Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

Psikoloji Anabilim Dalı

Klinik Psikoloji Bilim Dalı

ŞİZOFRENİ TANISI ALMIŞ BİREYLERDE ÖZ YETERLİK, SAĞLIK KONTROL ODAĞI, KENDİNİ DAMGALAMA VE YAŞAM DOYUMU ARASINDAKİ İLİŞKİLERİN İNCELENMESİ

Nisanur AYGÜN

Yüksek Lisans Tezi

Ankara, 2026

ŞİZOFRENİ TANISI ALMIŞ BİREYLERDE ÖZ YETERLİK, SAĞLIK KONTROL ODAĞI, KENDİNİ DAMGALAMA VE YAŞAM DOYUMU ARASINDAKİ İLİŞKİLERİN İNCELENMESİ

Nisanur AYGÜN

Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

Psikoloji Anabilim Dalı

Klinik Psikoloji Bilim Dalı

Yüksek Lisans Tezi

Ankara, 2026

KABUL VE ONAY

Nisanur AYGÜN tarafından hazırlanan "Şizofreni Tanısı Almış Bireylerde Öz Yeterlik, Sağlık Kontrol Odağı, Kendini Damgalama ve Yaşam Doyumu Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi" başlıklı bu çalışma, 12.01.2026 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Dr. Öğr. Üyesi Zehra ÇAKIR (Başkan)

Doç. Dr. Ahmet KOKURCAN (Üye)

Dr. Öğr. Üyesi Hüseyin NERGİZ (Danışman)

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Prof. Dr. Uğur ÖMÜRGÖNÜLŞEN

Enstitü Müdürü

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kağıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Hacettepe Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinleri yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

Yükseköğretim Kurulu tarafından yayınlanan ***"Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge"*** kapsamında tezim aşağıda belirtilen koşullar haricince YÖK Ulusal Tez Merkezi / H.Ü. Kütüphaneleri Açık Erişim Sisteminde erişime açılır.

- Enstitü / Fakülte yönetim kurulu kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren 2 yıl ertelenmiştir. (1)
- Enstitü / Fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren ….. ay ertelenmiştir. (2)

- Tezimle ilgili gizlilik kararı verilmiştir. (3)

12/01/2026

[İmza]

Nisanur AYGÜN

[1] *"Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge"*

*(1) Madde 6. 1. Lisansüstü tezle ilgili patent başvurusu yapılması veya patent alma sürecinin devam etmesi durumunda, tez **danışmanının** önerisi ve **enstitü anabilim dalının** uygun görüşü üzerine **enstitü** veya **fakülte yönetim kurulu** iki yıl süre ile tezin erişime açılmasının ertelenmesine karar verebilir.*

*(2) Madde 6. 2. Yeni teknik, materyal ve metotların kullanıldığı, henüz makaleye dönüşmemiş veya patent gibi yöntemlerle korunmamış ve internetten paylaşılması durumunda 3. şahıslara veya kurumlara haksız kazanç imkanı oluşturabilecek bilgi ve bulguları içeren tezler hakkında tez **danışmanının** önerisi ve **enstitü anabilim dalının** uygun görüşü üzerine **enstitü** veya **fakülte yönetim kurulunun** gerekçeli kararı ile altı ayı aşmamak üzere tezin erişime açılması engellenebilir.*

*(3) Madde 7. 1. Ulusal çıkarları veya güvenliği ilgilendiren, emniyet, istihbarat, savunma ve güvenlik, sağlık vb. konulara ilişkin lisansüstü tezlerle ilgili gizlilik kararı, **tezin yapıldığı kurum** tarafından verilir *. Kurum ve kuruluşlarla yapılan işbirliği protokolü çerçevesinde hazırlanan lisansüstü tezlere ilişkin gizlilik kararı ise, **ilgili kurum ve kuruluşun önerisi** ile **enstitü** veya **fakültenin** uygun görüşü üzerine **üniversite yönetim kurulu** tarafından verilir. Gizlilik kararı verilen tezler Yükseköğretim Kuruluna bildirilir.*
Madde 7.2. Gizlilik kararı verilen tezler gizlilik süresince enstitü veya fakülte tarafından gizlilik kuralları çerçevesinde muhafaza edilir, gizlilik kararının kaldırılması halinde Tez Otomasyon Sistemine yüklenir.
****** Tez **danışmanının** önerisi ve **enstitü anabilim dalının** uygun görüşü üzerine **enstitü** veya **fakülte yönetim kurulu tarafından karar verilir.***

ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında özgün olduğunu, **Dr. Öğr. Üyesi Hüseyin NERGİZ** danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığını beyan ederim.

[*İmza*]

Nisanur AYGÜN

TEŞEKKÜR

Tez sürecimin başından sonuna kadar her anında destekleyici ve cesaretlendirici yaklaşımıyla mevcut konuyu seçmemde ve veri toplarken karşılaştığım zorlukları kolayca aşmamda büyük katkısı bulunan, süreçteki her ayrıntıda özenli ilgisi ve özverisiyle yalnız olmadığımı hissettirerek heyecanımı paylaşan ve motivasyonumu canlı tutmamda bolca emeği olan danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Hüseyin Nergiz'e tüm rehberliği için içtenlikle teşekkür ederim. Bu süreci birlikte yürüttüğümüz için mutluluk ve gurur duyuyorum.

Tez savunma jürimde yer alarak geri bildirimlerini sunan ve veri toplama sürecime katkı sağlayan Doç. Dr. Ahmet Kokurcan'a; tez savunma jürimde başkanlığı yürüten, ayrıntılı ve değerli geri bildirim ve önerileriyle tezimi geliştirmemi sağlayan Dr. Öğr. Üyesi Zehra Çakır'a teşekkür ederim.

Lisans ve yüksek lisans hayatım boyunca bilgi ve deneyimlerini paylaşarak eğitimime büyük katkılarını sunan Hacettepe Üniversitesi Psikoloji Bölümü hocalarımın tamamına; anlayışlı ve destekleyici yaklaşımı, değerli aktarımları ile terapi becerilerimi geliştirmemi sağlayan süpervizörüm Doç. Dr. Zeynep Tüzün'e teşekkür ederim.

Her sorumda bilgi ve deneyimlerini paylaşan, ihtiyacımın olduğu her konuda desteğini esirgemeyen Arş. Gör. Özlem Ergin'e teşekkür ederim.

Yüksek lisans eğitimim boyunca değerli dostluklarıyla bu süreci keyifli hale getiren ve yanımda olmayı ihmal etmeyen dönem arkadaşlarım İremhan Bektaş ve Hicabi Can Yaba'ya teşekkür ederim.

Lisans hayatımdan bu yana her zaman desteklerini hissettirdikleri ve varlıklarıyla bana güç verdikleri için canım arkadaşlarım Hatice Ceren Tırış, Öznur Güneş, Merve Uzun, Nagihan Metin ve Şule Özyurt'a teşekkür ederim.

Çocukluk yıllarımdan beri kurduğumuz bağ ile bana hayatı kolaylaştıran ve son yıllarda birbirimizden uzakta olsak da en yakınımdan desteğini hissettiren kıymetli dostum Büşra Bulduk'a; yüksek lisans sürecimde yaptığı ev arkadaşlığı ile bu süreci güzelleştiren, beni bolca güldüren ve hep yanımda olan Nilay Saygın'a; gösterdiği sevgi ve destek ile en yorulduğum anları katlanır kılan Tuna Gökçe'ye teşekkür ederim. Yüksek lisans sürecimin en başından sonuna kadar tüm kafa karışıklıklarıma ve endişelerime ortak olan,

karşılaştığım sorunların üstesinden gelmemi sağlayan Beste Büyük'e içten dostluğuyla bana bu süreçte çok değerli anılar bıraktığı ve bu süreci daha anlamlı kıldığı için teşekkür ederim. Sizlerin eşliğine sahip olduğum için çok şanslıyım.

Sevgili ailem; annem, babam, ablalarım ve abime tüm destekleri ve bana olan inançları için teşekkür ederim. İyi ki varsınız.

Bu süreçte kollandığımı hissettiren Ali Çiftçi'ye maddi ve manevi tüm desteği için teşekkür ederim.

Şizofreni tanısı almış bireylerle ilk temasımın aracısı olan Bafra TRSM'de danışanlara ilgili ve özenli yaklaşımları ile toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin önemini kavramamı sağlayan ve beni bu konuda oldukça etkileyen Dr. Ramazan Gür ve sosyal çalışmacı Selda Ünyeli başta olmak üzere veri toplama sürecimde ziyaret ettiğim tüm TRSM çalışanlarına katkıları için teşekkür ederim.

Lisans yıllarımda staj aracılığıyla tanışarak tezimi şizofreni ve damgalama konularında şekillendirmemi sağladıkları ve veri toplama sürecime büyük katkılar sundukları için Şizofreni Hastaları ve Yakınları Dayanışma Derneği üyelerine, derneğin iktisadi işletmesi olan Mavi At Kafe Kültür ve Yaşam Ortamı çalışanlarına, derneğe büyük katkılarını sunan tanı almış birey yakınları Meral Taşkent ve Perihan Güleç'e teşekkür ederim. Bana bu dayanışmanın bir parçası olabilme fırsatı verdiğiniz için minnettarlık duyuyorum.

Çalışmama katılarak içtenlikle deneyimlerini paylaşan ve tezime katkılarını sunan tüm katılımcılarıma teşekkür ederim.

Son olarak yüksek lisans eğitimime 2210-A Genel Yüksek Lisans Bursu ile desteğini sunan TÜBİTAK'a teşekkür ederim.

ÖZET

AYGÜN, Nisanur. *Şizofreni Tanısı Almış Bireylerde Öz Yeterlik, Sağlık Kontrol Odağı, Kendini Damgalama ve Yaşam Doyumu Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2026.

Şizofreni; sanrı, varsanı ve dağınık konuşmanın en az biriyle karakterize olan, bunlarla birlikte dağınık davranış/katatoni ve duygusal katılımda azalmanın eşlik edebildiği bir bozukluktur. Alan yazınında şizofreni tanısı almış bireylerde yaşam doyumunun düşük olduğunu gösteren araştırmalar vardır. Bu çalışmada da yaşam doyumu ile ilişkili olduğu düşünülen öz yeterlik, sağlık kontrol odağı ve kendini damgalama araştırılmıştır. Bu yüksek lisans tezinin amacı doğrultusunda şizofreni tanısı almış bireylerde öz yeterlik ve sağlık kontrol odağı ile yaşam doyumu arasındaki ilişkide kendini damgalamanın aracı rolü incelenmiştir. Araştırmanın örneklemini Ankara ve Samsun'daki çeşitli derneklerden veya toplum ruh sağlığı merkezlerinden hizmet alan toplamda 120 şizofreni tanısı almış birey oluşturmaktadır. Araştırmada veri toplama aracı olarak Genel Öz Yeterlik Ölçeği, Yaşam Doyumu Ölçeği, Çok Boyutlu Sağlık Denetim Odağı Ölçeği – C Formu ve Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalama Ölçeği (RHİDÖ) kullanılmıştır. Veriler IBM SPSS 23.0 programı ve Hayes'in PROCESS makrosu aracılığıyla korelasyon analizleri ve aracı değişken analizi ile değerlendirilmiştir. Yapılan aracılık analizi sonuçlarında genel öz yeterlik ve sağlık kontrol odağı ile yaşam doyumu arasındaki ilişkide kendini damgalamanın aracılık etkisi bulunmamıştır. Ardından RHİDÖ'nün alt boyutları ile yapılan çoklu aracılık analizinde genel öz yeterlik ve sağlık kontrol odağı şans alt boyutu ile yaşam doyumu arasında algılanan ayrımcılık ve damgalanmaya karşı direnç alt boyutlarının aracılık etkisi görülmüştür. Bulgular yaşam doyumu üzerinde kendini damgalama sürecinin belirleyici yönlerini ortaya koymuştur. Araştırmanın klinik çıktılarında hem toplumsal hem de kendini damgalamaya yönelik müdahalelerin önemi ele alınmıştır.

Anahtar Sözcükler

Şizofreni, öz yeterlik, kontrol odağı, yaşam doyumu, kendini damgalama, aracılık

ABSTRACT

AYGÜN, Nisanur. *Examining the Relationships Between Self-Efficacy, Health Locus of Control, Self-Stigmatization, and Life Satisfaction in Individuals Diagnosed with Schizophrenia*, Master's Thesis, Ankara, 2026.

Schizophrenia is a disorder characterized by the presence of at least one of these symptoms: delusions, hallucinations, and disorganized speech, often accompanied by disorganized behavior/catatonia and reduced emotional expression. Numerous studies indicate that individuals diagnosed with schizophrenia report low levels of life satisfaction. The present study explores life satisfaction, self-efficacy, health locus of control and self-stigma as their relationship with life satisfaction. Specifically, this study aims to investigate whether self-stigma mediates the relationship between self-efficacy, health locus of control and life satisfaction among individuals diagnosed with schizophrenia. 120 individuals diagnosed with schizophrenia were recruited from various associations or community mental health centers in Ankara and Samsun. The General Self-Efficacy Scale, the Satisfaction with Life Scale, the Multidimensional Health Locus of Control Scale – Form C, and the Internalized Stigma of Mental Illness Scale (ISMI) were used. Data were analyzed through correlation analyses and mediation models using IBM SPSS 23.0 and Hayes' PROCESS macro. Analysis revealed no mediating effect of self-stigma in the relationship between general self-efficacy and health locus of control and life satisfaction. Subsequently, in the multiple mediation analysis including ISMI subscales, the perceived discrimination and stigma resistance subscales were found to mediate the relationship between general self-efficacy and the chance health locus of control subscale and life satisfaction. The findings demonstrate determinant aspects of self-stigma process on life satisfaction. The significance of interventions targeting both public stigma and self-stigma is discussed as part of the clinical implications of the study.

