonucu olabileceği iddia edilmiştir.<sup>[41]</sup>

TRSM ve poliklinik grupları arasında kendini damgalama açısından anlamlı bir farklılık çıkmamasının başka bir sebebi de, çalışmanın yapıldığı TRSM'de şizofreni tanılı bireylere kendini damgalamayla mücadeleye yönelik yapılandırılmış bir program uygulanmamış olması olabilir. Nitekim, şizofreni tanılı bireylerde kendini damgalamayla mücadele amacıyla hazırlanmış yapılandırılmış psikososyal müdahale programlarının kendini damgalamayı azaltma konusunda etkili olduğuna dair çok sayıda çalışma vardır. Yanos ve ark.<sup>[42]</sup> (2015) şizofreni spektrum bozukluklarında kendini damgalamaya karşı kullanılan psikososyal mücadele programlarını gözden geçirmiştir. Bu gözden geçirmede; sağlıklı kendilik kavramı, kendini damgalamayı azaltma programı, kendini damgalamayı sonlandırma, öyküleme ve kognitif terapi, gururun üstesinden gelmek ve damgalama karşıtı fotoğraf ve sesli girişim isimli yapılandırılmış programlar değerlendirmeye alınmıştır. Yapılan değerlendirme sonucunda, kendini damgalamayla mücadele için kullanılan girişimlerde ruhsal bozukluklarla ilgili mitlere yönelik psiko eğitim, baş etme becerileri kazandırılması için bilişsel terapi ve hastaların geçmişleriyle yüzleşmek için öyküleme tekniğinin yaygın olarak kullanıldığı belirtilmiştir. Kendini damgalamaya karşı geliştirilen bu programların uygulan-

dığı tüm çalışmalarda, bu programların kendini damgalamayı azaltma açısından daha etkili olduğu bulunmuştur. Buna karşılık, Çin'de Li ve ark.<sup>[43]</sup> tarafından (2018) yapılan 327 şizofreni tanılı bireyin dâhil edildiği randomize, kontrollü ve 9 ay süren uzunlamasına çalışmada; psikoeğitim, sosyal beceri eğitimi ve bilişsel davranışçı terapiye ek olarak ayrımcılık ve damgalamaya karşı stratejiler isimli program birlikte uygulandığı halde çalışmada girişim grubuyla kontrol grubu arasında kendini damgalama açısından anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Çalışma sonucunda hastalık süresinin kendini damgalamayı pozitif yönde zayıf bir şekilde etkilediği saptandı. Diğer değişkenlerle kendini damgalama arasında ise anlamlı bir ilişki bulunmadı. Bu çalışmanın aksine, şizofreni tanılı bireylerde kendini damgalamaya ilgili yapılan önceki çalışmalarda yaş ve hastalık süresiyle kendini damgalama arasında herhangi bir ilişki gösterilememiştir.<sup>[2,20]</sup> Ülkemizde şizofreni tanılı bireylerin de dâhil olduğu ayaktan takibi yapılan ruhsal bozukluğu olan bireylerde kendini damgalamanın değerlendirildiği iki çalışmanın birinde erkek cinsiyette, eğitim düzeyi yüksek olduğunda ve hastane yatış sayısı az olduğunda,<sup>[16]</sup> diğerinde ise yine erkek cinsiyette ve gelir düzeyi yüksek olduğunda kendini damgalamanın düşük olduğu gösterilmiştir.<sup>[44]</sup> Yine, Avrupa'da 14 ülkede 1229 şizofreni tanılı bireyin dâhil edildiği geniş katılımlı bir çalışmada erkek cinsiyetin, sosyal ilişkilerinin fazla olmasının, hastanın çalışıyor olmasının ve eğitim seviyesinin yüksek olmasının kendini damgalamaya karşı koruyucu olduğu bildirilmiştir.<sup>[10]</sup> Buna karşılık ülkemizde şizofreni tanılı bireylerde kendini damgalamaya ilgili en kapsamlı çalışmalardan biri olan Yıldız ve ark.nin<sup>[2]</sup> (2012) çalışmasında ise kendini damgalamaya sosyodemografik ve klinik değişkenler arasında ilişkiye rastlanmamıştır. Aynı şekilde, Vass ve ark.nin<sup>[20]</sup> (2015) çalışmasında da yaş ve cinsiyetle kendini damgalama arasında herhangi bir ilişkiye rastlanmamıştır. Bugüne kadar yapılan çalışmalarda yaş, eğitim seviyesi ve hastalık süresi gibi değişkenlerle kendini damgalama arasındaki ilişkiye dair çelişkili sonuçlar bildirilmiştir. Bundan dolayı kendini damgalama ile sosyodemografik ve hastalık verileri arasındaki ilişkinin araştırıldığı iyi planlanmış yeni çalışmalara ihtiyaç vardır.

