

**Araştırma / Original article****Adli psikiyatri hastalarının içselleştirilmiş damgalanma ve sosyal işlevsellik düzeyleri****Leyla BAYSAN ARABACI,<sup>1</sup> Ceyda BAŞOĞUL,<sup>2</sup> Ayşe BÜYÜKBAYRAM<sup>1</sup>****ÖZET**

**Amaç:** Ruh sağlığı ve hastalıkları hastanelerinin adli psikiyatri birimlerinde tedavi olan suç işlemiş ve ruh sağlığı bozukluğu olan bireylerin içselleştirilmiş damgalanma (İD) ve sosyal işlevsellik (Sİ) düzeylerini belirlemektir. **Yöntem:** Kesitsel tipteki araştırma, Ocak-Nisan 2013 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmanın Türkiye’de adli psikiyatri birimi olan beş hastanede yürütülmesi planlanmış, ancak iki hastane yönetiminin çalışmanın yapılmasını onaylamaması nedeniyle çalışma üç hastanede yapılmıştır. Bu hastanelerde tedavi olan hastalardan (s=109) katılamayacak düzeyde psikiyatrik belirtileri olan (s=22) hastalar dışında toplam 87 hasta araştırmamıza katılmıştır. Veriler, araştırmacılar tarafından hastalarla yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. Araştırmada Tanıtıcı Bilgi Formu, Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ) ve Sosyal İşlevsellik Ölçeği (SİÖ) kullanılmıştır. Verilerin değerlendirmesinde, sayı ve yüzde dağılımları yapılmış, değişkenler arasındaki ilişki t-testi, varyans analizi ve korelasyon analiziyle incelenmiştir. **Bulgular:** Hastaların %94.3’ü erkek ve yaş ortalaması 37.78±11.12’dir. Hastaların RHİDÖ alt ölçek puan ortalamaları öz damgalanma için 44.43±12.80, yabancılaşma için 14.33±3.58, kalıp yargıları onaylama için 16.90±3.85, algılanan ayrımcılık için 12.11±2.89; sosyal geri çekilme için 14.34±3.61 ve damgalanmaya karşı direnç için 13.26±2.03 olarak bulunmuştur. SİÖ alt ölçek puan ortalamaları çekilme için 10.44±2.48, kişilerarası iletişim için 4.87±2.28, bağımsızlık/performans için 12.25±6.98, bağımsızlık/ yetkinlik için 31.54±8.36, hobiler için 8.54±4.73, öncül sosyal etkinlik için 8.23±7.31 ve iş için 4.16±2.60 olarak bulunmuştur. Hastaların özdamgalanma ölçek puan ortalamalarının yükseldikçe Sİ puan ortalamalarının düştüğü ve bazı sosyodemografik değişkenlerin Sİ ve İD ölçek puan ortalamalarını etkilediği saptanmıştır. **Sonuç:** Adli psikiyatri biriminde tedavi olan hastaların İD ve Sİ düzeylerinin orta düzeyde olduğu, İD eğilimleri arttıkça Sİ düzeylerinin azaldığı, İD eğilimleri ile Sİ düzeylerinin bazı sosyodemografik değişkenlerden etkilendiği belirlenmiştir. (*Anadolu Psikiyatri Derg* 2015; 16(2):113-121)

**Anahtar sözcükler:** İçselleştirilmiş damgalanma, sosyal işlevsellik, adli psikiyatri hastası

**Social functionality and internalized stigmatization levels of forensic psychiatry patients****ABSTRACT**

**Objective:** The aim was to determine the internalized stigma and social functioning levels of the individuals who committed crime and had mental disorder and were treated in forensic psychiatry units of mental health and illnesses hospitals. **Methods:** This cross-sectional research was carried out between the dates of January and April 2013. It was planned to carry out the research in five hospitals having forensic psychiatry unit in Turkey, but because of two hospital administrations’ disapproval, it was carried out in three hospitals. Of the patients treated in those three hospitals (n=109), totally 87 patients participated our research except the patients who had psychiatric symptoms at a level that they couldn’t participate (n=22). Data were collected by talking to the patients face to

<sup>1</sup> İzmir Katip Çelebi Üniv. Sağlık Bilimleri Fak. Hemşirelik Bölümü Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği ABD, İzmir

<sup>2</sup> Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Psikiyatri Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği ABD, Antalya

**Yazışma Adresi / Correspondence address:**

Yrd.Doç.Dr. Leyla BAYSAN ARABACI, Katip Çelebi Üniv. Sağlık Bilimleri Fak. Hemşirelik Bölümü, İzmir

E-mail: baysanarabaci@hotmail.com

Geliş tarihi: 23.03.2014, Kabul tarihi: 07.07.2014, doi: 10.5455/apd.155230

**Anadolu Psikiyatri Derg 2015; 16:113-121**

face. In the research, Descriptive Information Form, Internalized Stigma of Mental Illness Scale (ISMI) and Social Functioning Scale (SFS) were used. In data evaluation, number-percentage distribution was done and the relationship between the variables was examined by t-test, variance analysis and correlation analysis. **Findings:** 94.3% of the patients were men and their average of age was  $37.78 \pm 11.12$ . Patients' average points of ISMI subscales were found as  $44.43 \pm 12.80$  for self-stigma,  $14.33 \pm 3.58$  for alienation,  $16.90 \pm 3.85$  for approving literal judgements,  $12.11 \pm 2.89$  for perceived discrimination,  $14.34 \pm 3.61$  for social withdrawal, and  $13.26 \pm 2.03$  for resist against stigma. Average points of SFS subscales were found as  $10.44 \pm 2.48$  for withdrawal,  $4.87 \pm 2.28$  for interpersonal communication,  $12.25 \pm 6.98$  for independence performance;  $31.54 \pm 8.36$  for independence competence;  $8.54 \pm 4.73$  for hobbies,  $8.23 \pm 7.31$  for initial social activity and  $4.16 \pm 2.60$  for job. It was determined that the more self-stigma scale average points increased, the more social functioning average points decreased and some sociodemographic variables affected the average points of social functioning and self-stigma scale. **Conclusion:** It was determined that the patients treated in forensic psychiatric unit had self-stigma and social functioning levels at a medium level, the more their tendency of self-stigma increased the more their social functioning levels decreased and their self-stigma tendencies and social functioning levels were affected by some sociodemographic variables. (Anatolian Journal of Psychiatry 2015; 16(2):113-121)

