

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ŞİZOFRENİ VE DEPRESYONDA
İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMA VE
YAŞAM KALİTESİ**

DR.G. ÖZGE DOĞANAVŞARGİL

HALK SAĞLIĞI YÜKSEK LİSANS TEZİ

İZMİR-2009

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ŞİZOFRENİ VE DEPRESYONDA İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMA VE YAŞAM KALİTESİ

HALK SAĞLIĞI YÜKSEK LİSANS TEZİ

Dr. G. ÖZGE DOĞANAVŞARGİL

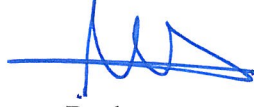
DANIŞMAN ÖĞRETİM ÜYESİ

PROF. Dr. REYHAN UÇKU

Araştırmayı destekleyen kuruluş bulunmamaktadır.

T.C. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'ne

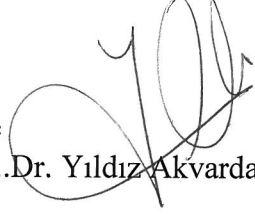
Halk sağlığı Yüksek Lisans Programı kapsamında Dr. Özge Doğanavşargil tarafından hazırlanan “Şizofreni ve Depresyonda İçselleştirilmiş Damgalanma ve Yaşam Kalitesi” isimli tez tarafımızdan değerlendirilerek başarılı/~~başarısız~~ bulunmuştur.



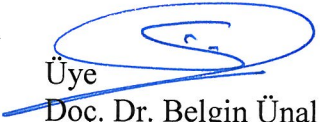
Başkan
Prof. Dr. Reyhan Uçku




Üye
Prof. Dr. Gül Ergür



Üye
Prof. Dr. Yıldız Akvardar



Üye
Doç. Dr. Belgin Ünal



Üye
Doç. Dr. Türkan Günay

Yedek Üye
Doç. Dr. Yücel Demiral

Yedek Üye
Öğr. Gör. Dr. Ahmet Can Bilgin

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
I. Türkçe Özet	1
II. İngilizce Özet	2
III. Giriş	3
IV. Genel Bilgiler	5
1. Şizofreni	5
2. Depresyon	7
3. İçselleştirilmiş damgalanma	9
4. Yaşam Kalitesi	13
5. Damgalanma ve yaşam kalitesi	17
V. Amaçlar	19
VI. Gereç ve Yöntem	20
1. Araştırma tip	20
2. Araştırma yeri	20
3. Araştırma evreni, örneği ve örnek seçimi	20
4. Çalışmanın değişkenleri	21
5. Veri toplama biçimi	24
6. Veri Analizi	25
7. Etik Kurul onayı	25
8. Zamanlama çizelgesi	25
VII. Bulgular	26
1. Sosyo-Demografik Özellikler	26
2. Hastalık Öyküsü İle İlgili Özellikler	27
3. Hastalık Tipine Göre İçselleştirilmiş Damgalanma	28
4. Hastalık Tipine Göre Yaşam Kalitesi	29
5. İçselleştirilmiş Damgalanmanın Yaşam Kalitesine Etkisi	33
VIII. Tartışma	36
IX. Sonuçlar	43
X. Öneriler	44
XI. Kaynaklar	45
XII. Ekler	51
1. Etik kurul Onayı	52
2. İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği	54

3. Yaşam kalitesi Ölçeği	56
4. Kimlik ve Sosyodemografik Bilgi Formu	59
5. Gönüllü Onam Formu	61
6. Özgeçmiş	63

KISALTMALAR

DSM IV : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV. Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı IV.

WHOQOL BREF: World health Organization Quality of Life-Brief form. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Form

RHİDÖ: Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği

ISMI: Internalized Stigma of Mental Illness Scale

I. TÜRKÇE ÖZET

Şizofreni ve Depresyonda İçselleştirilmiş Damgalanma ve Yaşam Kalitesi

Dr. G. Özge Doğanavşargil*

Giriş: İçselleştirilmiş damgalanma, bireyin toplumdaki olumsuz kalıp yargılarını kendisi için kabullenmesi ve bunun sonucunda değersizlik, utanç gibi olumsuz duygularla kendisini toplumdan geri çekmesidir.

Amaç: Remisyonda şizofreni ve depresyon hastaları arasında içselleştirilmiş damgalanma ve yaşam kalitesi puanları arasında farklılık olup olmadığı ve içselleştirilmiş damgalanmanın yaşam kalitesi üzerindeki etkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Kesitsel tipteki bu çalışma Akdeniz Üniversitesi Psikiyatri Polikliniği'ne başvuran remisyonda olan şizofreni ve depresyon hastalarında yapılmıştır. Örnek büyüklüğü her bir hastalık grubu için en az 85'er kişi olarak hesaplanmıştır (0.50 etki büyüklüğü, %90 güç, %95 güven aralığı ile); görüşmeyi kabul eden 86 şizofreni ve 85 depresyon hastası çalışmaya alınmıştır. Temel bağımsız değişken hastalık tipi, bağımlı değişkenler ise İçselleştirilmiş Damgalanma ve Yaşam Kalitesidir. Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Form kullanılmıştır.

Bulgular: İçselleştirilmiş damgalanma puanları her iki hasta grubunda farklı bulunmuştur. Şizofreni hastalarının puan ortalamaları daha yüksektir. Her iki hasta grubunda yaşam kalitesi alt ölçekleri fiziksel alan ve sosyal alan puanları arasında farklılık bulunurken; ruhsal alan, çevresel alan ve ulusal alan puanlarında farklılık bulunmamıştır. Her iki hasta grubunda da düşük orta ve yüksek içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri arasında yaşam kalitesi puanlarının beş alt ölçeğinin tamamında farklılık saptanmıştır.

Sonuç ve öneriler: Bu çalışmada yüksek içselleştirilmiş damgalanma puanları alanlarda yaşam kalitesinin daha kötü olduğu bulunmuştur. Psikiyatri tedavilerinde ve yaşam kalitesi çalışmalarında damgalanma etkisi göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar kelimeler: Şizofreni, depresyon, içselleştirilmiş damgalanma, yaşam kalitesi

* Akdeniz Üniversitesi Tıp Fk. Psikiyatri AD, Antalya

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

oavsargil@yahoo.com

II. İNGİLİZCE ÖZET

Internalized Stigmatization and Quality of Life in Schizophrenia and Depression

Dr. G. Özge Doğanavşargil*

Internalized Stigma is the devaluation, shame, secrecy and withdrawal triggered by applying negative stereotypes to oneself.

Objectives: To determine the differences in internalized stigmatization and quality of life between schizophrenia and depression patients and to determine the internalized stigmatization's effects on the quality of life.

Methods: This cross-sectional study, has been made to schizophrenia and depression patients in remission who were admitted in the Akdeniz University Psychiatry Outpatient Clinic. Sample size was calculated as at least 85 person for each disease group; (0.50 effect size, 90% power, with 95% confidence interval) 86 schizophrenic and 85 depressed patients who agreed with the interview were studied. Basic independent variable was type of the disease and dependent variables were Internalized stigmatization and Quality of Life. Internalized Stigma of Mental Illness Scale and the World Health Organization Quality of Life Scale Short Form were used.

Results: Internalized stigmatization scores were found to be different in both patient groups. Schizophrenia patients' mean scores are higher. In both patient groups, the quality of life subscale scores which were physical domain and social domain showed some differences while mental domain, environmental domain and national domain points showed no differences. In both patient groups, between the low, medium and high levels of internalized stigmatization, quality of life scores were found to be different in its whole five domains.

Conclusion and recommendations: In this study it was found that those who had high internalized stigma points have worse quality of life. Psychiatric treatment and quality of life studies should consider the effects of stigmatization.

Key Words: Schizophrenia, depression, internalized stigmatization, quality of life

* Akdeniz University Medical School, Psychiatric Department, Antalya
Dokuz Eylül University, Institute of Medical Sciences

oavsargil@yahoo.com

III. GİRİŞ

Kronik hastalıklar bir yandan kişilerin yaşam kalitesini önemli şekilde bozarken, bir yandan da uzun süreli tedavi ve bakım gereksinimi ortaya çıkarmakta her yıl, milyonlarca insan, hastalıklardan ve büyük ölçüde önlenemeyen durumlardan dolayı sakat kalmaktadır.

Kronik hastalıklar içerisinde önemli yer tutan ruhsal hastalıklar ve davranış problemleri de önemli toplumsal sorunlardır. Küresel hastalık yüküne sebep olan hastalıklar arasında ruhsal hastalıklar ilk on hastalık içinde yer almaktadır (1, 2). Toplumsal sağlık düzeylerinin ve sağlıktaki eşitsizliklerin izlenmesinde ruhsal hastalıkların önemli bir yeri bulunmaktadır. Oldukça sık ve özellikle genç yaş gruplarında toplam yeti yitimlerinin önemli bir kısmından sorumlu olmaları, ruhsal hastalıkların neden olduğu çalışma günü kayıplarının fiziksel hastalıkların neden olduklarından daha fazla olması, birinci basamak sağlık kurumlarına başvuran hastaların beşte birini ruhsal hastalıkların oluşturması bunun nedenleridir (3). 2030 yılında unipolar depresif bozukluğun hastalık yükü açısından dünya genelinde birinci sırayı alması beklenilmektedir (1). Dünyada yaklaşık 45 milyon şizofreni hastası vardır ve riskli yaş grubuna doğru nüfus büyüdükçe, bu rakamın daha da artacağı beklenmektedir. Kronik yapısına bakıldığında vakaların çoğunluğunda şizofreni sadece bu hastalığa yakalanmış olanlara değil, ailelerine de büyük bir yük getirmektedir. Sürekli büyüyen hastalık yükü; yoksulluğa, yeti yitimine ve ekonomik kayıplara neden olmakta (4), bu hastalıklara maruz kalan kişiler ve yakınları damgalanarak toplum dışına itilmektedir. Ruhsal hastalığın doğrudan etkileri nedeniyle oluşan sosyal geri çekilme ve toplumsal damgalama yanı sıra, içselleştirilmiş damgalanma da kişinin kendisini toplumdan sosyal olarak geri çekmesine neden olmaktadır. Bu da hastalığın gidişini ve yaşam kalitesini etkileyen etmenlerden biri olabilir.

Toplumda ruhsal hastalıklara ilişkin tutumlara ait çalışmalar yapılmakla birlikte görece yeni bir kavram olan içselleştirilmiş damgalanma ile ruhsal hastalıklar arasındaki ilişkiyi araştıran çalışma bulunmamaktadır. Ruhsal hastalıklarda da tüm diğer hastalıklarda olduğu gibi yaşam kalitesini arttırmak tedavideki en önemli hedeflerden biridir. Buna rağmen içselleştirilmiş damgalanma ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışma bulunmamaktadır. En sık damgalanmaya maruz kaldıkları bilinen şizofrenili bireylerde içselleştirilmiş damgalanma yaşam kalitesini bozabilecek bir etken olabilir. Bu nedenlerle iki farklı ruhsal hastalıkta (şizofreni ve depresyon) içselleştirilmiş damgalanma ve yaşam kalitesini karşılaştırmak ve

içselleştirilmiş damgalanmanın yaşam kalitesi üzerine etkisini belirlemek üzere bu çalışma planlanmıştır.

IV. GENEL BİLGİLER

1. ŞİZOFRENİ

Şizofreni, ruhsal durumun hemen tüm alanlarında belirti ve bulgular gösteren, genellikle gençlik yıllarında başlayan, gidiş ve sonlanışı hastadan hastaya ve süreç içinde değişen, henüz etiyojisi tam olarak bilinmeyen ve önemli ölçüde yeti yitimine yol açan bir toplum sağlığı sorunudur. Şizofreninin bir beyin hastalığı olduğu ve genetik etmenlerin hastalığın oluşumundaki rolü konusunda hiçbir kuşku kalmamıştır. Çalışmalar gen-çevre etkileşimine odaklanmıştır (4).

Şizofreninin nokta prevalansı binde 5, insidansı binde 0.2 civarındadır (5). Şizofreninin sıklığının erkek ve kadınlar arasında farklı olduğu ve erkek/kadın oranının 1.4 olduğunu bildirilmiştir (6). Şizofreni sıklığı erkeklerde 25-35 yaş arasında, kadınlarda yaklaşık beş yıl sonra zirve yapmaktadır. Kadınlarda 55-64 yaşlarında bir zirve daha görülmektedir. Şizofreni hastaları arasında evli olmayanların olanlara oranı 2.6 ile 7.6 arasında bildirilmiştir (5).

Şizofreni toplumun sosyoekonomik düzeyi düşük kesimlerinde daha fazla görülür. Faris ve Dunham, hem şehir etkisi hem sosyoekonomik düzey konusundaki klasik çalışmalarında akıl hastanesi kayıtlarından faydalanarak şizofreni hastalarının, diğer rahatsızlıklardan farklı olarak şehirleşmiş, sosyal yapısı bozuk bölgelerden geldiğini, daha yüksek ekonomik düzeyde kişilerin yaşadığı bölgelerde şizofreninin daha az görüldüğünü göstermiştir (7). Ülkeler arasında sıklığın farklı olabileceği gösterilmişse de şizofreninin ırklara göre daha az veya çok görüldüğünü düşündürecek veri yoktur. Göçmenlerde şizofreni riskinin 2 – 13 kat arttığı, özellikle Hollanda ve İngiltere’de yapılan çalışmalarla gösterilmiştir (8). Göçmenlik, aile öyküsünden sonra şizofreni etiyojisinde gösterilebilmiş en büyük etki büyüklüklerinden birine sahiptir (9) Güncel çalışmalar şehirde doğmanın/büyümenin şizofreni ve psikoz/psikotik belirtiler için gerçek bir çevresel risk etmeni olduğunu, şehirde doğan/büyüyen kişiler için şizofreni riskinin 2 ila 4 kat arttığını göstermektedir (4).

Kış sonu - bahar başı doğanlarda şizofreni ve diğer psikozlar için küçük ama istatistiksel olarak anlamlı bir risk artışı olduğu gösterilmiştir. (4). İnfluenza salgınları sırasında ikinci trimesterinde olan annelerin çocuklarında şizofreni riskinin arttığı ve etki büyüklüğünün 1.5-2 civarında olduğu gösterilmiştir (10). Prenatal rubellanın ilk trimesterde şizofreni riskini

belirgin biçimde yükselttiği (görelî risk 5.2), toksoplazmaya karşı IgG antikorunu olan annelerin çocuklarında da şizofrenî riskinin 2.5 kat fazla olduğu bildirilmektedir (10). Postnatal enfeksiyonlar da şizofrenî riski açısından ele alınmış, MSS viral enfeksiyonlarının ve dört yaşa kadar olan çocukluk çağı menenjitinin şizofrenî ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (11).

Annede beslenme bozukluğu ve RH uyumsuzluğu prenatal stres, obstetrik komplikasyonlar, fetal büyüme geriliği, fetal/perinatal hipoksi, baba yaşı, esrar kullanımı şizofrenî riskini arttıran durumlar olarak bildirilmiştirlerdir (4).

Şizofrenî için tanı Ölçütleri

Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı'na (DSM-IV) (12) göre şizofrenî tanısı

Karakteristik semptomlar: Bir aylık bir dönem boyunca (başarıyla tedavi edilmişse daha kısa bir süre), bu sürenin önemli bir kesiminde aşağıdakilerden ikisinin (ya da daha fazlasının) bulunması:

1. hezeyanlar (sanrılar)
2. hallüsinasyonlar (varsanılar)
3. dezorganize (karmakarışık) konuşma (örn. çağrışımlarda dağınıklık [sık sık konu dışı sapmalar gösterme] ya da enkoherans)
4. ileri derecede dezorganize ya da katatonik davranış
5. negatif semptomlar, yani affektif donukluk (tekdüzelik), aloji (konuşamazlık) ya da avolisyon

Not: Hezeyanlar bizar ise ya da hallüsinasyonlar kişinin davranış ya da düşünceleri üzerine sürekli yorum yapmakta olan seslerden ya da iki ya da daha fazla sesin birbiriyle / birbirleriyle konuşmasından oluşuyorsa A Tanı Ölçütünden sadece bir semptomun bulunması yeterlidir.

- A. Toplumsal / mesleki işlev bozukluğu:** İş, kişilerarası ilişkiler ya da kendine bakım gibi önemli işlevsellik alanlarından bir ya da birden fazlası, bu bozukluğun başlangıcından beri geçen sürenin önemli bir kesiminde, bu bozukluğun başlangıcından önce erişilen düzeyin belirgin olarak altında kalmıştır (başlangıcı çocukluk ya da ergenlik dönemine

uzanıyorsa, kişilerarası ilişkilerde, eğitimle ilgili ya da mesleki başarıda beklenen düzeye erişilememiştir).

- B. Süre:** Bu bozukluğun süregiden belirtileri en az 6 ay süreyle kalıcı olur. Bu 6 aylık süre, en az bir ay süreyle (başarıyla tedavi edilmişse daha kısa bir süre) A Tanı Ölçütünü karşılayan semptomları kapsamalıdır; prodromal ya da rezidüel semptomların bulunduğu dönemleri kapsayabilir. Bu bozukluğun belirtileri, prodromal ya da rezidüel dönemlerde, sadece negatif semptomlarla ya da A Tanı Ölçütünde sıralanan iki ya da daha fazla semptomun daha hafif biçimleriyle (örn. acayip inanışlar, olağandışı algısal yaşantılar) kendilerinde gösterebilir.
- C. Şizoaffektif Bozukluğun ve Duygudurum Bozukluğunun dışlanması:** Şizoaffektif Bozukluk ve Psikotik Özellikler Gösteren Duygudurum Bozukluğu dışlanmıştır, çünkü ya (1) aktif-evre semptomları ile birlikte aynı zamanda Majör Depresif, Manik ya da Mikst Epizodlar ortaya çıkmamıştır ya da (2) aktif-evre semptomları sırasında duygudurum epizodları ortaya çıkmışsa bile bunların toplam süresi aktif ve rezidüel dönemlerin süresine göre daha kısa olmuştur.
- D. Madde kullanımının / genel tıbbi durumun dışlanması:** Bu bozukluk bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) doğrudan fizyolojik etkilerine ya da genel tıbbi bir duruma bağlı olarak ortaya çıkmamıştır.
- E. Bir Yaygın Gelişimsel Bozuklukla olan ilişkisi:** Otistik Bozukluk ya da diğer bir Yaygın Gelişimsel Bozukluk öyküsü varsa, ancak en az bir ay süreyle (başarıyla tedavi edilmişse daha kısa bir süre) belirgin hezeyan ya da hallüsinasyonlar da varsa Şizofreni ek tanısı konabilir.

2. DEPRESYON

Depresyon toplum içi yaygınlığıyla ciddi bir ruh sağlığı/toplum sağlığı sorunu konumundadır. Epidemiyolojik veriler açısından ülkeler arasında farklılıklar bulunsa da, ülkemizde de olduğu gibi, genel olarak, son bir aylık yaygınlığın kadınlarda %5-6, erkeklerde ise %2-3 düzeyinde olduğu bildirilmektedir.