Mevcut çalışmanın sonuçlarına göre TRSM grubundaki katılımcıların öznel iyileşme seviyesi poliklinik grubuna göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulundu. Daha öncede belirtildiği gibi bu çalışmada TRSM grubundaki bireylere yarı yapılandırılmış psikososyal rehabilitasyon hizmetleri uygulandı. Bu hizmetler her vakanın bir yöneticisinin olması, hastalara ve yakınlarına yönelik psikoeğitim, özbakım eğitimi, iş/ uğraşı terapisi, destekleyici grup terapisi ve ev ziyaretlerinden oluşmaktaydı. Bu çalışmanın sonuçlarına göre TRSM'de yürütülen rutin psikososyal hizmetlerin hastaların öznel iyileşmeleri üzerine olumlu bir katkı yaptığını söyleyebiliriz. Literatürün gözden geçirilmesi sonucunda, şizofreni tanılı bireylerin rehabilitasyonuna yönelik olarak psikoeğitimin ve destekleyici grup terapisinin bu merkezlerde yaygın olarak kullanıldığı ve bireylerin klinik ve öznel iyileşmesini olumlu yönde etkilediği görülmektedir. Sibitz ve ark.nin<sup>[45]</sup> (2007) psikoeğitim gruplarından yararlanan 103 şizofreni tanılı bireyle yaptığı 2 yıl süreli uzunlamasına çalışmada, psikoeğiti-

minin hem bireylerin klinik belirtilerinin azalmasında hem de yaşam kalitelerinde ve öznel iyileşme seviyelerinde artış sağladığı bildirilmiştir. Benzer şekilde, Bechdorf ve ark.<sup>[46]</sup> (2010) yaparak tedavi gören 88 şizofreni tanılı bireyle yaptıkları 6 ay süreli uzunlamasına çalışmada, grup bilişsel davranışçı terapi ve psikoeğitimin bireylerin yaşam kalitesi üzerine olan etkinliğini araştırmış ve hem grup terapisinin hem de psikoeğitimin bireylerin öznel yaşam kalitesi üzerine olumlu etki yaptığını göstermişlerdir. Literatürdeki bu bilgiler ışığında, çalışmanın yapıldığı TRSM'de uygulanan psikoeğitimin şizofreni tanılı bireylerin öznel iyileşmesindeki artışta etkili olduğu söylenebilir.

Bu çalışmayla benzer şekilde, Şahin ve Elboğa<sup>[47]</sup> tarafından (2019) yapılan çalışmada, en az 6 aydır TRSM hizmeti alan 88 şizofreni, şizoaffektif bozukluk ve bipolar bozukluk tanılı bireyle TRSM hizmeti almayan 88 birey içgörüsü, tedavi uyumu, belirti şiddeti, yaşam kalitesi, genel işlevsellik ve işlevsel iyileşme açısından karşılaştırılmıştır. Çalışma sonucunda rutin TRSM hizmeti alanlarda TRSM hizmeti almayan gruba göre, tanıdan bağımsız olarak, semptom şiddetinde azalma ve yaşam kalitesi ve işlevsel iyileşmede dahil olmak üzere değerlendirilen diğer tüm alanlarda anlamlı düzeyde artış tespit edilmiştir. Ensari ve ark.<sup>[48]</sup> tarafından (2013) TRSM'de yürütülen rutin hizmetlerin etkinliğini araştıran bir yıl süreli uzunlamasına bir çalışma yapılmıştır. Bir yılın sonunda, TRSM'de tedavi ve rehabilitasyonu yapılan 30 şizofreni tanılı bireyin yaşam kalitelerinde, sosyal işlevselliklerinde ve genel işlevselliklerinde anlamlı düzeyde artış ve yeti yıkımı puanlarında azalma tespit etmişlerdir. Mevcut çalışmaya ve yukarıda belirtilen çalışmalara paralel olarak, TRSM'lerde sunulan gerek yapılandırılmış,<sup>[49,50]</sup> gerekse yapılandırılmamış TRSM hizmetlerinin<sup>[51]</sup> bireylerin tedavi uyumunu, genel ve sosyal işlevselliklerini ve yaşam kalitesini artırdığını gösteren başka çalışmalar da vardır.