Keywords

Schizophrenia, self-efficacy, locus of control, life satisfaction, self-stigma, mediation

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY……..i

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI…….....……...……ii

ETİK BEYAN……...…...……...……iii

TEŞEKKÜR ……..…….……iv

ÖZET……..……...…..vi

ABSTRACT……...……vii

İÇİNDEKİLER……..……...…viii

KISALTMALAR DİZİNİ ……..…… xiii

TABLOLAR DİZİNİ……...……...…….……..xiv

ŞEKİLLER DİZİNİ ……..……..……..xv

GİRİŞ……1

1. BÖLÜM: KURAMSAL ÇERÇEVE…….……3

1.1. ŞİZOFRENİ HAKKINDA GENEL BİLGİ…… .....…….3

1.1.1. Tarihçe.....3

1.1.2. Tanım 3

1.1.3. Yaygınlık.....4

1.1.4. Ortaya Çıkış Nedenleri (Etiyoloji).....4

1.1.4.1. Kalıtım 4

1.1.4.2. Nörokimya 5

1.1.4.3. Beyin Yapısı.....5

1.1.4.4. Çevre 6

1.1.5. Şizofreninin Evreleri 8
1.1.6. Şizofrenide İlerleyiş (Prognoz) ve İyileşme 9
1.1.7. Şizofrenide Özkıyım (İntihar) 11
1.1.8. Şizofreninin Tedavisi 11
1.1.8.1. İlaç Tedavisi 11
1.1.8.2. Psikoterapi 12
1.1.8.3. Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM) 12
1.2. ŞİZOFRENİ TANISI ALMIŞ BİREYLERDE PSİKOSOSYAL SÜREÇLER ……..13
1.2.1. Şizofreni Tanısı Almış Bireylerde Yaşam Doyumu 13
1.2.2. Şizofreni Tanısı Almış Bireylerde Öz Yeterlik 14
1.2.3. Şizofreni Tanısı Almış Bireylerde Kendini Damgalama 16
1.2.4. Şizofreni Tanısı Almış Bireylerde Öz Yeterlik ve Kendini Damgalama 19
1.2.5. Şizofreni Tanısı Almış Bireylerde Sağlık Kontrol Odağı 20
1.2.6. Sağlık Kontrol Odağı ve Kendini Damgalama 23
1.3. ARAŞTIRMANIN AMACI 23
1.4. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ 25
2. BÖLÜM: YÖNTEM 27
2.1. ÖRNEKLEM 27
2.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI 28
2.2.1. Kişisel Bilgi Formu 28
2.2.2. Genel Öz Yeterlik Ölçeği (GÖYÖ) 28
2.2.3. Yaşam Doyumu Ölçeği (YDÖ) 29
2.2.4. Çok Boyutlu Sağlık Denetim Odağı Ölçeği– C Formu (ÇBSDOÖ-C) 30
2.2.5. Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalama Ölçeği (RHİDÖ) 30
2.3. İŞLEM 31

2.4. VERİ ANALİZİ.....33

3. BÖLÜM: BULGULAR.....34

3.1. VERİLERİN ÖN İNCELENMESİ.....34

3.2. DEĞİŞKENLERE İLİŞKİN BETİMLEYİCİ İSTATİSTİKLER.....34

3.3. YAŞAM DOYUMU, GENEL ÖZ YETERLİK, SAĞLIK KONTROL ODAĞI VE KENDİNİ DAMGALAMA PUANLARININ DEMOGRAFİK DEĞİŞKENLER AÇISINDAN İNCELENMESİ.....35

3.4. ÇALIŞMANIN TEMEL DEĞİŞKENLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİLERİN İNCELENMESİ.....37

3.5. ARACILIK ANALİZLERİ BULGULARI.....39

3.5.1. Genel Öz Yeterlik ile Yaşam Doyumu Arasındaki İlişkide Kendini Damgalamanın Aracı Rolünün İncelenmesi 40

3.5.2. Sağlık Kontrol Odağı (İç) ile Yaşam Doyumu Arasındaki İlişkide Genel Öz Yeterliğin Aracı Rolünün İncelenmesi.....42

3.5.3. Sağlık Kontrol Odağı (Şans) ile Yaşam Doyumu Arasındaki İlişkide Kendini Damgalamanın Aracı Rolü.....43

3.6. ÇOKLU ARACILIK ANALİZLERİ BULGULARI.....45

3.6.1. Genel Öz Yeterlik ve Yaşam Doyumu Arasındaki İlişkide Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalama Ölçeğinin Alt Boyutlarının Çoklu Aracı Rollerinin İncelenmesi 46

3.6.2. Sağlık Kontrol Odağı (Şans) ve Yaşam Doyumu Arasındaki İlişkide Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalama Ölçeğinin Alt Boyutlarının Çoklu Aracı Rollerinin İncelenmesi 50

4. BÖLÜM: TARTIŞMA.....55

4.1. BETİMLEYİCİ İSTATİSTİKLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....55

4.2. DEMOGRAFİK DEĞİŞKENLER İLE TEMEL DEĞİŞKENLER ARASINDAKİ İLİŞKİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....57

4.3. ÇALIŞMANIN TEMEL DEĞİŞKENLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ 58

4.3.1. Şizofreni Tanısı Almış Bireylerde Genel Öz Yeterliğin Yaşam Doyumu ile İlişkisi..... 58

4.3.2. Şizofreni Tanısı Almış Bireylerde Sağlık Kontrol Odağının Yaşam Doyumu ile İlişkisi..... 59

4.3.3. Şizofreni Tanısı Alan Bireylerde Kendini Damgalamanın Yaşam Doyumu ile İlişkisi..... 61

4.3.4. Şizofreni Tanısı Alan Bireylerde Genel Öz Yeterliğin Kendini Damgalama ile İlişkisi..... 62

4.3.5. Şizofreni Tanısı Alan Bireylerde Sağlık Kontrol Odağının Kendini Damgalama ile İlişkisi..... 63

4.4. ARACI VE ÇOKLU ARACI DEĞİŞKEN ANALİZLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ 64

4.4.1. Genel Öz Yeterlik ve Yaşam Doyumu Arasındaki İlişkide Kendini Damgalamanın Aracı Rolünün Değerlendirilmesi..... 65

4.4.2. Sağlık Kontrol Odağı İç ve Şans Alt Boyutları ile Yaşam Doyumu Arasındaki İlişkide Kendini Damgalamanın Aracı Rolünün Değerlendirilmesi 65

4.4.3. Genel Öz Yeterlik ve Sağlık Kontrol Odağı Şans Alt Boyutu ile Yaşam Doyumu Arasındaki ilişkide Kendini Damgalamanın Alt Boyutlarının Çoklu Aracı Rollerinin Değerlendirilmesi..... 66

4.5. ÇALIŞMANIN KLİNİK DOĞURGULARI..... 68

4.6. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI VE GELECEK ARAŞTIRMALARA ÖNERİLER..... 71

SONUÇ..... 73

KAYNAKÇA..... 74

EK 1. ORİJİNALLİK RAPORU……..……..……..……..94

EK 2. ETİK KURUL / KOMİSYON İZNİ YA DA MUAFİYET FORMU……...….96

EK 3. KİŞİSEL BİLGİ FORMU……..……..97

EK 4. GENEL ÖZ YETERLİK ÖLÇEĞİ (GÖYÖ)……...…….98

EK 5. YAŞAM DOYUMU ÖLÇEĞİ (YDÖ)……99

EK 6. ÇOK BOYUTLU SAĞLIK DENETİM ODAĞI ÖLÇEĞİ– C FORMU(ÇBSDOÖ-C)…….……100

EK 7. RUHSAL HASTALIKLARDA İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALAMA ÖLÇEĞİ (RHİDÖ)……..……102

EK 8. BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU…….……104

KISALTMALAR DİZİNİ

ÇBSDOÖ-C: Çok Boyutlu Sağlık Denetim Odağı Ölçeği– C Formu

GÖYÖ: Genel Öz Yeterlik Ölçeği

RHİDÖ: Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalama Ölçeği

TRSM: Toplum Ruh Sağlığı Merkezi

YDÖ: Yaşam Doyumu Ölçeği

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. *Katılımcıların Ölçeklerden Aldıkları Puanların Betimsel Analizleri*.....35

Tablo 2. *Demografik Değişkenler ile Temel Değişkenler Arasındaki İlişkilere Yönelik Korelasyon Katsayıları*.....37

Tablo 3. *Değişkenler Arasındaki Korelasyon Katsayıları*.....38

Tablo 4. *Genel Öz Yeterlik ile Yaşam Doyumu Arasındaki İlişkide Kendini Damgalamanın Aracılık Rolü Modeline İlişkin Etki Katsayıları*.....41

Tablo 5. *Sağlık Kontrol Odağı (İç) ile Yaşam Doyumu Arasındaki İlişkide Kendini Damgalamanın Aracılık Rolü Modeline İlişkin Etki Katsayıları*.....43

Tablo 6. *Sağlık Kontrol Odağı (Şans) ile Yaşam Doyumu Arasındaki İlişkide Kendini Damgalamanın Aracılık Rolü Modeline İlişkin Etki Katsayıları*.....45

Tablo 7. *Genel Öz Yeterlik ile Yaşam Doyumu Arasındaki İlişkide Kendini Damgalamanın Alt Boyutlarının Çoklu Aracılık Rolü Modeline İlişkin Doğrudan Etki Katsayıları*.....49

Tablo 8. *Genel Öz Yeterlik ile Yaşam Doyumu Arasındaki İlişkide Kendini Damgalamanın Alt Boyutlarının Çoklu Aracılık Rolü Modeline İlişkin Dolaylı Etki Katsayıları*.....50

Tablo 9. *Sağlık Kontrol Odağı (Şans) ile Yaşam Doyumu Arasındaki İlişkide Kendini Damgalamanın Alt Boyutlarının Çoklu Aracılık Rolü Modeline İlişkin Doğrudan Etki Katsayıları*.....53

Tablo 10. *Sağlık Kontrol Odağı (Şans) ile Yaşam Doyumu Arasındaki İlişkide Kendini Damgalamanın Alt Boyutlarının Çoklu Aracılık Rolü Modeline İlişkin Dolaylı Etki Katsayıları*.....54

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. *Genel Öz Yeterlik ile Yaşam Doyumu Arasındaki İlişkide Kendini Damgalamanın Aracılık Modeli*.....24

Şekil 2. *Sağlık Kontrol Odağı ile Yaşam Doyumu Arasındaki İlişkide Kendini Damgalamanın Aracılık Modeli*.....24

Şekil 3. *Genel Öz Yeterlik ile Yaşam Doyumu Arasındaki İlişkide Kendini Damgalamanın Aracılık Etkisine İlişkin Analiz Sonuçları*.....41

Şekil 4. *Sağlık Kontrol Odağı (İç) ile Yaşam Doyumu Arasındaki İlişkide Kendini Damgalamanın Aracılık Etkisine İlişkin Analiz Sonuçları*.....43

Şekil 5. *Sağlık Kontrol Odağı (Şans) ile Yaşam Doyumu Arasındaki İlişkide Kendini Damgalamanın Aracılık Etkisine İlişkin Analiz Sonuçları*.....44

Şekil 6. *Genel Öz Yeterlik ile Yaşam Doyumu Arasındaki İlişkide Kendini Damgalamanın Alt Boyutlarının Çoklu Aracılık Etkisine İlişkin Analiz Sonuçları*.....48

Şekil 7. *Sağlık Kontrol Odağı (Şans) ile Yaşam Doyumu Arasındaki İlişkide Kendini Damgalamanın Alt Boyutlarının Aracılık Etkisine İlişkin Analiz Sonuçları*.....52

GİRİŞ

Şizofreni; sanrı, varsanı ve dağınık konuşmanın en az biriyle karakterize olan, bunlarla birlikte dağınık davranış/katatoni ve duygusal katılımda azalmanın eşlik edebildiği bir bozukluktur (Amerikan Psikoloji Birliği; American Psychology Association, 2013). Yaşam doyumu, kişinin yaşamının çeşitli boyutlarına dair beklentileri ile elde edebildiklerini karşılaştırılması sonucunda hissettiği doyumdur. Bir başka deyişle, farklı açılardan iyi oluş halini ifade etmektedir (Özer ve Karabulut, 2003). Şizofreni tanısı almış bireylerde yaşam doyumu incelendiğinde tanı almayan bireylere kıyasla daha düşük yaşam doyumu bildirdikleri görülmektedir (Fervaha ve ark., 2016; He ve ark., 2022; Saperia ve ark., 2018). Bununla birlikte şizofreni tanısı almış bireylerde öznel iyi oluş, yaşam doyumu ve mutluluğun incelendiği bir meta-analiz araştırmasında da bu değişkenlerin farklı gruplara kıyasla daha düşük bildirildiği görülse de kendi içlerinde görülen heterojenliğe dikkat çekilmiştir. Bu durumun da şizofreni tanısı almış bireylerin çaresiz olduğu yönündeki genel yargıya karşı olduğuna dikkat çekilmiştir (He ve ark., 2022). Bu bilgilerden yola çıkarak şizofreni tanısı almış bireylerde yaşam doyumu ile ilişkili etkenlerin çalışılmasının bireylerin iyilik halini arttırmada önemli olabileceği düşünülmektedir. Bu nedenle mevcut araştırmada şizofreni tanısı almış bireylerde psikososyal süreçler (yaşam doyumu, genel öz yeterlik, sağlık kontrol odağı ve kendini damgalama) incelenmiştir. Alan yazını incelendiğinde bu etkenlerin öz yeterlik, sağlık denetim (kontrol) odağı ve kendini damgalama olabileceği öngörülmüştür.

Öz yeterlik, kişinin karşılaştığı durumlar ile başa çıkmak için gerekli olan eylemleri ne kadar iyi gerçekleştirebileceğine ilişkin yargılarıyla ilişkilidir (Bandura, 1982). Sağlık denetim (kontrol) odağı kişinin sağlık durumu ve davranışlarıyla ilgili beklentilerini nelerle ilişkilendirdiğini açıklamak için kullanılmaktadır (Christensen ve ark., 1996). Kendini damgalama (içselleştirilmiş damgalama) ise zihinsel bozukluk tanısı olan bireylerin kendilerine yönelttikleri olumsuz ön yargılar, kalıp yargılar ve ayrımcılıktır (Corrigan ve Watson, 2002). Mevcut araştırmanın amacı öz yeterlik ve sağlık kontrol odağı ile yaşam doyumu arasındaki ilişkilerde kendini damgalamanın aracı etkisini iki ayrı modelde incelemektir. Şizofreni tanısı almış bireylerde kendini damgalama oranı %41,7 olarak bildirilmiştir (Gerlinger ve ark., 2013). Bu oran göz önüne alındığında da araştırmada kendini damgalama değişkeninin yaşam doyumu ile ilişkisi farklı

değişkenlerle incelenmesinin; şizofreni tanısı almış bireylerde kendini damgalamanın öznel deneyimlerine ve etkisine dikkat çekmek için önemli bir noktada durduğu düşünülmektedir.

1. BÖLÜM
KURAMSAL ÇERÇEVE

1.1. ŞİZOFRENİ HAKKINDA GENEL BİLGİ

1.1.1. Tarihçe

Şizofreninin ilk kapsamlı tanımlaması 18. yüzyılın başlarına dayanmaktadır. Şizofreni 19. yüzyılda Fransız psikiyatrist Benedict Augustine Morel tarafından "erken bunama" olarak tanımlanmıştır (Lavretsky, 2008). Ardından Emil Kraepelin tarafından "erken demans" kavramı altında birleştirilmiş ve bilişsel süreçlerdeki azalmayı yansıtmak için kullanılmıştır. "Şizofreni" (schizophreina) sözcüğü ilk kez 1911 yılında Bleuler tarafından ortaya konmuştur. Yunanca'da bölünmüş (schizo) ve zihin (phrene) sözcüklerinin birleşiminden gelmekte ve bu bozukluğa sahip bireylerin parçalanmış düşünme süreçlerini tanımlamaktadır. Bleuler şizofreniyi anormal duygulanım, kararsızlık, çağrışım çözüklüğü (çağrışımsal zincirlerin kırılması) ve otizm olmak üzere dört temel belirti ile tanımlamıştır. Bleuler aynı zamanda belirtileri pozitif ve negatif olarak ayıran ilk kişidir (Kyziridis, 2005).