Hastalık birinci derece akrabalarında benzer hastalığı olan kişilerde 1.5 ile 3 kat daha fazla oranda görülür. Eşlik eden psikiyatrik bozukluk görülme oranı yüksektir; örneğin Major

Depresif Bozukluğu olan kişilerin %84'ünde eşlik eden bir psikiyatrik hastalık saptanmıştır. Bunların 2/3'ü birinci eksen, 1/3'ü ikinci eksen, 1/2'sinde ise üçüncü eksen tanısı vardır (13). Depresyon tanısı klinik belirti örüntüsünün saptanmasını ve yeğlenen bir sınıflandırma sistemine göre tanının belirlenmesini kapsar. Burada, depresyon tanısı ile kastedilen depresif sendrom tanısıdır. Depresif sendrom tanısı, klinik belirti örüntüsüne göre koyulan betimleyici bir tanıdır, etiyolojiden bağımsızdır.

Major Depresyon için Tanı Ölçütleri

Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı'nda (DSM-IV) (12) belirtilen tanı ölçütleri:

- A. İki haftalık bir dönem sırasında, daha önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olması ile birlikte aşağıdaki belirtilerden beşinin (ya da daha fazlasının) bulunmuş olması; belirtilerden en az birinin ya (1) depresif duygudurum ya da (2) ilgi kaybı ya da artık zevk alamama, olması gerekir.
1. Ya hastanın kendisinin bildirmesi ya da başkalarının gözlemesi ile belirli, hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren depresif duygudurum.
 2. Hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren, tüm etkinliklere karşı ya da bu etkinliklerin çoğuna karşı ilgide belirgin azalma ya da artık bunlardan eskisi kadar zevk alamıyor olma
 3. Perhizde değilken önemli derecede kilo kaybı ya da kilo alımının olması (örn. ayda, vücut kilosunun %5'inden fazlası olmak üzere) ya da hemen her gün iştahın azalmış ya da artmış olması.
 4. Hemen her gün, insomnia (uykusuzluk) ya da hipersomnianın (aşırı uyku) olması
 5. Hemen her gün, psikomotor ajitasyon ya da retardasyonun olması
 6. Hemen her gün, yorgunluk-bitkinlik ya da enerji kaybının olması
 7. Hemen her gün, değersizlik, aşırı ya da uygun olmayan suçluluk duygularının (sanrısallabilir) olması
 8. Hemen her gün, düşünme ya da düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırma yetisinde azalma ya da kararsızlık
 9. Yineleyen ölüm düşünceleri, özgül bir tasarı kurmaksızın yineleyen intihar etme düşünceleri, intihar girişimi ya da intihar etmek üzere özgül bir tasarının olması.

- B. Bu belirtiler bir Karma Dönem'in tanı ölçütlerini karşılamamaktadır.
- C. Bu belirtiler klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.
- D. Bu belirtiler bir madde kullanımının (örn. kötüye kullanılabilen bir ilaç, sağaltım için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun (örn. hipotroidizm) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.
- E. Bu belirtiler Yas'la daha iyi açıklanamaz, yani sevilen birinin yitilmesinden sonra bu belirtiler 2 aydan daha uzun sürer ya da bu belirtiler, belirgin bir işlevsel bozulma, değersizlik düşünceleriyle hastalık düzeyinde uğraşp durma, intihar düşünceleri, psikotik belirtiler ya da psikomotor retardasyonla birlikte dir.

3. İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMA:

İçselleştirilmiş damgalanmanın daha iyi anlaşılabilmesi için damgalamadan öncelikle söz etmek uygun olur.

Damgalama:

Ruhsal bozuklukların tanı ve tedavilerinin önündeki en büyük engellerden birisi toplumun ruhsal bozukluklar karşısında damgalama, önyargılı düşünme/davranma, stereotipik davranışlar sergileme ve ruhsal bozukluğu olanlara karşı ayrımcılık uygulamasıdır. Tüm hastalar içinde, ruhsal bozukluk tanısı konulmuş olan hastalar damgalanmanın olumsuz sonuçlarına en çok maruz kalan ve zarar gören bireyler olarak nitelenebilir (14). Herhangi bir ruhsal bozukluğun toplum içinde fark edilmesi ve dikkat çekmesi ne kadar çoksa, toplum tarafından damgalanması da o denli çok olmaktadır. Bu fark ediş ve dikkat yöneltmede belirleyici olan etmenler; toplumsal olarak yadırganan, garip, acayip bulunan ve onaylanmayan davranışlar, saldırgan ve tehlikeli davranışlar, kişinin toplumsal ve mesleki işlevlerini yerine getirmedeki yetersizlikler ve bedenselleştirme davranışıdır. Psikiyatri Kliniğinde veya Ruh Hastalıkları Hastanesinde yatmış olmak, elektrokonvülsif tedavi uygulanmış olmak, psikotik özellik göstermek ve saldırganlık olumsuz tutum geliştirilmesindeki en önemli etmenlerdir. Damgalanma karşısında belirgin bir duygusal zedelenme yaşayan hasta ve yakınlarının benlik saygıları azalır, aile ilişkileri zarar görür. Toplumsal ilişkiler, arkadaş edinme ve sürdürme güçlükleri ortaya çıkar. Çalışmak için motivasyonu ve gücü olan hasta bile engellerle karşılaşır. Tüm bunların bir sonucu olarak hasta ve yakınları hastalığı kabul etmekte isteksiz davranırlar ve tedavi ya gerçekleştirilemez

ya da aksar (15). Oysa ruhsal hastalık geçirenlerin toplumla yeniden kaynaşması ve eski işlevselliğine dönmesi, toplumun ruhsal hastalıklara ilişkin genel tutumuyla yakından ilişkilidir.

Hastaların içinde yaşadıkları toplum tarafından reddedilmesi sonucu toplumsal kaynaşmanın sağlanamadığının görülmesi ile sosyal mesafe kavramı doğmuştur. Sosyal mesafe, kişilerin sosyal ilişkilerinde ruhsal hastalığı olanların katılımını ne kadar kabul ettiklerinin derecesidir (16). Halkın hastalarla kişisel bağlantı gerektiren durumlarda daha mesafeli olmak gerekliliği duyduğu, sosyal yakınlık içeren ortamlarda “akıl hastası” olarak tanımlanmış kimselerle etkileşimi kesme eğiliminin olduğu, göreceli olarak kişisel olmayan ortamlarda ise hastaların sosyal kabulünün daha fazla olduğu bilinmektedir (17). Hastaların saldırgan olarak algılanmaları ve psikopatolojinin tipi de olması istenilen sosyal mesafeyi önemli ölçüde etkilemektedir (17). Ruhsal hastalık etiketinin, kişinin davranışlarından bağımsız olarak, olumsuz ve reddedici tutumlara neden olduğunu gösteren çok sayıda çalışma vardır (18). Yapılan araştırmalara göre, toplum içinde statü (eğitim ve sosyo-ekonomik düzey), yaşanan çevre (köy, kent), yaş, cinsiyet gibi değişkenlerin bu hastalıklara karşı tutumları etkilediği anlaşılmıştır. Kronik ruh hastalıklarına karşı başlıca olumsuz ve önyargılı tutumların ise yaşlı, eğitimsiz ve düşük sosyo-ekonomik düzey gösteren alt gruplarda görüldüğü bildirilmiştir. Hastaların kendilerini daha çok etiketlenmiş algıladığı durumlar ise, onların yüksek, sosyal statüde, yüksek eğitilmiş ve genç olmaları, ile ilişkili bulunmuştur (19).

Bazı araştırmalara göre hastalar sosyal statüleri arttıkça kaybettiklerinin daha çok farkına varmakta, yüksek eğitim kişiyi hassaslaştırarak damgalanma algısını artırmaktadır. Genç hastalar ise kaderine boyun eğmiş yaşlı hastalara göre hastalığın getirmiş olduğu zararları daha çok algılamaktadırlar.(20).

Şizofreni ve damgalama:

Şizofreni ise değişik çalışmalarda en fazla damgalanan ruhsal hastalık olarak gösterilmiştir (21). Bugüne kadar yapılmış birçok araştırmanın sonuçları gözden geçirildiğinde, toplumun şizofreniyi olumsuz olarak algıladığı görülmektedir. Bu saptamadan özellikle sorumlu tutulan, toplumun gözünde şizofreni hastalarının saldırgan ve tehlikeli olarak algılanmalarıdır. Türkiye’de yapılan epidemiyolojik bir araştırmada halkın %76.5’i şizofreniyi bir ruhsal hastalık olarak tanımlamıştır. Örneklemin dörtte biri şizofreninin tehlikeli olduğuna ve toplum içinde serbest bırakılmaları gerektiğine inanmaktadır. Katılımcıları %46.8’ i şizofreni

hastası ile birlikte çalışmayacağını, %69.9'u şizofreni hastası ile evlenmeyeceğini, %33.22' si şizofren komşusunun olmasından rahatsız olacağını, % 43'ü evi olsa bir şizofreni hastasına kiraya vermeyeceğini, % 25.7'si şizofreni hastalarının toplum içinde serbestçe dolaşmamaları gerektiğini, %58.6'sı şizofreni hastalarının hayatları ile ilgili doğru kararlar alamayacaklarını belirtmişlerdir. Eğitim ve sosyodemografik düzey düştükçe bu hastalara yaklaşım daha olumsuz olmaktadır (22). Şizofreniye bağlı damgalama, sadece hastanın kendisi ile sınırlı olmayıp, hastalık, hastalığın tedavi yöntemleri, aile üyeleri ve hastanın yakınları, sağlık çalışanları ve ruh sağlığı çalışanları ile de bağlantılıdır (23).

Bir toplum sağlığı sorunu olarak şizofreni, toplumsal, ekonomik ve duygusal maliyeti çok ağır olan bir hastalıktır. Doğrudan tedavi maliyeti, üretimden kayıp biçiminde dolaylı maliyet ve hasta/hasta yakınlarının yaşadığı maliyet, ölçülemeyecek olan sıkıntı ve güçlükler biçiminde karşımıza çıkan insani/manevi maliyet, şizofreninin topluma getirdiği yükün esaslarını oluşturur.

Depresyon ve damgalama

Toplumda ruhsal hastalıklara ilişkin tutumlar, toplum içinde yaygınlık oranı yüksek olan depresyon için de geçerlidir. 1998 yılında İngiltere'de yapılan bir çalışmada, halkın ciddi depresyonlu hastaların başkaları için tehlikeli ve davranışlarının öngörülemez olduğunu düşündüğü, toplumda bu hastaların kendilerini kontrol edemeyeceği ve iyileşmelerinin güç olduğu yargılarının bulunduğu belirlenmiştir (24). Tanı grupları olarak şizofreni, affektif bozukluklara göre daha fazla damgalayıcı bulunmuştur (25)

Chung ve ark (2009) algılanan damgalanmanın duygudurum bozuklukları üzerindeki etkilerinin yakın zamanda dikkati çeken bir konu olduğunu vurgulamışlardır (26). Algılanan damgalanma sosyal işlevsellikte bozulma ve tedaviyi yarım bırakmanın yordayıcısı olarak bildirilmiştir (27).

İçselleştirilmiş damgalanma:

Yukarıda da belirtildiği gibi damgalanma ile ilgili çalışmalarda, daha çok insanların zihinlerindeki çeşitli gruplara ilişkin damgalamalar üzerinde durulmuş, damgalanan kişilerin damgalanmaya ilişkin öznel duygu ve düşünceleri da az incelenmiştir. Damgalanmanın “içsel boyutu” nu oluşturan damgalanan kişilerin damgalanmaya ilişkin öznel yaşantıları ilk kez

1980’li yıllarda eşcinsel örneklemlerde çalışılmaya başlanmıştır (28). Bu noktada **algılanan damgalanmadan** (damgalanma algısı) söz etmek gerekir. Algılanan damgalanma ruhsal hastalığı olan kişilerin dış çevreden gelen olumsuz tutum ve dışlayıcı yaklaşımlardan kaynaklanan ya da hiçbir uyarı olmaksızın damgalanmışlık duygusu taşımasıdır (29). Bazı bireyler psikiyatriye başvurduktan sonra açık bir ayrımcılıkla karşılaşmalar bile kendilerini damgalanmış hissetmektedirler. Bu hastalarda durumdan utanma, yetersizlik duyguları olumsuz otomatik düşüncelerde artma, sosyal ilişkilerden kaçınma, kendilik değerinde düşme görülmüştür. Kullanılan psikiyatrik tanının damgalayıcı içeriği ne kadar fazla ise bu belirtilerin şiddeti o denli fazladır (29). **İçselleştirilmiş damgalanma**, bireyin toplumdaki olumsuz kalıp yargıları kendisi için kabullenmesi ve bunun sonucunda değersizlik, utanç gibi olumsuz duygularla kendisini toplumdaki geri çekmesidir (30). Bir bakıma damgalanma algısı kişinin damgalandığını hissetmesiyle, içselleştirilmiş damgalanma kişinin kendisini damgalamasıdır. Bu kavram nesnel olarak dışlanma ya da ayrımcılığa maruz kalma eğiliminden bağımsızdır ve ruhsal hastalık tanısı ve etiketi alma ile birlikte kendisini göstermektedir. En önemli kaynak kişinin kendisidir. Hastanın yakın çevresi ve toplumdaki damgalama eğilimiyle artış gösterir (29). İçselleştirilmiş damgalanma, ruhsal hastalığı olan bireylerin toplumda var olan damgalanmayla da baş etmelerini güçleştirmektedir. Toplumdaki damgalamanın içselleştirilmesi, bireylerin ciddi şekilde örselenmesine yol açmaktadır (31). Toplumun diğer bireyleri gibi, ruhsal hastalığı olanlar da toplumdaki kalıp yargılarla karşı karşıya kalırlar. Bu bireyler bir kez kendileri ya da başkaları tarafından “akıl hastası” olarak etiketlendiklerinde, istemeyerek de olsa kendilerini bu grubun bir üyesi olarak görürler. Damgalanmanın içselleştirilmesiyle birlikte bu olumsuz kalıp yargılar kendileri için de geçerli “gerçekler” haline gelir ve kişide utanç duygusuna yol açar. Bu durum, içselleştirilen eleştirel figürlerin kişinin içinde utanç duygusuna yol açması sürecine benzer bir süreçtir. Bu utanç duygusu, özellikle içgörü-yönelimli psikoterapötik müdahalelerde, üzerinde çalışılması gereken bir hedef oluşturur. Ruhsal hastalıkların tedavisinde iyileştirilebilen bir sorun olması bakımından içselleştirilmiş damgalamanın üzerinde çalışılması bir yanı sıra umut verici bir durumdur. Diğer bir deyişle, içselleştirilmiş damgalanma, tedavi sürecinde üzerinde durularak, elimine edilmesi gereken önemli bir sorundur (32).

Son zamanlarda içselleştirilmiş damgalamanın olumsuz etkileri üzerinde daha fazla durulmaya başlanmıştır (33). Toplumsal düzlemdeki gerçek damgalanma yaşantılarının mı, yoksa içselleştirilmiş damgalanmanın mı kişi üzerinde daha etkili olduğu tartışmalı olmakla birlikte, hastaların zihnindeki damgalanma, damgalamaya karşı verilen savaşta üzerinde daha

kolay çalışılabilir ve daha kolay ulaşılabilir bir hedef olarak değerlendirilmektedir (34). Damgalamayla ilgili ilk geliştirilen değerlendirme ölçeklerinde daha çok toplumun ruhsal hastalığı olanlara karşı tutumlarının değerlendirilmesi hedeflenmişken, Ritsher ve ark. (2003) tarafından geliştirilmiş olan ‘Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği–RHİDÖ (The Internalized Stigma of Mental Illness Scale-ISMI) ruhsal hastalığı olanların damgalanmaya ilişkin içsel yaşantılarını yansıtan “içsel damgalanmayı” değerlendirmektedir (35). İçselleştirilmiş damgalanma ile yapılmış çok az sayıda araştırma mevcuttur (36,37).

4. YAŞAM KALİTESİ KAVRAMI

Geniş kapsamlı bir kavram olan yaşam kalitesi (*“quality of life”*), bireyin temel gereksinimlerinin, toplumsal beklentilerinin karşılanması ve yaşadığı toplumun sunduğu olanaklardan yararlanması olarak tanımlanmaktadır (38). Sağlık, sadece bir hastalığın veya maluliyetin olmayışı değil, aynı zamanda bedensel, ruhsal ve toplumsal olarak tam bir huzur ve iyilik içinde bulunmaktır. Bu geniş tanımıyla sağlık, tüm yaşam kalitesi kavramını içermektedir (38). Bununla birlikte yaşam kalitesinin sağlık alanında kullanılabilmesi için daha dar bir tanımlama olan sağlıkla ilgili yaşam kalitesi (*“health-related quality of life”*) kavramından yola çıkmak gereklidir. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, bireyin bir tıbbi durum veya tedaviden etkilenen, genel ya da beklenen fiziksel, duygusal ve sosyal iyilik halinin ifadesidir ve bireyin günlük olağan yaşamını ve işlevlerini yerine getirmesini esas alır (39). Yaşam kalitesi kavramının iki boyutu vardır. Bireyin “kendini iyi hissetmesi, “yaşamdan doyum sağlaması” gibi ifadeler yaşam niteliği kavramının öznel boyutunu oluştururken; “bağımsız yaşayabilme”, “kişiler arası ilişkiler”, “üretken olma” gibi ifadeler kavramın nesnel boyutunu oluşturmaktadır.

Psikiyatri ve Yaşam Kalitesi

Psikiyatride hastaların toplum içinde tedavisinin gündeme geldiği 1960’lı yıllarla birlikte, hastaların değerlendirilmesinde, sadece hastalığa ait belirti şiddetinin değil hastaların kendilerini psikolojik, sosyal, fiziksel ve çeşitli çevresel koşullarıyla nasıl değerlendirdiğinin, yani yaşam kalitesinin de önemi ortaya çıkmış ve bu gelişmeleri takiben, psikiyatrik bozukluklarda yaşam kalitesi çalışmaları başlamıştır (40).

Günümüzde ise, psikopatoloji ile yaşam kalitesi arasında karşılıklı bir etkileşimin varlığı açıkça gösterilmiştir. Bu nedenle de yaşam kalitesi iyi bir tedavi planının vazgeçilmez bir

parçası olarak görülmektedir. Ruh sağlığı alanında yaşam kalitesi kavramını tanımlamak amacıyla geliştirilen en geçerli model, Angermayer ve Kilian'ın dinamik süreç modelidir (41). Buna göre, bilişsel uyum ve doyum düzeyi, biyolojik ve antropolojik gereksinimleri olan bireyin, çevre ve toplumla karşılıklı etkileşmesi sonucunda ortaya çıkan dinamik bir süreçtir. Yaşam kalitesi kavramı kapsamındaki fiziksel sağlık, ruh sağlığı, sosyal ilişkiler, çevresel etkenler, kişisel inanç gibi bileşenler öznellik temelinde yer almaktadır.