Bu çalışmada, şizofreni tanılı bireylerin öznel iyileşme seviyeleri ile yaş, cinsiyet ve eğitim seviyesi gibi sosyodemografik verileri ve hastalık süresi, depo antipsikotik kullanımı ve klozapin kullanımı gibi hastalık verileri arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı. Bu konuyla ilgili literatürün gözden geçirilmesi sonucunda, mevcut çalışmanın sonuçlarıyla uyumlu olarak yaş, cinsiyet, hastalık süresi gibi sosyodemografik verilerle öznel iyileşme arasında herhangi bir ilişki olmadığı gözlemlenmiştir.<sup>[3,29,31,32]</sup>

Son olarak, şizofreni tanılı bireylerde kullanılan antipsikotik ilacın cinsinin ya da uygulanış yolunun hastanın klinik ve öznel iyileşmesinde etkili olduğunu iddia eden çalışmalar vardır. Jenkins ve ark.nin<sup>[32]</sup> (2005) 90 şizofreni tanılı bireylerle yaptığı çalışmada, atipik antipsikotik kullananların tipik antipsikotik kullananlara göre, klozapin kullananların da diğer antipsikotik ilaçları kullananlara göre klinik ve öznel iyileşme oranlarının daha fazla olduğu bildirilmiştir. Aynı şekilde, tedavide uzun etkili antipsikotik enjeksiyonları kullanan şizofreni tanılı bireylerde klinik ve psikososyal remisyon oranlarının daha fazla olduğu da gösterilmiştir.<sup>[33,52]</sup> Bu çalışmada gruplar arasında klinik ve öznel iyileşmeyi etkileyebilecek depo antipsikotik ve klozapin kullanım oranları benzerdi ( $p>0.05$ ) ve bu durum, gruplar

arasında öznel iyileşme seviyelerindeki farkın farmakoterapi-den daha ziyade TRSM'de uygulanan psikososyal hizmetlerin sonucu olduğunu destekler niteliktedir.