1.1.2. Tanım

Şizofreni; sanrı, varsanı ve dağınık konuşmanın en az biriyle karakterize olan, bunlarla birlikte dağınık davranış/katatoni ve duygusal katılımda azalmanın eşlik edebildiği bir bozukluktur. Bu belirtiler kişide en az altı boyunca devam etmekte ve bir ya da daha çok alanda kişinin işlevsellik düzeyini bozmaktadır (Amerikan Psikoloji Birliği; American Psychology Association [APA]), 2013). Şizofrenide belirtiler pozitif, negatif ve dağınık olmak üzere üç sınıfa ayrılmaktadır. Pozitif belirtiler: psikotik olarak değerlendirilen belirtilerdir, olağan (normal) davranışa göre aşırılıkları kapsamaktadır. Sanrı ve varsanılar bu belirtilere dahil edilmektedir. Negatif belirtiler olağan davranıştaki eksikliği ifade etmektedir. İsteksizlik, toplumsal geri çekilme, zevk alamama, künt duygulanım ve konuşma içerisinde yoksulluk (aloji) belirtileri bu sınıfa girmektedir. Dağınık belirtiler ise pozitif belirtilerinden sonradan ayrılmış bir sınıftır: dağınık konuşma ve davranışı

içermektedir (Toomey ve ark., 1998). Bu belirtilerin yanı sıra şizofreni tanısı almış bireylerde dikkat, bellek, akıl yürütme ve işlemleme hızı gibi alanlarda bilişsel bozulmalar meydana geldiği görülmektedir (Keefe ve Harvey, 2012).

1.1.3. Yaygınlık

Şizofreninin dünyadaki yaygınlık oranı yaklaşık %1'dir ve engelliliğin ilk on nedeni arasında yer almaktadır (Velligan ve Rao, 2023). Şizofrenin bireyin günlük yaşamındaki işlevsellik düzeyini ne ölçüde bozduğu bireyler arasında önemli derecede farklılık göstermektedir. Bazı bireylerde işlevsellik kaybı ciddi ölçüde olabilirken bazı bireyler yüksek işlevsellik gösterebilmektedir (Velligan ve Rao, 2023). Şizofreninin yaygınlığının kadın-erkek arasında farklılığı bulunmadığını gösteren çalışmaların yanı sıra erkeklerde daha sık olduğunu gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (Tandon ve ark., 2008). Cinsiyetler arası farkların incelendiği bir araştırmada şizofrenin erkeklerde daha erken başlangıç yaşı, daha kötü hastalık öncesi işlevsellik, daha yüksek şiddette negatif belirtiler ve daha yüksek oranda alkol/madde kötüye kullanım eş tanısı olduğu görülmüştür. Bunun yanı sıra erkeklerde görülen daha şiddetli tablonun daha kötü ilerleyişe dönüştüğü görülmemektedir (Giordano ve ark., 2021; Velligan ve Rao; 2023).

1.1.4. Ortaya Çıkış Nedenleri (Etiyoloji)

Son 20 yılda şizofrenin nedenlerine ilişkin yapılan açıklamalar artsa da şizofreninin nasıl oluştuğu günümüzde tam olarak bilinememektedir. Bunun yanı sıra hem kalıtımın hem de çevrenin etkili olduğu görülmektedir (Tandon ve ark., 2008).

1.1.4.1. Kalıtım

Kalıtım temeli artık açıkça belirlenmiş olsa da kalıtımın nasıl etkilediği konusu belirsizliğini korumaktadır (Tandon ve ark., 2008). Tek yumurta ikizleri ile yapılan şizofreni çalışmaları kalıtsal olmayan diğer etkenlerin de şizofreninin ortaya çıkışını etkilediğini göstermektedir. Tek yumurta ikizlerinden birinin şizofreni tanısı alma olasılığı diğer ikizde de bu tanı varsa %48 oranında görülürken çift yumurta ikizlerinde bu oran %12-%14 aralığındadır. Bununla birlikte hem anne hem de babada şizofreni tanısı

olduğunda çocuklarda da bu tanının görülme olasılığı yaklaşık %40'tır. Hem aile hem de evlat edinme çalışmalarının sonuçlarına göre şizofreni tanısı almış bireylerin akrabalarında şizotipal kişilik bozukluğuna daha sık rastlanmaktadır (Fatani ve ark., 2017). Bu oranların yanı sıra geçmişteki araştırmalar daha nedensel bir gen ararken günümüzde kalıtsal yatkınlığın daha az özgül olduğu bilinmektedir. Kalıtsal ögeleri farklı çevresel deneyimler etkileyebilmektedir. Sonuç olarak kalıtım risk etkeni olurken bunun ortaya çıkmasında etkileşimli ve karmaşık bir süreç rol almaktadır (Cooke ve İngiliz Psikoloji Derneği; British Psychological Society [BPS], 2017).

1.1.4.2. Nörokimya

Şizofrenin ortaya çıkmasında beyindeki biyokimyasal farklılıklar ve dengesizlikler de rol oynamaktadır (Cooke ve İngiliz Psikoloji Derneği; British Psychological Society [BPS], 2017). Birçok farklı yolağın etkisi birlikte ortaya çıkabileceği için yalnızca bir yolaktan bahsedilemez. Bu alanda yapılan araştırmalar dopamin, serotonin, norepinefrin, GABA ve glutamatı ilişkili bulmuştur (Ayano, 2016). Bunlar arasında dopamin kuramı ön plana çıkmaktadır. Dopaminin salınımındaki artış pozitif belirtilerle ilişkilendirilirken azalış negatif belirtilerle ilişkilendirilmiştir (Brisch ve ark., 2014).

Bu alanda yapılan araştırmalar kısıtlı olduğundan şizofreninin gelişimini anlamak için nörokimya ile birlikte kalıtım ve çevre gibi ögeler de ele alınmalıdır (Cooke ve İngiliz Psikoloji Derneği; British Psychological Society [BPS], 2017).

1.1.4.3. Beyin Yapısı

Çeşitli araştırmalarda şizofreni belirtilerini belirli beyin bölgelerinin ve devrelerinin farklı yapısı ve işlevi ile ilişkilendirilmeye çalışılmıştır. Bunun yanı sıra şizofreni tanısı almış bireylerde gri madde hacminde azalmalar ve beyaz madde hacminde ise düzensizlikler görülmüştür. Gri maddedeki azalma özellikle temporal lobda görülmektedir. Bu azalma hastalık süresinin ilerlemesi ve antipsikotik tedavisi ile ilişkili görülmektedir (Fatani ve ark., 2017). Yüksek şizofreni olasılığı olan katılımcılarla yapılan bir araştırmada tanısı olmayan bireylerle beyin görüntüleri karşılaştırıldığında beyindeki sol amigdala ve hipokampüs boyutların anlamlı azalma saptanmıştır (Keshavan ve ark., 2002).

Bu bulguların yanı sıra yapılan yüzlerce araştırmalar sonucunda bozukluğa özgü anatomik veya işlevsel anormallikler tanımlanamamıştır (Fatani ve ark., 2017). Sonuç

olarak bulgular yalnızca görüntüleme sonuçlarına bakarak tanı koyulamaması, tanı konulan ve konulmayan grupları karşılaştırırken tanı ile ilgili farklı etkenlerin de (ilaç kullanımı gibi) etkili olabilmesi, travma ve stresin de beyin yapısında değişiklik yaratabilmesi gibi ögeler göz önünde bulundurularak dikkatli şekilde yorumlanmalıdır (Cooke ve İngiliz Psikoloji Derneği; British Psychological Society [BPS], 2017).

1.1.4.4. Çevre

1.1.4.4.1. Doğum Öncesi Riskler

Alan yazını incelendiğinde şizofreninin etiyolojisinde doğum öncesi birkaç risk faktörü olduğu görülmüştür. İlk olarak hamileliğin birinci ve ikinci trimester döneminde geçirilen maternal enfeksiyonlar ve gebelikte yetersiz beslenme şizofreni riskinin artmasıyla ilişkilendirilmiştir (Susser ve ark., 1996; Penner ve Brown, 2007). Hamilelikte annede yetersiz beslenmeyle birlikte düşük B12, B6, A, D vitaminleri ve demir eksiliği de risk faktörü olarak görülmüştür (Brown ve Lau, 2016). Başka bir risk faktörü ise hamileliğin ilk üç ayında annenin şiddetli stres yaratabilecek olumsuz yaşam olayı yaşamasıdır. Yaşanan şiddetli stresin bebeğin nörogelişimini etkileyebileceği öne sürülmüştür (Khashan ve ark., 2008). Bunların yanı sıra babanın yaşının artması da şizofreni riski ile ilişkili görülürken annenin yaşı ile risk arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Malaspina ve ark., 2019). Son olarak kış ve ilkbahar aylarında doğmuş olmanın da şizofreni tanısı almış grupta daha yüksek olduğu görülmüştür (Davies ve ark., 2003). Doğum mevsiminin nasıl bir etki oluşturduğu tam olarak açıklanamasa da doğum öncesi enfeksiyon, mutasyon ya da yetersiz beslenmenin bir temsilcisi olduğu öne sürülmektedir (Tandon ve ark., 2008).

1.1.4.4.2. Doğum Sonrası Riskler

Doğum sonrası risk etkenlerinden en çok ele alınanı çocuk çağı travmasıdır. Bunların içeriğini fiziksel, duygusal ve cinsel istismar ile ebeveyn kaybı/ayrılığı oluşturmaktadır (St Clair ve Lang, 2021). Çocukluk çağı travmalarının şizofrenide risk faktörü olabileceğini gösteren çalışmalar olsa da arada nedensellik kurmak mümkün değildir (Brown ve Lau, 2016).

Çevresel risk etkeni olarak esrar kullanımını ele alan araştırmalarda esrar kullananların 15 yıl içinde şizofreni geliştirme ihtimalinin kullanmayanlara göre iki kat arttığı

görülmüştür. Buna ek olarak doz etkisini inceleyen araştırmalarda esrarı yoğun kullananların kullanmayanlara göre riskin altı kat daha fazla olduğu bulunmuştur (Brown ve Lau, 2016). Bu bulguların yanı sıra esrar kullanımının tek başına şizofreniye neden olup olmadığı ve ne ölçüde neden olduğu bilinmemektedir (Morgan ve Fisher, 2007; St Clair ve Lang, 2021). Göç üzerine yapılan araştırmalar birinci ve ikinci nesil göçmenlerde şizofreni geliştirme olasılığının göçmen olmayanlara göre daha yüksek olduğunu tespit etmiştir (Selten ve ark., 2007; Cantor-Graae ve Pedersen, 2013). Bu bulgular, genellikle kırsal alanda yaşayan etnik gruplardan ve yoksul geçmişlerden gelen insanların gelişmiş ve kentsel alanlara göç etmesi ile ilişkilendirilmiştir. Bu araştırmalarda şizofreniyi yatkınlaştıracak ortak stres etmeninin azalan sosyal statü olduğu düşünülmektedir (St Clair ve Lang, 2021). Bu bulgularla birlikte göç gibi sosyal stresörlerin beyin işlevi ve şizofreninin gelişimi üzerindeki etkisi ile ilgili araştırmalara ilgi artmaktadır (Selten ve ark., 2007).

Şizofrenide bir diğer çevresel risk etkeni düşük sosyoekonomik durumdur. Düşük sosyoekonomik durum ile şizofreni arasındaki ilişkinin açıklanması için iki hipotez ortaya atılmıştır. Birinci hipotez; düşük sosyoekonomik düzeye sahip insanların doğuştan yetersiz beslenme, eşitsizliğe maruz kalma gibi dezavantajlara sahip olduğunu ve bu dezavantajların şizofreniye yol açtığını söyleyen sosyal nedensellik (sosyojenik) hipotezidir. İkinci hipotez ise şizofreni tanısı almış bireylerin tanıdan sonra işlevselliklerinde oluşan düşüşle birlikte daha yüksek sosyal statüden daha düşük sosyal statüye geçmeleri ili ilişkilendiren sosyal seçim (sosyal kayma) hipotezidir (Dohrenwend ve ark., 1992). Yapılan bir araştırmada düşük sosyoekonomik durumun belirleyicileri olarak kiralık dairede yaşama, tek ebeveyne sahip olma, işsizlik ve sosyal yardım alma durumu belirlenmiştir. Bu durumlarda şizofreni riskinin daha fazla olduğu, dört durum birlikte iken de 2,7 kat daha yüksek olduğu görülmüştür. Ayrıca bu çalışmada aynı göstergeler evlat edinilen çocuklarda incelendiğinde ailenin dezavantajlı olmasının riski arttırdığını ve çocuğun genetik yatkınlığı olduğu durumda da artan riskin 4,7 kata yükseldiği görülmüştür. Sonuç olarak düşük sosyoekonomik düzeyin risk faktörü olmasının yanı sıra bu risk genetik yatkınlığı olan kişilerde daha yüksek görülmektedir (Wicks ve ark., 2010). Bahsedilen araştırma bulgularına göre sosyoekonomik durum risk faktörü olarak görülse de bu alanda daha fazla çalışmanın yapılmasına ihtiyaç duyulmaktadır.

Son olarak şizofreninin çevresel risk etkenlerinden biri de kentselliktir. Birçok çalışmanın bulgularını inceleyen bir araştırmada kentsel bölgede büyümenin şizofreni riskini arttırdığı ve doz-yanıt ilişkisiyle de bu riskin kentsellik ile tutarlı olarak yükseldiği görülmüştür (March ve ark., 2008). En kentsel ortamda şizofreninin en kırsal ortama göre 2,37 kat daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Vassos ve ark., 2012). Bu ilişkininin olası açıklayıcıları olarak Vassos ve arkadaşları (2012), aile öyküsü, göç geçmişi, enfeksiyonlara maruz kalma, yetersiz beslenme, kirlilik ve kötü bir sosyal çevre gibi faktörlerin etkili olabileceğini öne sürmüştür.

1.1.5. Şizofreninin Evreleri

Şizofreninin evreleri incelendiğinde farklı çalışmalarda farklı basamaklarla modellemeler yapıldığı görülmüştür (Hickie ve ark., 2013; Lieberman ve ark., 2001; McGorry ve ark., 2010) ve temel olarak 4 evreden bahsedilebilir.

1) Hastalık öncesi aşamaya bakıldığında şizofreni tanısı almış bireylerin çocukluklarında akranlarından ayırt edilemedikleri, belirli farklılıklara sahip olmadıkları bilinmektedir (Striebel, 2025). Bununla birlikte hastalık öncesi nörogelişim ile ilgili çalışmalarda şizofreni tanısı almış bireylerde hastalık öncesi daha düşük zekâ puanı gözlemlenmiştir (Woodberry ve ark., 2008). Erken dönemde desteksiz yürüme, oturma ve ayakta durma becerilerindeki gecikmelerin yetişkinlikteki şizofreni riski üzerinde düşük düzeyde anlamlı etkisi görülse de ön görme olasılıkları düşüktür (Filatova ve ark., 2017).

2) Prodromal evrede ilk ortaya çıkan belirtiler çoğunlukla bunaltı (depresif) belirtileri olmaktadır (Häfner ve ark., 1999). Bunun yanı sıra kaygı, uyku sorunları, dikkat güçlüğü gibi bilişsel bozulmalar; toplumsal geri çekilme, eğitim/iş yaşamındaki işlevsellikte azalma; öz bakımda düşüş görülebilmektedir. Evre ilerledikçe psikotik belirtiler düşük düzeyde başlar. Bunlar algısal değişiklikler (renklerdeki parlaklık/bozulma, seslere aşırı duyarlılık), şüphecilik, huzursuzluk, kendine gönderme/atıf (referans) sanrıları olabilmektedir (Perrottelli ve ark., 2021; Striebel, 2025). Prodromal evrenin süresi haftalar veya yıllar gibi farklı uzunluklarda olsa da bu evredeki belirtilerin tanı almış bireylerin ortalama %73'ünde ilk psikotik belirtiler ortaya çıkmadan 5 yıl önce ve ilk hastaneye yatıştan 6,3 yıl önce görüldüğü bulunmuştur (Schultze-Lutter ve ark., 2007).