Şizofrenide Yaşam Kalitesi

Şizofrenide yaşam kalitesi çalışmaları, uzunca bir süre hak ettiği ilgiyi görememiştir. Hekimlerin “belirtileri azaltmanın ötesinde yapılacak bir şey olmadığı tarzında önyargıları, şizofreninin tedavi ve rehabilitasyonunda uygulanacak olan psikososyal programların çok ciddi çabalar gerektirmesi, yaşam kalitesi üzerinde belirleyici olabilen negatif belirtiler ve bilişsel bozukluklara yeterince ilgi gösterilmemiş olması, klinik ilaç araştırmalarının genellikle kısa süreli olması, uzun süreli olan ilaç araştırmalarında da daha çok yinelenme oranının değerlendirilmesi, şizofrenide yaşam kalitesi kavramının tanımı ve modelize edilmesindeki güçlükler, güvenilirliği ve geçerliği olan ölçeklerin geliştirilmesindeki yetersizlikler gibi nedenlerle şizofrenide yaşam kalitesi çalışmaları gecikmeye uğramıştır (42).

Hastalık belirtilerinin şiddeti yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Şizofreni hastalarında yaşam kalitesi ile hastalığın pozitif ve negatif belirtileri arasında kesin bir ilişkiden söz etmek mümkündür (43). Şizofreni hastalarının yeterli düzeyde yaşam kalitesine ulaşmalarının önündeki güçlükler üç alanda toplanmıştır (40):

1. Toplumda yaşayan şizofrenili bireylerin diğer bireylerden farklı bazı ek ihtiyaçları olmasına rağmen bunları karşılayabilecek daha az kişisel ve çevresel kaynakları vardır. Şizofreni hastalarında kendini gerçekleştirme ve güven ihtiyacı daha kötü durumdayken, yiyecek ve barınma ihtiyacı toplumdaki diğer bireylerden daha iyidir. Hastalığa ait ek ihtiyaçlar ise belirtilerin kontrolü için ilaç tedavisi ve özgül psikolojik savunma becerilerini içerir. Şizofreni hastalarının stres karşısında hassasiyetlerini ve savunmasızlıklarını eleştirmeyen çevresel bir ortama ihtiyaçları vardır. Kişisel kaynaklardaki eksiklikler günlük yaşam becerileri eksikliği, sosyal ve bilişsel beceri eksikliğidir. Çevresel alandaki eksiklikler ise iş ve para eksikliğidir.

2. Şizofreni hastalarının hastalığa ek olarak damgalanmaya bağlı ciddi çıkmazları vardır. Hastalar sosyal hayattan dışlanmak yerine toplumdaki biri olmak isterler. Oysa damgalanma bir ayrımcılıktır. Bu nedenle damgalanmamak için hasta rolünü red edebilirler. Bu durum tedavinin aksamasına ve prognozun kötüleşmesine neden olabilir.
3. Şizofreni hastalarının ihtiyaçlarını tanımlamada ve ifade etmekte güçlükleri vardır. Hastalık dönemlerini tanımak önem taşır. Üç belirti tipi yaşam kalitesini bozabilir; duygudurum belirtileri, bilişsel belirtiler ve gerçeğin çarpıtıldığı belirtiler.

Bin dokuz yüz yetmişli yıllarda toplum ruh sağlığı programlarının yaşama geçirilmesini takiben, ağır ve süregelen hastaların ve şizofreni hastalarının yaşam kalitesini değerlendirmek üzere ölçekler geliştirilmeye başlanmıştır. Dupuy'un 1978'de "Psikolojik Genel İyi Hali İndeksi" ve 1979'da Schooler ve ark.'ın "Toplumsal Uyum Ölçeği" bu ölçeklerin ilk geliştirilenleridir (42). Dünya Sağlık Örgütü tarafından 1988'de geliştirilen "Yeti Yitimi Ölçeği" de bu alanda üretilen çabalara önemli bir katkı sağlamış, "Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği" 1994'de yayımlanmış ve hızla yaygın olarak kullanılmaya başlanmıştır (44).

Şizofreni Hastalarının Yaşam Kalitesini Değerlendirmede Kullanılan Ölçekler

Şizofreni hastalarının yaşam kalitesi ölçümünde şimdilik "altın standart" yoktur. Ruh sağlığı alanında yaşam kalitesinin değerlendirilmesi, hastanın tanı konma ile tedavi olma aşamasına kadar olan süreçte kendi görüşünün de alındığı; başka bir deyişle özerklik hakkını kullandığı bir müdahale prensibini temel alır (45). Bununla birlikte şizofreni hastalarının bilişsel yeti kayıpları ve hastalıklarına yönelik içgörü yetersizlikleri, inatçı psikotik belirtiler nedeniyle kendini değerlendirme ve yaşam kalitesi ölçeklerini uygulayabilmeleriyle ilgili bazı kuşkular mevcuttur. Lehman, hasta ve klinisyenlerin yaşam kalitesi değerlendirmeleri arasında tutarlılık bildirirken yine de dikkatli olunması gerektiğini önermiştir (46). Skantze ve ark. (1992) tüm bu kaygılara karşın, şizofreni hastalarının kendi deneyimlerini ifade edebileceklerini ve yaşam kalitesinin sadece öznel olarak değerlendirilebileceğini öne sürmüştür (47). Buna koşut olarak araştırmaların bir bölümünde, süregelen ruhsal bozukluğu olan hastaların öznel yaşam kalitesi değerlendirmelerinin güvenilirliği gösterilmiştir. Bir başka tartışılmalı konu, kullanılan ölçekte psikopatolojik belirtilerin bulunup bulunmamasına ilişkindir. Şimdilik üzerinde uzlaşamayan bu konuda yeni araştırmalara gereksinim

duyulmaktadır. Günümüze dek pek çok yaşam kalitesi ölçeği geliştirilmiştir ve bu çaba halen de sürmektedir.

1- Şizofreni İçin Özgül Olmayan Yaşam Kalitesi Ölçekleri

Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği WHOQOL, Yaşam Kalitesi Ölçeği-QLS("Quality of life scale"), SF - 36("Short-form 36"), EQ-5D ("EuroQoL Instrument") (42)

2 - Şizofreni Hastaları için Geliştirilmiş Yaşam Kalitesi Ölçekleri

Şizofreni Hastaları İçin Yaşam Niteliği Ölçeği- QLSS ("The Quality of Life Scale: an Instrument for Rating the Schizophrenic Deficit Syndrome"), QoLI ("Quality of Life Interview"), LQo3LP ("Lancashire Quality of Life Profile"), SQLQ ("Sevilla Quality of life Questionnaire"), PETiT ("Personal Evaluation of Transitions in Treatment"), S-QoL ("Quality of Life Questionnaire in Schizophrenia"), Q-Les-Q ("Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire") (42).

Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Grubu tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçe uyarlama, güvenilirlik ve geçerlilik çalışması Fidaner ve ark. tarafından 1999'da yapılmıştır (44, 48). Uzun formu 100 soru, 24 bölüm ve 6 alan; kısa formu (WHOQOL BREF) ise 26 soru ve 4 alan içermektedir. Sorular bizzat hasta tarafından yanıtlanmaktadır. Ölçek, genel bir yaşam kalitesi ölçeği olmasına karşın şizofreni hastalarının yaşam kalitesini belirlemede ülkemizde de başarıyla kullanılmıştır (49,50,51).

Depresyonda Yaşam kalitesi

Major depresif bozukluk psikiyatrinin görece yaygın ve yaşam kalitesi üzerine de oldukça fazla etkisi olan bir bozukluktur (52). Major depresif bozukluk yaşam kalitesinde yarattığı olumsuz etkiyle pek çok kronik tıbbi hastalığın önünde gelmektedir (53) Depresyondaki hastaların yaşam kalitesi ile hastalığın şiddeti (54), sosyodemografik faktörler ve sosyal destek arasında korelasyon bildirilmiştir (26). Eşik altı depresyonda bile yaşam kalitesinin bozulduğu Brezilya'da yürütülen bir çalışmada gösterilmiştir (55). Hatta depresyonun remisyona girmesinden sonra bile yaşam kalitesindeki bozulma sürebilmektedir. Major depresif bozukluğun hastaların gündelik yaşamını nasıl etkilediği ve sağlık algısını ne ölçüde değiştirdiği merak konusudur.

Konuyla ilgili çalışmaların çoğu fiziksel hastalıklara eşlik eden depresyon ve yaşam kalitesini araştırmıştır. Ülkemizde de bu alanda kapsamlı çalışma eksikliği dikkat çekmektedir. Major depresif bozuklukta yapılan bir karşılaştırmalı çalışma bulunmaktadır (56) ve Ankara ve Berlin’de yürütülen bu çalışmada major depresif bozukluk tanısı konmuş hastalarda göçün etkisinin araştırılması hedeflenmiştir. Sonuçta major depresif bozuklukta yaşam kalitesini olumlu etkileyen değişkenler evli olmak, kısa evlilik süresi, dini görevleri konusunda daha rahat olmak, bir hekim tarafından bilgilendirilmiş olmak, bir psikiyatrdan çare arama davranışı göstermek ve düşük şiddette depresyona sahip olmak olarak elde edilmiştir. Aydemir ve arkadaşlarının (2009) yaptığı bir çalışmada hastalık şiddeti arttıkça yaşam kalitesinin bozulduğu, yineleyici depresyonu olan hastalarda fiziksel alanda yaşam kalitesinde bozulma olduğu, yineleyici depresyonu olan hastaların kendilerini bedensel olarak daha hasta gördükleri bulunmuştur. Yineleyici tipte major depresyonu olan hastalarda ise dönem sayısı arttıkça ağrı alanında yaşam kalitesi algısı bozulmaktadır (57). Kruijshaar ve ark.’nın (2003) Hollanda’da yürüttükleri major depresif bozuklukta yaşam kalitesi ile ilgili çalışmada (NEMESIS) depresyonun yineleme özelliğine göre tipinin yaşam kalitesi için belirleyici olmadığı, ancak şiddetinin asıl belirleyici olduğu ve dolayısıyla daha şiddetli depresyonun yaşam kalitesini daha çok bozduğunu bildirmişlerdir (58). Cinsiyetin yaşam kalitesi üzerine etkili olmadığı bildirilmiştir (59, 60). Aydemir ve ark (2009) major depresyonun yaşam kalitesinin tüm alanlarında bozulmaya neden olduğunu bildirmişlerdir (57).

5. DAMGALAMA VE YAŞAM KALİTESİ

Damgalamanın yaşam kalitesine olan etkisi az çalışılmış bir konudur. Switaj ve ark. (2009) 153 şizofreni hastasında hastalar tarafından bildirilen damgalanma deneyimleri ile sosyodemografik değişkenler ve hastalık ile ilişkili değişkenleri değerlendirmişlerdir (61). Bu çalışmada damgalanma puanlarıyla, sosyodemografik değişkenler ve hastalıkla ilişkili değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. Hastalığa yakalanma yaşı arttıkça damgalanma puanının azaldığını bildirmişlerdir. Aynı çalışmada damgalanma puanları ile yaşam kalitesi puanları arasında ters korelasyon olduğunu bulmuşlardır. Staring ve ark (2009) 114 şizofreni hastasında yüksek düzeyde içgörüye sahip olmanın depresyon, daha düşük yaşam kalitesi ve daha düşük benlik saygısı ile ilişkili olduğunu göstermişlerdir. Bu ilişkinin damgalanma varlığında daha kuvvetli olduğunu bildirmişlerdir (62).

Chung ve ark. (2009), 237 depresyon hastasında demografik faktörler depresif semptomların yoğunluğu, algılanan damgalanma, üstünlük algısı, sosyal destek, yaşam kalitesi arasındaki nedensel ilişkiyi araştırmışlardır. Yüksek damgalanma düzeylerinin daha şiddetli depresif belirtiler, daha düşük sosyal destek, ve daha düşük düzeyde üstünlük algısı ile ilişkili bulunurken damgalanma ile yaşam kalitesi arasında doğrudan ilişki bulunmamıştır (26). El-Badri ve Mellisop (2007) 53 kadın ve 47 erkek hastada yaşam kalitesi ve damgalanma yaşantıları arasındaki ilişkiyi incelemişler ve katılımcı hastaların çoğunda değişik düzeyde damgalanma yaşantıları olduğunu ve bu durumun yaşam kalitesinde bozulmayla ilişkili olduğunu bildirmişlerdir (63).

Toplumda ruhsal hastalıklara ilişkin tutumlara ait çalışmalar yapılmakla birlikte içselleştirilmiş damgalanma ve ruhsal hastalıklar arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmaların yeni ve çok az sayıda olduğunu belirtmiştik. Ruhsal hastalığın doğrudan etkileri nedeniyle oluşan sosyal geri çekilme yanı sıra, içselleştirilmiş damgalanma da kişinin kendisini toplumdan sosyal olarak geri çekmesine neden olmaktadır. Bu da hastalığın gidişini ve yaşam kalitesini etkileyen etmenlerden biri olabilir. Ruhsal hastalıklarda da tüm diğer hastalıklarda olduğu gibi yaşam kalitesini arttırmak tedavideki en önemli hedeflerden biridir. Buna rağmen içselleştirilmiş damgalama ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışma bulunmamaktadır. Bu çalışmayı planlarken en sık damgalanmaya maruz kaldıkları ruhsal hastalığı olan bireylerde içselleştirilmiş damgalanmanın yaşam kalitesini bozabilecek bir etken olduğunu düşündük. Buradan yola çıkılarak bu çalışmada uzun süreli ve yıkımla sonuçlanan bir bozukluk olan şizofreni tanısı almış remisyondaki hastaları, süre ve prognoz açısından farklı bir ruhsal hastalık olan depresyon tanısı almış remisyondaki hastalarla karşılaştırmayı planladık.

V. AMAÇLAR

1. Remisyonda şizofreni ve depresyon tanılı hastaları içselleştirilmiş damgalanma açısından karşılaştırmak.
2. Remisyonda şizofreni ve depresyon tanılı hastaları yaşam kalitesi açısından karşılaştırmak
3. Remisyonda şizofreni ve depresyon tanılı hastalarda içselleştirilmiş damgalanmanın yaşam kalitesi üzerindeki etkisini incelemektir.

VI. GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma tipi:

Bu çalışma kesitsel bir araştırma olarak planlanmıştır.

Araştırma yeri:

Bu çalışma Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Polikliniği'nde yapılmıştır.

Araştırma evreni, örneği ve örnek seçimi:

Çalışma evrenini Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Polikliniği'nde izlenen hastalar oluşturmuştur. Psikiyatrik olarak sağlıklı bireylerde içselleştirilmiş damgalanma varlığı söz konusu olamayacağı için süre ve prognoz açısından farklı iki ayrı hastalık grubu birbiriyle karşılaştırılmıştır. Şizofreni yaşam boyu devam eden, ilerleyici, yıkımla sonuçlanan bir hastalık iken depresyon daha yaygın, tedavi edilebilen bir ruhsal hastalıktır.

Polikliniğe başvuran şizofreni ve yineleyici veya tek epizot unipolar depresyon tanılı, remisyon kriterlerini karşılayan ve yaşam kalitesini bozabilecek başka hiçbir sağlık sorunu olmayan gönüllü hastalar çalışmaya alınmışlardır. Çalışmaya katılan hastaların hastalık süreleri (hastalık başlangıç tarihinden itibaren geçen süre) ile ilgili bir kısıtlama yapılmamıştır. Depresyon hastalarının hiçbirisi polikliniğe başvuru nedeni olan son epizotlarında elektrokonvülsif terapi almıyordu ve antidepresan dışında ilaç kullanmıyordu. Ayrıca hastaların yatarak tedavisi gerekmiyordu. Bu şekilde daha önce yapılan bir çalışma bulunmadığından örnek büyüklüğü iki farklı hastalık grubu arasında içselleştirilmiş damgalanma ve yaşam kalitesi açısından orta düzeyde bir etki büyüklüğü (0.50) öngörülerek %95 güven aralığı %90 güç ile her bir hastalık grubunda en az 85'er kişi olarak hesaplanmıştır. Veri toplamaya 1 Mayıs 2009 tarihinde başlanarak, bu tarihten itibaren her bir hastalık grubunda bu sayıya ulaşana kadar polikliniğe başvuran, remisyonunda olan ve çalışmaya katılmayı kabul eden hastalarla görüşülmüştür. Görüşülen kişilerin büyük çoğunluğu çalışmaya katılmaya istekli olmuş, yalnızca iki hasta zaman azlığı nedeniyle çalışmaya katılmayı reddetmiştir. Sonuç olarak 85 depresyon tanılı hasta 86 şizofreni tanılı hasta çalışmaya alınmıştır.

Çalışmanın değişkenleri:

1. Bağımlı değişkenleri:

İçselleştirilmiş damgalanma

Yaşam kalitesi

2. Bağımsız değişkenleri:

Temel bağımsız değişkeni

Ruhsal hastalık tipi (şizofreni ve depresyon)

Diğer bağımsız değişkenler

Sosyo-demografik değişkenler: Yaş, cinsiyet, öğrenim, medeni durum, meslek, gelir düzeyi, sosyal güvence, yaşadığı yer

Hastalığa ait değişkenler: Hastalık süresi, hastaneye yatış, tedaviye uyum, yıllık tedaviye başvuru sayısı, ilaç kullanım süresi, özkıyım girişi, kendine veya çevresine zarar verme öyküsü, ruhsal hastalığa bağlı askerlikten çürüğe çıkma öyküsü, ruhsal hastalığa bağlı işten çıkma öyküsü, ailede ruhsal hastalık varlığı, aldığı tedaviye bağlı yan etkiler

Değişkenlerin tanım ve ölçüm yöntemleri:

Bağımlı değişken:

1. İçselleştirilmiş damgalanma: ‘Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ)’ kullanılarak belirlenmiştir (Bkz. Ek 2). Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği (RHİDÖ): Ritsher ve ark. (2003) tarafından geliştirilmiş olan RHİDÖ 29 maddeden oluşan ve içsel damgalanmayı değerlendiren bir öz-bildirim ölçeğidir. Ölçek, “Yabancılaşma”, “Kalıp Yargıların Onaylanması”, “Algılanan Ayrımcılık”, “Sosyal Geri Çekilme” ve “Damgalanmaya Karşı Direnç” olarak adlandırılan beş alt ölçek çerçevesinde kişilerin öznel damgalama yaşantılarını değerlendirmektedir (35). RHİDÖ’nde yer alan maddeler “kesinlikle aynı fikirde değilim” (1 puan), “aynı fikirde değilim” (2 puan), “aynı fikirdeyim” (3 puan), “kesinlikle aynı fikirdeyim” (4 puan) şeklinde dördü bir Likert tipi ölçek üzerinde yanıtlanmaktadır. “Damgalanmaya karşı direnç” alt ölçeğinin maddeleri ters olarak puanlanmaktadır. Beş alt ölçeğe ait puanların toplanmasıyla elde edilen toplam RHİDÖ puanı 4 ile 91 puan arasında değişmektedir. RHİDÖ’nde yüksek puanlar, kişinin içselleştirilmiş damgalanmasının olumsuz yönde daha şiddetli olduğu anlamına gelmektedir. Ersoy ve ark. (2007) tarafından geçerlik ve güvenilirliği yapılmıştır (32). RHİDÖ alt ölçeklerine ait Cronbach’s alpha katsayısı sırasıyla 0.84, 0.71, 0.87, 0.85,

0.63' tür. Ölçeğin kesme noktası bulunmamaktadır. Bu çalışmada içselleştirilmiş damgalanma ölçeğinden elde edilen puanlar tertillere ayrılarak damgalanma düzeyi düşük, orta ve yüksek olarak gruplanmış ve yaşam kalitesi puanları açısından bu üç grup karşılaştırılmıştır. İçselleştirilmiş damgalanma ölçeğinden 0-25 puan alanlar düşük, 26-39 puan alanlar orta derecede, 40 ve üzeri puan alanlar yüksek düzeyde damgalanma olarak belirlenmiştir.