Çalışma sonuçlarına göre şizofreni tanılı bireylerde kendini damgalamayla öznel iyileşme arasında negatif yönde kuvvetli bir ilişki tespit edildi. Bilindiği kadarıyla bu çalışma Türkiye'de gerek TRSM gerekse hastanede takip ve tedavisi yapılan şizofreni tanılı bireylerde kendini damgalama ve öznel iyileşme arasındaki ilişkiyi araştıran ilk çalışmadır. Bu açıdan çalışmanın sonuçları gelecekte bu konuyla ilgili ülkemizde yapılacak çalışmalara ışık tutacaktır. Her ne kadar ülkemizde kendini damgalama ve öznel iyileşme ilişkisini araştıran çalışmaya rastlanılmamış olsa da; uluslararası alanda bu konuyla ilgili çalışmalar uzun zamandır yapılmaktadır. Vass ve ark.nın<sup>[20]</sup> (2015) İngiltere'de yatarak tedavi gören 80 şizofreni tanılı bireyle yaptıkları 6 ay süreli uzunlamasına çalışmada, kendini damgalamanın klinik ve öznel iyileşme üzerine olan etkisi araştırılmıştır. Çalışma sonucunda, bu çalışmayla uyumlu şekilde, kendini damgalamanın hem klinik hem de öznel iyileşmeyi olumsuz yönde etkilediği gösterilmiştir. Aynı çalışmada semptom şiddetiyle öznel iyileşme arasında direkt ilişki olduğu, kendini damgalamanın pozitif belirtilerin artmasında etkili olduğu, kendini damgalama ve öznel iyileşme arasında ilişkide umutsuzluğun artmasının ve benlik saygısının azalmasının aracı rol üstlendiği de ayrıca belirtilmiştir. Benzer şekilde, İspanya'da toplam 216 şizofreni tanılı bireyin katılımıyla gerçekleştirilen çalışmada, kendini damgalamanın hastaların olumlu duygulanımlarının azalmasına ve olumsuz duygulanımlarının artmasına sebep olarak, duygusal iyilik halini ve öznel iyileşmeyi olumsuz yönde etkilediği de gösterilmiştir.<sup>[22]</sup> Taiwan'da 2 ayrı toplum rehabilitasyon merkezinden 100 şizofreni tanılı bireyle yapılan çalışmada kendini damgalamayla bireyin yaşam kalitesi arasında negatif yönlü bir ilişki olduğu tespit edilmiştir.<sup>[12]</sup> Her ne kadar, bu çalışma öznel iyilik hali ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi incelememiş olsa da; artmış kendini damgalamanın öznel iyilik halini olumsuz etkileyerek yaşam kalitesinin düşmesine sebep olduğu yorumu doğrultusunda çalışmamızı destekler niteliktedir.<sup>[26]</sup> Bununla birlikte, Yanos ve ark.<sup>[9]</sup> (2008) tarafından 102 şizofreni ve şizoaffektif bozukluk tanılı bireyle yapılan çalışmada, kendini damgalama seviyesinin hastanın klinik iyileşmesiyle negatif yönde ilişkili olduğu gösterilmiş ve çalışma sonucunda kendini damgalama seviyesinin artmasının semptom şiddetinde artışa ve iyileşme sonuçları üzerine olumsuz etki yaptığı bildirilmiştir. Mevcut çalışmada kendini damgalama ve klinik iyileşme arasındaki ilişki direkt olarak incelenmemiştir. Ancak klinik ve öznel iyileşmenin aynı kavramlar olmasa da birbirleriyle sıkı ve direkt bir ilişki içerisinde olduğu bilinmektedir.<sup>[20,53]</sup> Genel olarak semptom şiddetiyle öznel iyileşme arasında zayıf-orta seviyeli bir ilişki varken, affektif semptomlarla öznel iyileşme arasındaki bağ daha güçlüdür.<sup>[54]</sup> Hatta hastalığın erken yaşta başlaması da klinik ve öznel iyileşme arasındaki ilişkiyi daha anlamlı kılmaktadır.<sup>[27]</sup> Aynı zamanda, Kukla ve ark.nın<sup>[55]</sup> (2014) çalışmasında, pozitif belirti şiddeti yüksek olan bireylerde öznel iyileşme puanlarının yüksek olmasının hastanın temel sosyal ilişki seviyesinin ve toplumsal rol performansının daha iyi olmasını sağladığı da bildirilmiştir.

## Kısıtlılıklar

Bu çalışmadaki en önemli kısıtlılık çalışmaya dâhil edilen şizofreni tanılı bireylerin klinik iyileşmesini değerlendirecek bir değerlendirme ölçeğinin kullanılmamasıdır. Klinik ve öznel iyileşme birbiriyle direkt bağlantılı ve birbirini tamamlayan kavramlardır. Şizofreni tanılı bireylerin klinik iyileşme verilerinin olması, klinik ve öznel iyileşme arasındaki ilişkiyi değerlendirmeyi sağlayabilir ve mevcut çalışma verilerinin literatürdeki diğer çalışma verileriyle karşılaştırılmasını kolaylaştırabilirdi.

Çalışmanın bir diğer kısıtlılığı ise, çalışmanın kesitsel bir şekilde planlanmasıdır. Çalışmanın başında ve sonunda şizofreni tanılı bireylerin kendini damgalama ve öznel iyileşme seviyelerinin ölçülmesi TRSM'lerde yürütülen rutin hizmetlerin bu parametreler üzerine etkilerini göstermede daha anlamlı olabilirdi. Ancak yine de çalışmaya dâhil edilen bireylerde en az bir yıl süreyle TRSM hizmetlerinden yararlanma şartı aranması bu kısıtlılığı kısmen de olsa azaltmaktadır.