3) Psikotik evre, açık psikozun başlangıcıyla başlamaktadır. Psikoz en temelde gerçeklikle bağlantının kopması olarak açıklanır ve belirtileri varsanı, sanı ve dağınık konuşma/davranıştır. Psikotik belirti dönemi (atak) geçiren birey için oldukça sıkıntı verici olabilmektedir (Striebel, 2025). İlk atak genellikle yaşamın geç ergenlik ve erken yetişkinlik dönemlerinde ortaya çıkmaktadır (Charlson ve ark., 2018). İlk psikotik atağın tedavisi oldukça önemlidir çünkü tanı alan bireylerin ve ailelerin yaşadığı anlık acıyı önlerken tanının ilerlemesini sınırlayarak ve kişinin antipsikotik tedavisine yanıt verme olasılığını artırarak daha iyi bir ilerleyiş öngörmektedir (Marshall ve ark., 2005; Perkins ve ark., 2005).

4) Süreğen (Kronik) evrede ilk psikotik belirti döneminden sonra hastalığın ilerleyişini etkileyen kalıtım, cinsiyet, hastalık öncesi işlevsellik, madde kullanımı, tedaviye uyum ve fiziksel sağlık gibi ögeler önem taşımaktadır (Hansen ve ark., 2023). Bu evrede yineleyen psikotik belirti dönemleri tedaviye yanıtın azalması, iyileşmenin sağlanmaması, işlevselliğin bozulması ile ilişkili görülmüştür. Fakat bu durum sık yineleme ile tedaviye daha kötü yanıt arasında nedensellik olduğu anlamına gelmemekte, her ikisinin de daha şiddetli ve dirençli tanıyla ilişkili olabileceği de düşünülmektedir. Bunun yanı sıra yinelemeden sonra antipsikotik ilaçlara yeniden başlandığında belirtilerin hızla temel düzeye indiği görülmektedir (Emsley ve ark., 2013).

Yapılan sistematik bir derlemede; şizofreninin evreleri ile ilgili modellerin daha çok klinik, bilişsel ve işlevsel değişkenlere odaklandığı bildirilmiştir. Bu nedenle biyobelirteçler, fizyolojik eş tanılar veya yaşam kalitesi gibi değişkenlerin evrelerle ilişkisini içeren modellerin de oluşturulması önerilmiştir (Martinez-Cao ve ark., 2022).

1.1.6. Şizofrenide İlerleyiş (Prognoz) ve İyileşme

Hafifleme (remisyon): tanı almış bireyin belirtilerindeki iyileşme durumu olarak tanımlanmaktadır. Bu iyileşme, belirtilerin hastanın davranışlarını önemli ölçüde etkilemeyecek ve tanı eşiğinin altında kalacak kadar azalmasını ifade etmektedir (Andreasen ve ark., 2005). İyileşme kavramının ne olduğu ve neyi içerdiği konusunda görüş birliği olmasa da remisyondan farklı olarak azalan belirtilerle birlikte psikososyal

işlevsellikte de artış gösterme olarak özetlenebilir (Silverstein ve Bellack, 2008; Tramazzo ve ark., 2024).

Kraepelin'in "erken demans" tanımı kötü ilerleyiş ve süreğenlik ile belirgin olduğundan dolayı şizofreninin geleneksel olarak yineleme, süreğenleşme ve ilerleme gibi kavramlarla ilişkilendirildiği düşünülmektedir. Bunun yanı sıra şizofreni tanısının ve klinik görünümünün çeşitliliği nedeniyle hafifleme ve iyileşmenin olabildiği farklı araştırmalarda görülmüştür (Molstrom ve ark., 2022).

Sistematik bir derlemede hastaların iyileşmeyi belirtilerin yok olması yerine, hastalığı anlamak ve sonuçlarıyla yaşamayı öğrenmek şeklinde ifade ettikleri görülmüştür. Hastalar iyileşmeyi bir mücadele veya savaş olarak tanımlamaktadır (Jose ve ark., 2015). Sonuç olarak şizofrenide işlevsel iyileşme belirtilerin azalmasıyla birlikte, hastaların kendi kendine hayatlarını sürdürmesi ve özerkliğini de içermektedir. Alan yazınına göre yeterli ilaç tedavisi ve psikososyal tedaviyle hastaların yedide biri işlevsel iyileşme göstermektedir (Silva ve Restrepo, 2019).

Şizofrenide iyileşmenin sıklığını araştıran bir meta-analiz çalışmasında iyileşme ölçütü olarak hem klinik belirtilerde azalma hem de toplumsal işlevselliğin kazanılması temel alınmış ve bunların 2 yıl sürmesi göz önünde bulundurulmuştur. Bu değişkenleri ele alan 50 çalışmanın sonucuna göre şizofreni tanısı almış bireylerin iyileşme oranı %13,5 bulunmuş ve zaman içinde bu oranın yükseldiğine dair bir kanıt olmadığı söylenmiştir (Jääskeläinen ve ark., 2013). En az 20 yıldır izlenen şizofreni tanısı almış bireylerin katıldığı araştırmaları inceleyen geniş çaplı bir meta-analiz çalışmasında (başlangıçta toplam 4.163 katılımcı, son takipte ise 1.991 katılımcı içeren toplamda 14 çalışma) ise iyileşme; genel (genel konuşma ve davranış özellikleri, iletişim kurabilme yeteneği vb.), klinik (belirti düzeyi) ve toplumsal (kendi kendine yetebilme, çalışabilme, toplumsallaşabilme becerisi vb.) olarak sınıflandırılmış ve iyi, orta ve kötü derecelerine ayrılarak incelenmiştir. Sonuçlara bakıldığında (14 çalışma) %35,5 oranında iyi düzeyde iyileşme, (11 çalışma) %59,7 oranında orta düzeyde iyileşme bildirilmiştir. Bu duruma göre %40,3 oranında kötü ilerleyiş görülmektedir. Sonuç olarak şizofreni tanısı almış bireylerin önemli bir oranının sıklıkla varsayılana göre daha olumlu ilerleyiş göstermesinin yanı sıra diğer psikotik durumlara göre daha kötü ilerleyiş olması bu

karmaşık ruhsal bozuklukta sürekli destekleyici bakım ve tedavi gereksinimi vurgulamaktadır (Tramazzo ve ark., 2024).

Şizofreninin ilerleyişinin genel olarak kötü olduğu görülse de bazı bireylerin yeterli yaşam kalitesi, özerklik, parasal bağımsızlık ve olumlu kişilerarası ilişkilerle daha iyi ilerleyiş göstermesi umut vericidir (Liberman ve ark., 2002).

1.1.7. Şizofrenide Özkıyım (İntihar)

Özkıyım şizofreni tanısı almış bireylerin %5'i için erken ölüm nedeni olarak gösterilmektedir (Berardelli ve ark., 2021). Bir meta-analiz çalışmasında (toplam 5.079 birey) şizofreni tanısı almış bireylerde yaşam boyu özkıyım planı yaygınlığının %44,3 olduğu görülmüştür (Bai ve ark., 2021). Türkiye'de yapılmış bir çalışmanın sonucuna göre ise şizofreni tanısı almış bireylerin %40,8'inin en az bir kez, %39,6'sının da yineleyen özkıyım girişimlerinde bulunduğu görülmüştür (Aydın ve ark., 2019). Dünyada ise şizofreni tanısı almış bireylerde özkıyım girişiminin yaygınlığının %25-50 olduğu bilinmektedir (Berardelli ve ark., 2021).

1.1.8. Şizofreninin Tedavisi

1.1.8.1. İlaç Tedavisi

Şizofreninin ilaçla tedavisinin temel yapı taşı antipsikotikler birinci (geleneksel) ve ikinci (atipik) kuşak olmak üzere iki ana gruba ayrılmaktadır. Antipsikotik ilaç seçimi; önceki tedavi yanıtı, bireysel seçim, tıbbi geçmiş ve hastanın bireysel hassasiyeti gibi etkenlere dayanmaktadır. Antipsikotik ilaçlar şizofreninin pozitif ve dağınık belirtilerini azaltmada etkili olabilirken negatif belirtilere etkisi oldukça düşüktür (Bruijnzeel ve ark., 2014). Özellikle varsanıların arttığı atak dönemlerinde ilaçların bu deneyimin yoğunluğunu azalttığı bilinmektedir (Cooke ve İngiliz Psikoloji Derneği; British Psychological Society [BPS], 2017). Bunun yanı sıra antipsikotiklerin şizofrenide yinelemeyi azaltmada plasebo grubuna göre etkili olduğu görülmüştür (Leucht ve ark., 2012). İkinci kuşak antipsikotiklerin yan etkilerini inceleyen bir araştırmada şizofreni tanısı almış bireylerin en yaygın olarak bildirdiği yan etkiler gündüz uykulu olma (%83,2), uyku zorluğu

(%74,7), ağız kuruluğu (%63,9), cinsel sorunlar (%53,4) ve kilo alma (%52,4) olmuştur. Ayrıca daha şiddetli yan etkilerin daha düşük yaşam kalitesi ve yaşam doyumu ile ilişkili olduğu görülmüştür (Tandon ve ark., 2020).

Tedavi edilmeyen şizofreni; artan ölüm oranı, düşük mesleki ve sosyal işlevsellik, düşük yaşam kalitesi ile ilişkilidir. Antipsikotik tedavi, şizofreni tanısı almış bireylerde bir dizi belirti alanını iyileştirse ve yineleme olasılığını azaltsa da bu tür tedavinin şizofreni tanısı almış bireylerde yaşam süresini ve psikososyal işlevi ne ölçüde iyileştirdiği daha az belirgindir (Wunderink ve ark., 2013).

Şizofreni tedavisinde herkes için kullanılabilecek tek bir en iyi ilaç ve en iyi doz bulunmamaktadır. Ancak en uygun etkililik için doz aralıkları mevcuttur. Bu nedenle ilaç tedavisi, tedaviye verilen yanıtın ve yan etkilerin dikkatle incelenmesini ve gerektiğinde dikkatlice geçiş yapmayı içeren deneme yanılma sürecini içermektedir (Bruijnzeel ve ark., 2014).

1.1.8.2. Psikoterapi

İlaç tedavisinin yanı sıra psikoterapi de işlevselliğin desteklenmesi açısından oldukça önemli ve yararlı bir tedavi yöntemidir. Şizofrenide deneysel olarak desteklenen psikososyal müdahalelerin oluşturulmasında önemli ilerlemeler kaydedilmiştir. Bu müdahalelerin hem psikososyal işlevsellik (iş, toplumsal ilişkiler, yaşam becerileri) hem de klinik sonuçlar (psikotik belirtiler, yinelemeler, hastaneye yatışlar) ve ilişkili bozuklular (örn. bilişsel işlevsellik) ile ilgili çok çeşitli boyutlarda olumlu etkileri olduğu görülmektedir. Umut verici uygulamalar şizofreni tanısı almış bireylerin yaşam kalitesini yükseltmede yardımcı olabildiğini ve kanıta dayalı tedavilerin geliştirebileceğini göstermektedir (Mueser ve ark., 2013).

1.1.8.3. Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM)

Ülkemizde 2011 yılında toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri verilmeye başlanmaştır. Toplum Ruh Sağlığı Merkezileri ile ilgili yönergeye göre bu merkezlerde ağır ruhsal bozukluğu olan kişilere (şizofreni ve benzeri psikotik bozukluklar, duygudurum bozuklukları gibi süreğen bozukluklar) psikososyal destek ve gerektiğinde evde sağlık hizmetleri verilmekte, kişilerin izlem ve tedavi süreci sürdürülmektedir. Bunların yanı sıra iş ve uğraş terapileri, hasta ve ailelerine yönelik çeşitli psikoeğitimler, psikososyal

beceri eğitimleri, bireysel danışmanlık ve grup terapileri gibi hizmetleri sunulmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011).

Bu tez çalışmasında şizofreni tanısı almış bireylerde yaşam doyumu ve bununla ilişkili olduğu düşünülen öz yeterlik, sağlık denetim (kontrol) odağı ve kendini damgalama değişkenleri arasındaki ilişkiler incelenecektir. Bu noktadan itibaren şizofreni tanısı almış bireylerde bu kavramları araştıran çalışmalar aktarılacaktır.

1.2. Şizofreni Tanısı Almış Bireylerde Psikososyal Süreçler

1.2.1. Şizofreni Tanısı Almış Bireylerde Yaşam Doyumu

Yaşam doyumu kavramı ilk kez Neugarten tarafından 1961 yılında ortaya atılmıştır. Yaşam doyumu, kişinin yaşamının çeşitli boyutlarına dair beklentileri ile elde edebildiklerini karşılaştırılması sonucunda hissettiği doyumdur. Bir başka deyişle, farklı açılardan iyi oluş halini ifade etmektedir (Özer ve Karabulut, 2003). Farklı bir tanıma göre de yaşam doyumu mutluluğun (öznel iyi oluş) bilişsel yönüne karşılık gelmektedir (Diener, 1994).