2. Yaşam kalitesi: WHOQOL BREF Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılarak değerlendirilmiştir (Bkz. Ek 3). WHOQOL BREF Yaşam Kalitesi Ölçeği 27 maddeli, 5'li Likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Fidaner ve ark. (1997) tarafından yapılmıştır (48) Ölçeğin iç tutarlılığı için hesaplanan "Cronbach's alpha" değerleri bedensel alanda 0.83, ruhsal alanda 0.66, sosyal alanda 0.53, çevre alanında 0.73 ve ulusal çevre alanında 0.73 bulunmuştur. Test-tekrar test güvenilirliğini hesaplamaya yönelik her soru için hesaplanan Pearson korelasyon katsayıları 0.57 ve 0.81 arasında değişmektedir. Ölçekten alınabilecek maksimum puan 135'dir.

WHOQOL-BREF, biri genel algılanan yaşam kalitesi, diğeri algılanan sağlık durumunun sorgulandığı iki soruyla birlikte toplam 26 soruyu kapsamaktadır. Türkçe geçerlilik çalışmaları sırasında bir ulusal soru eklenmesiyle oluşan WHOQOL-BREF-TR 27 sorudan oluşmaktadır. Soruların son 15 gün dikkate alınarak yanıtlanması istenir. İlk iki genel soru dışındaki sorular kullanılarak bedensel, psikolojik, sosyal, çevre ve ulusal çevre alan puanları hesaplanmıştır. WHOQOL-BREF uygulandıktan sonra 0-20 puan üzerinden hesaplanan fizik, psikolojik, sosyal, çevre ve ulusal çevre alan puanlarında, puan yükseldikçe yaşam kalitesi de yükselmektedir.

Alanlara göre soruların içeriği şöyledir:

Bedensel alan: Gündelik işleri yürütebilme, ilaçlara ve tedaviye bağımlılık, canlılık ve bitkinlik, hareketlilik, ağrı ve rahatsızlık, uyku ve dinlenme ve çalışabilme gücü

Ruhsal alan: Beden imgesi ve dış görünüş, olumsuz duygular, benlik saygısı, olumlu duygular, maneviyat, din, kişisel inançlar, düşünme, öğrenme, bellek ve dikkatini toplama

Sosyal alan: Diğer kişilerle ilişkiler, sosyal destek, cinsel yaşam

Çevre alanı: Maddi kaynaklar, fiziksel güvenlik ve emniyet, sağlık hizmetleri ve sosyal yardım, ulaşılabilirlik ve nitelik, ev ortamı, yeni bilgi ve beceri edinme fırsatı, dinlenme ve boş zaman değerlendirme fırsatları ile bunlara katılabilme, fiziksel çevre (kirlilik, gürültü, trafik, iklim), ulaşım

Ulusal çevre alanı: Sosyal baskı

Bağımsız değişkenler:

Temel bağımsız değişken

Ruhsal hastalık tipi (şizofreni ve depresyon): Psikiyatri polikliniğinde depresyon ve şizofreni tanısıyla izlenen veya ilk kez başvuran ve remisyonda olan hastalar alınmıştır.

Sosyo-demografik değişkenler:

Yaş: Sürekli değişken olarak toplanmış, ortalaması sunulmuştur.

Cinsiyet: Erkek/kadın olarak gruplanmıştır.

Öğrenim düzeyi: Lise altı, lise ve üniversite mezunu olarak gruplanmıştır.

Medeni hal: Evli, bekar, dul veya ayrılmış şeklinde üç grupta toplanmıştır.

Yaşadığı yer: Kent, kasaba/ köy olarak gruplanmıştır.

Aylık gelir: Kişi başı olarak hesaplanmıştır. Asgari ücretin altı (650 TL), asgari ücret ve üstü olarak gruplanmıştır.

İş durumu: Çalışan ve işsiz olarak gruplanmıştır. Emekli, ev hanımı ve öğrenciler çalışan grup içinde yer almışlardır

Hastalıkla ilgili değişkenler

Hastalık süresi (hastalık başlangıcından itibaren geçen süre): Ay olarak sorulmuş ve sürekli değişken olarak kodlanmıştır.

Hastaneye yatış: Var, yok olarak gruplanmıştır.

Özkıyım girişimi: Var, yok olarak gruplanmıştır.

Ailede ruhsal hastalık: Var yok olarak gruplanmıştır.

Tedaviye uyum: Ayda bir kez ilacını almayanlar, ayda birden çok ilacını almayanlar olarak gruplanmıştır.

Yıllık tedavi başvuru sayısı: Son bir yıl içinde yılda 1-2 kez, 3-4 kez, 5 kez ve üzeri olarak gruplanmıştır.

İlaç kullanım süresi: Toplam süre ay olarak sürekli değişken olarak sunulmuştur.

Tedaviye bağlı yan etki: hastaya ilaca bağlı bir yan etki yaşayıp yaşamadığı sorulmuş, kilo alımı, sedasyon, ekstrapiramidal sendrom, adet düzensizliği, cinsel yan etkiler, kabızlık kaşıntı, aşırı salya, diskinezi gibi yan etkiler kayıt edilmiştir. Yan etki varlığı var, yok olarak gruplanmıştır.

Kendine veya çevresine zarar verme: Var, yok olarak gruplanmıştır.

Ruhsal hastalık (RH) nedeniyle işte çıkma: Var, yok olarak gruplanmıştır.

Ruhsal hastalık(RH) nedeniyle askerde çürüğe alınma: Var, yok olarak gruplanmıştır.

Veri toplama biçimi:

Değişkenleri içeren sorular ve ölçeklerden oluşan anket formu hastaların kendileri tarafından doldurulmuştur. Öncelikle, psikiyatri polikliniğinde depresyon ve şizofreni tanısıyla izlenen veya ilk kez başvuran hastalar DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV) için yapılandırılmış klinik görüşme I (64) görüşmesi yapılarak tanı açısından değerlendirilmişlerdir.

Tanısal değerlendirmeden sonra, hastaların remisyonda olup olmadıkları netleştirilmiştir. Depresyon hastaları için remisyon, en son epizottan bu yana en az iki ay ve üzerinde belirtilerin tamamının düzelmesi olarak tanımlanmaktadır (12). En az iki aydır hastalık belirtileri bulunmayan ve Hamilton depresyon ölçeğinden 7 puan ve altı alan hastalar remisyonda kabul edilerek çalışmaya alınmışlardır (65).

Şizofreni hastalarına remisyon, Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeğinin P1 (hezeyanlar), P2 (düşünce dağınıklığı), P3 (halüsünatuvar davranış), G5 (olağandışı düşünce içeriği), G9 (postur ve kendine özgü davranışlar), N1 (duygulanımda küntleşme), N4 (sosyal çekilme), N6 (spontanlıkta azalma) numaralı sorularına göre değerlendirilmiş, en az altı veya daha uzun süreli olarak bu sorulardan, 3 ve daha düşük puan alan hastalar remisyonda kabul edilmiştir (66, 67). Bu testlerde remisyonda olduğu netleşen hastalara araştırma anlatılmış, gönüllü olan hastalara onam belgesi imzalatılarak anket uygulanmıştır.

Veri Analizi:

Sıklık dağılımı sunulan sosyo-demografik değişkenlerin analizinde Ki-kare testi, yaş ortalamalarının karşılaştırılmasında t testi kullanıldı.

İçselleştirilmiş damgalanma ve yaşam kalitesi puanları iki grupta karşılaştırıldığında t testi, ikiden fazla grupta karşılaştırıldığında varyans analizi kullanıldı; gruptaki birey sayısı 30'un altında ise parametrik olmayan testlerden Mann-Whitney U testi ve Kruskal Wallis varyans analizi kullanıldı. Varyans analizinde anlamlılık belirlenirse anlamlılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemede Bonferroni testi kullanıldı. Şizofreni ve depresyon hastalarında içselleştirilmiş damgalanmanın yaşam kalitesi ile ilişkisi Pearson Korelasyon analizi ile değerlendirildi.

Etik Kurul Onayı

Bu tez Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi etik kurulundan 21.4.2009 tarih ve 003550 sayı ile onay almıştır.

Zamanlama çizelgesi:

Araştırma planı: Ocak-Şubat 2009

Araştırma önerisinin onaylanması: 9.Mart 2009

Veri toplama: Mayıs -Ekim 2009

Verilerin girilmesi ve analizler: Ekim - Kasım 2009

Tez Yazımı: Kasım- Aralık 2009

Yıl	2009												2010		
Ay	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
Konu seçimi	■														
Kaynak İnceleme	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■			
Planlama	■	■	■												
Tez Önerisi Sunumu			■												
İzin ve Onay alma			■	■											
Veri Toplama					■	■	■	■	■	■					
Veri değerlendirme									■	■	■				
Tez yazımı										■	■	■			

VII. BULGULAR

Çalışmaya remisyonda olan 86 şizofreni ve 85 depresyon hastası katıldı.

1. Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri

Şizofreni hastalarının yaş ortalamaları 35.29 ± 9.45 , depresyon hastalarının yaş ortalamaları 40.92 ± 12.43 'tü. Hastaların sosyo-demografik özellikleri her iki hastalık grubu için karşılaştırıldığında yaş ortalaması, cinsiyet, medeni durum, iş durumu, sosyal güvence ve çocuk sahibi olma açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuş, aylık gelir düzeyi, öğrenim düzeyi ve yaşanılan yer açısından anlamlı farklılık bulunmamıştır (Tablo1).

Şizofreni grubunda yaş ortalaması daha düşük, bekar hasta oranı daha fazla, sosyal güvencesi olan hasta oranı daha az, işsiz oranı daha fazlayken, depresyon grubunda kadın hasta oranı daha fazla, evli olanların oranı daha fazla, çocuk sahibi olma oranı daha yüksektir.

Tablo 1. Şizofreni ve depresyon hastalarının sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımları

	Şizofreni N=86		Depresyon N=85		P
	Sayı	%	Sayı	%	
Yaş (ortalama \pm standart sapma)	35.29 \pm 9.45		40.92 \pm 12.43		0.001*
Cinsiyet					0.00†
Kadın	43	50.0	73	85.9	
Erkek	43	50.0	12	14.1	
Medeni Hal					0.00†
Evli	19	22.1	63	74.1	
Bekar	57	66.3	13	15.3	
Ayrılmış/dul	10	11.6	9	10.6	
Öğrenim düzeyi					0.111†
Lise altı	28	32.6	41	48.2	
Lise mezunu	38	44.2	28	32.9	
YO-Üniversite mezunu	20	23.3	16	18.8	
İş Durumu					0.00†
İşsiz	40	46.5	4	4.7	
Çalışıyor	46	53.5	81	95.3	
Aylık gelir					0.064†
0-649	64	74.4	52	61.2	
650 ve üstü	22	25.6	33	38.8	

Sosyal Güvence					
Var	75	87.2	83	97.6	0.010†
Yok	11	12.8	2	2.4	
Yaşadığı yer					
Kent	68	79.1	65	76.5	0.683†
Kasaba/köy	18	20.9	20	23.5	
Çocuk					
Var	24	27.9	65	76.5	0.00†
Yok	62	72.1	20	23.5	

*t testi, †Ki-kare

2. Hastaların Hastalık Öyküsü İle İlgili Özellikleri

Hastaların ruhsal hastalıklarına ilişkin değişkenler her iki hastalık grubunda karşılaştırıldığında hastalık süresi (hastalık başlangıcından bu yana geçen süre), hastaneye yatış, tedavi süresi, yıllık tedaviye başvuru sayısı, ruhsal hastalığa bağlı iş kaybı, askerlik yapamama, yan etkiler açısından gruplar arasında istatistiksel anlamlı farklılık bulunmuştur. Şizofreni hastalarında hastalık süresi daha uzun, hastaneye yatış oranı daha yüksek, tedavi süresi daha uzun, yan etkiler daha fazla, hastalığa bağlı iş kaybı ve askerlik yapamama oranı yüksek iken, depresyon hastalarında yıllık tedaviye başvuru sayısı daha yüksektir. Özkıyım girişimi, aile öyküsü, tedaviye uyum, kendine ve çevresine zarar verici davranış açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo 2).

Tablo 2. Şizofreni ve depresyon hastalarının hastalık öyküsü özelliklerine göre dağılımları

	Şizofreni N=86		Depresyon N=85		P
	Sayı	%	Sayı	%	
Hastalık süresi (Ay Ort ± S)	131.14±91.21		61.05±70.17		p<0.001*
Hastaneye Yatış					
Var	61	70.9	7	8.2	p<0.001†
Yok	25	29.1	78	91.8	
Özkıyım Girişimi					
Var	20	23.3	15	17.6	0.363†
Yok	66	76.7	70	82.4	
Ailede Ruhsal Hastalık					
Var	35	40.7	38	44.7	0.596†
Yok	51	59.3	47	55.3	

Tedaviye Uyum					
Ayda 1 den az doz atlıyor	74	86.0	67	78.8	0.214†
Ayda 1 den çok doz atlıyor	12	14.0	18	21.2	
Yıllık Tedaviye Başvuru Sayısı					
1-2	14	16.3	4	4.7	0.017†
3-4	49	57.0	46	54.1	
5 ve üzeri	23	26.7	35	41.2	
Tedavi Süresi (Ort. ± S)	99.66±80.90		14.65±23.63		p<0.001*
RH'a Bağlı Zarar Verme Öyküsü					
Var	13	15.1	7	8.2	0.162†
Yok	73	84.9	78	91.2	
RH'a bağlı işten çıkma					
Var	22	25.6	4	4.7	p<0.001†
Yok	64	74.4	81	95.3	
RH'a bağlı askerde çürüğe alınma					
Var	18	75	0	0	0.029†
Yok	6	25	3	100	
Tedaviye bağlı yan etki					
Var	53	61.6	18	21.2	p<0.001†
Yok	33	38.2	67	78.8	

*t testi, †Ki-kare

3. Hastalık Tipine Göre İçselleştirilmiş Damgalanma

Şizofreni ve depresyon hastaları içselleştirilmiş damgalanma puanları açısından karşılaştırıldıklarında her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur; şizofreni hastalarının puan ortalamaları daha yüksektir (Tablo 3).

Tablo 3. Şizofreni ve depresyon hastalarında içselleştirilmiş damgalanma puanları

	içselleştirilmiş damgalanma puanı (Ort . S)	P
Depresyon	31.94±11.19	0.028*
Şizofreni	36.67±16.18	

*t testi

Hastalık grupları arasında cinsiyet dağılımı açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır (Tablo 1); bu nedenle çalışma grubu cinsiyete göre tabakalandırılarak her iki cinsiyette ayrı ayrı şizofreni ve depresyon hastalarının damgalanma puanları karşılaştırılmıştır. Kadın hastalarda gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Kadın şizofreni hastalarının içselleştirilmiş damgalanma puanları depresyon hastalarından anlamlı düzeyde daha yüksektir (Tablo 3a). Erkek şizofreni ve depresyon hastaları arasında ise içselleştirilmiş damgalanma puanları açısından anlamlı fark bulunmamıştır; ancak şizofreni hastalarının ortalama puanları depresyon hastalarından daha yüksektir.

Tablo 3a. Kadın ve erkek şizofreni ve depresyon hastalarında içselleştirilmiş damgalanma puanları

	Kadın (n=116)		Erkek (n=55)		
	içselleştirilmiş damgalanma puanı (Ort ± S)	P		içselleştirilmiş damgalanma puanı (Ort ± S)	P
Depresyon (n=73)	32.20±10.98	0.013*	Depresyon (n=12)	30.33±12.59	0.398†
Şizofreni (n=43)	38.72±16.82		Şizofreni (n=43)	34.62±15.44	

*t testi †Mann Whitney U

4. Hastalık Tipine Göre Yaşam Kalitesi

Şizofreni ve depresyon hastaları yaşam kalitesi ölçeğinin her bir alt alanı için ayrı ayrı karşılaştırıldığında tüm alanlarda depresyon hastalarında ortalama puanların daha yüksek olduğu görüldü. Ancak fiziksel alan puanları ve sosyal alan puanları arasında anlamlı farklılık bulunurken; ruhsal alan, çevresel alan ve ulusal alan puanlarında anlamlı farklılık bulunmadı(Tablo 4).

Tablo 4. Şizofreni ve depresyon hastalarında yaşam kalitesi puanları

	Yaşam Kalitesi puanları (Ort. ± S)				
	Fiziksel alan puanı	Ruhsal alan puanı	Sosyal alan puanı	Çevresel alan puanı	Ulusal alan puanı
Depresyon	15.18±4.02	14.02±2.24	14.08±3.20	14.55±2.32	14.55±2.25
Şizofreni	13.94±3.22	13.42±3.24	12.45±4.50	14.16±3.83	14.13±3.60
P	0.028*	0.159*	0.007*	0.413*	0.373*

*t testi

Hastalık grupları arasında cinsiyet dağılımı açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır (Tablo 1); bu nedenle çalışma grubu cinsiyete göre tabakalandırılarak her iki cinsiyette ayrı ayrı şizofreni ve depresyon hastalarının yaşam kalitesi puanları karşılaştırılmıştır. Her iki cinsiyette de depresyon hastalarının tüm alan puanları ortalamasının şizofreni hastalarının ortalamalarından yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4a ve Tablo 4b). Ancak kadınlarda iki hasta grubu arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Tablo 4a. Kadın şizofreni ve depresyon hastalarında yaşam kalitesi puanları

	Yaşam Kalitesi puanları (Ort. ± S)				
	Fiziksel alan puanı	Ruhsal alan puanı	Sosyal alan puanı	Çevresel alan puanı	Ulusal alan puanı
Depresyon (n=73)	15.21±4.26	13.89±2.23	13.86±3.21	14.53±2.41	14.53±2.35
Şizofreni (n=43)	14.33±3.36	13.50±3.30	12.60±4.45	13.82±2.93	13.80±2.94
P	0.253*	0.458*	0.081*	0.158*	0.179*

* t testi

Erkek hastalarda yaşam kalitesi puanları karşılaştırıldığında ise sosyal alan puanlarında anlamlı farklılık bulunmuştur. Şizofreni hastalarının sosyal alan puanları anlamlı olarak daha düşüktür (Tablo 4b).

Tablo 4b. Erkek şizofreni ve depresyon hastalarında yaşam kalitesi puanları

	Yaşam Kalitesi puanları (Ort±ss)				
	Fiziksel alan puanı	Ruhsal alan puanı	Sosyal alan puanı	Çevresel alan puanı	Ulusal alan puanı
Depresyon (n=12)	15.00±2.18	14.83±2.16	15.44±2.92	14.70±1.80	14.66±1.65
Şizofreni (n=43)	13.55±3.07	13.33±3.22	12.31±4.59	14.50±4.57	14.41±4.18
P	0.125*	0.123*	0.020*	0.520*	0.444*

* Mann Whitney U Testi

Şizofreni ve depresyon hastalarında sosyo-demografik özelliklere göre yaşam kalitesi puanları beş ayrı alt alan için değerlendirildi.