## Sonuç

Bu çalışmanın ülkemizde TRSM'lerde uygulanan hizmetlerinin kendini damgalama üzerine etkilerini araştıran nadir çalışmalardan biri olması ve şizofreni tanılı bireylerde kendini damgalama ve öznel iyileşme arasındaki ilişkiyi inceleyen ilk çalışma olması çalışmanın güçlü yönünü oluşturmaktadır. Çalışma sonucunda TRSM hizmeti alan şizofreni tanılı bireylerde öznel iyileşmenin daha belirgin olarak hissedildiği ancak kendini damgalama konusunda gruplar arasında farklılık olmadığı bulundu. Bu sonuç, TRSM hizmetlerinin şizofreni tanılı bireylerin toplumsal işlevselliklerini arttırmaya ve öznel iyileşme sürecine olumlu katkısı olduğunu göstermekle beraber, TRSM'lerde kendini damgalamaya yönelik yapılandırılmış, yaygınlaştırılmış eğitimlerin ve başta TRSM'de görev yapan sağlık çalışanlarına yönelik olmak üzere damgalama ile ilgili kurumsal ve kamusal faaliyetlerin yapılmasının gerekliliğini ortaya koymaktadır. Bu sonuçların gelecekte yapılacak yönetsel olarak iyi planlanmış ve uzunlamasına çalışmalarla desteklenmesi gerekmektedir.

**Çıkar çatışması:** Bildirilmemiştir.

**Hakem değerlendirmesi:** Dış bağımsız.

**Yazarlık katkıları:** Konsept – A.K., E.E.E.; Dizayn – A.K., E.E.E., İ.S.; Denetim – A.K., E.E.E.; Finansman – A.K.; Materyal – A.K., E.E.E.; Veri toplama veya işleme – A.K., E.E.E., İ.S.; Analiz ve yorumlama – A.K., E.E.E., İ.S.; Literatür arama – A.K., E.E.E.; Yazan – A.K., E.E.E.; Kritik revizyon – A.K., E.E.E.

## Kaynaklar

1. Link BG, Phelan JC. Conceptualizing stigma. *Ann Rev Sociol* 2001;27:363–85.
2. Yıldız M, Özten E, Işık S, Özyıldırım İ, Karayun D, Cerit C. Self-stigmatization among patients with schizophrenia, their relatives and patients with major depressive disorder. *Anatolian J Psychiatry* 2012;13:1–7.