Alan yazınında psikiyatrik bozukluklar ile yaşam doyumu arasındaki ilişkiyi inceleyen çeşitli araştırmalar bulunmaktadır. Yaşamın temel alanlarında (iş, aile vd.) şiddetli sorunlar yaşayan, süreğen psikiyatrik tanıya sahip bireylerle tanısı olmayan bireyleri karşılaştıran bir araştırmada süreğen psikiyatrik tanı grubunda yaşam doyumunun anlamlı olarak daha düşük olduğu belirlenmiştir (Arrindell ve ark., 2001). Birkaç tanı grubunu karşılaştıran farklı bir araştırmada ise iki uçlu duygu durum bozukluğu dışındaki tanılarda daha düşük yaşam doyumu görülmüştür (Meyer ve ark., 2004). Son olarak yatarak tedavi gören farklı psikiyatrik tanılara sahip bireylerle yapılan bir araştırmada yaşam doyumunun tanı olmayan gruba göre daha düşük olduğu görülmüş tanılar arasında da farklılıklar bulunmuştur. ICD-10'a göre depresif dönem, yineleyen depresif bozukluk, fobik bozukluklar, obsesif-kompulsif bozukluk, travmayla ilişkili bozukluklar, somatoform bozukluklar ve yeme bozuklukları tanılarına sahip bireylerle yapılan bu araştırmada en düşük yaşam doyumu travma ile ilişkili bozukluklara sahip bireylerde görülmüştür (Meule ve Voderholzer, 2020). Alan yazını incelendiğinde şizofreni tanısı

almış bireylerde yaşam doyumunu inceleyen sınırlı sayıda araştırma ile karşılaşılmıştır. Yalnızca bir kez atak geçirmiş şizofreni tanısı olan 51 birey ile herhangi bir tanısı olmayan bireylerin karşılaştırıldığı bir araştırmada şizofreni tanısı almış bireyler anlamlı olarak daha düşük düzeyde yaşam doyumu bildirmiştir (Saperia ve ark., 2018). Şizofreni tanısı almış (18-35 yaş) 75 bireyin herhangi bir tanısı olmayan bireylerle karşılaştırıldığı bir araştırmada da şizofreni tanısı almış bireyler anlamlı olarak daha düşük düzeyde yaşam doyumu bildirmiştir (Fervaha ve ark., 2016). Bu çalışmada öznel iyi oluş (yaşam doyumu ve mutluluk) ile negatif belirtiler (depresif belirtiler ve motivasyon eksikliği) negatif yönde ilişkili bulunmuştur. Geniş çaplı bir araştırmada da (18-65 yaş arasında 1.437 katılımcı) şizofreni tanısı almış bireylerde yaşam doyumunu çeşitli klinik değişkenlerin (varyansın %15'i depresif belirtiler, %5'i psikososyal işlevsellik, sosyal geri çekilme, ilaca yönelik tutumlar ve kaygı ile açıklanmıştır) yordadığı bulgulanmıştır (Fervaha ve ark., 2013). Fervaha ve arkadaşlarının (2016) çalışmasında şizofreni tanısı olan bireylerde herhangi bir tanısı olmayanlara göre daha düşük yaşam doyumu olduğu gözlemlense de bir dereceye kadar yaşam doyumlarının yüksek olduğu, tanıya rağmen hayata olumlu duygularla bakabildikleri vurgulanmıştır. Bununla birlikte şizofreni tanısı almış bireylerin öznel iyi oluşları, yaşam doyumları ve mutluluklarının incelendiği bir meta-analiz araştırmasında da bu değişkenlerin farklı gruplara kıyasla daha düşük bildirildiği görülse de kendi içlerinde görülen çeşitliliğe dikkat çekilmiştir. Bu durum da şizofreni tanısı almış bireylerin çaresiz olduğu yönündeki genel yargıya karşıdır (He ve ark., 2022). Bu bilgilerden yola çıkarak şizofreni tanısı almış bireylerde yaşam doyumu ile ilişkili etkenlerin çalışılmasının bireylerin iyilik halini arttırmada önemli olabileceği düşünülmektedir.

1.2.2. Şizofreni Tanısı Almış Bireylerde Öz Yeterlik

Öz yeterlik, kişinin karşılaştığı durumlar ile başa çıkmak için gerekli eylemleri ne kadar iyi gerçekleştirebileceğine ilişkin kendi yargılarıyla ilişkilidir (Bandura, 1982). Öz yeterlik inançları doğru veya yanlış da olsa kişinin eylemlerini ve çevresel ortam seçimini etkiler. Bir kişi başa çıkabileceğini düşündüğü eylemleri üstlenirken diğerlerinden kaçınabilir. Diğer bir deyişle kişinin yeterlilik inancı engeller karşısında ne kadar çaba harcayacağını belirlemektedir. Kişinin kendine ilişkin algıladığı öz yeterliği ne kadar

güçlü ise o kadar fazla çaba sarf eder. Kişinin öz yeterliğini etkileyen kaynaklar ise doğrudan deneyimler, dolaylı deneyimler, sözel ikna ve fizyolojik/duygusal durumlar olarak ifade edilmiştir (Bandura, 1977). Bu kaynaklardan doğrudan deneyimler kişinin geçmişte benzer durumların nasıl üstesinden geldiğini anımsaması ve bunlar üzerine düşünmesidir. Dolaylı deneyimler ise başkalarının becerilerini görerek veya duyarak kazanılmaktadır. Sözel ikna kişinin diğer insanlardan aldığı geri bildirimler ve değerlendirmeleri kapsamaktadır. Son olarak fizyolojik/duygusal durumlar ise kişinin kendi duyuları aracılığıyla elde ettiği bilgileri yorumlayarak edindiği düşüncelerdir (Waddington, 2023). Öz yeterlik inançları bireyin duygusal, bilişsel, güdüsel (motivasyonel) ve seçim süreçlerini etkilemektedir (Bandura, 1995). Bunlar sırasıyla incelendiğinde öz yeterliğin duygusal süreçlere olan etkisi, kişinin karşılaştığı durumların kaygı ve stres yaratmasına rağmen onu aşabilme becerisi ile görülmektedir. Bilişsel süreçleri kişinin durumlar karşısında kendisini yeterli ve yetkin olarak değerlendirmesi yönüyle etkilemektedir. Güdüsel süreçlere bakıldığında kişinin karşılaştığı engellere rağmen devam etme ve çabalama güdüsünde öz yeterlik inançlarının etkisi olmaktadır. Son olarak öz yeterliğin seçim süreçlerine olan etkisi seçilen etkinliğin gerçekçi beklentilerle uyuşup uyuşmadığı konusunda ortaya çıkmaktadır (Bandura, 1995).

Şizofreni tanısı almış bireylerle yapılmış bir araştırmada daha yüksek düzeyde öz yeterliğin daha yüksek psikososyal işlevsellik, daha az negatif belirti ve daha yüksek hastalık öncesi işlevsellik ile ilişkili olduğu görülmüştür. Aynı çalışmada hastalık öncesi işlevsellik, negatif belirtiler ve bilişsel işlevsellik ile psikososyal işlevsellik arasında öz yeterliğin aracı rolü sınanmış ancak aracılık ilişkisi bulunmamıştır. Fakat ikincil analizlerde öz yeterlik ile psikososyal işlevsellik arasındaki ilişkiye negatif belirtilerin aracılık ettiği görülmüştür (Pratt ve ark., 2005). Şizofrenide depresif belirtiler ile ilişkili değişkenlerin incelendiği bir araştırma öz yeterlik, benlik değeri ve umudun doğrudan depresif belirtiler üzerinde etkisi görülmese de psikolojik dayanıklılık ve depresif belirtiler arasındaki ilişkide aracı rolleri olduğu görülmüştür (Liu ve ark., 2020). Şizofreni tanısı almış bireylerle yapılan bir diğer araştırmada yüksek öz yeterliğe sahip grupta başarıma (performans) dayalı beceri düzeyi ile işlevsellik arasında ilişki görülürken düşük öz yeterliğe sahip grupta bu ilişki anlamlı bulunmamıştır. Buradan yola çıkarak öz yeterliğin kişinin yüksek işlev gösterebilme olasılığına sahip olsa da bu işlevselliğe neden ulaşamadığını açıklamada önemli rol oynadığı düşünülmüştür

(Cardenas ve ark., 2013). Şizofreni tanısı almış bireylerin işlevsiz tutumlarını inceleyen bir çalışmada da tanısı olmayan bireylere kıyasla şizofreni tanısı almış grupta başarım değerlendirmesinde daha yüksek yenilgi inancı görülmüş ve bu durum düşük işlevsellik ve yüksek negatif belirtiler ile ilişkili bulunmuştur (Horan ve ark., 2010).

Öz yeterlik aslında duruma özgü olsa da "genel öz yeterlik" çeşitli durumları içerir ve kişinin günlük yaşam sorunlarıyla ve/veya geniş çaplı zorluklarla etkili şekilde başa çıkabileceğine ilişkin inancını ifade eder (Hoeltje ve ark., 1996). Mevcut çalışmada da bireyin genel öz yeterliği ele alınacaktır.

1.2.3. Şizofreni Tanısı Almış Bireylerde Kendini Damgalama

Goffman'a (1963) göre damgalanma toplumun olağan olarak değerlendirdiği kesimin dışında kalan bireye olumsuz atıflarda bulunulmasıdır (akt. Corrigan ve Watson, 2002). Damgalamada öncelikle psikiyatrik tanı almış kişilerle ilgili olumsuz, kalıplaşmış düşünceler ("Ruhsal hastalığı olan kişiler tehlikelidir.", "Ruhsal hastalığı olan kişiler kusurludur.") oluşur. Bu durum sonrasında olumsuz duygu ve davranışları beraberinde getirir (Corrigan ve Watson, 2002). Örneğin, "Ruhsal hastalığı olan kişiler tehlikelidir. Bu yüzden o adam beni korkutuyor." ifadesinde kalıp yargı içeren düşünceye inanmakla birlikte verilen duygusal tepki ön yargı olarak adlandırılırken; "Bu adam akıl hastası ve tehlikeli olduğu için ondan uzak duracağım ve şirketimde çalıştırmayacağım." ifadesinde ön yargı ile birlikte gelen davranışsal tepki ayrımcılık olarak adlandırılmaktadır. Toplumsal damgalamada diğerleri ruhsal hastalık tanısı almış bireyler hakkında olumsuz yargılara sahipken kendini damgalama (içselleştirilmiş damgalama) zihinsel bozukluk tanısı olan bireylerin kendilerine yönelttikleri olumsuz ön yargılar, kalıp yargılar ve ayrımcılıktır (Corrigan ve Watson, 2002).

Ritsher ve arkadaşları (2003) kendini damgalamayı oluşturan kalıp yargıları sınıflandırmış ve buna yönelik bir ölçek geliştirmişlerdir. İlk olarak "*yabancılaşma"* toplumun tam bir üyesi olamama veya "bozulmuş" bir kimliğe sahip olmak ile yaşanan öznel deneyimdir: "Ruhsal hastalığımın olması hayatımı berbat etti.", "Ruhsal hastalığım olduğu için kendimi bu dünyada bir yabancı gibi hissediyorum." ifadeleri gibi. İkinci boyut olan "*kalıp yargının onaylanması*" kişilerin zihinsel bozukluğa sahip kişilerle ilgili

yaygın kalıp yargılara katılmalarını ifade etmektedir: “Ruhsal hastalığı olan kişiler saldırgandır.”, “Ruhsal hastalığım olduğu için topluma hiçbir katkıda bulunamam.” gibi. Bir diğeri tanı alan bireylerin başkalarının kendilerine nasıl davrandıklarına dair algılarını açıklamak için kullanılan “*ayrımcılık deneyimi*” boyutudur: “İnsanlar, sadece ruhsal bir hastalığım olduğu için beni görmezden geliyor veya daha az ciddiye alıyor.” ve “İnsanlar, ruhsal bir hastalığım olduğu için bana farklı davranırlar.” vd. “*Toplumsal geri çekilme*” ise kişinin damgalanmadan etkilenmesiyle birlikte yaşadığı toplumsal geri çekilmedir: “Ruhsal hastalığımla başkalarına yük olmak istemediğim için kendim hakkında fazla konuşmam.” ve “Reddedilmekten kaçınmak için ruhsal hastalığı olmayan insanlara yaklaşmaktan kaçınırım.” vd. Son olarak “*damgalanmaya karşı direnç*” kendini damgalamaya direnme veya bundan etkilenmeme deneyimini yansıtmak için kullanılmaktadır: “Akıl hastalığım olmasına rağmen iyi ve doyurucu bir hayat sürebilirim.” gibi. Mevcut araştırmada kendini damgalama bu model üzerinden oluşturulan ölçek ile ölçülmüştür.

Kendini damgalamanın sosyal-bilişsel modelinde, kendini damgalama dört aşamada ele alınmıştır ve (a) kalıp yargı farkındalığı (farkındalık), (b) kalıp yargılar ile aynı fikirde olma (onaylama), (c) kalıp yargılar ile özdeşleşme (uygulama) ve (ç) benlik değerinde azalma (zarar) şeklinde sıralanmaktadır. Kalıp yargı farkındalığı, kişinin toplumun ruhsal bozuklukları olan kişiler hakkındaki olumsuz inançlara sahip olduğunun farkında olmasıdır. Kalıp yargılar ile aynı fikirde olma, kişinin bu olumsuz inançlara katılmasıdır. Bunun ardından görülebilen özdeşleşme kişinin bu olumsuz inançların kendisi için geçerli olduğunu düşünmesidir. Son aşama bu özdeşleşmenin sonucu olarak kişinin benlik değerinde yaşanan azalmadır. Model buradaki özdeşleşme aşamasının kişiye asıl zarar veren aşama olduğunu öne sürmüştür ve araştırmanın sonuçlarında da kalıp yargı farkındalığı, özdeşleşme ve benlik saygısında azalma değişkenleri ile düşük benlik değeri ve öz yeterlik ilişki görülürken; kalıp yargı ile aynı fikirde olma ile bu değişkenler arasında anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir (Corrigan ve ark., 2006; Watson ve ark., 2007).

Zihinsel sorunlarda toplumsal damgalama, tanı almış bireyde dışlanma ve toplumsal konum kaybına yol açmaktadır (Link ve Phelan, 2001). Bunun yanı sıra toplumsal damgalanmanın istihdam ve barınma erişimini kısıtlama gibi dışsal ve nesnel sorunlara yol açtığı da bilinmektedir. Bu noktada kendini damgalama söz edilen dışsal ve nesnel engelleri aşmayı daha da zorlaştırdığı için kendini damgalamanın öznel deneyimine ve

psikolojik etkilerine odaklanmak önemli görülmektedir (Ritsher ve ark., 2003). Ciddi ruhsal bozukluğa sahip bireyler hakkında yaygın olarak tehlikelilik, yetersizlik ve hastalıklarından dolayı suçluluk ile ilgili kalıp yargılar mevcuttur (Corrigan ve ark., 2011). Ruhsal bozukluğa sahip kişiler "akıl hastası" olarak etiketlendiklerinde bu gibi kalıp yargılara maruz kalmaktadırlar. Psikolojik olarak bu damgalamayı içselleştiren bireyler bu kalıp yargıların kendileri için gerçekten geçerli olduğunu düşünmekte ve bu durum utanç duygusunu ortaya çıkarabilmektedir (Ritsher ve ark., 2003). Bununla birlikte kendini damgalama kişinin benlik saygısında düşüşe, geleceğe yönelik umudunda zayıflamaya ve kişinin toplumdan geri çekilmesine yol açabilmektedir (Corrigan ve Watson, 2002). Nitekim toplum ruh sağlığı merkezinden hizmet alan bireylerle (şizofreni, bipolar, şizoaffektif bozukluk tanıları olan bireyler) yapılan bir araştırmada kendi damgalama ile sosyal işlevsellik arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur (Bozan, 2019). Jahn ve arkadaşlarının (2021) yaptıkları çalışmada da damgalanma deneyimleri ve iyileşme arasındaki ilişkide kendini damgalamanın aracı olduğu görülmüştür. Aynı araştırmada kendini damgalamanın ardından benlik değerinin azalması ve öz yeterliğin düşmesi değişkenleriyle seri aracılık modeli incelendiğinde benlik değerinin azalmasının etkisi olduğu bulunmuştur.