**Key words:** internalized stigmatization, social function, forensic psychiatric patient

## GİRİŞ

Damgalama, genel olarak kronik bir hastalık tanısı konmuş olan insanlar hakkındaki olumsuz düşünce kalıplarının doğurduğu bir statü kaybı ve dışlamadır.<sup>1</sup> Damgalama, ruhsal bozukluk tanısı konan bireyler için ayrıca önem taşımaktadır ve ruh sağlığı standartlarının iyileştirilmesi için Dünya Sağlık Örgütü'nün gündeminde öncelikli konular arasında yer almaktadır.<sup>2</sup> Erken çağlardan bu yana ruhsal bozukluk yaşayanlar toplumda en çok damgalanan bireyler olmuştur.<sup>3</sup> Damgalanma, hastaların kendilik saygısının azalmasına ve sıklıkla moral bozukluğu, sosyal uyumda bozulma, suçluluk ve utanç duygularında artışa neden olmaktadır.<sup>4</sup> Hastalar, damgalanma algısı nedeniyle, hastalık etkilerinden bağımsız olarak, yeniden eski toplumsal ve mesleki rollerine dönememektedir. Damgalanma algısı, ruhsal nedenlerle kendini toplumdan soyutlamaya ve davranışsal kaçınmaya yol açmaktadır. Bu durum, hastaların daha az sosyal destek almalarına neden olarak<sup>3</sup> iyileşme süreçlerini olumsuz yönde etkilemektedir. Toplumda eski işlevselliğine dönemeyen ve toplumsal bağları zayıflayan hastalar daha fazla damgalanmakta ve bu bir kısır döngü şeklinde sürmektedir.<sup>5</sup> Bireyin toplumdaki olumsuz kalıp yargıları kendisi için kabullenmesi ve bunun sonucunda değersizlik, utanç gibi olumsuz duygularla kendisini toplumdan geri çekmesi durumunda içselleştirilmiş damgalama,<sup>6</sup> hastalık belirtilerini kötüleştirerek, iyileşmeyi geciktirmek ve hastalar zarar görmektedir.<sup>7</sup>

Sosyal işlevsellik (Sİ), geniş anlamıyla çalışabilme, kişilerarası ilişkileri sürdürebilme ve kendine bakabilme yetisi olarak tanımlanmıştır.<sup>8</sup> Çalışmalar<sup>5,9,10</sup> psikiyatri hastalarında damgalanmanın, hastaların toplumsal ve Sİ düzeyini olumsuz yönde etkilediğini göstermektedir. Bir

çalışmada, hastaların %46'sı kendilerini tam veya kısmen yetersiz veya eksikmiş gibi hissettiklerini, yaklaşık %40'ı çevresindeki kişiler tarafından tam veya kısmen yetersiz veya eksikmiş gibi görüldüklerini bildirmiştir. Aynı çalışmada, hastaların %60'ı hastalıklarının evlenme konusunda olumsuzluk yaratacağını ve yaklaşık %55'i de iş bulma konusunda zorluk yaşayacağını düşünmektedir. Hastaların yaklaşık yarısı, toplumsal ilişkilerde hastalıklarının kendilerine olumsuz etki yaptığını algılamaktadır. Hastalar topluma göre kendilerini daha fazla damgalamakta ve toplumla ilişkileri arttıkça, kendilerini damgalama eğilimleri de artmaktadır.<sup>11</sup>

Çeşitli çalışmalar<sup>12-21</sup> toplumumuzda ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik damgalama eğilimini açıkça göstermektedir. Toplum tarafından ruhsal bozukluklara karşı geliştirilen tepkilerin benzerleri hatta daha fazlası, adli psikiyatri hastalarına da gösterilmektedir. Çünkü bu hastalar hem suçlu, hem de ruh sağlığı bozuk olarak iki kez etiketlenen<sup>22</sup> ve toplumla daha az ilişkide bulunan bir hasta grubunu oluşturmaktadır. Bay-san Arabacı ve arkadaşları, RSHH'de çalışan hemşirelerin tutumlarını inceledikleri bir çalışmada, hemşirelerin adli psikiyatri hastalarına yönelik olumsuz tutum eğilimi gösterdiklerini ve bu hastaları tehlikeli olarak algıladıklarını belirlemiştir.<sup>23</sup> Adli psikiyatri hastalarına yönelik az sayıda çalışmanın olduğu Türkiye'de, adli psikiyatride bakımları yürütülen bireylerin bu olumsuz tutum ve yargılardan nasıl etkilendiklerini (içselleştirilmiş damgalama-İD) ve bunun Sİ'leri üzerine etkisini gösterir bir çalışma yoktur. Buradan hareketle, bu çalışma Türkiye'de RSHH'nin adli psikiyatri birimlerinde tedavi olan bireylerin:

- İD ve Sİ düzeylerini belirlemek,
- İD durumları ile Sİ düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemek,

- Hastaların sosyodemografik özelliklerinin İD ve Sİ düzeylerine etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır.

## YÖNTEM

Kesitsel ve tanımlayıcı nitelikteki bu araştırma verileri 15 Ocak-30 Nisan 2013 tarihleri arasında toplanmıştır. Türkiye'de Sağlık Bakanlığı'na bağlı ve Adli Psikiyatri Birimi olan beş RSHH'de (Adana, Elazığ, İstanbul-Bakırköy, Manisa, Samsun) yürütülmesi planlanan araştırma, iki hastane yönetiminin çalışmanın yapılmasını onaylamaması nedeniyle üç hastanede yapılmıştır. Bu üç hastanede tedavi olan hastalardan (s=109) katılamayacak düzeyde psikiyatrik belirtileri olan ve çalışmaya katılmak istemeyenler (s=22) dışında toplam 87 hasta araştırmaya alınmıştır. Veriler, araştırmacılar tarafından hastalarla yüz yüze görüşerek toplanmıştır.

### Veri toplama araçları

Araştırmada veri toplama aracı olarak üç form kullanılmıştır:

**Tanıtıcı Bilgi Formu:** Araştırmacılar tarafından ilgili literatür taranarak oluşturulan form, hastaların sosyodemografik özelliklerini (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, ruhsal hastalık bilgisi gibi) belirlemeye yönelik kapalı ve açık uçlu olarak hazırlanmış 16 sorudan oluşmaktadır.

**Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ):** Ritsher ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş ve ruhsal bozukluğu olanların damgalanmaya ilişkin içsel yaşantılarını yansıtan 'içsel damgalanmayı' değerlendirmektedir. Yirmi dokuz maddeden oluşan ve içsel damgalanmayı değerlendiren bir öz-bildirim ölçeğidir.<sup>24</sup> Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Ersoy ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. RHİDÖ ve alt ölçeklerinin güvenilirlik katsayıları 0.63-0.93 arasında bulunmuştur.<sup>25</sup> Bu örneklem grubu için 0.79 olarak hesaplanmıştır. Beş alt boyuttan oluşan Likert tipi ölçek maddeleri 1-4 arasında puanlanmaktadır. 'Damgalanmaya karşı direnç' alt ölçek maddeleri ters puanlanmaktadır. Toplam RHİDÖ puanı 4-91 puan arasında değişmektedir. Yüksek puan, kişinin içselleştirilmiş damgalanmasının olumsuz yönde daha şiddetli olduğu anlamına gelmektedir.<sup>25</sup>

**Sosyal İşlevsellik Ölçeği (SİÖ):** Birchwood ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Yedi bölümden oluşan ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Erakay tarafından yapılmıştır.<sup>26</sup> SİÖ, kişinin bütün sosyal rolüne yapılan yargıyı gerektiren rol işlevlerini nicelik yönünden

değerlendiren bir araçtır. Yüksek puan, işlevsellikte olumluya doğru gidişi göstermektedir. Özkan ve arkadaşlarının çalışmasında ölçeğin güvenilirlik katsayısı 0.79 bulunurken,<sup>27</sup> bu çalışmada 0.70 olarak hesaplanmıştır.

Verilerin değerlendirmesinde, sayı ve yüzde dağılımları yapılmış ve değişkenler arasındaki ilişki t-testi, varyans analizi ve korelasyon analiziyle incelenmiştir.

### Araştırmanın etiği

Araştırmanın yapılabilmesi için İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulu'ndan ve RSHH'nin bağlı bulunduğu Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliklerinden yazılı izin alınmıştır. Araştırmaya katılan hastalara isim belirtmeyecekleri, verecekleri bilgilerin gizli kalacağı ve araştırma dışında herhangi bir yerde kullanılmayacağına ilişkin açıklama yapılmıştır. Araştırmaya katılıp katılmama konusunda hiçbir baskı yapılmadan gönüllü katılım olmasına özen gösterilmiştir.

## BULGULAR

Hastaların %94.3'ü erkek ve yaş ortalaması 37.78±11.12'dir. Hastaların %60.9'u ilköğretim, %20.7'si orta öğretim ve %3.4'ü üniversite mezunudur; %6.9'u okuryazar değildir. Araştırmanın yapıldığı güne kadar en uzun süre köyde yaşadığını belirten hasta oranı %40.2'iyken, araştırmanın yapıldığı sırada %31.0'i halen köyde yaşadığını belirtmiştir. Hastaların %35.6'sında yurt içi veya yurt dışı göç öyküsü varken, %64.4'ünün hiç göç yaşamadığı belirlenmiştir (Tablo 1).

Hastaların %17.2'si boşanmış ve %31.0'i halen evli olup, %19.5'i hastaneye yatmadan önce eşi ve çocukları ile, %58.6'sı de eşi, çocukları ve/veya anne-babaları ile birlikte yaşadığını belirtmiştir. Hastaların %43.7'si hastaneye yatmadan önce çalışmadığını belirtmiştir. Hastaların %52.9'u araştırmanın yürütüldüğü sıradaki gelir durumunu orta, %39.1'i kötü olarak değerlendirmiştir. Hastaların %41.4'ünün sağlık harcamalarının Genel Sağlık Sigortası kapsamında Yeşilkart tarafından karşılandığı saptanmıştır (Tablo 1).

Hastaların %75.9'unun tanısı psikotik bozukluk (şizofreni, şizoaffektif bozukluk, akut psikotik bozukluk başka türlü adlandırılmayan psikotik bozukluk, genel tıbbi duruma bağlı olmayan psikotik bozukluk gibi), %24.1'inin non-psikotik bozuklukta (affektif bozukluk, alkol-madde bozukluğu, kişilik bozukluğu gibi); %80.5'i altı yıl

**Tablo 1.** Hastaların tanıtıcı özellikleri

| Tanıtıcı özellikler           | Sayı        | %     |
|-------------------------------|-------------|-------|
| Yaş (Ort.±SS)                 | 37.78±11.12 |       |
| 16-28                         | 11          | 12.7  |
| 29-38                         | 41          | 47.1  |
| 39-48                         | 20          | 23.0  |
| 49 ve ↑                       | 15          | 17.2  |
| Cinsiyet                      |             |       |
| Kadın                         | 5           | 5.7   |
| Erkek                         | 82          | 94.3  |
| Eğitim düzeyi                 |             |       |
| Okuryazar değil               | 6           | 6.9   |
| Okuryazar                     | 7           | 8.0   |
| İlköğretim                    | 53          | 60.9  |
| Orta öğretim                  | 18          | 20.7  |
| Üniversite                    | 3           | 3.4   |
| En uzun yaşanan yer           |             |       |
| Köy                           | 35          | 40.2  |
| İlçe                          | 27          | 31.0  |
| Şehir                         | 17          | 19.5  |
| Büyükşehir                    | 8           | 9.2   |
| Halen yaşanan yer             |             |       |
| Köy                           | 27          | 31.0  |
| İlçe                          | 28          | 32.2  |
| Şehir                         | 29          | 33.3  |
| Büyükşehir                    | 3           | 3.4   |
| Göç                           |             |       |
| Göç yok                       | 56          | 64.4  |
| İç göç var                    | 24          | 27.6  |
| Dış göç var                   | 7           | 8.0   |
| Medeni durum                  |             |       |
| Hiç evlenmemiş                | 42          | 48.3  |
| Boşanmış                      | 15          | 17.2  |
| Eşi ölmüş                     | 3           | 3.4   |
| Evli                          | 27          | 31.0  |
| Kiminle yaşıyor               |             |       |
| Anne-baba ile                 | 41          | 47.1  |
| Eş ve çocuklar ile            | 17          | 19.5  |
| Eş, çocuklar ve anne-baba ile | 10          | 11.5  |
| Yalnız                        | 13          | 14.9  |
| Diğer                         | 6           | 6.9   |
| Çalışma durumu                |             |       |
| Çalışmıyordum                 | 38          | 43.7  |
| Düzensiz çalışıyordum         | 24          | 27.6  |
| Düzenli çalışıyordum          | 25          | 28.7  |
| Gelir durumu                  |             |       |
| Kötü                          | 34          | 39.1  |
| Orta                          | 46          | 52.9  |
| İyi                           | 7           | 8.0   |
| Sağlık güvencesi              |             |       |
| Yok                           | 15          | 17.2  |
| Yeşil kart                    | 36          | 41.4  |
| SSK                           | 20          | 23.0  |
| Emekli Sandığı                | 8           | 9.2   |
| Bağ-Kur                       | 8           | 9.2   |
| Toplam                        | 87          | 100.0 |