3. Lloyd C, King R, Moore L. Subjective and objective indicators of recovery in severe mental illness: a cross-sectional study. *Int J Soc Psychiatry* 2010;56:220–9.
4. Angermeyer MC, Matschinger H. Labeling--stereotype--discrimination. An investigation of the stigma process. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005;40:391–5.
5. Corrigan PW. The impact of stigma on severe mental illness. *Cogn Behav Pract* 1998;5:201–22.
6. Stuart H, Arboleda-Flórez J, Sartorius N. *Paradigms Lost Fighting Stigma and The Lessons Learned*. New York, NY: Oxford University Press; 2012.
7. Crisp AH, Gelder MG, Rix S, Meltzer HI, Rowlands OJ. Stigmatisation of people with mental illnesses. *Br J Psychiatry* 2000;177:4–7.
8. Ritsher JB, Otilingam PG, Grajales M. Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Res* 2003;121:31–49.
9. Yanos PT, Roe D, Markus K, Lysaker PH. Pathways between internalized stigma and outcomes related to recovery in schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatr Serv* 2008;59:1437–42.
10. Brohan E, Elgie R, Sartorius N, Thornicroft G; GAMIAN-Europe Study Group. Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with schizophrenia in 14 European countries: the GAMIAN-Europe study. *Schizophr Res* 2010;122:232–8.
11. Caqueo-Urizar A, Boyer L, Urzúa A, Williams DR. Self-stigma in patients with schizophrenia: a multicentric study from three Latin-America countries. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2019;54:905–9.
12. Tang IC, Wu HC. Quality of life and self-stigma in individuals with schizophrenia. *Psychiatr Q* 2012;83:497–507.
13. Dikeç G, Kutlu Y. Determination of treatment compliance and influencing factors in a group of schizophrenia patients. *Journal of Psychiatric Nursing* 2014;5:143–8.
14. Fung KMT, Tsang HWH, Corrigan PW. Self-stigma of people with schizophrenia as predictor of their adherence to psychosocial treatment. *Psychiatr Rehabil J* 2008;32:95–104.
15. Schrank B, Amering M, Hay AG, Weber M, Sibitz I. Insight, positive and negative symptoms, hope, depression and self-stigma: a comprehensive model of mutual influences in schizophrenia spectrum disorders. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2014;23:271–9.
16. Tel H, Ertekin-Pinar Ş. Internalized stigma and self-esteem in psychiatric outpatients. *Journal of Psychiatric Nursing* 2012;3:61–6.
17. Lysaker PH, Tsai J, Yanos P, Roe D. Associations of multiple domains of self-esteem with four dimensions of stigma in schizophrenia. *Schizophr Res* 2008;98:194–200.
18. 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.
19. Johnson J, Gooding P, Tarrar N. Suicide risk in schizophrenia: explanatory models and clinical implications, The Schematic Appraisal Model of Suicide (SAMS). *Psychol Psychother* 2008;81:55–77.
20. Vass V, Morrison AP, Law H, Dudley J, Taylor P, Bennett KM, et al. How stigma impacts on people with psychosis: The mediating effect of self-esteem and hopelessness on subjective recovery and psychotic experiences. *Psychiatry Res* 2015;230:487–95.
21. Yanos PT, Roe D, Lysaker PH. The impact of illness identity on recovery from severe mental illness. *Am J Psychiatr Rehabil* 2010;13:73–93.
22. Morgades-Bamba CI, Fuster-Ruizdeapodaca MJ, Molero F. The impact of internalized stigma on the well-being of people with Schizophrenia. *Psychiatry Res* 2019;271:621–7.
23. Andreasen NC, Carpenter WT Jr, Kane JM, Lasser RA, Marder SR, Weinberger DR. Remission in schizophrenia: proposed criteria and rationale for consensus. *Am J Psychiatry* 2005;162:441–9.
24. Commission on mental health *Achieving the Promise: Transforming Mental Health Care in America*. Executive Summary; DHHS Pub. No: SMA-03-3831. Rockville: DHHS; 2003.
25. Andresen R, Oades L, Caputi P. The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically validated stage model. *Aust N Z J Psychiatry* 2003;37:586–94.
26. Bowersox NW, Lai Z, Kilbourne AM. Integrated care, recovery-consistent care features, and quality of life for patients with serious mental illness. *Psychiatr Serv* 2012;63:1142–5.
27. Roe D, Mashiach-Eizenberg M, Lysaker PH. The relation between objective and subjective domains of recovery among persons with schizophrenia-related disorders. *Schizophr Res* 2011;131:133–8.
28. Hofer A, Post F, Pardeller S, Frajo-Apor B, Hoertnagl CM, Kemmler G, Fleischhacker WW. Self-stigma versus stigma resistance in schizophrenia: Associations with resilience, pre-morbid adjustment, and clinical symptoms. *Psychiatry Res* 2019;271:396–401.
29. Strauss GP, Sandt AR, Catalano LT, Allen DN. Negative symptoms and depression predict lower psychological well-being in individuals with schizophrenia. *Compr Psychiatry* 2012;53:1137–44.
30. Ralph RO, Lambert D, Kidder KA. *The Recovery Perspective and Evidence-Based Practice for People With Serious Mental Illness*. Illinois: Behavioral Health Recovery Management Project; 2002.
31. Norman RM, Windell D, Lynch J, Manchanda R. Correlates of subjective recovery in an early intervention program for psychoses. *Early Interv Psychiatry* 2013;7:278–84.
32. Jenkins JH, Strauss ME, Carpenter EA, Miller D, Floersch J, Sajatovic M. Subjective experience of recovery from schizophrenia-related disorders and atypical antipsychotics. *Int J Soc Psychiatry* 2005;51:211–27.
33. Barak Y, Aizenberg D. Clinical and psychosocial remission in schizophrenia: correlations with antipsychotic treatment. *BMC Psychiatry* 2012;12:108.
34. Burns M. Turkey evaluations and recommendations on mental health system: Mental health action plan proposal. *Reviews, Cases and Hypotheses in Psychiatry* 2007;1–80.
35. Directive on Community Mental Health Centers; No: 9453. T.C. Official Newspaper 2014.
36. Yıldırım T. The relationship between internalized stigma and