Yapılan araştırmalarda şizofreni tanısı almış bireylerde kendini ve başkalarını damgalama düzeyinin majör depresyon bozukluğu tanısı almış bireylere göre anlamlı olarak daha fazla olduğu bulunmuştur (Doğanavşargil, 2009; Yıldız ve ark., 2012). Yapılan bir meta-analiz çalışmasında şizofreni tanısı almış bireylerin beklenen/algılanan damgalanma oranları %64,5, damgalama deneyimleme oranları %55,9, kendini damgalama oranları ise %41,7 şeklinde rapor edilmiştir (Gerlinger ve ark., 2013). Ülkemizde yapılan bir araştırmada ise şizofreni tanısı almış bireylerde başkalarını damgalama oranı %13,2 iken kendini damgalama oranının %12 olduğu belirlenmiştir. Ayrıca şizofreni tanısı almış bireylerde kendini damgalamanın sosyodemografik ve klinik özellikler bakımından anlamlı bir farklılık göstermediği bulunmuştur (Yıldız ve ark., 2012). Bunun aksine şizofreni spektrum bozukluklarının incelendiği farklı çalışmalarda kendini damgalama; depresif belirtiler, negatif ve pozitif belirtiler, psikotik semptomların şiddeti, ilaçlara karşı olumsuz tutum, intihar riski ile anlamlı olarak pozitif bir ilişki gösterirken işlevsellik, yaşam kalitesi, benlik değeri, umut, dayanıklılık ve öz yeterlik, tedaviye uyum ve öznel iyi oluş ile negatif bir ilişki göstermektedir. Bununla birlikte kendini damgalama tanının

süresi, erken başlangıç, daha fazla hastaneye yatış, bekar olma ve işsiz olma ile ilişkili görülmüştür (Doğanavşargil, 2009; Kurt ve ark., 2021; Ociskova ve ark., 2023; Sarraf ve ark., 2022; Tang ve Wu, 2012). Kendini damgalamada kişilik özelliklerini de inceleyen bir araştırmada kendini damgalama daha az azim ve uyumlulukla, daha yüksek zarar görme kaygısı ile ilişkili görülmüştür (Vrbova ve ark., 2018). Toplum ruh sağlığı merkezi hizmeti alan ve ayakta tedavi gören şizofreni tanısı almış bireylerin kendini damgalama düzeyleri karşılaştırıldığında da anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (Kurt ve ark., 2021).

Zihinsel sorunlarda damgalanmaya karşı direncin (örn.: "Ruhsal hastalığıma rağmen iyi, tatmin edici bir hayat yaşayabilirim.") psikiyatrik ve psikososyal değişkenlerle ilişkisinin incelendiği geniş kapsamlı bir meta-analiz çalışmasında damgalanmaya karşı direnç ile öz yeterlilik, yaşam kalitesi, iyileşme, umut ve içgörü ile pozitif yönde; belirti ve kendini damgalama düzeyleriyle de negatif yönde ilişkili olduğu gösterilmiştir (Firmin ve ark., 2016).

1.2.4. Şizofreni Tanısı Almış Bireylerde Öz Yeterlik ve Kendini Damgalama

Algılanan damgalanma insanların psikiyatrik hastalıkları olan kişileri başarısız, daha az zeki vb. şeklindeki değerlendirmelerini tanısı olan kişinin kabul etmesidir. Şizofreni tanısı almış bireylerde algılanan damgalanma düzeyinin yüksek olmasının düşük öz yeterlik düzeyini ve işlevsiz başa çıkma stratejilerini (gizlilik ve geri çekilme) anlamlı olarak yordadığı bulunmuştur (Firmin ve ark., 2016; Kleim ve ark., 2008). Şizofreni tanısı almış bireylerle yapılan bir başka çalışmada öz yeterlik ile kendini damgalama arasında orta düzeyde ilişki olduğu ve öz yeterlikteki varyansın %21'inin kendini damgalama ile açıklandığı bulunmuştur. Ayrıca öz yeterliğin kendini damgalama ile depresyon ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkide aracı rol oynadığı görülmektedir (Vauth ve ark., 2007). Öte yandan şizofreni tanısı almış bireylerde kendini damgalama ile negatif belirtiler ve sosyal işlevsellik arasındaki ilişkide öz yeterliğin aracı rolü olmadığı görülmüştür. Aynı araştırmada yüksek düzeyde kendini damgalama, negatif belirtilerin artışı ve daha düşük toplumsal işlevsellikle ilişki bulunmuş, öz yeterlik ile kendini damgalama arasında da ters yönde ilişki olduğu ortaya koyulmuştur (Hill ve Startup, 2013).

Şizofreni tanısı almış bireylerde kendini damgalama (yabancılaşma ve kalıp yargının onaylanması alt boyutları) ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkide benlik değeri ve öz yeterliğin aracı rolü inceleyen bir araştırmada; yabancılaşmanın benlik değeri ve öz yeterliği olumsuz etkilediği görülürken kalıp yargı onaylanmasının etkisi görülmemiştir. Ayrıca benlik değerinin kendini damgalama ve yaşam kalitesi arasında aracı etkisi görülürken öz yeterliğin anlamlı etkisi bulunmamıştır (Morgades-Bamba ve ark., 2019). Kendini damgalama ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkide öz yeterliğin aracı rolü görülse de (Vauth ve ark., 2007) diğer yandan kendini damgalama, yaşam kalitesi, işlevsellik, negatif belirtiler gibi değişkenler arasındaki ilişkiler incelenirken öz yeterliğin aracı rolü olmadığı bulunmuştur (Hill ve Startup, 2013; Morgades-Bamba, 2019; Pratt ve ark., 2005). Mevcut araştırmada bu durumun nedeninin Bandura'nın Öz Yeterlik Kuramı ile açıklanabileceği ileri sürülmektedir. Öz yeterlik kişinin çocukluğundan beri öğrenip benimsedikleriyle şekillendiği için başlangıçta öz yeterliğin düşük olmasının kendini damgalamaya yol açabileceği düşünülmektedir. Ayrıca kendini damgalama ile ilgili bahsedilen modeller incelendiğinde Ritsher ve arkadaşlarının (2003) modelinde kendini damgalamanın psikososyal boyutlarına odaklandığını ve çok boyutlu bir yapı olarak ele alındığı görülmüştür. Bu modelde bilişsel, davranışsal ve duygusal boyutlar ön plandadır.

Öte yandan kendini damgalamanın sosyal-bilişsel modelinde (Corrigan ve ark., 2006; Watson ve ark., 2007) de kişinin kendini damgalamasının gelişim süreci daha çok bilişsel öğelere odaklanarak anlamaya çalışan bir model olarak düşünülmektedir. Bu iki modelden yola çıkarak kendini damgalamanın nasıl geliştiğini anlamaya çalışırken öz yeterliğin yordayıcı etkisini ele almanın daha bütüncül bir yapı oluşturabileceği düşünülmektedir. Yordanan değişken olan yaşam doyumu ise Ritsher ve arkadaşlarının (2003) ele aldığı farklı boyutların bir araya gelmesiyle etkileneceği düşünülen değişkendir. Tüm bu bilgilerden yola çıkarak bu tez çalışmasının ilk modelinde şizofreni tanısı almış bireylerde öz yeterlik ile yaşam doyumu arasında ilişkide kendini damgalanın aracı rolüne bakılacaktır.

1.2.5. Şizofreni Tanısı Almış Bireylerde Sağlık Kontrol Odağı

Kontrol odağı bireyin davranışları sonucunda elde ettiği pekiştireçleri nelerle ilişkilendirdiği ile ilgilidir ve kontrol odağının iki yönü vardır. Kişi eğer pekiştireci şans,

kader, güçlü başkalarının kontrolü gibi kendi davranışına bağlı olmayan bir durum ile bağlantılandırırsa dışsal kontrol odağı olarak tanımlanmaktadır. Eğer kişi pekiştirecin kendi davranışı veya özellikleri ile ilgili olduğunu düşünürse bu durum içsel kontrol odağı olarak tanımlanmaktadır (Rotter, 1966). Rotter kontrol odağını genellenmiş beklentiler ile açıklarken sonrasında kontrol odağı konuya özgü olarak da araştırılmaya başlanmıştır (Dağ, 2002). Mevcut araştırmada da sağlık kontrol odağı temel değişkenlerden biridir.

Çok boyutlu sağlık kontrol odağı kavramı Wallston ve arkadaşları (1978) tarafından algılanan kontrolün sağlık durumuna özgü olabileceği düşünülerek ortaya atılmıştır. Kişinin sağlık durumu ve davranışlarıyla ilgili beklentilerini nelerle ilişkilendirdiğini açıklamak için kullanılmaktadır (Christensen ve ark., 1996). Sağlık kontrol odağının: iç, şans, güçlü diğerleri ve doktorlar olmak üzere dört alt boyutu bulunmaktadır. İç sağlık kontrol odağı kişinin sağlıkla ilgili davranışlarının sonuçlarını, sağlık durumunu kendi denetimi ile ilişkilendirmesidir (Wallston ve Wallston, 1981). Şans, güçlü diğerleri ve doktorlar boyutları da kişinin sağlık ile ilgili davranışlarını kendisi dışındaki etkenlerle ilişkilendirdiği dışsal sağlık kontrol odağı türleridir (Wallston ve ark., 1978). Şans sağlık kontrol odağı kişinin sağlık ile ilgili davranışlarının sonuçlarını, sağlık durumunu şans gibi kontrol edilemez etkenlere atfetmesidir. Güçlü diğerleri: sağlık uzmanları, ebeveynler ve arkadaşlar gibi diğer kişilere yapılan atfı işaret etmektedir (Rock ve ark., 1987). Doktorlar ise sağlık durumunun doktorlara bağlı olduğu inancı ile ilişkilidir. Süreğen hastalıklarda sağlık odağı incelenirken doktorlar boyutunun güçlü diğerleri boyutundan ayrışması bu grupta süreğen hastalığı olmayan gruba göre doktorlara olan atfın öneminin yüksek olduğunu göstermektedir (Wallston ve ark., 1994).

Kontrol odağı ile sağlık arasındaki ilişkilerin incelendiği bir araştırmada içsel kontrol odağı olan kişilerin fiziksel ve ruhsal sağlık konusunda daha iyi öz değerlendirmeleri olduğu görülmüştür (Kesavayuth ve ark., 2020). Psikotik hastalıklara sahip bireyler farklı gruplarla karşılaştığında (tanısı olmayan, süreğen hastalıklar) daha yüksek dışsal kontrol odağına sahip olduğu görülmüştür. Özellikle şizofreni tanısı almış bireylerde, sağlıklı gruba kıyasla "güçlü diğerleri" alt ölçeğinde daha yüksek puanlar görülmüştür (Hutcheson ve ark. 2014). Boylamsal (15 yıl) bir araştırmada 43 şizofreni tanısı almış, 41 diğer psikotik bozukluğa sahip ve 44 psikotik olmayan depresif bozukluğu olan bireylerde kontrol odağı ile iyileşme arasındaki ilişki incelenmiştir. İyileşme dönemleri bir yıl boyunca majör belirtilerin (psikoz, negatif belirtiler) olmaması, yeniden hastaneye

yatış olmaması ve psikososyal işlevsellik olarak kavramsallaştırılmıştır. Şizofreni tanısı almış bireylerde içsel kontrol odağına sahip olanların dışsal kontrol odağına sahip olanlara göre daha yüksek olasılıkla iyileşme dönemleri yaşadığı görülmüştür. Ayrıca bu çalışmada dışsal kontrol odağı sürekli kaygı ve düşük benlik değeri ile ilişki bulunmuştur (Harrow ve ark., 2009). Şizofreni tanısı almış bir bireyin psikozu kendi deneyimleri üzerinden ele aldığı bir makalede psikotik atak sürecinde içsel kontrol odağının dışsal kontrol odağına evrildiği ileri sürülmektedir. Örneğin referans, düşünce sokulması veya yayınlanması gibi sanrıların güçlü diğerlerine yapılan atıfla görülebileceği öne sürülmüştür (Chadwick, 2002).

Ciddi ruhsal bozukluklar (şizofreni spektrum bozuklukları, bipolar bozukluk ve diğer organik olmayan psikotik bozukluklar) ile psikotik olmayan ruhsal bozuklukların (depresyon, kaygı bozukları ve kişilik bozuklukları) karşılaştırıldığı bir çalışmada sağlık kontrol odağının güçlü başkaları ve şans kontrol odağı ciddi ruhsal bozukluklarda anlamlı olarak daha yüksek bulunurken içsel kontrol odağında fark görülmemiştir (Buhagiar ve ark., 2011). Buna ek olarak şizofreni tanısı almış bireylerde çok boyutlu sağlık kontrol odağının incelendiği bir araştırmada kişilerin diğer alt boyutlara kıyasla anlamlı olarak daha fazla şans sağlık kontrol odağına sahip olduğu görülmüştür (Thakral ve ark., 2014). Çeşitli fizyolojik veya ruhsal hastalıklara sahip bireyleri kapsayan bir meta-analiz araştırmasında yüksek düzeyde iç ve doktor sağlık kontrol odağına sahip bireylerin ilaca uyumunun yüksek olduğu görülürken şans sağlık kontrol odağı ve ilaca uyum arasında negatif yönde ilişki görülmüş, güçlü diğerleri sağlık kontrol odağı ile ilaca uyum arasında ise anlamlı ilişki bulunmamıştır (Náfrádi ve ark., 2017). Şizofreni tanısı almış bireylerde içsel sağlık kontrol odağı sağlıklı yaşam tarzları ile ilişkilendirilirken güçlü diğerleri sağlık kontrol odağı da ruhsal gelişim ile ilişkilendirilmiştir (Chuang ve ark., 2016). Wang ve arkadaşlarının (2013) şizofreni tanısı olan ve olmayan grubun karşılaştırıldığı araştırmasında şizofreni tanısı olan grupta yüksek benlik değeri dışsal sağlık kontrol odağı ile ilişkili bulunurken tanısı olmayan grupta yüksek benlik değeri içsel sağlık kontrol odağı ile ilişkili bulunmuştur. Bunun aksine Goodman ve arkadaşları (1994) şizofreni tanısı almış kadınlarla yaptığı araştırmada dışsal kontrol odağını düşük benlik değeri ile ilişkili bulmuştur. Bu durumun olası sebebi düşünüldüğünde tanı almış grupta tanı alan bireyler ve yakınları tanıyı kendi sorumlulukları olarak değil, kaza olarak açıklamalarıyla veya tıbbi ve dini yardım kabulü ile benlik değerinin korunmasını

sağlamış olabilir (Wang ve ark., 2013). Ayrıca aynı çalışmada tanı alan grupta içsel sağlık kontrol odağı ile dışsal sağlık kontrol odağı ilişkili görülürken tanı almayan grupta bu ilişki görülmemiştir. Bir diğer deyişle tanı alan grupta içsel ve dışsal atıflar aynı anda görülebilmektedir. Dışsal sağlık kontrol odağının yüksek benlik değeri ile ilişkili görülmesinin bir diğer nedeni bu durumdan da kaynaklanıyor olabilir.

Psikotik hastalıklarda Çok Boyutlu Sağlık Denetim Odağı Ölçeği'nin (Wallston ve ark., 1978; Wallston ve ark., 1994) kullanılmasını inceleyen bir araştırmada psikotik belirtilerle ilişkili görülen dışsal kontrol odağının (doktorlar, güçlü başkaları, şans) boyutlarını ölçmek için faydalı bir araç olabileceği ileri sürülmüştür. Bunun yanı sıra bu örneklem grubundaki psikometrik özelliklerinin bütünüyle değerlendirilebilmesi için daha fazla katılımcıyla yapılan çalışmalara gerektiği belirtilmiştir (Hutcheson ve ark., 2014).