**Tablo 2.** Hastaların psikiyatrik hastalık özgeçmişleri

|                                       | Sayı | %     |
|---------------------------------------|------|-------|
| Psikiyatrik bozukluk tanısı           |      |       |
| Psikotik bozukluk                     | 66   | 75.9  |
| Non-psikotik bozukluk                 | 21   | 24.1  |
| Psikiyatrik bozukluk süresi           |      |       |
| 0-1 yıl                               | 7    | 8.0   |
| 2-5 yıl                               | 10   | 11.5  |
| 6 ve ↑ yıl                            | 70   | 80.5  |
| Hastaneye yatış sayısı                |      |       |
| Hiç                                   | 13   | 14.9  |
| Bir kez                               | 12   | 13.8  |
| İki kez                               | 14   | 16.1  |
| Üç ve ↑                               | 48   | 55.2  |
| Hastanede yatış süresi                |      |       |
| 0-3ay                                 | 50   | 57.5  |
| 4-6 ay                                | 9    | 10.3  |
| 7-12 ay                               | 4    | 4.6   |
| 1-3 yıl                               | 14   | 16.1  |
| 4 ve ↑ yıl                            | 10   | 11.5  |
| Ailesinde psikiyatrik bozukluk tanısı |      |       |
| Yok                                   | 52   | 59.8  |
| Var                                   | 35   | 40.2  |
| Toplam                                | 87   | 100.0 |

ve daha uzun süredir tedavi görmekteydi. %55.2'sinin üç veya daha çok sayıda hastaneye yatış öyküsü vardır, %67.8'inin hastaneye son yatışındaki tedavi süresi altı ay veya daha kısadır. %40.2'si birinci derece akrabalarında (%6.9'unun annesi, %8.0'inin babası, %21.0'inin kardeşi, %2.3'ünün çocuğu ve %1.1'inin eşi) ruhsal bozukluk tanısı olduğunu belirtmiştir (Tablo 2).

Hastaların RHİDÖ alt ve toplam ölçek puan ortalamaları sırasıyla şöyledir: 'Yabancılaşma' için 14.33±3.58 (max:24), 'kalıp yargıları onaylama' için 16.90±3.85 (max:28), 'algılanan ayrımcılık' için 12.11±2.89 (max:24), 'sosyal geri çekilme' için 14.34±3.61 (max:24), 'damgalanmaya karşı direnç' için 13.26±2.03 (max:20) ve toplam ölçek (içselleştirilmiş damgalanma) için 44.43±12.80 (max:91).

Hastaların SiÖ alt ölçek puan ortalamaları şöyle bulunmuştur: 'Çekilme' 10.44±2.48, 'kişilerarası iletişim' 4.87±2.28, 'bağımsızlık performans' 12.25±6.98, 'bağımsızlık yetkinlik' 31.54±8.36, 'hobiler' 8.54±4.73, 'öncül sosyal etkinlikler' 8.23±7.31 ve 'iş/meslek' 4.16±2.60'dir.

Hastaların SiÖ'nin alt boyutları ile RHİDÖ ve alt boyutlarının puan ortalamaları arasında istatis-

**Tablo 3.** Hastaların RHİDÖ ve SİÖ toplam ve alt ölçek puan ortalamaları arasındaki ilişki

|                          |   | Yabancılaşma | İçselleştirilmiş Kalıp yargıların onaylanması | Damgalanma Algılanan ayrımcılık | Ölçeği (RHİDÖ) (Sayı=87) Sosyal geri çekilme | Damgalanmaya karşı direnç | Ölçek toplam |
|--------------------------|---|--------------|-----------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------------------|---------------------------|--------------|
| Sosyal çekilme           | r | -0.292**     | -0.139                                        | -0.184                          | -0.189                                       | -0.026                    | -0.214*      |
|                          | p | 0.006        | 0.199                                         | 0.088                           | 0.080                                        | 0.814                     | 0.046        |
| Kişilerarası İletişim    | r | -0.254*      | -0.060                                        | -0.225**                        | -0.153                                       | -0.246*                   | -0.222*      |
|                          | p | 0.018        | 0.583                                         | 0.036                           | 0.158                                        | 0.022                     | 0.039        |
| Bağımsızlık performans   | r | -0.252*      | -0.229*                                       | -0.167                          | -0.237*                                      | -0.299**                  | -0.291**     |
|                          | p | 0.019        | 0.033                                         | 0.123                           | 0.027                                        | 0.005                     | 0.006        |
| Bağımsızlık yetkinlik    | r | -0.163       | -0.224*                                       | -0.171                          | -0.174                                       | -0.091                    | -0.215*      |
|                          | p | 0.132        | 0.037                                         | 0.114                           | 0.107                                        | 0.403                     | 0.046        |
| Hobiler                  | r | -0.123       | -0.054                                        | -0.114                          | -0.124                                       | -0.332**                  | -0.164       |
|                          | p | 0.255        | 0.621                                         | 0.292                           | 0.252                                        | 0.002                     | 0.128        |
| Öncül sosyal etkinlikler | r | -0.231**     | -0.214*                                       | -0.265*                         | -0.256*                                      | -0.304**                  | -0.310**     |
|                          | p | 0.031        | 0.047                                         | 0.013                           | 0.017                                        | 0.004                     | 0.004        |
| İş/meslek                | r | -0.052       | -0.029                                        | -0.112                          | -0.093                                       | -0.110                    | -0.007       |
|                          | p | 0.632        | 0.793                                         | 0.301                           | 0.393                                        | 0.312                     | 0.951        |

\*  $p < 0.05$ , \*\*  $p < 0.01$ **Tablo 4.** Hastaların RHİDÖ ve SİÖ'nün alt ve toplam ölçek puan ortalamalarını etkileyen değişkenler