- loneliness in schizophrenia patients. [Unpublished Master Thesis]. İnönü University Institute of Health Sciences; 2018.
37. Bozan M. Examination of Internalized Stigmatization and Social Functioning of Community Mental Health Center Service Users: Eskisehir Example. [Unpublished Master Thesis]. Ankara: Hacettepe University Institute of Social Sciences; 2019.
  38. Yıldız M, Kiras F, İncedere A, Abut FB. Development of self-stigma inventory for patients with schizophrenia (SSI-P): reliability and validity study. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology* 2018; 4:640–9.
  39. Yıldız M, Erim R, Soygur H, Tural U, Kiras F, Gules E. Development and validation of the Subjective Recovery Assessment Scale for patients with schizophrenia. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology* 2018;28:163–9.
  40. Mestdagh A, Hansen B. Stigma in patients with schizophrenia receiving community mental health care: a review of qualitative studies. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2014;49:79–87.
  41. Liégeois A, Van Audenhove C. Ethical dilemmas in community mental health care. *J Med Ethics* 2005;31:452–6.
  42. Yanos PT, Lucksted A, Drapalski AL, Roe D, Lysaker P. Interventions targeting mental health self-stigma: A review and comparison. *Psychiatr Rehabil J* 2015;38:171–8.
  43. Li J, Huang YG, Ran MS, Fan Y, Chen W, Evans-Lacko S, et al. Community-based comprehensive intervention for people with schizophrenia in Guangzhou, China: Effects on clinical symptoms, social functioning, internalized stigma and discrimination. *Asian J Psychiatr* 2018;34:21–30.
  44. Ersoy MA, Varan A. Reliability and validity study of the Turkish version of the internalized stigmatization scale in mental illnesses. *Turkish Journal of Psychiatry* 2007;18:163–71.
  45. Sibitz I, Amering M, Gössler R, Unger A, Katschnig H. Patients' perspectives on what works in psychoeducational groups for schizophrenia: a qualitative study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2007;42:909–15.
  46. Bechdolf A, Knost B, Nelson B, Schneider N, Veith V, Yung AR, et al. Randomized comparison of group cognitive behaviour therapy and group psychoeducation in acute patients with schizophrenia: effects on subjective quality of life. *Aust N Z J Psychiatry* 2010;44:144–50.
  47. Şahin Ş, Elboğa G. Quality of life, compliance with medical treatment, insight and functionality of patients using community mental health centers. *Cukurova Med J* 2019;44:431–8.
  48. Ensari H, Gültekin BK, Karaman D, Koç A, Beşkardeş AF. The effects of the service of community mental health center on the schizophrenia patients -evaluation of quality of life, disabilities, general and social functioning- a summary of one year follow-up. *Anatolian J Psychiatry* 2013;14:108–14.
  49. Söğütlü L, Özen Ş, Varlık C, Güler A. Application and results of mental social skills training for schizophrenia patients in community mental health center. *Anatolian J Psychiatry* 2017;18:121–8.
  50. Arslan M, Yazıcı A, Yılmaz T, Coşkun S, Kurt E. Long-term effects of the rehabilitation program on the clinic, social functionality and quality of life of patients with schizophrenia: Monitoring work. *Anatolian J Psychiatry* 2015;16:238–46.
  51. Elboğa G, Kocamer-Şahin Ş, Altındağ A. Contribution of skills training in a community mental health center to daily living activities and cognitive functions. *Current Approaches in Psychiatry* 2019;11(Suppl 1):1–8
  52. Rouillon F, Eriksson L, Burba B, Raboch J, Kaprinis G, Schreiner A. Functional recovery results from the risperidone long-acting injectable versus quetiapine relapse prevention trial (ConstaTRE). *Acta Neuropsychiatr* 2013;25:297–306.
  53. İpçi K, İncedere A, Kiras F, Yıldız M. An examination of the relationship between subjective recovery and cognitive insight in patients with schizophrenia. *Journal of Health Sciences of Kocaeli University* 2018;4:1–4.
  54. Van Eck RM, Burger TJ, Vellinga A, Schirmbeck F, de Haan L. The Relationship Between Clinical and Personal Recovery in Patients With Schizophrenia Spectrum Disorders: A Systematic Review and Meta-analysis. *Schizophr Bull* 2018;44:631–42.
  55. Kukla M, Lysaker PH, Roe D. Strong subjective recovery as a protective factor against the effects of positive symptoms on quality of life outcomes in schizophrenia. *Compr Psychiatry* 2014;55:1363–8.