1.2.6. Sağlık Kontrol Odağı ve Kendini Damgalama

Alan yazınında kontrol odağı ve kendini damgalama ile ilgili çalışmalara bakıldığında oldukça sınırlı sayıda araştırma yapıldığı görülmektedir. Üniversite öğrencileriyle yapılan bir araştırmada psikolojik yardım alma nedeniyle kendini damgalamanın kontrol odağı ile yaşam doyumu arasındaki ilişkide kısmi aracı rolü olduğu bulunmuştur. Dışsal kontrol odağı ile psikolojik yardım alma nedeniyle kendini damgalama pozitif yönde ilişkili görülürken yaşam doyumu negatif yönde ilişkili bulunmuştur. Buna ek olarak içsel kontrol odağı ile yaşam doyumu pozitif yönde ilişki bulunmuştur (Kavas ve ark., 2014). Sağlık kontrol odağı ile ruhsal hastalıklarda kendini damgalama arasındaki ilişkinin incelendiği bir tez araştırmasında şans sağlık kontrol odağı yüksek bireylerde yüksek düzeyde kendini damgalama görülürken iç sağlık kontrol odağı yüksek bireylerde düşük düzeyde kendini damgalama görülmüştür (Yortan, 2017). Fakat bu araştırmada sağlık kontrol odağı süreğen bir hastalık üzerinden ölçülmemektedir.

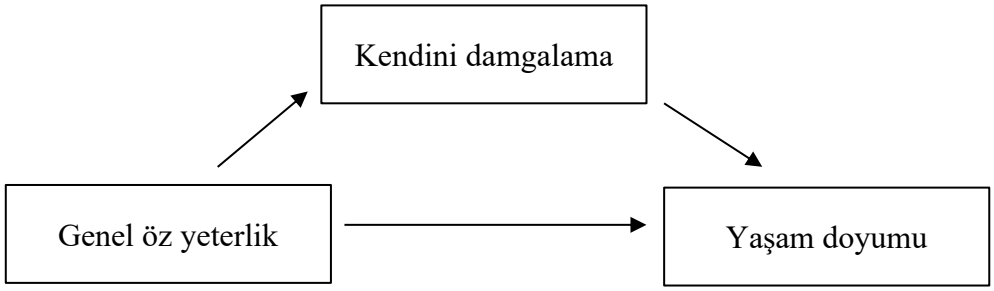
1.3. Araştırmanın Amacı

Mevcut çalışmada şizofreni tanısı almış bireylerin yaşam doyumu ile ilişkili süreçlerinin derinlemesine incelenmesi amacıyla bağımlı değişken yaşam doyumu olarak

belirlenmiştir. Alan yazını incelendiğinde öz yeterlik ve kontrol odağı değişkenlerinin yaşam doyumu ile ilişkili olduğu görülmüştür. Bu bağlamda ilk olarak şizofreni tanısı almış bireylerde öz yeterlik düzeylerinin ve kontrol odağı türlerinin incelenmesi ve yaşam doyumu ile ilişkilerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Bir sonraki adım olan mevcut ilişkilerde nelerin rol oynadığını belirlemek için kendini damgalama değişkeni odak noktayı oluşturmaktadır. Şizofreni tanısının en çok damgalanan özelliklerden biri olduğu bilinmekle birlikte tanı alan bireylerin damgalanmayı içselleştirmesinin yaşam doyumu ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Kendini damgalamanın da hem öz yeterlik düzeyinden hem de kontrol odağı türlerinden etkileneceği düşünüldüğü için iki ayrı modelde bu ilişkilerin incelenmesi uygun görülmüştür. Bu bağlamda araştırmanın amaçlarından ikincisi şizofreni tanısı almış bireylerde kendini damgalamanın öz yeterlik ile yaşam doyumu arasındaki ilişkide aracı rolünü incelemektir. Üçüncüsü, kendini damgalamanın sağlık kontrol odağının alt boyutları ile yaşam doyumu arasındaki aracı rolünü incelemektir. Amaçlar doğrultusunda oluşturulmuş modeller Şekil 1 ve 2'de sunulmuştur.

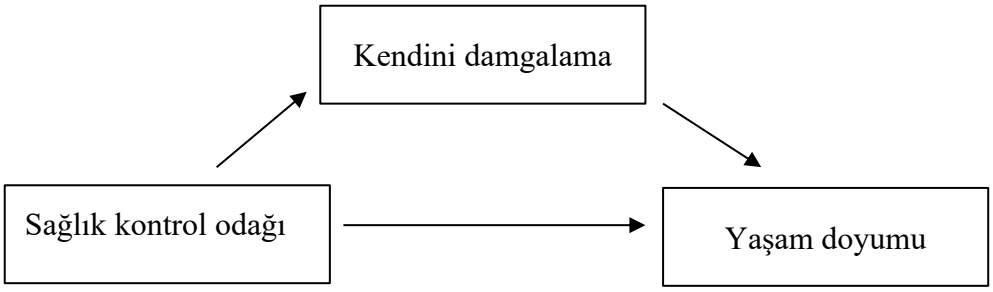
Şekil 1.

Genel Öz Yeterlik ile Yaşam Doyumu Arasındaki İlişkide Kendini Damgalamanın Aracılık Modeli



Şekil 2.

Sağlık Kontrol Odağı ile Yaşam Doyumu Arasındaki İlişkide Kendini Damgalamanın Aracılık Modeli



Araştırmanın hipotezleri

H1: Şizofreni tanısı almış bireylerde öz yeterlik ve yaşam doyumu arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır.

H2: Şizofreni tanısı almış bireylerde kendini damgalama ile yaşam doyumu arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır.

H3: Şizofreni tanısı almış bireylerde sağlık denetim odağının iç ve doktorlar alt boyutları ile yaşam doyumu arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır.

H4: Şizofreni tanısı almış bireylerde sağlık denetim odağının şans ve güçlü diğerleri alt boyutları ile yaşam doyumu arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır.

H5: Şizofreni tanısı almış bireylerde öz yeterlik ve yaşam doyumu arasındaki ilişkide kendini damgalama aracı rol oynayacaktır.

H6: Şizofreni tanısı almış bireylerde sağlık denetim odağının iç alt boyutu ve yaşam doyumu arasındaki ilişkide kendini damgalama aracı rol oynayacaktır.

H7: Şizofreni tanısı almış bireylerde sağlık denetim odağının şans alt boyutu ve yaşam doyumu arasındaki ilişkide kendini damgalama aracı rol oynayacaktır.

H8: Şizofreni tanısı almış bireylerde sağlık denetim odağının doktorlar alt boyutu ve yaşam doyumu arasındaki ilişkide kendini damgalama aracı rol oynayacaktır.

H9: Şizofreni tanısı almış bireylerde sağlık denetim odağının güçlü diğerleri alt boyutu ve yaşam doyumu arasındaki ilişkide kendini damgalama aracı rol oynayacaktır.

1.4. Araştırmanın Önemi

Alan yazınında şizofreni tanısı almış bireylerde yaşam doyumunun düşük olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Fervaha ve ark., 2016; Saperia ve ark., 2018). Bu nedenle yaşam doyumu ile ilişkili psikolojik etkenlere odaklanmanın önemli olduğu düşünülmektedir. Bu tez çalışmasının özgün değeri birkaç noktayı barındırmaktadır. İlk olarak, şizofreni tanısı almış bireylerle öz yeterlik ve yaşam kalitesi çalışmış olsa da

(Vauth ve ark., 2007) öz yeterlik ve yaşam doyumu arasındaki ilişkide kendini damgalamanın aracı rolünü inceleyen bir araştırmaya rastlanmamıştır. Şizofreni tanısı almış bireylerde sağlık kontrol odağının yaşam doyumu ile ilişkisinin incelenmesi ve bu ilişkide kendini damgalamanın aracı rolünün değerlendirilmesi bu araştırmanın özgün yanlarından bir diğeridir. Araştırmada kendini damgalama ve yaşam doyumu iki farklı modelde ele alınarak şizofreni tanısı almış bireylerde kendini damgalamanın öznel deneyimlerine ve yaşam doyumu üzerindeki etkisine dikkat çekilmiştir.

2. BÖLÜM
YÖNTEM

2.1. ÖRNEKLEM

Araştırmada ölçüt (amaçsal) örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Araştırma Ankara'daki Andiçen Toplum Ruh Sağlığı Merkezi (65 katılımcı) ve Ankara Sanatoryum Eğitim Araştırma Hastanesi'ne bağlı Toplum Ruh Sağlığı Merkezi (20 katılımcı); Samsun'daki Bafra Toplum Ruh Sağlığı Merkezi (23 katılımcı) ve Gazi Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nden (5 katılımcı) hizmet alan; Ankara'daki Şizofreni Hastaları ve Yakınları Dayanışma Derneği (20 katılımcı) ve Ankara Şizofreni ile Yaşamayı Öğrenme ve Destekleme Derneği'ne (4 katılımcı) üye; bir psikiyatri uzmanı tarafından şizofreni tanısı koyulmuş ve tedavi gören; 18 yaşının üzerindeki katılımcılar ile yürütülmüştür. Katılımcı sayısını belirlemek için yapılan G-Power güç analizinde I. tür hata değeri = 0,05, etki büyüklüğü = 0,15, güç (1-ß) = 0,95 ve yordayıcı değişken sayısı 2 alındığında 74 katılımcıya ulaşılması gerektiği görülse de dışlama ölçütleri ve veri temizliği sonucu olabilecek katılımcı kaybı nedeniyle 137 katılımcıya ulaşılmıştır (Fritz ve MacKinnon, 2007).

Görgül bir veri olmamakla birlikte uzmanlar (Fervaha ve ark., 2016) hastanede yatarak tedavi almanın yaşam doyumu üzerinde karıştırıcı etkileri olabileceğinden bahsetmektedir. Bu nedenle son 3 ay içerisinde hastanede yatarak tedavi almamış olmak ölçütü uygulanmıştır. İlgili alan yazınında görülen bir diğer dışlama ölçütü organik beyin hasarı/kafa travması geçmişidir. Organik beyin hasarı/kafa travması şizofrenideki gibi psikotik belirtilere yol açabileceğinden dolayı tanısal netlik üzerinde karıştırıcı etkisini önlemek için dışlanmıştır (Kulacaoğlu ve İzci, 2021). Şizofreni tanısı almış bireylerde yaş, cinsiyet, eğitim yılı, çalışma durumu ve yalnız yaşayıp yaşamama gibi sosyodemografik değişkenler ile yaşam doyumu arasında anlamlı ilişki bulunmadığı için bu değişkenlerle ilgili bir kısıtlama yapılmamıştır (Fervaha ve ark., 2013). Atipik psikoz (yedi katılımcı) ve şizoaffektif bozukluk (bir katılımcı) tanısı alan sekiz kişinin verileri dahil etme kriterlerinden dolayı; organik beyin hasarı / kafa travması geçmişi olan dört kişinin verileri dışlama ölçütlerinden dolayı çıkartılmıştır. Son olarak uç değer olan beş

katılımcının verisi analizlere dahil edilmeden 120 katılımcının verisiyle analizler gerçekleştirilmiştir.

Katılımcıların demografik özellikleri incelendiğinde; katılımcıların %31,7'si kadın *(n* = 38), %68,3'ü erkektir (*n* = 82). Yaş dağılımı 21 ve 71 arasındadır (*ort.* = 46,18; *SS* = 10,27). Medeni durum açısından %19,2'si evli olduğunu (*n* = 23), %71,7'si bekar olduğunu (*n* = 86), %5'i boşandığını (*n* = 6), %4,2'si de eş kaybı (*n* = 5) bildirmiştir. Eğitim düzeyleri ise; %13,3'ü ilkokul mezunu (*n* = 16), %18,3'ü ortaokul mezunu (*n* = 22), %45'i lise mezunu (*n* = 54), %5,8'i ön lisans (*n* = 7) mezunu ve %17,5'i lisans mezunu (*n* = 21) şeklindedir. Çalışma durumlarında %15,8'i (*n* = 19) araştırmaya katıldığı dönemde bir işte çalışıyorken %84,2'si (*n* = 101) çalışmadığını belirtmiştir. Katılımcıların %13,3'ü (*n* = 16) yalnız yaşadığını, %81,7'si (*n* = 98) ailesi ile yaşadığını, %0,8'i (*n* = 1) akrabası ile yaşadığını belirtmiş %4,2'si (*n* = 5) ise diğer seçeneğini işaretlemiştir. Tanı sürelerinde 2 kişi tanı aldığı yılı hatırlayamamıştır. 118 katılımcı üzerinden hesaplandığında 1 ve 45 yıl aralığındadır (*ort.* = 20,56; *SS* = 11,31). Gelir durumu aylık hane gelir üzerinden sorulmuştur ve 29 katılımcı bilmediğini ifade etmiştir. 91 katılımcı üzerinden hesaplandığında aylık 2 bin ve 120 bin arasında (*ort.* = 31,77; *SS* = 20,58). Eş tanılara bakıldığında katılımcıların %8,3'ünün (*n* = 10) eş tanısı varken (OKB, bipolar, panik bozukluk, kaygı bozukluğu) %91,7'sinin (*n* = 110) yalnızca şizofreni tanısı bulunmaktadır.

2.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

2.2.1. Kişisel Bilgi Formu

Katılımcıların yaş, cinsiyet, eğitim durumu, çalışma durumu, medeni durumu, sosyoekonomik düzeyi, kiminle birlikte yaşadığı, psikiyatrik tanı durumu, şizofreni tanısı alınan yıl, herhangi bir organik beyin hasarı/kafa travması olma durumu, son 3 ay içinde hastanede yatarak tedavi alma durumu hakkında bilgilerin elde edilebilmesi için araştırmacı tarafından hazırlanmıştır (Ek 3).

2.2.2. Genel Öz Yeterlik Ölçeği (GÖYÖ)

Ölçek Schwarzer ve Jerusalem (1995) tarafından bireylerin karşılaştıkları zorluklarla başa çıkma yeterliliklerine olan inançlarını ölçmek için geliştirilmiştir ve toplamda 10 maddeden oluşmaktadır. (1) "Tamamen yanlış", (4) "Tamamen doğru" olmak üzere ölçek dört dereceli Likert tipi olacak şekilde oluşturulmuştur. "Yeteneklerim sayesinde beklenmedik durumlarla nasıl baş edebileceğimi biliyorum. ", "Önüme çıkan zorluk ne olursa olsun, üstesinden gelebilirim." ifadeleri ölçek maddelerine örnektir. Ölçekteki puan artışı genel öz yeterlik düzeyinin yüksek olmasına işaret etmektedir. Ölçeğin Türkçeye uyarlanması ve geçerlik ve güvenirlik çalışmaları Aypay (2010) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin özgün formunda alt boyutlar bulunmamaktadır. Türkçe sürümünde "çaba ve direnç" (3, 4, 5, 7, 8 ve 10. maddeler) ile "yetenek ve güven" (1, 2, 6 ve 9. maddeler) olmak üzere iki alt boyutu bulunmaktadır. Alt boyutlar için iç tutarlılık Cronbach alfa katsayıları sırasıyla 0,79 ve 0,63'tür. Ölçeğin bütünü için 0,83'tür. Türkçe formu için yapılan ölçüt geçerliği sonucunda da geçerli olduğu görülmüştür. Bu çalışmada elde edilen iç tutarlılık Cronbach alfa katsayıları alt boyutlar için sırasıyla 0,89 ve 0,79; tüm ölçek için 0,92'dir (Ek 4).