Şizofreni hastalarında yaşam kalitesi alt alanları cinsiyet, yaş grupları, öğrenim düzeyi, medeni durum, iş durumu açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı fark bulunmadı (Tablo5). Yaşadıkları yerler açısından değerlendirildiklerinde ise yaşam kalitesi ölçeğinin tüm alt alanlarında, kasabada yaşayanlarda yaşam kalitesi puanları anlamlı olarak daha yüksek bulundu (Tablo 5).

Tablo 5.Şizofreni hastalarında sosyo-demografik özelliklere göre yaşam kalitesi puanları

	Say ı	Fiziksel alan puanı	P	Ruhsal alan puanı	P	Sosyal alan puanı	P	Çevresel alan puanı	P	Ulusal alan puanı	P
Yaş grubu											
30 Yaş altı	27	14.00±3.22	.882	13.72±3.80	.354	12.32±5.03	.552	14.96±5.75	.444	14.80±5.26	.395
30-39	30	13.59±3.55	*	12.75±3.24	*	12.11±4.68	*	13.45±2.68	*	13.45±2.82	*
40Y. ve üstü	29	14.25±2.94		13.82±2.62		12.94±3.86		14.13±2.29		14.22±2.14	
Cinsiyet											
Kadın	43	14.33±3.36	.735	13.50±3.30	.383	12.60±4.45	.768	13.82±2.93	.339	13.86±2.94	.372
Erkek	43	13.55±3.07	†	13.33±3.22	†	12.31±4.59	†	14.50±4.57	†	14.41±4.18	†
Medeni Hal											
Evlü	19	13.71±3.38	.434	13.44±3.00	.812	12.91±4.59	.480	14.26±2.17	.380	14.33±2.20	.242
Bekar	57	14.16±3.30	*	13.48±3.41	*	12.51±4.71	*	14.31±4.41	*	14.29±4.10	*
Ayrılmış /Dul	10	13.12±2.53		13.00±2.96		11.26±3.02		13.07±2.52		12.86±2.54	
Öğrenim düzeyi											
Lise altı	28	14.04±3.20	.955	13.27±3.57	.973	12.00±5.22	.331	13.94±2.95	.791	13.85±2.90	.790
Lise	38	13.93±3.38	*	13.52±3.46	*	13.19±4.36	*	13.67±3.13	*	13.77±3.06	*
YO-Ün.	20	13.82±3.11		13.42±2.34		11.70±3.58		15.37±5.66		15.22±5.14	
İş Durumu											
İşsiz	40	13.96±2.79	.961	13.29±3.49	.744	12.25±4.57	.693	13.76±2.83	.381	13.77±2.82	.380
Çalışıyor	46	13.92±3.59	†	13.52±3.04	†	12.63±4.47	†	14.50±4.53	†	14.46±4.18	†
Aylık gelir											
0-649	64	14.04±2.97	.634	13.43±3.23	.789	12.34±4.55	.658	14.18±4.22	.874	14.12±3.96	.638
650 ve üstü	22	13.63±3.93	‡	13.38±3.34	‡	12.78±4.44	‡	14.09±2.45	‡	14.18±2.38	‡
Yaşadığı yer											
Kent	68	13.42±3.29	.003	12.86±3.24	.001	11.80±4.49	.015	13.73±4.11	.002	13.69±3.83	.001
Kasaba/Köy	18	15.88±2.03	‡	15.51±2.27	‡	14.92±3.69	‡	15.75±1.86	‡	15.81±1.84	‡

* Kruskal Wallis, † t testi, ‡ Mann Whitney U

Depresyon hastalarında yaşam kalitesi alt alanları cinsiyet, yaş grupları, öğrenim düzeyi, medeni durum, açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı fark bulunmadı (Tablo 6). Gelir düzeyi ile yaşam kalitesi ölçeği ruhsal alan puanları arasında anlamlı ilişki bulundu (Tablo 6). 650 TL ve üzeri aylık geliri olanlarda ruhsal alan puanları daha yüksekti. Yaşanılan yer açısından değerlendirildiğinde, kasabada yaşayanların ruhsal, sosyal, çevre ve ulusal alan puanlarının kentte yaşayanlardan anlamlı derecede yüksek olduğu belirlendi (Tablo 6).

Tablo 6: Depresyon hastalarında sosyodemografik özelliklere göre yaşam kalitesi puanları

	Sayı	Fiziksel alan puanı	P	Ruhsal alan puanı	P	Sosyal alan puanı	P	Çevresel alan puanı	P	Ulusal alan puanı	P
Cinsiyet											
Kadın	73	15.21±4.26	.899	13.89±2.23	.136	13.86±3.21	.121†	14.53±2.41	.830	14.53±2.35	.742†
Erkek	12	15.00±2.18	†	14.83±2.16	†	15.44±2.92		14.70±1.80	†	14.66±1.65	
Yaş grubu											
30 Yaş altı	17	14.72±2.29		13.44±2.03		13.09±2.91		14.00±2.55		14.12±2.39	
30-39	24	16.50±6.45	.506	14.21±2.07	.546	13.72±3.81	.163*	14.94±2.03	.643	14.87±2.13	.738*
40Y. ve üstü	44	14.63±2.48	*	14.14±2.40	*	14.66±3.26		14.56±2.39	*	14.54±2.29	
Medeni Hal											
Evli	63	15.17±4.44	.693	14.22±2.25	.127	14.47±3.15	.072*	14.60±2.40	.182	14.61±2.32	.107*
Bekar	13	15.51±2.46	*	13.98±2.30	*	13.53±3.47		15.08±2.27	*	15.12±2.20	
Ayrılmış /Dul	9	14.73±2.78		12.66±1.66		12.14±2.53		13.50±1.54		13.28±1.39	
Öğrenim düzeyi											
Lise altı	41	15.51±5.34	.468	13.99±2.39	.274	14.01±3.50	.729*	14.52±2.56	.635	14.50±2.45	.625*
Lise	28	14.61±1.94	*	13.60±2.18	*	13.90±2.82		14.33±1.92	*	14.34±1.84	
YO-Ün.	16	15.32±2.64		14.83±1.78		14.58±3.17		15.03±2.39		15.02±2.46	
İş Durumu											
İşsiz	4	15.14±4.08	.429	14.07±2.21	.343	14.20±3.09	.285†	14.53±2.32	.435	14.52±2.25	.405†
Çalışıyor	81	16.00±2.79	†	13.00±2.80	†	11.66±4.79		15.00±2.67	†	15.11±2.69	
Aylık gelir											
0-649	52	15.10±4.84	.819	13.52±2.25	.010	13.76±3.39	.254‡	14.40±2.48	.440	14.40±2.42	.446‡
650 ve üstü	33	15.30±2.29	‡	14.80±2.01	‡	14.58±2.84		14.80±2.06	‡	14.78±1.98	
Yaşadığı yer											
Kent	65	14.70±2.27	.260	13.60±1.98	.006	13.57±2.97	.010†	14.35±2.13	.035	14.33±2.06	.024†
Kasaba/Köy	20	16.74±7.14	†	15.38±2.53	†	15.73±3.44		15.20±2.81	†	15.26±2.74	

Kruskal Wallis testi, † Mann Whitmey U, ‡ t testi,

5. İçselleştirilmiş Damgalanmanın Yaşam Kalitesine Etkisi

Şizofreni ve depresyon hastaları ayrı ayrı RHİDÖ puanlarına göre tertillere ayrılarak düşük, orta ve yüksek düzeyde damgalanma olarak gruplandı ve gruplar yaşam kalitesi puanları açısından karşılaştırıldı.

Şizofreni hastalarında damgalanma düzeyi arttıkça yaşam kalitesinin tüm alanlarında yaşam kalitesi puanlarının düştüğü gözlemlendi ve gruplar arası farkın anlamlı olduğu bulundu (Tablo 7). Yapılan ileri analizlerde tüm alanlarda anlamlılığın yüksek damgalanmadan kaynaklandığı belirlendi (Bonferroni: Fiziksel Alan $P<0.001$, $P<0.001$; Ruhsal Alan $P<0.001$, $P<0.001$; Sosyal Alan $P=0.001$, $P=0.002$; Çevre Alanı $P=0.004$, $P=0.006$; Ulusal Çevre Alanı $P=0.002$, $P=0.003$)

Tablo 7 . Şizofreni hastalarında içselleştirilmiş damgalanma düzeyine göre yaşam kalitesi puanları

	Yaşam Kalitesi puanları (Ort. ±S)				
İçs. Dam.	Fiziksel alan puanı	Ruhsal alan puanı	Sosyal alan puanı	Çevresel alan puanı	Ulusal alan puan
Yüksek	11.88±2.90†	11.33±2.85†	10.18±4.32†	12.39±2.77†	12.38±2.68†
Orta	14.95±2.64	14.82±2.40	14.00±3.64	15.44±5.22	15.38±4.67
Düşük	15.94±2.46	15.02±2.91	14.19±4.25	15.41±2.13	15.41±2.25
P	p<0.001*	p<0.001*	p<0.001*	0.001*	p<0.001*

*ANOVA, †Bonferroni Testi (p<0.05)

Depresyon hastalarında da damgalanma düzeyi arttıkça yaşam kalitesinin tüm alanlarında yaşam kalitesi puanlarının düştüğü gözlemlendi ve gruplar arası farkın anlamlı olduğu bulundu (Tablo 8). Yapılan ileri analizlerde fiziksel, ruhsal ve ulusal çevre alanlarında anlamlılığın düşük damgalanmadan kaynaklandığı belirlendi (Bonferroni: Fiziksel Alan P=0.040, P=0.005; Ruhsal Alan P<0.004, P<0.001; Ulusal Çevre Alanı P=0.002, P=0.003). Sosyal ve çevre alanlarında ise ileri analizlerde yalnızca düşük damgalanma grubunun yüksek damgalanma grubundan anlamlı olarak daha yüksek yaşam kalitesi puanına sahip olduğu belirlendi (Bonferroni: Sosyal Alan P=0.010; Çevre Alanı P=0.001).

Tablo 8. Depresyon hastalarında içselleştirilmiş damgalanma düzeyine göre yaşam kalitesi puanları

İçs. Dam.	Yaşam Kalitesi puanları (Ort. ± S)				
	Fiziksel alan puanı	Ruhsal alan puanı	Sosyal alan puanı	Çevre puanı	Ulusal çevre puanı
Yüksek	13.64±1.68	12.77±1.93	12.80±3.05	13.40±1.98	13.33±1.88
Orta	14.48±2.26	13.64±2.21	13.85±3.06	14.39±2.10	14.30±2.03
Düşük	16.98±5.62†	15.33±1.81†	15.29±3.08†	15.60±2.35†	15.63±2.28†
P	0.003*	p<0.001*	0.011*	0.001*	0.001*

*ANOVA, †Bonferroni Testi (P<0.05)

İçselleştirilmiş damgalanma ve yaşam kalitesi puanları arasındaki ilişkiyi belirlemek için korelasyon analizi de yapıldı. Her iki hasta grubunda da içselleştirilmiş damgalanma puanları ile yaşam kalitesi alt ölçek puanları arasında ters yönde, zayıf ya da orta düzeyde ancak anlamlı korelasyon olduğu saptandı (Tablo 9)

Tablo 9: Şizofreni ve depresyon hastalarında içselleştirilmiş damgalanma ve yaşam kalitesi puanları korelasyonu

	Şizofreni		Depresyon	
	r	P*	r	P*
Fiziksel alan	-0.602	<0.01	-0.338	0.002
Ruhsal alan	-0.553	<0.01	-0.501	<0.01
Sosyal alan	-0.440	<0.01	-0.317	0.003
Çevre puanı	-0.378	<0.01	-0.417	<0.01
Ulusal çevre puanı	-0.409	<0.01	-0.437	<0.01

* Pearson Korelasyon Analizi

VIII. TARTIŞMA

Çalışmanın bulguları özetlenecek olursa, içselleştirilmiş damgalanma puanları her iki hasta grubunda farklı bulunmuştur. Şizofreni hastalarının puan ortalamaları daha yüksektir. Her iki hasta grubunda yaşam kalitesi alt ölçekleri fiziksel alan ve sosyal alan puanları arasında farklılık bulunurken; ruhsal alan, çevresel alan ve ulusal alan puanlarında farklılık bulunmamıştır. Karşılaştırılan hasta grupları arasında depresyon grubunda kadın hastalar daha fazla olduğu için, her iki hasta grubu cinsiyete göre tabakalandırılmış; sonuç olarak kadınlarda şizofreni hastalarında içselleştirilmiş damgalanma puanları depresyon hastalarından yüksek, erkeklerde şizofreni hastalarının sosyal alan yaşam kaliteleri depresyon hastalarından daha kötü bulunmuştur. Her iki hasta grubunda da düşük orta ve yüksek içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri arasında yaşam kalitesi puanlarının beş alt ölçeğinin tamamında farklılık saptanmıştır. Daha yüksek içselleştirilmiş damgalanma puanları alanlarda yaşam kalitesi daha kötüdür.

1. Hasta gruplarında içselleştirilmiş damgalanmanın karşılaştırılması

Damgalanma çalışmalarında depresyon hastalarının toplum tarafından damgalandığını bildiren tutum çalışmaları olmakla birlikte, ruhsal hastalıklar arasında en sık araştırılan hasta grubu şizofreni hastalarıdır. Literatürde de tanı grupları olarak şizofreni, affektif bozukluklara göre daha fazla damgalayıcı bulunmuştur (25). Çalışmamız bu bilgiyi desteklemektedir. Şizofreni hastalarının içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri daha yüksektir. Chung ve ark (2009) algılanan damgalamanın duygudurum bozuklukları üzerindeki etkilerinin yakın zamanda dikkati çeken bir konu olduğunu vurgulamışlardır (26). Damgalanma algısı sosyal işlevsellikte bozulma ve tedaviyi yarım bırakmanın yordayıcısı olarak bildirilmiştir (27). Hastalar çevrelerinden anlayış ve destek görmelerine rağmen kendilerini damgalanmış olarak algılamaktadırlar. Anlaşıldığı gibi depresyonda içselleştirilmiş damgalanma az çalışılmış bir konudur. Bu çalışmanın sonuçlarına göre remisyon dönemindeki major depresyon hastalarında içselleştirilmiş damgalanma her ne kadar şizofreni hastalarından daha düşük düzeyde de olsa, göz ardı edilemeyecek bir konudur ve depresyonun remisyona girmesine rağmen hastanın yaşam kalitesini etkilemektedir. Depresyon grubunda kadın hasta oranının daha fazla olması nedeniyle yapılan tabakalandırma sonucunda kadın şizofreni hastalarında içselleştirilmiş damgalanma puanları depresyon hastalarından anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Erkek hastalarda hastalık grupları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Ancak

bu durum depresyon hastalarındaki içselleştirilmiş damgalanma düzeyinin yaşam kalitesine olan etkisini açıklamamaktadır. Depresyonda içselleştirilmiş damgalanmanın nedenlerinin araştırıldığı yeni çalışmalara ihtiyaç vardır.

2. Hasta gruplarında yaşam kalitesinin karşılaştırılması

Her iki hastalık grubundaki hastaların yaşam kaliteleri arasında fiziksel alan ve sosyal alan puanları arasında farklılık bulunmuş diğer alanlarda şizofreni hastaları depresyon hastalarından daha düşük puan alsalar da anlamlı farklılık bulunmamıştır. Şizofreni hastalarında fiziksel ve sosyal alan puanları daha düşüktür. Alptekin ve ark (49) ülkemizde yapmış oldukları çalışmalarında 38 şizofreni ve 31 kontrol hastasını kognitif işlevler ve yaşam kalitesi açısından karşılaştırmışlardır. Şizofreni hastalarının kontrollere göre daha kötü fiziksel, ruhsal ve sosyal alan yaşam kalitesine sahip olduklarını ve bilişsel işlevlerdeki bozukluğun daha kötü sosyal alan puanlarıyla ilişkili olduğunu göstermişlerdir. Akvardar ve ark. (50) şizofreni, bipolar bozukluk, alkol bağımlılığı, diabetes mellitus hastaları ve kontrolleri yaşam kalitesi açısından karşılaştırmışlar ve şizofreni hastalarının fiziksel, ruhsal ve sosyal alanlarda diğer gruplardan daha kötü puanlar aldıklarını göstermişlerdir. Fiziksel alan hastaların gündelik işleri yürütebilmesi, ilaçlara ve tedaviye bağımlılığı, canlılık ve bitkinlik, hareketlilik, ağrı ve rahatsızlık uyku ve dinlenme ve çalışabilme gücü alanlarını etkiler. Bu alanlar doğrudan hastalık etkilerine bağlı alanlardır. Bizim çalışmamızda her ne kadar hastalar remisyonda olsalar da, hastalığın yarattığı enerjisizlik hali, kullanılan ilaçların yan etkileri fiziksel alandaki puan düşüklüğünü açıklayabilir. Sosyal alanlarda şizofreni hastalarının daha düşük puanlar alması, şizofreni hastalarının gerek hastalığa bağlı sosyal geri çekilme gerekse damgalanma etkisiyle oluşan sosyal mesafenin sonucu olabilir.

Günümüzde ilerleyici ve yıkımla sonuçlanan bir hastalık olan şizofrenide remisyon kavramı tartışmalıdır. Pozitif belirtilerde tam düzelme ilaçlarla mümkün olmasına karşın negatif belirtilerde tam düzelme sağlanamamaktadır. Bu nedenle Andreasen ve arkadaşları (2005) şizofreninin remisyonu için tam düzelme yerine kişinin işlevselliğini etkilemeyecek düzeyde düzelmenin şizofrenide remisyon demek için yeterli olduğunu bildirmişlerdir (66). Bu çalışmadaki şizofreni hastalarında remisyon buna göre belirlenmiştir. Bu durum ve önceki çalışmalar (49,50,51) şizofreni hastalarındaki yaşam kalitesindeki bozukluğu kısmen de olsa açıklamasına rağmen, yıkımla sonuçlanmayan bir hastalık olarak depresyonda yaşam

kalitesindeki bozukluğun remisyon döneminde de devam etmesi, nedeni aydınlatılması gereken bir sorudur. Yukarıda belirttiğimiz gibi bu çalışmada remisyondaki depresyon hastalarının ruhsal, çevresel ve ulusal çevre alanlarında yaşam kaliteleri remisyondaki şizofreni hastalarına benzerdir. Major depresif bozukluğun hastaların gündelik yaşamını nasıl etkilediği ve sağlık algısını ne ölçüde değiştirdiğiyle ilgili çalışmaların çoğu fiziksel hastalıklara eşlik eden depresyon ve yaşam kalitesini araştırmıştır. Buna rağmen major depresif bozukluğun yaşam kalitesini bozduğu bilinmektedir ve bunun en çok hastalığın şiddeti (54), sosyo-demografik faktörler ve sosyal destek ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (26). Eşik altı depresyonda bile yaşam kalitesinin bozulduğu gösterilmiştir (55).