|                         | Yabancılaşma          | Kalıp yargıları onaylama | Algılanan ayrımcılık | Sosyal geri çekilme | Damgalanmaya karşı direnç | Ölçek toplam | Sosyal çekilme         | Kişilerarası iletişim | Bağımsızlık-performans | Bağımsızlık-yetkinlik | Hobiler | Öncül sosyal etkinlik | İş/meslek |
|-------------------------|-----------------------|--------------------------|----------------------|---------------------|---------------------------|--------------|------------------------|-----------------------|------------------------|-----------------------|---------|-----------------------|-----------|
| Medeni durum            |                       |                          |                      |                     |                           |              | F=5.74**<br>p=0.001    |                       |                        |                       |         |                       |           |
| Eğitim durumu           |                       |                          |                      |                     |                           |              | F=2.40*<br>p=0.044*    |                       |                        |                       |         |                       |           |
| Çalışma durumu          |                       | F=3.32*<br>p=0.041*      |                      |                     |                           |              |                        |                       |                        |                       |         | F=5.15**<br>p=0.008   |           |
| Algılanan gelir durumu  |                       |                          | F=3.38*<br>p=0.039*  |                     |                           |              | F=8.34**<br>p=0.001**  |                       |                        |                       |         | F=6.11**<br>p=0.003** |           |
| En uzun yaşanan yer     |                       |                          |                      |                     |                           |              | F=4.02**<br>p=0.01**   |                       |                        | F=3.48*<br>p=0.02     |         | F=3.58*<br>p=0.017    |           |
| Aile tipi               |                       |                          |                      |                     |                           |              | F=10.85**<br>p=0.001** | F=2.70*<br>p=0.036*   |                        |                       |         |                       |           |
| Psikiyatrik tanı        | t=-2.92**<br>p=0.005  |                          |                      |                     | t=-2.59*<br>p=0.011       |              |                        |                       |                        |                       |         |                       |           |
| Ailede psikiyatrik tanı | t=-2.81**<br>p=0.006* | t=-2.49*<br>p=0.015      | t=-2.42*<br>p=0.018  |                     | t=-2.54*<br>p=0.013*      |              |                        |                       |                        | t=-2.40*<br>p=0.019   |         |                       |           |
| Göç etme durumu         |                       |                          |                      |                     |                           |              |                        |                       |                        | t=-2.32*<br>p=0.023   |         |                       |           |

\* Bağımsız değişkenlere göre RHİDÖ ve SİÖ ölçeklerinin puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak  $p < 0.05$  düzeyinde anlamlı bir fark vardır.  
 \*\* Bağımsız değişkenlere göre RHİDÖ ve SİÖ ölçeklerinin puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak  $p < 0.01$  düzeyinde anlamlı bir fark vardır.  
 Cinsiyet, yatış süresi ve yatış sayısı ile ilişki bulunmamıştır.

tiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ( $p < 0.05$ ). SİÖ'nün alt boyutları ile RHİDÖ ve yabancılaşma, kalıp yargıların onaylanması, ayrımcılık ve geri çekilme alt ölçek puan ortalamaları arasında ters, damgalanmaya karşı direnç alt ölçek puan ortalaması arasında ise doğru orantılı bir ilişki vardır (Tablo 3).

Hastaların RHİDÖ ve SİÖ alt ölçek puan ortalamalarının bazı sosyodemografik değişkenlere göre farklılık gösterdiği belirlenmiştir ( $p < 0.05$ ) (Tablo 4). RHİDÖ için yapılan ileri analizde bu farkların, ailede psikiyatrik bozukluk tanısına sahip olan hastaların yabancılaşma, algılanan ayrımcılık, sosyal geri çekilme ve içselleştirilmiş

damgalanma puan ortalamalarının; hastaneye yatmadan önce düzensiz bir işe sahip olanların algılanan ayrımcılık puan ortalamalarının, psikotik bozukluk tanısı olan hastaların yabancılaşma ve içselleştirilmiş damgalanma puan ortalamalarının diğer hastalardan anlamlı düzeyde daha yüksek ve gelir durumunu iyi olarak algılayan hastaların sosyal geri çekilme puan ortalamalarının diğer hastalardan anlamlı düzeyde daha düşük olmasından kaynaklandığı saptanmıştır ( $p<0.05$ ). SİÖ için yapılan ileri analizde ise bu farkların, bugüne kadar en uzun süre büyükşehirde yaşayan hastaların bağımsızlık performans, hobiler ve öncül sosyal etkinlik puan ortalamalarının; çekirdek aile tipine sahip olan hastaların kişilerarası iletişim ve bağımsızlık performans puan ortalamalarının; gelir durumunu iyi olarak algılayan hastaların bağımsızlık performans ve öncül sosyal etkinlik puan ortalamalarının; geçmişinde göç etme ve ailede psikiyatrik bozukluk tanısına sahip olan hastaların bağımsızlık yetkinlik puan ortalamalarının; hastaneye yatmadan önce düzenli bir işe sahip olanların iş/meslek puan ortalamalarının, evli olanların kişilerarası iletişim puan ortalamalarının diğer hastalardan anlamlı düzeyde daha yüksek olmasından kaynaklandığı saptanmıştır ( $p<0.05$ ).

Hastaların cinsiyet, hastanede yatış süresi ve hastaneye yatma sayısının İD ve Sİ düzeylerini etkilemediği belirlenmiştir ( $p>0.05$ ).

Çoklu regresyon analizi sonucunda, hastaların sosyodemografik değişkenleri ile Sİ düzeylerinin İD'ye etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p=0.006$ ) Ancak, her değişkenin hastaların İD üzerine etkisi incelendiğinde, hastaların sadece ruhsal bozukluk tanılarının ( $p=0.009$ ) ve sosyal çekilme durumlarının ( $p=0.015$ ) İD'yi anlamlı düzeyde etkilediği, diğer değişkenler ile İD durumları arasındaki ilişkinin anlamlı olmadığı saptanmıştır ( $p>0.05$ ).

## TARTIŞMA

Yaş ortalamalarına göre gelişimsel olarak üretken ve yaratıcı dönemde olmalarına karşın,<sup>28</sup> hastaların çoğunun yetkinliğinin/verimliliğinin yeterli düzeyde olmadığı görülmektedir. Yarısından fazlasının eğitim düzeyi düşüktür. Yarıya yakını hiç evlenmemiş, küçük bir sosyal çevrede anne-babasıyla birlikte yaşamaktadır. Hastaneye yatmadan önce herhangi bir işte çalışmadığını belirten hastalar araştırmanın yürütüldüğü sırada da gelir durumunun kötü olduğunu ve sağlık harcamalarının Yeşilkart'la karşılandığını belirtmektedir.

Hastaların %75.9'unun psikotik bozukluğu vardır, ortalama altı yıl veya daha uzun süredir ruhsal bozukluk tedavisi görmektedir. Yineleyen yatış öyküsü olan hastaların %67.8'i son yatışlarında altı ay veya daha kısa süredir tedavi görmektedir. Sosyal işlevselliği bozulan şizofreni hastalarında, yineleyen hastane yatışlarının arttığı bilinmektedir.<sup>29</sup> Çalışmamızda da hastaların yarısından fazlasının üç veya daha fazla yatış öyküsü vardır.

RHİDÖ puan ortalamalarına göre, hastaların yabancılaşma, ayrımcılık ve sosyal geri çekilme eğilimlerinin orta düzeyde olduğu, kalıp yargıları onayladığı ve damgalanmaya karşı direnç geliştirdiği, dolayısıyla içselleştirilmiş damgalanmalarının orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Bazı çalışmalarda şizofreni hastalarının içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri yüksek bulunurken,<sup>30-32</sup> Werner ve arkadaşları, araştırma bulgularımıza benzer şekilde orta düzeyde bulmuştur.<sup>33</sup> Damgalama hastalar için önemli bir relaps ve yeniden hastaneye yatış nedenidir.<sup>34</sup> Çalışmamızda da, orta düzeyde içselleştirilmiş damgalanması olan hastaların yineleyen yatışlarının olduğu görülmektedir.