Bazı yazarlar major depresyondaki hastaların yaşam kalitesindeki azalmayı doğrudan depresyon belirtilerine atfederken (68), Rapaport ve ark. (2005) semptomların yaşam kalitesindeki bozulmanın yalnızca bir kısmını açıklayabileceğini, bireyin yaşam kalitesi algısının değerlendirilmesi gerektiğini bildirmişlerdir (69). Goustautas ve ark (2006) 87 yatan depresyon hastasında tedavi ile yaşam kalitesindeki değişimi incelemişler, tedavi sonunda yaşam kalitesinin tüm alanlarında düzelme olduğunu bildirmişlerdir. Semptom sayısı, ağırlığı ve sıklığının değişimiyle yaşam kalitesindeki düzelme uyumlu bulunmuştur (70). Bizim çalışmamızda depresyon hastaları şizofreni hastalarından tüm alanlarda daha yüksek puan almıştır. Ancak ruhsal alan ve çevre alanlarında gruplar arasında fark bulunmamıştır. Hastalarımızın fiziksel ve sosyal alanlarda yaşam kalitesi şizofreni hastalarından daha iyi ruhsal alanda ve çevresel alanlarda şizofreni grubuna benzer yaşam kalitesi düzeyleri gösterdikleri görülmektedir. Çevresel alan maddi kaynaklar fiziki güvenlik ve emniyet, sağlık hizmetleri sosyal yardım, ulaşılabilirlik ve nitelik, ev ortamı, yeni bilgi ve beceri edinebilme, boş zamanları değerlendirebilme gibi alanlar kapsamaktadır. Türkiye’de daha önceki yapılmış çalışmalarda da (49,50,51) gelişmekte olan bir ülke olduğumuz için, diğer bütün gelişmekte olan ülkeler gibi finansal kaynaklara erişebilme sorunu toplumun genelinde mevcuttur ve bu nedenle hasta grupları arasında çevre alanı yaşam kalitesi ölçümlerinde fark bulunamamıştır. Ancak remisyonda oldukları halde ruhsal alanda yaşam kalitesinin şizofreni hastalarıyla benzer düzeyde olması ilginçtir. Rapaport ve arkadaşlarının belirttiği gibi bu durum belki de hastaların yaşam kalitesi algılarının kötü olmasıyla açıklanabilir (69). Yaşam kalitesinin ruhsal alanı beden imgesi ve dış görünüş, olumsuz duygular, benlik saygısı, olumlu duygular, maneviyat din, kişisel inançlar yanı sıra düşünme öğrenme, bellek ve dikkati toplama gibi bilişsel işlevlerle ilişkilidir. Bu noktada Baune ve arkadaşlarının (2010) henüz baskıda olan çalışmalarından söz etmek uygundur (71). Baune ve arkadaşları bilişsel işlevlerle major depresyon arasındaki ilişkiyi incelemişlerdir. 70 major depresyon hastasını (26 depresif epizot

içinde hasta, 44 major depresyon öyküsü olan hasta), sağlıklı kontrollerle, bilişsel işlevler ve genel işlevsellik açısından karşılaştırmışlardır. Sonuç olarak depresif epizot içinde olan hastalarda bilişsel işlevler ve ruhsal alan yaşam kalitesi diğer gruplardan daha kötü bulunmuştur. Önceden depresif epizot geçiren hastalarda kalıcı bilişsel işlev bozuklukları olduğu bulunmasına rağmen, hem önceki depresif epizot öyküsü olanlarda hem de sağlıklı kontrollerde bilişsel işlevler, fiziksel ve mental yaşam kalitesi ve günlük işlevsellikle ilişkili bulunmamıştır. Baune ve arkadaşları hangi tip bilişsel bozuklukların yaşam kalitesini bozduğu konusunda ek araştırmalara ihtiyaç olduğunu belirtmişlerdir (71). Bizim araştırmamızda hastaların bilişsel işlevleri değerlendirilmemiştir. Ayrıca farklı hastalık sürelerine sahip hastalar çalışmaya alınmışlardır. Remisyona girmiş hastaların bilişsel işlevleri ve yaşam kalitesiyle ilgili ek çalışmalara ihtiyaç vardır. İnatçı bilişsel belirtiler, kişilerin bir ruhsal hastalık etiketi alması ve içselleştirilmiş damgalanma düzeyi remisyondaki depresyon hastalarının yaşam kalitesi ruhsal alanındaki bozukluğun nedenleri olabilir.

Diğer faktörlerin rollerini elimine etmek amacıyla çalışmamızda her iki hasta grubunda sosyo-demografik etkenlere göre yaşam kalitesi bakılmıştır. Her iki hasta grubunda şehirde yaşayanlarda yaşam kalitesinin daha kötü olması ortak bir bulgudur. Daha yüksek gelir düzeyine sahip depresyonlu hastalarda ruhsal alan yaşam kalitelerinin daha iyi olduğunun bulunması dışında literatürle uyumlu olarak (40) hiçbir sosyodemografik değişkenin yaşam kalitesini etkilemediği görülmüştür. Şizofrenide yaşam kalitesi sosyo-demografik değişkenlerden etkilenmediği bildirilmiştir (40). Bizim çalışmamızda bu bulguyu desteklemektedir. Yaşam standardı, yaşanılan evin koşulları şizofreni hastalarının yaşam kalitelerini etkilememektedir. Duygu durum belirtileri, bilişsel belirtiler ve gerçeğin çarpıtıldığı belirtiler kötü yaşam kalitesiyle ilişkiliyken, olumlu duygulanım, kişisel kontrol hissi daha iyi yaşam kalitesiyle ilişkilidir. Ayrıca algılanan damgalamanın kötü yaşam kalitesiyle ilişkili olduğu bildirilmiştir (72). Bu çalışmada yaşam kalitesini etkileyecek hastalığa ait nedenleri kontrol altına alabilmek amacıyla remisyon dönemindeki hastalar alınmıştır.

3. İçselleştirilmiş damgalanma ve yaşam kalitesi ilişkisi

Bu çalışma içselleştirilmiş damgalanmayla yaşam kalitesi arasındaki nedensel ilişkinin bakıldığı az sayıda çalışmadan birisidir. Çalışmamızda hem depresyon hem şizofreni hastalarında üç farklı içselleştirilmiş damgalanma düzeyinde yaşam kalitesinin etkilendiği

gösterilmiştir. Ayrıca her iki hasta grubunda içselleştirilmiş damgalanma ve yaşam kalitesi alanlarında ters yönde hafif/orta şiddette korelasyon olduğu bulunmuştur. Daha önceki çalışmaların çoğu toplum kaynaklı damgalanma veya hastanın damgalanma algısı üzerinedir. Yapılan az sayıda çalışmada damgalanma ve yaşam kalitesi ilişkisinin daha çok şizofreni hastalarında araştırıldığı dikkati çekmektedir (61,62,63) Switaj ve ark. (2009) çalışmalarında damgalanma puanları ile yaşam kalitesi puanları arasında ters yönde korelasyon olduğunu bildirmişler, Staring ve ark (2009) ise 114 şizofreni hastasında yüksek düzeyde iç görüye sahip olmanın depresyon, daha düşük yaşam kalitesi ve daha düşük benlik saygısı ile ilişkili olduğunu göstermişlerdir (61,62). Bu ilişkinin damgalanma varlığında daha kuvvetli olduğunu bildirmişlerdir. El-Badri ve Mellsop (2007) 53 kadın ve 47 erkek hastada yaşam kalitesi ve damgalanma yaşantıları arasındaki ilişkiyi incelemişler ve katılımcı hastaların çoğunda değişik düzeyde damgalanma yaşantıları olduğunu ve bu durumun yaşam kalitesinde bozulmayla ilişkili olduğunu bildirmişlerdir (63). Chung ve arkadaşlarının (2009) yaptığı 237 depresyon hastasında damgalanma ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin araştırıldığı çalışmada damgalanma ve yaşam kalitesi arasında anlamlı ilişki bulamamışlardır. (26). Bizim çalışmamız, damgalanmayla ilişkili yapılmış yukarıdaki çalışmaları desteklemekte, ancak içselleştirilmiş damgalanmayı değerlendirmektedir. İçselleştirilmiş damgalanma Lysaker ve ark (36,37) tarafından çalışılmıştır. Lysaker ve ark (2007) 33 şizofreni hastasında içselleştirilmiş damgalanmanın sosyal işlevsellik ve semptomlarla ilişkisini araştırmışlardır. Çalışmanın sonucunda içselleştirilmiş damgalanmanın sosyal işlevsellik ve klinik belirtilerle ilişkili olduğunu, pozitif belirtilerin bazı şizofrenili hastaları damgalanmaya yatkın hale getirdiğini bildirmişlerdir. Bu çalışmalarında negatif belirtiler damgalanmayla ilişkili bulunmamıştır. Aynı yazar 2009 yılında yaptığı çalışmada ise (37) negatif belirtili 99 şizofreni veya şizoaffektif bozukluklu hasta negatif belirtiler ve dikkat bozukluğu göz önünde bulundurularak dört gruba ayrılmışlardır. Negatif belirtilerin fazla ve dikkatin zayıf olduğu grup daha zayıf benlik saygısı ve damgalanmayı daha fazla kabullenme ile ilişkili bulunmuştur. Ancak bu çalışmalar remisyondaki hastaları değerlendirmemektedir.

Bu çalışmanın en önemli sonucu yaşam kalitesine içselleştirilmiş damgalanmanın yapmış olduğu doğrudan etkiyi göstermiş oluşudur. Çünkü içselleştirilmiş damgalanma her ne kadar yeni bir kavramsa da toplumun ruhsal hastalığı olan kişilere uyguladığı ayrımcılıkla güçlenen bir sorundur. Yaşam kalitesini düzeltmek tüm tedavi yaklaşımlarının ortak bir amacıdır. Fakat hastalığa karşı sadece tedavi edici yaklaşım yaşam kalitesini düzeltmek için yeterli değildir. Bir yandan toplumdaki ruhsal hastalıklı bireylere yönelik damgalamaya karşı savaş verilirken

diğer yandan onların öznel damgalanma yaşantılarının sorgulanması ve bir tedavi hedefi haline gelmesi yaşam kalitesini düzeltmek için gereklidir. Bu noktada koruyucu ruh sağlığı hizmetlerinin en az hastalığın tedavisi kadar önemli olduğunun vurgulanması gerekir. Diğer tıp alanlarında da olduğu gibi psikiyatride de hastalıkların erken tanınması hastalık belirtileri ortaya çıktığında tıbbi çare aranmasıyla ve belirlenen risk gruplarının belirli aralıklarla hastalık yönünden taranmasıyla mümkündür. Ruh sağlığı hizmetleri gerektiğinde ruhsal hastalık geçirme olasılığı olanların izlenmesini ve gerekli olan biyopsikososyal girişimlerde bulunulmasını içermelidir. Oysa ruhsal hastalıklarda çare aramayı engelleyen en önemli etmen ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz tutumlardır. Eksik yanlış ve çarpıtılmış bilgilerden ve kalıp yargılardan etkilenen bu tutumlar hastalıkların erken tanınmasını ya da erken dönemde sağaltımın başlamasını engelleyen en önemli etkidir. Toplumda bulunan damgalanma endişesi, psikiyatrye başvuruyu geciktirmektedir. Toplumdaki damgalamayı hisseden ve kendisini damgalayan bir kişi, belirtilerin başlangıç döneminde bunları yadsıyabilmekte ve tedavisiz kalmaktadır. Bu durum ilerlemiş hastalık, daha fazla tedavi maliyeti topluma daha fazla ekonomik yük, daha kötü prognoz, bozulmuş aile ilişkileri kendine yardım için alkol ve madde kullanım bozuklukları ile sonuçlanmaktadır.

Araştırmanın Güçlü Yönleri

Bu çalışmanın uygun sayıda örnekle bu alanda yapılan az sayıda çalışmadan birisi olması, birbirinden farklı doğa ve prognoza sahip iki ayrı hastalık grubunun her ikisinde de içselleştirilmiş damgalanmanın yaşam kalitesine etkisini göstermiş olması güçlü yanlarıdır. Örneğin, yalnızca şizofrenide gösterilmiş olsa idi bu durum şizofreni hastalarının daha fazla damgalanmaya maruz kalmasıyla yorumlanabilecek iken depresyon hastalarından da içselleştirilmiş damgalanmanın yaşam kalitesini etkilediğinin gösterilmesi etkilenmenin hastalık tipinden bir ölçüde de olsa bağımsız olduğunu düşündürmektedir. Ayrıca hastalık etkilerinin yaşam kalitesine ve damgalanmaya olan etkilerini en aza indirmeye çalışmak için remisyon dönemindeki hastalar tercih edilmiştir.

Araştırmanın zayıf yönleri:

Seçimde yan tutmadan kaçınmak için hastalık süresi bir dışlama ölçütü olarak alınmamıştır. Benzer şekilde farklı depresyon tiplerine (tek epizot veya yineleyici) ve hastalık ataklarının sürelerine bakılmaksızın hastalar çalışmaya alınmışlardır. Örneğin son epizotu nedeniyle poliklinikte izlenen yineleyici depresyon tanısı olan bir hasta ilk epizodunu uzun zaman önce geçirmiş olabilir. Tek epizodu olan hastalar ise daha kısa hastalık sürelerine sahiptirler. Bu

zellikler iselletirilmi damgalanmayı ve yaşam kalitesini etkiliyor olabilir. Ayrıca hastaların hastalıklarına ait bilgiler geriye dönük olarak araştırılmıştır ve hastaların subjektif ifadelerine dayanmaktadır. Örneğin; hastalığın ilk kez ne zaman baladığı, çevresine zarar verici davranışı olup olmadığı gibi. Bunlar daha sonraki araştırmalarda göz önünde bulundurulmasını gereken çalışmanın zayıf yönleridir.

IX. SONUÇLAR

Bu çalışmada şu sonuçlar elde edilmiştir:

1. Remisyonda şizofreni hastaları remisyonda olan depresyon hastalarından daha yüksek içselleştirilmiş damgalanma puanları almışlardır,
2. Şizofreni hastalarının depresyon hastalarına göre fiziksel ve sosyal alanlarda daha bozuk yaşam kalitesine sahip oldukları bulunmuştur. Ruhsal, çevresel ve ulusal çevre alanlarında depresyon ve şizofreni hastalarının yaşam kaliteleri benzerdir.
3. Her iki hasta grubunda da içselleştirilmiş damgalanmanın yaşam kalitesini anlamlı düzeyde etkilediği gösterilmiştir. Ancak anlamlılık, şizofreni hastalarında yüksek damgalanma grubundan, depresyon hastalarında ise düşük damgalanma grubundan kaynaklanmaktadır.

X. ÖNERİLER

1. İçselleştirilmiş damgalanma remisyon dönemi de dahil olmak üzere ruhsal hastalık etiketi almış hastaların yaşam kalitesini etkilemektedir. Bu nedenle ruhsal hastalığı olan kişilerin damgalanmaya ilişkin öznel algıları araştırılmalıdır.
2. Farklı tip depresyon hastalarının hastalık ve remisyon dönemlerinde içselleştirilmiş damgalanma açısından değerlendirileceği çalışmalara ihtiyaç vardır
3. Hem depresyon hem şizofreni hastalarında bilişsel işlevlerin sadece hastalık döneminde değil, remisyon dönemlerinde de araştırıldığı, damgalanma ve yaşam kalitesi ile ilişkisinin değerlendirildiği yeni çalışmalar yapılmalıdır.
4. İçselleştirilmiş damgalanma üzerinde çalışmak tedavi planının bir parçası olmalıdır.
5. Ruhsal hastalıklar konusunda yanlış bilgi, görüş ve tutumların değiştirilmesi bir ruh sağlığı politikası olmalıdır.
6. Tüm sağlık basamaklarındaki hekimler konuyla ilgilenmeli ve eğitilmelidir. Psikiyatristler toplum önüne daha çok çıkmalı, halkı bilgilendirmelidir.
7. Günlük araştırmalarda ve eğitimlerde klinik belirtiler yanında hastaların yaşam kalitelerini arttırmaya odaklanılmalıdırlar.
8. Koruyucu ruh sağlığı tıp eğitimi ve uzmanlık eğitimi programları içinde yer almalıdır.
9. Ruhsal hastalığı olan bireyler haksız uygulamalarla karşılaştıklarında savunuculuğu üstlenilmeli, hastaların kendilerini ifade etmelerine olanak sağlanmalıdır.

XI. KAYNAKLAR

1. World Health Organization. Global Burden of Disease. Part 4, Burden of disease: DALY. 2004; 40-51.
2. McKenna MT, Michaud CM, Murray CJL. Assessing the burden of disease in the United States using disability-adjusted life years. *Am J Prev Med* 2005;28(5):415-423.
3. Belek İ. Genel Sağlık Anketi İle Ölçülen Ruhsal Sorunlar ve Sosyodemografik Eşitsizlikler, Antalya’da bir alan araştırması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1999;10(3):163-172.
4. Saka MC, Atbaşoğlu C. Şizofreni Epidemiyolojisi, In: Soygür H, Alptekin K, Atbaşoğlu C, Herken H, editors. Şizofreni ve diğer Psikotik bozukluklar, 1. Baskı. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları 6, 2007; 13-27.
5. Eaton WW, Chen C. Epidemiology. In: Lieberman JA, Stroup TS, Perkins DO, editors. *The American Psychiatric Publishing textbook of schizophrenia*. 1st ed. ed. Washington, DC: American Psychiatric Pub 2006;17-37.
6. McGrath J, Saha S, Welham J A systematic review of the incidence of schizophrenia: the distribution of rates and the influence of sex, urbanicity, migrant status and methodology. *BMC Med* 2004;2:13.
7. Silvera E, Mulveyb EP, Swansonc JW. Neighborhood structural characteristics and mental disorder:Faris and Dunham revisited. *Social Science & Medicine* 2002;55: 1457–1470.
8. Eaton W, Harrison G. Ethnic disadvantage and schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2000;(407):38-43.
9. Cantor-Graae E, Selten JP. Schizophrenia and migration: a meta-analysis and review. *Am J Psychiatry* 2005;162(1):12-24.
10. Cannon M, Kendell R, Susser E, Jones P. Prenatal and perinatal risk factors for schizophrenia. In: Murray RM, Jones, P.B, Susser, E, van Os, J, Cannon, M, editors. *The epidemiology of schizophrenia*. Cambridge: Cambridge University Press; 2003;74-99.
11. Dean K, Murray RM. Environmental risk factors for psychosis. *Dialogues Clin Neurosci* 2005;7(1):69-80.
12. Amerikan Psikiyatri Birliği: Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Dördüncü Baskı (DSM-IV), Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, 1994’ten çeviren Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1994.