SİÖ puan ortalamalarına göre hastaların Sİ'leri orta düzeydedir. Orta düzeyde kişilerarası ilişkilere sahip olan hastalar ortalamasının altında bir sosyal çekilme yaşamaktadır. Bağımsız olabilmek yeterliliğine sahip olmalarına karşın bağımsız olma performansları düşüktür. Hastaların bağımsızlık yetkinliği yeterli düzeyde olmasına karşın adli psikiyatri klinik ortamlarının hastanın bağımsızlığını ortaya koyabileceği terapötik bir ortama veya alt yapıya sahip olmaması nedeniyle hastaların bağımsızlık performans puanlarının daha düşük olduğu düşünülmektedir. Klinik ortamların hastaların sosyal işlevselliğini destekleyecek nitelikte olmaması nedeniyle, boş zamanlarını değerlendirme ve öncül sosyal etkinliklerde bulunma eğilimleri de düşüktür. Hastaların ¼'ünün psikotik bozukluk tanısına sahip olması ve yaklaşık her üç hastadan birinin üç aydan daha uzun süredir klinikte yatıyor olmalarından dolayı bir işe/mesleğe sahip olma ve yürütbilme yönündeki Sİ'leri düşük bulunmuştur. Şizofrenide iş ve sosyal işlevselliğin olumlu ilişkisi çalışmalarla da ortaya konmuştur.<sup>9,10</sup> Belçika'da ruhsal bozukluğu olan hastaların damgalanma deneyimleri ve kurum özellikleri arasındaki ilişki incelenmiş ve ruh sağlığı rehabilitasyon merkezlerinin özellikleri (hasta popülasyonu, sağlanan etkinliklerin türleri)<sup>35,36</sup> ile arasında zayıf da olsa bir ilişki olduğu saptanmıştır. Türkiye'de ise RSHH'deki 'adli psikiyatri birimleri'nde, gerek oluşturulan terapötik ortam, gerekse sunulan

bakım hizmetleri açısından bir standardizasyon yoktur. Her hastane, adli bakım hizmetlerini yürüttüğü servisi kendi kültürü doğrultusunda düzenlemekte ve örgütlemektedir.<sup>37</sup> Üstelik Türkiye’de bu alanda çalışan hemşireler de formel bir eğitim süreciyle ‘adli psikiyatri’de uzmanlaşma olmadığı için, bu birimlerde bilgi ve becerilerini sıklıkla deneyimleriyle elde etmiş olan hemşireler çalışmaktadır.<sup>23,37</sup>

Hastaların İD ile Sİ’leri arasında bir ilişki söz konusudur. Hastalar yabancılaşıma yönünde İD arttıkça sosyal çekilme yaşamakta, kişilerarası iletişimi bozulmakta ve öncül sosyal etkinliklere katılım ve bağımsızlık performansları düşmektedir. Ruhsal bozukluklara yönelik kalıp yargıları onaylama eğilimi arttıkça öncül sosyal etkinliklere katılımı, bağımsızlık yetkinlik ve bağımsızlık performansı düşmektedir. Algıladıkları ayrımcılık arttıkça kişilerarası iletişimlerini bozulmakta ve öncül sosyal etkinliklere katılımları azalmaktadır. Sosyal geri çekilme eğilimi gösterdikçe öncül sosyal etkinliklere katılım ve bağımsızlık performansları düşmektedir. Hastalar damgalanmaya karşı direnç geliştirdikçe kişilerarası iletişimlerini artmakta, öncül sosyal etkinliklere ve boş zaman etkinliklerine katılımı, dolayısıyla bağımsızlık performansları artmaktadır. Sibitz ve arkadaşları, damgalanma direncini özsaygı, güçlendirme ve yaşam kalitesiyle olumlu ve depresyonla olumsuz yönde ilişkili bulmuşlardır. Ayrıca, yeterli sayıda arkadaş sahibi olmanın, ayrılmış olmak yerine bekar veya evli olmanın yüksek damgalanma direnci ile ilişkili olduğu bulunmuştur.<sup>38</sup> Hastalar, İD eğilimleri arttıkça sosyal çekilme eğilimi göstermekte, kişilerarası iletişimlerini bozulmakta, öncül sosyal etkinliklere katılımları azalmakta, bağımsızlık performansları ve bağımsızlık yetkinlik düzeyleri düşmektedir. Yanos ve arkadaşları ruhsal bozukluğu olan bireylerde İD’nin sosyal ilişkileri etkilediğini belirtmişlerdir.<sup>5</sup> Hill ve Startup, şizofreni hastalarında İD ile negatif belirtiler, Sİ ve öz-yeterlilik arasında güçlü bir ilişki olduğunu; ayrıca öz-yeterliliğin negatif belirtilerle güçlü ve Sİ ile orta düzeyde ilişkili olduğunu saptamışlardır.<sup>39</sup> Özetle hastaların İD eğilimleri arttıkça Sİ’leri bozulmaktadır. Bu nedenle adli psikiyatri hastalarına, tedavi oryantasyonlarını hızlandırmak ve Sİ’lerini artırmak için İD’yi azaltmayı amaçlayan çeşitli tedavi stratejilerinin (ruhsal eğitim, kabul ve kararlılık terapisi, öz-damgalamayı bitirme gibi) uygulanması gerekli ve önemlidir.<sup>40-42</sup>

Hastaların bazı sosyodemografik değişkenleri İD ve yabancılaşıma, algılanan ayrımcılık, sosyal geri çekilme durumlarını etkilemektedir. Ailede psikiyatrik bozukluk öyküsüne sahip olma,

yabancılaşıma, algılanan ayrımcılık, sosyal geri çekilme ve İD’lerini; hastaneye yatmadan önce çalışma durumu algılanan ayrımcılığı; gelir durumu algısı sosyal geri çekilmelerini etkilemektedir.

Çalışmalar Sİ’nin eğitim, iş sahibi olma, sosyal destek gibi çeşitli çevresel etkenlerden etkilenebildiğini göstermiştir.<sup>43,44</sup> Çalışmamızda da, hastaların bazı sosyodemografik değişkenlerinin (ruhsal hastalık tanısı, en uzun süre yaşanan yerleşim birimi, algılanan gelir durumu, göç ve ailede psikiyatrik bozukluk tanı öyküsüne sahip olma durumu, hastaneye yatmadan önce çalışma durumları) Sİ’yi etkilediği görülmektedir. Erol ve arkadaşları evli şizofreni hastalarının Sİ düzeylerinin daha yüksek olduğunu bildirirken, Usall ve arkadaşları medeni durumun Sİ üzerine etkisinin olmadığını bildirmiştir.<sup>45</sup> Çalışmamızda, hastaların medeni durumlarının kişilerarası iletişimlerini etkilediği görülmektedir. Literatürde kadın şizofreni hastalarında sosyal işlevselliğin daha iyi olduğu sık vurgulanmış<sup>45,46</sup> olmasına karşın, çalışmamızda, hastaların cinsiyetinin İD ve Sİ düzeylerini etkilemediği belirlenmiştir.

Hastaların İD eğilimlerini bazı sosyodemografik özelliklerin ve Sİ düzeylerinin etkilediği, değişkenler arası ilişkinin anlamlı olduğu, ancak bu sosyodemografik değişkenlerin etkisinin sınırlı düzeyde olduğu ve bunun raslantısal olabileceği sonucuna varılmıştır. İD eğilimleri ile sadece sahip olunan ruhsal bozukluk tanısı ve sosyal çekilme durumu ilişkili bulunmuştur. Konu ile ilgili literatürde çalışma sonuçlarının farklılık gösterdiği görülmektedir. Brohan ve arkadaşlarının 14 Avrupa ülkesinde yürüttükleri ve hastaların %41’inde İD’nin yüksek bulunduğu çalışmada, sadece yaşı İD durumunu etkilediği saptanmıştır.<sup>47</sup> Hırvatistan’da 62 adli psikiyatri hastasıyla yapılan çalışmada, damgalanma deneyimlerinin ciddi psikiyatrik belirtiler, genç yaş ve şiddet içermeyen suç ile ilişkili olduğu saptanmıştır.<sup>48</sup> Livingston ve arkadaşları öz damgalama düzeyi, psikiyatrik belirti şiddeti, hapsedilme süresi ve evsizlik öyküsü ile önemli ölçüde ilişkili bulunmuştur.<sup>49</sup>

## SONUÇ

Araştırma bulguları, Türkiye’de yataklı adli psikiyatri birimi bulunan üç hastanede tedavi olan adli psikiyatri hastalarının İD ve Sİ’lerinin orta düzeyde olduğunu, İD eğilimleri arttıkça Sİ’lerinin bozulduğunu ve bazı sosyodemografik özelliklerinin içselleştirilmiş damgalama ve Sİ düzeylerini sınırlı düzeyde de olsa etkilediğini ortaya

koymuştur. Psikotik bozukluk tanısı konan ve sosyal geri çekilme düzeyi yüksek olan hastaların İD eğilimlerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu bulgulara göre, ruhsal bozukluğu olan bireylerde İD ile mücadelede, sosyal izolasyonu ve psikotik bozukluk tanısı olan hastalar özellikle risk grubu olarak görülmeli ve bu hastaların Sİ'lerini artırmak için içselleştirilmiş damgalanma ile mücadeleyi de içeren kapsamlı tedavi ve bakım stratejilerinin geliştirilmesi önerilir. Ayrıca, bu hastaların bakım ve tedavilerinin yürütüldüğü

birimlerdeki terapötik ortamın iyileştirilmesi ve geleceğe yönelik nitelikli terapötik ortamların yer aldığı yüksek güvenli hastanelerin açılması önerilir. Bunların yanı sıra, adli psikiyatri hastasına hizmet sunan sağlık çalışanlarına yönelik ruh sağlığı bozuk suçlu bireye yaklaşım ve bakım konusunda kapsamlı ve düzenli hizmet içi eğitim programlarının oluşturulması ve yaygınlaştırılması ve sağlık çalışanlarının bilgi ve becerilerinin yapılandırılmış bir formal eğitimle geliştirilip uzmanlaşmanın sağlanması önerilir.

### KAYNAKLAR

1. Link BG, Phelan JC. Conceptualizing stigma. *Annu Rev Sociol* 2001; 27:363-385.
2. World Health Organization. *The World Health Report: Mental Health. New Understanding New Hope*. Geneva: World Health Organization, 2001.
3. Taşkın EO. Damgalama, ayrımcılık ve ruhsal hastalık. *3P Dergisi* 2004; 12(Ek.3):5-12.
4. Taşkın EO. İçselleştirilmiş damgalama ve damgalama algısı. EO Taşkın (Ed.), *Stigma Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumlar ve Damgalama*, İzmir: Meta Basım ve Matbaacılık, 2007, s.31-40.
5. Yanos PT, Roe D, Lysaker PH. Narrative enhancement and cognitive therapy: A new group based treatment for internalized stigma among persons with severe mental illness. *Int J Group Psychothe* 2011; 61:576-595.
6. Corrigan PW. The impact of stigma on severe mental illness. *Cogn Behav Pract* 1998; 5:201-222.
7. Peterson D, Barnes A, Duncan C. *Fighting shadows: Self-stigma and mental illness*. Auckland, Mental Health Foundation of New Zealand, 2008.
8. Amerikan Psikiyatri Birliği. *DSM-IV Tanı Ölçütleri Başvuru Kitabı*. E Köroğlu (Çev. Ed.), Yeniden Gözden Geçirilmiş Baskı, Ankara: HYB, 2000.
9. Angell B, Test MA. The relationship of clinical factors and environmental opportunities to social functioning in young adults with schizophrenia. *Schizophr Bull* 2002; 28:259-271.
10. Erol A, Keleş Ünal E, Tunç Aydın E, Mete L. Şizofrenide sosyal işlevselliği yordayan etmenler. *Türk Psikiyatri Derg* 2009; 20:313-321.
11. Aydemir Ö. Bipolar bozukluğa yönelik tutumlar ve damgalama. EO Taşkın (Ed.), *Stigma Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumlar ve Damgalama*, İzmir: Meta Basım ve Matbaacılık, 2007, s.156-165.
12. Aker T, Özmen E, Ögel K, Sağduyu A, Uğuz Ş, Tamar D, ve ark. Birinci basamak hekimlerinin şizofreniye bakış açısı. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2002; 3:5-13.
13. Arkan B, Bademli K, Duman ÇZ. Sağlık çalışanlarının ruhsal hastalıklara yönelik tutumları: Son 10 yılda Türkiye'de yapılan çalışmalar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2011; 3:214-231.
14. Bahar A. Şizofreni ve damgalama. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2007; 2:101-110.
15. Bostancı N, Aştı N. Hemşirelerin ruh sağlığı bozuk olan bireylere karşı tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi. *Düşünen Adam* 2004; 17:87-93.
16. Çam O, Baysan-Arabacı L. Bölge psikiyatri hastanelerinde çalışan hemşirelerin ruhsal hastalıklara yönelik inançları ve etkileyen faktörler. *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci* 2014; 6(1):13-25.
17. Çam O, Bilge A. Türkiye'nin batısında yaşayan halkın ruhsal hastalığa ve hastalara yönelik inanç ve tutumlarının belirlenmesi. *Yeni Symposium* 2011; 49:131-140.
18. Sağduyu A, Aker T, Özmen E, Ögel K, Tamar D. Halkın şizofreniye bakışı ve yaklaşımı üzerine bir epidemiyolojik araştırma. *Türk Psikiyatri Derg* 2001; 12:99-110.
19. Sağduyu A, Aker T, Özmen E, Uğuz S, Ögel K, Tamar D. Relatives' beliefs and attitudes towards schizophrenia: an epidemiological investigation. *Türk Psikiyatri Derg* 2003; 14:203-212.
20. Taşkın TO, Şen SF, Özmen E, Aydemir Ö. Kırsal kesimde depresyonlu hastalara yönelik tutumlar: Sosyal mesafe ve etkileyen etmenler. *Psychiatry in Türkiye* 2006; 8:11-17.
21. Yüksel GE, Taşkın EO. Türkiye'de hekimler ve tıp fakültesi öğrencilerinin ruhsal hastalıklara yönelik tutum ve bilgileri. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2005; 6:113-121.
22. Martin T. Something special: Forensic psychiatric nursing. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2001; 8:25-32.
23. Baysan-Arabacı L, Çam O. Türkiye'de psikiyatri hastanelerinde çalışan hemşirelerin adli psikiyatri hastalarına yönelik tutumlarını etkileyen faktörler. *Türk Psikiyatri Derg* 2013; 24:253-259.