13. Küey L, Gülseren Ş. Sağaltım Öncesi Değerlendirme, Tanısal Değerlendirme ve Olgu Formülasyonu. In: Yazıcı O, Oral ET, Vahip S, editors. Depresyon Sağaltım Kılavuzu Kaynak Kitabı, 1. Baskı. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, 2008; 13-33.
14. Soygür H. Ruh hastalığı damgası ve insanın değeri: Bir örnek şizofreniye bağlı damgalama ve ayrımcılık. In: Sayıl I(ed.). Bireyden Topluma Ruh Sağlığı, İstanbul, Erler Matbaacılık, 2004; 141-150.
15. Becker T, Thornicroft G, Leese M. Social Networks and service use among representative cases of psychosis in South London. Br J Psychiatry 1997;171:15-9.
16. Arkar H. Akıl hastalarının sosyal reddedimi. Düşünen Adam 1991; 4:6-9.
17. Angermeyer MC, Matschinger H. Public beliefs about schizophrenia and depression: similarities and differences. Soc psychiatr Psychiatr Epidemiol 2003; 38:526-34.
18. Özmen E, Taskin EO, Ozmen D, Demet MM Which psychiatric label is more stigmatizing? “Ruhsal hastalık” or “akıl hastalığı” Türk psikiyatri Derg 2004;15:47-55.
19. Angermeyer MC Stigma perceived by patients attending modern treatment settings, Journal of Nervous and Mental Disease 1987;175(1) 4-11.
20. Zarringer A. Psychiatry and stigmatization, JAMA 2002; 287(14) 1856.
21. Angermeyer MC, Matschinger H. Lay beliefs about mental disorder: a comparison between the Western and the Eastern parts of Germany. Soc Psychiatry Psychiatric Epidemiol 1999; 34: 275-281.
22. Sağduyu A, Aker T, Özmen E, Ögel K ve ark. Halkın şizofreniye bakışı ve yaklaşımı üzerine bir epidemiyolojik araştırma. Türk Psikiyatri Dergisi 2001;12(2):99-110.
23. Taşkın EO. Damgalama, ayrımcılık ve ruhsal hastalık. Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi 2004; 12(ek3): 5-12.
24. Crisp AH, Gelder MG, Rix S, Meltzer HI ve ark. Stigmatisation of people with mental illnesses. Br J Psychiatry 2000;177: 4-7.
25. Camp DL (2002) Is low esteem an inevitable consequence of stigma? An example from women with chronic mental health problems. Soc Sci Med 55(15)823-34
26. Chung L, PAn AW, Hsiung PC. Quality of life for patients with major depression in Taiwan:A model-based study of predictive factors.Psychiatry Res.2009;168(2):153-62.
27. Pyne JM, Kuc EJ, Schroeder PJ, Fortney JC ve ark. Relationship between perceived stigma and depression severity. Journal of Nervous and Mental Disease 2004; 192:278–283.

28. Malyon AK. Psychotherapeutic implications of internalized homophobia in gay men. *J homosex* 1981;7:59-69.
29. Taşkın EO. İçselleştirilmiş damgalama ve damgalama algısı. In: Taşkın EO. *Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumlar ve Damgalama*. . İzmir 2007;31-40.
30. Corrigan P. The impact of stigma on severe mental illness. *Cogn Behav Pract* 1998 5:201-22.
31. Link BG, Phelan JC. Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology* 2001; 27:363-85.
32. Ersoy MA, Varan A. Ruhsal hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği Türkçe Formu'nun güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2007; 18(2):163-171.
33. World Psychiatric Association Fighting stigma and discrimination because of schizophrenia. New York: World psychiatric Association, 1998
34. Wright E, Gronfein W, Owens TJ Deinstitutionalization, social rejection and self-esteem of former mental patients. *Health Soc Behav* 2000;41:68-90.
35. Ritsher JB, Otilingam PG, Grajales M. Internalize Stigma of mental illness: Psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Research* 2003;121;31-49.
36. Lysaker PH, Vohs JL, Tsai J. Negative symptoms and concordant impairments in attention in schizophrenia: Associations with social functioning, hope, self-esteem and intrnalized stigma. *Schizophrenia Research* 2009;110:165-172.
37. Lysaker PH, Davis LW, Warman DM, Strasburger A ve ark. Stigma, social function and symptoms in schizoprenia and schizoaffektive disorder:Associations across 6 months. *Psychiatry Research* 2007;149:89-95.
38. The WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL):position paper from the World Health Organization. *Soc. Sci Med* 1995; 41: 1403-1409.
39. Patrick DL, Erickson P. *Health Status and Health Policy: Quality of Life in Health care evaluationand resource allocation*. New York: Oxford University Press; 1993.
40. Katschnig H. Schizophrenia and quality of life. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 102 (suppl.407):33-37.
41. Angermayer MC, Kilian R. Theoretical models of quality of life for mental disorders. In: Katschnig H, Freeman H, Sartorius N, eds. *Quality of life in mental disorders*. England: John Wiley&Sons, 1999; 19-30.

42. Soygür H,Özalp E, Alptekin K. Şizofreni ve Yaşam kalitesi, In: Soygür H, Alptekin K, Atbaşoğlu C, Herken H, editors. Şizofreni ve diğer Psikotik bozukluklar, 1. Baskı Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları 6, 2007; 250-269.
43. Bow-Thomas CC, Velligan DI, Miller AL, Olsen J ve ark. Predicting quality of life from symptomatology in schizophrenia at exacerbation and stabilization. *Psychiatry Research* 1999; 86: 131-142.
44. The WHOQOL Group: The development of the World Health Organisation Quality of Life Instrument (The WHOQOL). In: Orley J and Kuyken W, eds. *International Perspectives*. Heidelberg: Springer Verlag ;1994: 41-61.
45. Bobes J. Current status of quality of life assessment in schizophrenic patients. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosc* 2001; 251(Suppl 2):2/38-42.
46. Lehman AF. The effects of psychiatric symptoms on quality of life assessments among the chronically mentally ill. *Eval Prog Planning* 1983; 6: 143-151.
47. Skantze K, Malm U, Dencker SJ, May PR ve ark. Comparison of quality of life with standard of living in schizophrenic outpatients. *Br. J. Psychiatry* 1992; 161: 797-801.
48. Fidaner H, Elbi H, Fidaner C, Eser SY, ve ark. WHOQOL Türkçe versiyonu alışması: Odak grup görüşmeleri. *3P Dergisi*, Cilt:7, Ek sayı 2, 1999, 48-55.
49. Alptekin K, Akdede BB, Akvardar Y, elikgün S ve ark. Quality of life assesment in turkish patients with schizoprenia and their relatives. *Psychological Reports*, 2004;95:197-206.
50. Akvardar Y, Akdede BB, zerdem A, Eser E ve ark. Assessment of quality of life with the WHOQOL_BREF in a group of Turkish psychiatric patients compared with diabetic and healry subjects. *Psychiatry and Clinical neurosciences* 2006;60:693-699.
51. Alptekin K, Akvardar Y, Akdede BB, Dumlu K ve ark. Is quality of life associated with cognitive impairment in schizophrenia? *Progress in Neuro-psycopharmacology&Biological Psychiatry*2005; 29:239-244.
52. Papakostas GI, Petersen T, Mahal Y, Mischoulon D ve ark. Quality of life assessments in major depressive disorder: a review of the literature. *Gen Hosp Psychiatry* 2004;26:13-17.
53. Hays RD, Wells KB, Sherbourne CD, Rogers W ve ark. Functioning and well-being outcomes of patients with depression compared with chronic general medical illnesses, *Arch. Gen. Psychiatry* 1995; 52(1): 11–19.

54. Lepine JP, Gastpar M, Mendlewicz J, Tylee A. Depression in the community: the first pan-European study DEPRES [Depression Research in European Society]. *Int Clin Psychopharmacol* 1997; 12: 19–29.
55. da Silva Lima AF, de Almeida Fleck MP Subsyndromal depression: an impact on quality of life? *J Affect Disord* 2007;100:163-169.
56. Iren Akbıyık D, Berksun OE, Sumbuloğlu V, Senturk V ve ark. Quality of life of Turkish patients with depression in Ankara and in Berlin. *Eur Psychiatry* 2008;23 (Suppl 1):4-9.
57. Aydemir Ö, Ergün H, Soygür H, Kesebir S ve ark. Major Depresif Bozuklukta Yaşam Kalitesi: Kesitsel Bir Çalışma *Türk Psikiyatri Dergisi* 2009; 20(3): 205-212.
58. Kruijshaar ME, Hoeymans N, Bijl RV; Spijker J ve ark. Levels of disability in major depression: findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *J Affect Disord* 2003; 77:53-64.
59. Demiral Y, Ergor G, Unal B, Semin S ve ark. Normative data and discriminative properties of short form 36 (SF-36) in Turkish urban population. *BMC Public Health* 2006; 9; 6: 247.
60. Eser E, Dinç G, Cambaz S, Özyurt B ve ark. EURO-QoL (EQ-5D) indeksinin toplum standartları ve psikometrik özellikleri: Manisa kent toplumu örnekleme. 2. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresi Bildiri Özetleri Kitabı Meta Basımevi, s: 78. 2007. İzmir
61. Switaj P, Wciórka J, Smolarska-Switaj J, Grygiel P. Extent and predictors of stigma experienced by patients with schizophrenia. *Eur Psychiatry* 2009;24(8):513-20.
62. Staring AB, Van der Gaag M, Van den Berge M, Duivenvoorden HJ ve ark. Stigma moderates the associations of insight with depressed mood, low self-esteem, and low quality of life in patients with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophr Res* 2009;115(2-3):363-9.
63. El-Badri S, Mellso G. Stigma and quality of life as experienced by people with mental illness. *Australas Psychiatry* 2007;15(3):195-200.
64. First MB, Spitzer RL, Gibbon M ve ark. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, Clinician Version (SCID-CV). Washington DC: American Psychiatric Press, Inc, 1996.
65. Akdemir A, Örsel S, Dağ İ, Türkçapar H ve ark Hamilton depresyon değerlendirme ölçeği (HDDÖ)'nin geçerliği, güvenilirliği ve klinikte kullanımı. *Psikiyatri, Psikoloji Psikofarmakoloji dergisi* 1996; 4(4):251-259.

66. Andreasen NC, Carpenter WT, Kane JM, Lasser RA ve ark. (2005) Remission in schizophrenia: Proposed criteria and rationale for consensus. *Am J Psychiatry*, 162:441-449.
67. Kostakoglu AE, Batur S, Tiryaki A ve ark. Pozitif ve negatif sendrom ölçeğinin (PANSS) Türkçe uyarlamasının geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikoloji Dergisi* 1999; 14:23-32.
68. Demyttenaere k, Fruyt JD, Huygens R. Measuring quality of life in depression. *Curr Opin Psychiatry* 2002;15:89-92
69. Rapaport MH, Clary C, Fayyad R, Edicott J. Quality of life impairment bin depressive and anxiety disorders. *Am J Psychiatry* 2005;162:1171-8.
70. Gostautas A, Prankeviciene A, Matoniene V. Changes in depression and quality of life during inpatient treatment of depression. *Medicina* 2006; 4286:472-478.
71. Baune BT, Miller R, McAfoose J, Johnson M ve ark. The role of cognitive impairment in general functioning in major depression. *Psychiatry research* 2010, doi:10.1016/j.psychres.2008.12.001.
72. Mechanic D. Barriers to help-seeking, detection, and adequate treatment for anxiety and mood disorders: implications for health care policy. *J Clin Psychiatry*, 2007;68 Suppl 2:20-6.

XII. EKLER

1. Etik kurul Onayı
2. İçselleştirilmiş Damgalanma leği
3. Yaşam kalitesi leği
4. Sosyo-demografik Bilgi Formu
5. Gönüllü Onam Belgesi
6. zgemiş



T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI

Sayı : B.30.2.AKD.0.01.00.00/ Etik -233 21.04.09 003550
Konu :

21.04.2009

Sayın Yrd. Doç. Dr. Özge DOĞANAVŞARGİL

Yürütücüsü olduğunuz "Şizofreni ve Depresyonda İçselleştirilmiş Damgalanma ve Yaşam Kalitesi" adlı çalışmaya ait Etik Kurul Kararı ekte sunulmuştur.
Bilgilerinizi rica ederim.

Prof.Dr. Mustafa Kemal BALCI
Dekan

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ ETİK KURULU

Sayı:B.30.2.AKD.0.01.00.00/ Etik/
Konu:

15/04/2009
ANTALYA

ETİK KURULU KARARI

Etik Kurulunun Adı, Adresi : Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dumlupınar Bulvarı Kampüs 07070/ANTALYA

Toplantı Tarihi : 15.04.2009

Araştırmanın tam adı :Şizofreni ve Depresyonda İçselleştirilmiş Damgalanma ve Yaşam Kalitesi

Sorumlu araştırmacının ismi :Yrd. Doç. Dr. Özge DOĞANAVŞARGİL

Sorumlu araştırmacı Yrd. Doç. Dr. Özge DOĞANAVŞARGİL tarafından yürütülecek olan “Şizofreni ve Depresyonda İçselleştirilmiş Damgalanma ve Yaşam Kalitesi” adlı çalışmanın yapılmasında etik açıdan sakınca olmadığı kararı alınmıştır.

Araştırmacıya çalışmalarında başarılar dileriz.

Prof.Dr. Mehmet ARMAN
Başkan

Prof.Dr. Ümit KARAYALÇIN
Başkan Yardımcısı (Pratikte)

Yrd.Doç.Dr.Hafize ÖZTÜRK TÜRKMEN
Raportör

Prof.Dr. Aysel AĞAR
Üye

Prof.Dr. İclal YÜCEL
Üye (Katılmadı)

Prof.Dr. Mevlüt ASAR
Üye

Prof.Dr.M.Akif ÇETİÇİOĞLU
Üye

Prof.Dr. İsmail ÜSTÜNEL
Üye

Doç.Dr. Ayşen BİNGÖL BOZ
Üye (Kongrede)

Doç.Dr. Mehmet ÖZENCİ
Üye

Başheczacı Tüliz BAYSAL
Üye

Avukat Sezgin TEKİN
Üye – Hukukçu
(Şehir Dışında)

Bekir ÖZSOY
Üye – Halk Temsilcisi
(Katılmadı)

Ek 2

İRHDÖ

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

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

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

	Kesinlikle aynı fikirde değilim	Aynı fikirde değilim	Aynı fikirdeyim	Kesinlikle aynı fikirdeyim
1. Ruhsal bir hastalığım olduğu için kendimi bu dünyada bir yabancı gibi hissediyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ruhsal hastalığı olan kişiler saldırgan olmaya eğilimlidirler.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ruhsal bir hastalığım olduğu için insanlar bana farklı davranıyorlar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Reddedilmemek için, ruhsal hastalığı olmayan kişilere yaklaşımdan kaçınıyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ruhsal bir hastalığım olduğundan dolayı utanıyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ruhsal hastalığı olan kişiler evlenmemelidir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ruhsal hastalığı olan kişiler topluma önemli katkılarda bulunurlar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Kendimi ruhsal hastalığı olmayan kişilerden daha aşağı hissediyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ruhsal hastalığım benim “garip” görünmeme ya da davranmama neden olabileceğinden dolayı eskisi kadar sosyal değilim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ruhsal hastalığı olan kişiler iyi ve doyum verici bir hayat yaşayamazlar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. İnsanları ruhsal hastalığımla sıkmak istemediğimden dolayı, kendi hakkımda fazla konuşmam.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Halk arasındaki ruhsal hastalıklarla ilgili olumsuz düşünceler, benim “normal” yaşamın dışında kalmama neden oluyor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ruhsal hastalığı olmayan kişilerle birlikteyken, kendimi sanki o ortama ait değilmiş ve yetersizmişim gibi hissediyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Ruhsal hastalığı açıkça anlaşılan biriyle toplum içinde birlikte görülmek beni rahatsız etmez.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kesinlikle aynı fikirde değilim Aynı fikirde değilim Aynı fikirdeyim Kesinlikle aynı fikirdeyim

15. Sırf ruhsal hastalığımdan dolayı insanlar bana sık sık ne yapmam gerektiğini söyleyip, sanki çocukmuşum gibi davranırlar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Ruhsal hastalığım olduğu için kendimden memnun değilim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Ruhsal hastalığımın olması hayatımı berbat etti.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. İnsanlar görünüşümden ruhsal bir hastalığımın olduğunu anlayabilirler.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Ruhsal hastalığımdan dolayı benimle ilgili çoğu kararı başkalarının vermesine ihtiyaç duyarım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Ailemi ve arkadaşlarımı utandırmamak için sosyal ortamlardan uzak dururum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Ruhsal hastalığı olmayanların beni anlamaları mümkün değildir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Sırf ruhsal hastalığım olduğu için insanlar beni göz ardı eder ya da pek ciddiye almazlar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Ruhsal hastalığım olduğu için topluma hiçbir katkımlanamaz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Ruhsal bir hastalıkla yaşamak beni mücadelecı bir insan yaptı.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Ruhsal bir hastalığım olduğu için kimse bana yakınlaşmak istemez.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Genel olarak, hayatı istediğim şekilde yaşayabiliyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Ruhsal hastalığıma rağmen, iyi ve dolu dolu yaşadığım bir hayatım var.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. İnsanlar ruhsal bir hastalığım olduğu için hayatta fazla başarılı olamayacağımı düşünüyorlar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Akıl hastalarıyla ilgili olumsuz yaygın inanışlar benim durumum dikkate alındığında hiç de yanlış sayılmaz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

WHOQOL-BREF (TR)

SİZİNLE İLGİLİ

Başlamadan önce kendinizle ilgili genel bir kaç soruyu cevaplamanızı istiyoruz. Lütfen doğru yanıtları yuvarlağa alınız ya da verilen boş yerleri doldurunuz.

Cinsiyetiniz nedir? Erkek Kadın

Doğum tarihiniz nedir? _____ / _____ / _____
GÜN / AY / YIL

Gördüğünüz en yüksek eğitim derecesi nedir? Hiç eğitim almadım
İlkokul-ortaokul
Lise veya eşdeğeri
Yüksek

Medeni durumunuz nedir?

hiç evlenmemiş ayrılmış
evli boşanmış
evli gibi yaşıyor eşi ölmüş

Şu anda bir hastalığınız var mı? evet hayır

Eğer şu anda sağlığınıza ilgili yolunda gitmeyen bir durum varsa, sizce bu nedir?

_____ hastalık / sorun

Açıklama

Bu anket sizin yaşamınızın kalitesi, sağlığınız ve yaşamınızın öteki yönleri hakkında neler düşündüğünüzü sorgulamaktadır. **Lütfen bütün soruları cevaplayınız.** Eğer bir soruya hangi cevabı vereceğinizden emin olamazsanız, **lütfen size en uygun görünen cevabı** seçiniz. Genellikle ilk verdiğiniz cevap en uygunu olacaktır.

Lütfen kurallarınızı, beklentilerinizi, hoşunuza giden ve sizin için önemli olan şeyleri sürekli olarak gözönüne alınız. Yaşamınızın **son iki haftasını** dikkate almanızı istiyoruz. Örneğin bir soruda son iki hafta kastedilerek şöyle sorulabilir:

	Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
İhtiyacınız olan desteği başkalarından alabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5

Son iki hafta boyunca başkalarından aldığınız desteğin miktarını en iyi karşılayan rakamı yuvarlağa almalısınız. Buna göre, eğer başkalarından çokça yardım aldıysanız, aşağıdaki gibi 4 rakamını yuvarlağa almanız gerekiyor:

	Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
İhtiyacınız olan desteği başkalarından alabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5

Son iki hafta içinde, ihtiyacınız olan desteği başkalarından hiç alamıyorsanız, 1 rakamını yuvarlağa almalısınız.

Lütfen her soruyu okuyunuz, duygularınızı değerlendiriniz ve her bir sorunun ölçeğinde size en uygun olan yanıtın rakamını yuvarlağa alınız.

		Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi, ne kötü	Oldukça iyi	Çok iyi
1 G1	Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?	1	2	3	4	5

		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
2 G4	Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorular son iki hafta içinde kimi şeyleri **ne kadar** yaşadığınızı soruşturmaktadır.

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
3 F1.4	Ağrılarınızın yapmanız gerekenleri ne kadar engellediğini düşünüyorsunuz?	1	2	3	4	5
4 F11.3	Günlük uğraşlarınızı yürütebilmek için herhangi bir tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz?	1	2	3	4	5
5 F4.1	Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?	1	2	3	4	5
6 F24.2	Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz?	1	2	3	4	5

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Son derecede
7 F5.3	Dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız?	1	2	3	4	5
8 F16.1	Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?	1	2	3	4	5
9 F22.1	Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorular son iki haftada kimi şeyleri ne ölçüde **tam olarak** yaşadığınızı ya da yapabildiğinizi soruşturmaktadır.

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
10 F2.1	Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?	1	2	3	4	5
11 F7.1	Bedensel görünüşünüzü kabullenir misiniz?	1	2	3	4	5
12 F18.1	İhtiyaçlarınızı karşılamaya yeterli paranız var mı?	1	2	3	4	5
13 F20.1	Günlük yaşantınızda size gerekli bilgi ve haberlere ne ölçüde ulaşabiliyorsunuz?	1	2	3	4	5
14 F21.1	Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız olur?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorularda, son iki hafta boyunca yaşamınızın çeşitli yönlerini ne ölçüde **iyi ya da doyurucu** bulduğunuzu belirtmeniz istenmektedir.

		Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi, ne kötü	Oldukça iyi	Çok iyi
15 F9.1	Bedensel hareketlilik (etrafta dolaşabilme, bir yerlere gidebilme) beceriniz nasıldır?	1	2	3	4	5

		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
16 F13.3	Uygunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
17 F10.3	Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
18 F12.4	İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
19 F6.3	Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
20 F13.3	Aileniz dışındaki kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
21 F15.3	Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
22 F14.4	Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
23 F17.3	Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
24 F19.3	Sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
25 F23.3	Ulaşım olanaklarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki soru son iki hafta içinde bazı şeyleri **ne sıklıkta** hissettiğiniz ya da yaşadığınıza ilişkindir.

		Hiçbir zaman	Nadiren	Arasıra	Çoğunlukla	Her zaman
26 F8.1	Ne sıklıkta hüznü, ümitsizlik, bunaltı, çökkünlük gibi olumsuz duygulara kapılırsınız?	1	2	3	4	5

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
U. 27	Yaşamınızda size yakın kişilerle (eş, iş arkadaşı, akraba) ilişkilerinizde baskı ve kontrole ilgili zorluklarınız ne ölçüdedir?	1	2	3	4	5

Bu formun doldurulmasında size yardım eden oldu mu?

Bu formun doldurulması ne kadar süre aldı?

Soru formu ile ilgili yazmak istediğiniz görüş var mı?

Ek-4**KİMLİK VE SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU**

Hastanın adı soyadı:

Hastane protokol no:

Doğum Tarihi ve yeri:

Tarih:

Cinsiyeti:

1.Kadın

2.Erkek

Öğrenim düzeyi:

0-okur yazar

1-ilkokul - ortaokul mezunu

2-lise mezunu

3-üniversite mezunu

Yasal medeni durumu:

1- evli

2-bekar

3- ayrılmış

4-dul

Çocuğu var mı:

1- evet

2-hayır

varsa sayısı:

İş Durumu

1-İşsiz

2-Çalışıyor

Ruhsal hastalığı nedeniyle hiç işten çıkmak zorunda kalmış mı?

1-Evet

2-Hayır

Askerlik yapmış mı?

1-Evet

2- Hayır

Cevap hayır ise ruhsal hastalık nedeni ile mi?

1-Evet

2- Hayır

Aylık geliriniz:.....

Halen yaşadığı yer:

1- şehir

2-ilçe-kasaba

3-köy

İlk Ruhsal hastalığın başlangıç tarihi.....

Psikiyatrik bir hastalık nedeniyle hastaneye yatışı var mı?

1- evet

2-hayır

Önceden hiç intihar girişimi var mı?

1- evet

2-hayır

Varsa ne şekilde?.....

Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü var mı?

1-evet

2-hayır

Varsa tanısı: 1-

2-

Ayaktan tedaviye uyumu: İlaçlarını ne kadar düzenli kullanıyor?

1- Ayda 1 den az doz atlıyor

2-Ayda 1 den fazla doz atlıyor

Bir yılda ayaktan tedaviye başvuru sayısı:

1-bir-iki

2-üç ile dört arasında

3-beş ve üzeri

Sosyal güvencesi:

1-var

2-yok

Ruhsal hastalığa bağlı kendisine veya başkalarına zarar verme öyküsü var mı?

1- evet

2- hayır

Varsa tanımlayınız.....

Kullanılan ilaca bağlı yan etkiler var mı? Varsa tanımlayınız.....

1- evet

2- hayır

Ek- 5 Sayın Katılımcı,

Damgalama bir kişiyi diğerlerinden ayıracak şekilde o kişinin gözden düşürülmesi, diğer insanlardan aşağı görülmesi, genel anlamda anlamına gelir. Ruhsal bozukluğu olan bireylerin damgalanması, bu kişilerin tedaviye başvurmasını ve rehabilitasyon programlarına katılmasını engellemekte tedaviye uyum göstermelerinde sorunlara yol açtığı gibi onların sosyal ilişkilerinde de ciddi sorunlarla yüz yüze kalmalarına ve dolayısıyla da onların toplum dışında kalmalarına yol açabilmektedir. Oysa ruhsal hastalık geçirenlerin toplumla yeniden kaynaşması ve eski işlevselliğine dönmesi, toplumun ruhsal hastalıklara ilişkin genel tutumuyla yakından ilişkilidir. Ancak günümüzde hala, toplumun her kesiminde ruhsal hastalığı olanlara karşı yaygın şekilde olumsuz ve reddedici tutumların var olduğu bilinmektedir. Bu da hastalığın gidişini ve yaşam kalitesini etkileyen etmenlerden biri olabilir. Bu çalışmada en sık damgalamaya maruz kaldığı bilinen şizofrenili bireylerde içselleştirilmiş damgalanmanı yaşam kalitesi bozabilecek bir etken olduğunu düşündük. Buradan yola çıkarak bu çalışmada şizofreni hastalarını depresyon hastalarıyla karşılaştırmayı amaçladık. Sonuçlar bu hastaların tedavilerinde damgalananın olumsuz etkilerine yönelik yöntemlerin geliştirilmesine öncülük edecektir. Ancak bulgular devam etmekte olan tedavinizi etkilemeyecektir.

Araştırmaya katılmayı kabul ederseniz sizde psikiyatrik muayenenizi takiben bazı anketler doldurtulacaktır. Araştırmadan elde edilen veriler bilimsel amaçlar dışında kullanılmayacak ve size ait kimlik bilgileri tamamen gizli tutulacaktır. Ayrıca herhangi bir nedenle size ait verilerin kullanılmasını istemediğiniz ya da araştırmadan çıkmak istediğiniz anda bunu bildirmeniz yeterli olacaktır.

Tüm bunları okuduktan sonra araştırmaya katılmayı kabul ettiğinizi aşağıdaki boşluğa el yazınızla yazdıktan sonra imzalamanızı rica ediyoruz.

Emeğiniz için teşekkürler.

Gönüllünün Adı- Soyadı:

Yaş ve Cinsiyeti:

İmzası:

Adresi (varsa telefon ve/veya fax numarası):

.....
.....

Tarih:

Velayet ya da vesayet altında bulunanlar için;

Veli ya da Vasinin Adı- Soyadı:

İmzası:

Adresi (varsa telefon ve/veya fax numarası):

.....
.....

Tarih:

Açıklamaları Yapan Araştırmacı- Hekimin Adı- Soyadı:

Yard. Doç. Dr. Özge Doğanavşargil

İmzası:

Tarih:

Tel: 249 68 35

Onam alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin

Adı- Soyadı:

İmzası:

Görevi:

Tarih:

CV

YRD. DOÇ DR. GÜLSÜM ÖZGE DOĞANAVŞARGİL

İletişim Bilgileri

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi
Psikiyatri Anabilim Dalı
07059
Antalya /Türkiye
Tel: +90 242 2496835
+90 5326066882

E-Mail: oavsargil@akdeniz.edu.tr, oavsargil@hotmail.com

Kişisel Bilgiler

Doğum Tarihi: 7. 10. 1971
Doğum Yeri: Mersin, Türkiye
Uyruğu: T.C
Cinsiyeti: Kadın

Eğitim

1984 – 1987 Tevfik Sırrı Gür Lisesi, Mersin
1987 – 1993 Ege Üniversitesi, Tıp Fakültesi İzmir

Mesleki Pozisyon

1994 – 1999 Genel Pratisyenlik
1999 – 2004 Ege Üniversitesi, Tıp Fakültesi Psikiyatri AD Uzmanlık Eğitimi
2005-2006 Özel TAPDİ Buca Tıp Merkezi
2006-2007 Manisa Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi
2007-.... Akdeniz Üniversitesi Tıp fakültesi psikiyatri AD

Yabancı Dil

İngilizce ,Üniversitelerarası Kurul Yabancı Dil Sınavı 2005 Aralık dönemi Puanı: 66.250

Kurslar ve Eğitim Programları

1997 “Birinci Basamakta Depresyon.” Dünya Sağlık Örgütü ve TTB İzmir Tabip Odası, İzmir
1999 – 2005 Halime Odağ psikanaliz ve Psikoterapi Vakfı Analitik Yönelimli Psikoterapi Eğitimi.
2004 University of Massachusetts Berkshire Medical Center Research Department’da gözlemci araştırma görevlisi olarak bulundum.
2004 Erik Erikson Institute of Education and Research, the Austen Riggs Center’da Prof. Dr. Vamık Volkan tarafından yürütülen psikopatoloji kursunu tamamladım.

2004- 2005	Ege Üniversitesi Bağımlılık Tedavi biriminde bağımlılık tedavisinde motivasyonel görüşme teknikleri eğitimi.
2005	The Neurobiologically Informed Treatment of Affective Spectrum Disorders Psychosis, and Bipolar Disorder. Neuroscience Education Institute, Psychopharmacology Academy 2 Day symposium
2006-	Dokuzeylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD. Yüksel Lisans Programı (halen devam ediyor)
2008	BMS Core Training: (Good Clinical Practise, Inform Consent, Study Documentation, Advers event, Monitoring responsibilities, European Union Clinical Directive, Pharmacogenetic Research, YMRS Rater Training)

Araştırmalar

2001 – 2002 International Research and Exchange (IREX) Vakfı tarafından finanse edilen “Black and Caspian Sea Collaborative Research Program on Gender Issues and Family Violence” çok merkezli çalışması. Bu programa Virginia Üniversitesi (USA), Ege Üniversitesi (Türkiye), Gürcistan ve Güney Osetya’daki ruh sağlığı ve sivil toplum örgütleri, Ermenistan ve Abhazy’a’daki ruh sağlığı çalışanları katılmıştır. Bu çalışmada Hazar Denizi ve Karadeniz ülkelerinde aile içi şiddeti araştırmak ve kültürel faktörler ve etnik sorunların aile içi şiddet üzerindeki etkisini belirlemek amaçlanmıştır.

2001 – 2002 “Türkiye’de aile içi şiddet”. IREX çalışmasına paralel olarak Türkiye’de Aile içi şiddetin kültürel ve psikodinamik özelliklerini araştırılması. 2. Ulusal Kadın Kuh Sağlığı Kongresinde sunuldu.

2006-.. DSÖ, Yerel Gündem 21 Aile içi şiddet çalışma grubu’nun “Aile içi şiddeti önleme, erken saptama ve danışmanlık sağlamada güç birliği oluşturma” projesinde danışmanlık görevi.

2009-.. A 12-week, multicenter, randomized, double blind, placebo-controlled study to evaluate the efficacy and safety of adjunctive aripiprazole therapy in the treatment of mania in bipolar I disorder patients treated with valproate or Lithium and in need of further clinival improvement. Sorumlu Araştırmacı. Bristol-Myers Squibb.

Uzmanlık Tezi

2003-2004 “Psikiyatrik hasta popülasyonunda aile içi fiziksel şiddet: prevalans, sosyodemografik, kültürel ve psikiyatrik özellikler”

Yayınlar

1. Doğanavşargil, Ö, Vahip, I. Terapötik İşbirliği gerçekten önemli mi? Psikiyatrik yakınması olmayan bir aile içi şiddet olgusu. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2003; 6(3):165-169.

2. Doğanavşargil, Ö, Sertöz ÖÖ, Coşkunol H. EÜTF Psikiyatri Anabilim Dalı Bağımlılık Tedavi Biriminin Hasta Verilerinin On Yıllık Geriye Dönük Olarak İncelemesi: Madde Kullanan Hastaların Sosyodemografik Özellikleri. *Bağımlılık Dergisi* 2004;5(3):115-120.
3. Vahip İ, Doğanavşargil Ö. Aile içi fiziksel şiddet ve kadın hastalarımız. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2006; 17(2):107-114.
4. Doğanavşargil Ö, Kaya N, Öztürk N, Mete HE, Noyan A. Kemoterapiye Bağlı Beklentsel Bulantı ve Kusmanın Önlenmesi: Plaseboya Karşı Alprazolamın Etkinliliğinin Karşılaştırılması. *Türkiye'de Psikiyatri Dergisi*, 2006; 8(1):22-26.
5. Metin Ö, Cinemre B, Doğanavşargil Ö, Güllü M, Ekmekçi BU, Çodabak A, Edebalı İ, Birsöz S. Psychiatric Disorders In Physical Illnesses . *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Özel Dergisi* 2008;1(2):57-70
6. Doğanavşargil Ö, Sertöz ÖÖ.Aile İçi Fiziksel Şiddet ve Somatizasyon: İki Kuşanın Geriye Dönük İncelenmesi. *Türkiye'de Psikiyatri* 2007; 9(2):84-90.
7. Doğanavşargil Ö, Vahip I. Fiziksel eş şiddetini belirlemede klinik görüşme yöntemi *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2007; 10(3):125-130.
8. Sertoz OO, Doganavsargil O, Elbi H. Body image and self-esteem in somatizing patients. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 2009, doi:10.1111/j.1440-1819.2009.01994.x.
9. Sertöz Ö, Doğanavşargil GÖ, Noyan MA, Altıntoprak E, Elbi H. Bir üniversite hastanesi konsültasyon liyezon servisinde psikiyatrik hastalıkların psikiyatri dışı hekimlerce doğru tanınma oranları. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2008;18:288-295.

Konferans ve Paneller

1. Panelistler: Sezgin U, Bilgilioğlu F, Doğanavşargil Ö. Tartışmacılar: Yüksel Ş, Sayıl I, Vahip I (2005) Aile İçi Şiddet. 41. *Ulusal Psikiyatri Kongresi Erzurum*.
2. Panelistler: Sayıl I, Vahip I, Doğanavşargil Ö, Sezgin U (2006) Aile İçi Şiddet. 2. *Ulusal Kadın Ruh Sağlığı Kongresi İstanbul*.
3. Panelistler: Yüksel Ş, Yücel B, Ertekin BA, Doğanavşargil Ö (2008) Kadın Hastaların Tedavisinde Yaşanan Etik Sorunlar. 44. *Ulusal Psikiyatri Kongresi ve Anksiyete Sempozyumu Antalya*.

Posterler

1. Doğanavşargil, Ö, Vahip, I (2002). Terapötik İşbirliği gerçekten önemli mi? Psikiyatrik yakınması olmayan bir aile içi şiddet olgusu. 38. Ulusal psikiyatri Kongresi, Marmaris, Türkiye.
2. Doğanavşargil, Ö, Sertöz, Ö, Coşkunol, H (2003). EÜTF Psikiyatri Anabilim Dalı Bağımlılık Tedavi Biriminin Hasta Verilerinin On Yıllık Geriye Dönük Olarak İncelemesi: Madde Kullanan Hastaların Sosyodemografik Özellikleri. 39. Ulusal Psikiyatri Kongresi, Antalya, Türkiye.
3. Sertöz, Ö, Doğanavşargil, Ö, Noyan A, Mete H.E. (2003) Ege Üniversitesi Hastanesi Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisinden İstene Yerde Konsültasyonların Altı Aylık Değerlendirilmesi. 39. Ulusal Psikiyatri Kongresi, Antalya, Türkiye.
4. Doganavsargil, O, Sertoz, O, Coskunol, H. (2005) A retrospective study of ten years data of patients treated in Ege University Medical school: Sociodemographic characteristics of substance abusers. XIII Dünya Psikiyatri Kongresi Kahire, Mısır.

5. Sertoç, O, Dođanavsargil O, Noyan A, Mete H.E. (2005) Evaluation of psychiatric referrals in a university hospital: A retrospective study. XIII Dñnya Psikiyatri Kongresi Kahire, Mısır.
6. Dođanavsargil Ö, Vahip I (2005) Tñrkiye’de psikiyatrik hasta popñlasyonunda aile ii fiziksel Şiddetin sosyodemografik ve klinik zellikleri. TPD 9. Bahar Kongresi.
7. Doğanavsargil O, Vahip I (2005) Somatization scores of female psychiatric outpatients: Comparison of physically abused and nonabused groups. The 8th Annual Scientific Meeting of the European Association of Consultation Liaison Psychiatry and Psychosomatics (EACLPP) and The 8th Turkish National Congress Consultation Liaison Psychiatry. Istanbul, Turkey.
8. Doğanavsargil O, Kaya N, Ozdemir F, Mete HE, Noyan A (2005) Prevention of anticipatory nausea and vomiting secondary to chemotherapy: Assessing the usefulness of alprozolam versus placebo. The 8th Annual Scientific Meeting of the European Association of Consultation Liaison Psychiatry and Psychosomatics (EACLPP) and The 8th Turkish National Congress Consultation Liaison Psychiatry. Istanbul, Turkey.
9. Doğanavsargil Ö, Vahip I (2006) Aile içi fiziksel Şiddet gören kadın psikiyatri hastalarının atıfları, yardım arama davranıŐları ve sosyal çevreden aldıkları tepkiler. 2. Ulusal Kadın Ruh Sağlığı Kongresi İstanbul.
10. Dođanavsargil Ö, Karagöz İ, Ayer A (2007) Manisa Ruh Sağlığı ve hastalıkları Hastanesi AMATEM Kliniđi2005 Yılı Hasta Verilerinin Geriye Dnñk Olarak İncelemesi: Madde Kullanan Hastaların Sosyodemografik zellikleri. TPD Yıllık Toplantısı 11. Bahar Sempozyumu ve Avrupa’da Psikiyatri Uydu Sempozyumu eŐme-İzmir.
11. Oskay H, Gökmen Z, Dođanavsargil Ö, Eryılmaz M (2008) Akdeniz Üniversitesi Tıp fakñltesi psikiyatri Anabilim Dalı hastane acil ve yataklı kliniklerden istenilen konsültasyonların son üç aylık değerlendirilmesi. 44. *Ulusal Psikiyatri Kongresi ve Anksiyete Sempozyumu Antalya.*

yelikler

TTB İzmir Tabip Odası 1994.
Tñrk Psikiyatri Derneği 1999-..
International Society for Bipolar Disorders 2009-..
Bipolar Bozukluklar Derneği 2009.