24. Ritsher JB, Otilingam PG, Grajales M. Internalized stigma of mental illness. Psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Res* 2003; 121:31-49.
25. Ersoy MA, Varan A. Ruhsal hastalıklarda içselleştirilmiş damgalanma ölçeği Türkçe formunun güvenirlik ve geçerlik çalışması. *Türk Psikiyatri Derg* 2007; 18:1-9.
26. Yaprak-Erakay S. Şizofreni Tanılı Hastalarda Sosyal İşlevsellik Ölçeği (SİÖ) Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenilirliğinin Araştırılması. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, İzmir, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2001.
27. Birchwood M, Smith J, Cochrane R. The social functioning scale. The development and validation of a new scale of social adjustment for use in family intervention programmes with schizophrenic patients. *Br J Psychiatry* 1990; 157:853-859.
28. Öztürk O. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Yedinci baskı, Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 1997, s.101-104.
29. Yıldız M, Veznedaroglu B, Eryavuz A, Kayahan B. Psychosocial skills training on social functioning and quality of life in the treatment of schizophrenia: A controlled study in Turkey. *Int J Psych Clin Pract* 2004; 8:219-225.
30. Dickerson, FB, Sommerville J, Origoni AE, Ringel NB, Parente F. Experiences of stigma among outpatients with schizophrenia. *Schizophr Bull* 2002; 28:143-155.
31. Ertugrul A, Ulug B. Perception of stigma among patients with schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004; 39:73-77.
32. Lee S, Lee MTY, Chiu MYL, Kleinman A. Experience of social stigma by people with schizophrenia in Hong Kong. *Br J Psychiatry* 2005; 186:153-157.
33. Werner P, Aviv A, Barak Y. Self-stigma, self-esteem and age in persons with schizophrenia. *Int Psychogeriatr* 2008; 20:174-187.
34. Penn DL, Kohlmaier JR, Corrigan PW. Interpersonal factors contributing to the stigma of schizophrenia: Social skills, perceived attractiveness, and symptoms. *Schizophr Res* 2000; 45:37-45.
35. Verhaeghe M, Bracke P. Organizational and individual level determinants of stigmatization in mental health services. *Community Ment Health J* 2007; 43:375-400.
36. Verhaeghe M, Bracke P. Ward features affecting stigma experiences in contemporary psychiatric hospitals: a multilevel study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2008; 43:418-428.
37. Çam O, Baysan-Arabacı L. Adli psikiyatri hemşireliği: Günümüzde Türkiye'deki durumu. *Adli Bilimler Dergisi* 2011; 10:25-32.
38. Sibitz I, Unger A, Woppmann A, Zidek T, Amering M. Stigma resistance in patients with schizophrenia. *Schizophr Bull* 2011; 37:316-323.
39. Hill K, Startup M. The relationship between internalized stigma, negative symptoms and social functioning in schizophrenia: The mediating role of self-efficacy. *Psychiatry Res* 2013; 206:151-157.
40. Knight M T D, Wilkes T, Hayward P. Group treatment of perceived stigma and self-esteem in schizophrenia: A waiting list trial of efficacy. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy* 2006; 34:305-318.
41. Luoma JB, Kohlenberg BS, Hayes SC. Reducing self-stigma in substance abuse through acceptance and commitment therapy: Model, manual development and pilot outcomes. *Addict Res Theory* 2008; 16:149-165.
42. Macinnes DL, Lewis M. The evaluation of a short group programme to reduce self-stigma in a group of people with serious and enduring mental health problems. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2008; 15:59-65.
43. McDonald J, Badger TA. Social function of persons with schizophrenia. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 2002; 40:42-50.
44. Mueser KT, Becker DR, Torrey WC, Xie H, Bond H, Drake RE, et al. Work and nonvocational domains of functioning in persons with severe mental illness: A longitudinal analysis. *J Nerv Ment Dis* 1997; 185:419-426.
45. Usall J, Haro JM, Ochoa S, Marquez M, Araya S. Influence of gender on social outcome in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 2002; 106:337-342.
46. Thorup A, Petersen L, Jeppesen P, Ohlenschlaeger J, Cristensen T, Krarup G, et al. Gender differences in young adults with first-episode schizophrenia spectrum disorders at baseline in the Danish OPUS study. *J Nerv Ment Dis* 2007; 195:396-405.
47. Brohan E, Elgie R, Sartorius N, Thornicroft G. for the 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; 122:232-238.
48. Margetic B, Aukst-Margetic B, Ivanec D, Filipcic I. Perception of stigmatization in forensic patients with schizophrenia. *Int J Soc Psychiatry* 2008; 54:502-513.
49. Livingston JD, Rossiter KR, Verdun-Jones SN. 'Forensic' labelling: An empirical assessment of its effects on self-stigma for people with severe mental illness. *Psychiatry Res* 2011; 188:115-122.