2.2.3. Yaşam Doyumu Ölçeği (YDÖ)

Diener ve arkadaşları (1985) tarafından genel öznel iyi oluşu değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir ve beş maddeden oluşmaktadır. "Hayatım birçok yönden idealimdekine yakın." ifadesi ölçek maddesine örnektir. Ölçekteki puan artışı yaşam doyumu düzeyinin yüksek olmasına işaret etmektedir. Ölçeğin puan sınıflandırılması incelendiğinde 20 puan nötrü ifade etmektedir. (Diener ve ark., 1985). Durak ve arkadaşları (2010) tarafından Türkçeye uyarlanmış ve üniversite öğrencileri, infaz koruma memurları ve yaşlı yetişkin örneklemleriyle geçerlik ve güvenirlik çalışmaları yapılmıştır. (1) "Kesinlike katılıyorum.", (7) "Kesinlikle katılmıyorum." olmak üzere ölçek yedi dereceli Likert tipi olacak şekilde oluşturulmuştur. Ölçeğin eş zaman geçerliği ve ayırt edici geçerliği yeterli bulunmuştur. Üniversite öğrencileri örnekleminde yapılan çalışmada iç tutarlılık katsayısı 0,81 ve düzeltilmiş madde toplam korelasyon katsayıları 0,55-0,63 aralığında bulunmuştur Dağlı ve Baysal (2016) tarafından yapılan geçerlik ve güvenirlik çalışmasında da iç tutarlılık Cronbach alfa kat sayısı 0,88 ve test-tekrar test güvenirliği 0,97 olarak bulunmuştur. Ölçeğin psikometrik özelliklerinin yeterli olduğu

görülmektedir. Bu çalışmadan elde edilen iç tutarlılık Cronbach alfa katsayısı 0,79'dur (Ek 5).

2.2.4. Çok Boyutlu Sağlık Denetim Odağı Ölçeği– C Formu (ÇBSDOÖ-C)

Wallston ve arkadaşları (1978) tarafından kişinin genel sağlık algısını değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçeğin C Formu ise Wallston ve arkadaşları (1994) tarafından süreğen hastalığı olan bireylerde özgül bir sağlık sorunuyla ilgili sağlık denetim (kontrol) odağının ölçülmesi amacıyla oluşturulmuştur. Ölçeğin Türkçe uyarlaması Dedecan (2013) tarafından son dönem süreğen böbrek yetmezliği olan bireylerle yapılmıştır. Ölçeğin iç (1, 6, 8, 12, 13 ve 17. maddeler), şans (2, 4, 9, 11, 15 ve 16. maddeler), doktorlar (3, 5 ve 14. maddeler) ve güçlü diğerleri (7, 10 ve 18. maddeler) olmak üzere dört alt boyutu bulunmaktadır. İç ve şans alt ölçekleri altışar, doktorlar ve güçlü diğerleri alt ölçekleri üçer maddeden oluşmaktadır. (1) "Kesinlike katılıyorum.", (6) "Kesinlikle katılmıyorum." olmak üzere ölçek altı dereceli Likert tipi olacak şekilde oluşturulmuştur. "Eğer hastalığım kötüleşirse bu kaderin işidir.", "Hastalığımın iyiye ya da kötüye gitmesinden doğrudan ben sorumluyum.", "Eğer doktorumu düzenli görürsem, hastalığımla ilgili problem yaşama olasılığım düşer." ifadeleri ölçek maddeleri için örnektir. Alt ölçekler birbirlerinden bağımsız olduğundan tüm ölçeğin toplam puanı hesaplanmamaktadır. Alt ölçeklerdeki puan artışı kişinin o boyuta dair inancının yüksekliğine işaret etmektedir. Ölçeğin yapı geçerliği incelendiğinde geçerli olduğu görülmüştür. Ölçüt geçerliği için ise hipotezler kısmen desteklenmiştir. Ölçeğin iç tutarlılık Cronbach alfa katsayılarının (iç için 0,82; şans için 0,82; doktorlar için 0,63; güçlü diğerleri için 0,57) ve yüksek bir test-tekrar test güvenirliğinin olduğu (iç için 0,88; şans için 0,83; doktorlar için 0,72; güçlü diğerleri için 0,57) görülmektedir. Mevcut çalışmada elde edilen iç tutarlılık Cronbach alfa katsayıları iç için 0,73; şans için 0,73; doktorlar için 0,68; güçlü diğerleri için 0,57 şeklindedir (Ek 6).

2.2.5. Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalama Ölçeği (RHİDÖ)

Ölçek Ritsher ve arkadaşları (2003) tarafından ruhsal hastalık tanısı almış bireylerin kendini damgalama deneyimlerini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçeye

uyarlaması Ersoy ve Varan (2007) tarafından Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı'nda ayaktan tedavi gören 203 katılımcıyla yürütülen çalışmayla yapılmıştır. Ölçek "yabancılaşma" (1, 5, 8, 16, 17 ve 21. maddeler), "kalıp yargıların onaylanması" (2, 6, 10, 18, 19, 23 ve 29. maddeler), "algılanan ayrımcılık" (3, 15, 22, 25 ve 28. maddeler), "sosyal geri çekilme" (4, 9, 11, 12, 13 ve 20. maddeler) ve "damgalanmaya karşı direnç" (7, 14, 24, 26 ve 27. maddeler) olmak üzere beş alt boyuttan oluşmaktadır. Damgalanmaya karşı direnç alt boyutundaki maddeler ters kodlanmaktadır. Ölçek 29 maddeden ve (1) "Kesinlikle aynı fikirde değilim.", (4) "Kesinlikle aynı fikirdeyim." olmak üzere ölçek 4 dereceli Likert tipi olacak şekilde oluşturulmuştur. "Ruhsal hastalığı olan kişiler saldırgan olmaya eğilimlidirler.", "Kendimi ruhsal hastalığı olmayan kişilerden daha aşağı hissediyorum.", Reddedilmemek için, ruhsal hastalığı olmayan kişilere yaklaşmaktan kaçınıyorum.", "İnsanlar görünüşümden ruhsal bir hastalığımın olduğunu anlayabilirler." ifadeleri ölçek maddelerine örnektir. Ölçekteki puan artışı kendini damgalama düzeyindeki artışı ifade etmektedir. Ersoy ve Varan (2007) tarafından yapılan çalışma sonucu ölçeğin iç tutarlık Cronbach alfa katsayısı 0,93 (yabancılaşma 0,84, kalıp yargıların onaylanması 0,71, algılanan ayrımcılık 0,87, sosyal geri çekilme 0,85 ve damgalamaya karşı direnç 0,65) iki-yarım güvenirliği ise 0,89 olduğu görülmüştür. Geçerlik için ise ölçeğin yakınsak geçerliği değerlendirilmiş ve geçerli olduğu görülmüştür. Ölçeğin psikometrik özelliklerinin yeterli düzeyde olduğu belirtilmektedir. Mevcut araştırmada iç tutarlılık Cronbach alfa katsayıları alt boyutlar için yabancılaşma 0,79, kalıp yargıların onaylanması 0,74, algılanan ayrımcılık 0,80, sosyal geri çekilme 0,80 ve damgalamaya karşı direnç 0,58; ölçeğin bütünü için 0,91 şeklindedir (Ek 7).

2.3. İŞLEM

Araştırmaya başlamadan önce Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Araştırma Etik Kurulu'ndan onay alınmıştır. Ölçeklerin kullanımı için ise ölçekleri uyarlayan araştırmacılardan izin alınmıştır. Ardından Samsun ve Ankara'daki Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri'nden hizmet alan şizofreni tanısı olan bireylere ulaşmak için Ankara İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı sekiz ve Samsun İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı iki TRSM'den veri toplamak için izin istenmiştir. Yapılan yazışmalar sonucunda Ankara'daki iki,

Samsun'daki iki TRSM için gerekli izinler alınmıştır. Bu kurumların yanı sıra Ankara Şizofreni Hastaları ve Yakınları Dayanışma Derneği ve Ankara Şizofreni ile Yaşamayı Öğrenme ve Destekleme Derneği aracılığıyla şizofreni tanısı almış bireylere ulaşılmıştır. Toplum ruh sağlığı merkezindeki katılımcılar ilgili kurumlarda çalışan psikiyatrist, hemşire veya sosyal hizmet uzmanı tarafından, dernekler ile ulaşılan katılımcılar dernek başkanı veya dernek sekreteri tarafından araştırmacıya yönlendirilmiştir. Bu yönlendirmelerle birlikte Andiçen TRSM ve derneklerden ulaşılan katılımcılara araştırmacı kendisini ve araştırmasını tanıtarak da araştırmaya gönüllü olan katılımcıları dahil etmiştir. Araştırma sıralanan kurumlarda yer alan sessiz odalarda gerçekleştirilmiştir. Yalnızca Ankara Şizofreni Hastaları ve Yakınları Dayanışma Derneği aracılığıyla ulaşılan katılımcılarda Şizofreni Dernekleri Federasyonu'nun İktisadi İşletmesi olan Mavi At Kafe Kültür Yaşam Ortamı'nda 29 Kasım 2024 – 13 Ekim 2025 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

Katılımcılar araştırmanın konusu, gönüllü katılım ve araştırmadan çekilmek isterlerse herhangi bir sebep belirtmeksizin, istedikleri zaman çekilme hakkına sahip olduklarına dair önce sözlü olarak bilgilendirilmiş, ardından Bilgilendirilmiş Onam Formu'nu (Ek 8) okumaları ve araştırmaya katılmayı kabul edenlerin formu imzalamaları istenmiştir. Yasal vasisi olan katılımcılarda vasi araştırmaya katıldığı esnada katılımcının yanındaysa Bilgilendirilmiş Onam Formu vasi tarafından da imzalanmıştır. Eğer yanında değilse katılımcıya vasisine ulaştırıp sonrasında geri getirmesi için bir Bilgilendirilmiş Onam Formu daha verilmiştir. İmzalı onam veren katılımcılara Kişisel Bilgi Formu ve ölçekler verilmiştir. Yorgunluk etkisinin önüne geçebilmek için ölçekler verilirken dengeleme yapılmıştır. Ölçeklerin doldurulması yaklaşık 30 dakika sürmüştür.

Kırk katılımcı (%30) yalnız başına yapamayacağını belirttiği için araştırmacı maddeleri birebir okuyup puanla sistemini açıklayarak katılımcıların ölçekleri doldurmasına yardımcı olmuştur. Tek başına yapan katılımcılarda da olası sorular için katılımcıyı rahatsız etmeyecek şekilde araştırmacı aynı ortamda beklemiştir. Çalışma, katılımcılar araştırmacıdan yardım alıyorsa aynı anda bir katılımcıyla; yardım almıyorsa bir veya daha fazla katılımcıyla gerçekleştirilmiştir. Yardım alan ve almayan grupların ölçek puanları karşılaştırıldığında Çok Boyutlu Sağlı Denetim Odağı Ölçeği – C Formu iç ($p = 0{,}01$, $p < 0{,}05$) ve şans ($p = 0{,}00$, $p < 0{,}05$) alt boyutları haricinde hiçbir ölçek için arada anlamlı fark görülmemiştir.

2.4. VERİ ANALİZİ

Çalışma korelasyonel desendir. Verilerin değerlendirilmesinde IBM SPSS Statistics 23.0 programı kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesine başlamadan önce veri seti temizliği yapılmıştır. Verilerinde uç değer olduğu görülen 5 katılımcının verisi araştırmadan çıkartılmıştır. Araştırmanın 1., 2., 3. ve 4. hipotezlerini sınamak için kendini damgalama, öz yeterlik, sağlık kontrol odağı ve yaşam doyumu değişkenleri arasındaki ilişkilerin belirlenmesi için Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon analizi yürütülmüştür. Sonrasında 5., 6., 7., 8. ve 9. hipotezleri sınamak için öz yeterlik ve sağlık kontrol odağının yaşam doyumu ile ilişkileri arasında kendini damgalamanın aracılık rolü Hayes'in (2013) SPSS PROCESS eklentisi 4. model ile incelenmiştir.

3. BÖLÜM
BULGULAR

Bu bölümde mevcut çalışmadaki hipotezleri sınamak amacıyla yapılan analiz bulguları paylaşılacaktır. Verilerin değerlendirilmesine başlamadan önce uç değer analizi yapılmış, normallik ve doğrusallık varsayımları sınanmıştır. Ardından değişkenlerin betimsel istatistikleri ve demografik değişkenlerle ilişkileri verilmiştir. Kendini damgalama, öz yeterlik, sağlık kontrol odağı ve yaşam doyumu değişkenleri arasındaki ilişkilerin belirlenmesi için korelasyon analizleri yürütülmüştür. Sonrasında kendini damgalamanın öz yeterlik ile yaşam doyumu ve sağlık kontrol odağı ile yaşam doyumu ilişkileri arasındaki aracılık rolü Hayes'in (2013) SPSS Process eklentisi 4. model ile incelenmiştir.

3.1. VERİLERİN ÖN İNCELENMESİ

Verilerde uç değer olup olmama durumu kutu (box-plot) grafikleri üzerinden incelenmiş ve uç değer olduğu görülen beş katılımcı analizlerin dışında tutulmuştur. Bu işlemden sonra 120 katılımcının verileriyle analizler yürütülmüştür. Katılımcıların veri setinin genelinde boş bıraktığı madde oranı %5'ten daha az olduğu için bu maddelere her katılımcı için ilgili alt boyuttaki ortalaması verilmiştir (Tabachnick ve Fidell, 2015). Normallik analizi için değişkenlerin basıklık (kurtosis) ve çarpıklık (skewness) değerlerine bakılmış ve tüm değerlerin +2 ile -2 arasında olduğu ve normallik varsayımını karşıladığı görülmüştür (Field, 2018). Doğrusallık varsayımı için saçılım (scatter-plot) grafikleri incelenmiş ve değişkenlerin doğrusal olduğu görülmüştür.

3.2. DEĞİŞKENLERE İLİŞKİN BETİMLEYİCİ İSTATİSTİKLER

Çalışmada kullanılan ölçeklerin toplam ve alt boyutların puan ortalamaları, standart sapmaları, alınabilecek değer aralıkları ve gözlemlenen puan aralıkları Tablo 1'de aktarılmıştır.

Tablo 1.

Katılımcıların Ölçeklerden Aldıkları Puanların Betimsel Analizleri

Ölçekler	Ort.	SS.	Gözlemlenen puan aralığı	Alınabilecek puan aralığı
GÖÖ (Toplam)	28,31	7,77	10 – 40	10 – 40
GÖÖ (Çaba ve direnç)	16,55	5,03	6 – 24	6 – 24
GÖÖ (Yetenek ve güven)	11,76	3,12	4 – 16	4 – 16
YDÖ	19,81	7,61	5 – 35	5 – 35
ÇBSDOÖ-C (İç)	22,01	6,13	6 – 36	6 – 36
ÇBSDOÖ-C (Şans)	20,66	6,82	6 – 36	6 – 36
ÇBSDOÖ-C (Doktorlar)	14,97	2,97	3 – 18	3 – 18
ÇBSDOÖ-C (Güçlü diğerleri)	11,87	3,71	3 – 18	3 – 18
RHİDÖ (Toplam)	63,36	15,11	32 – 98	29 – 116
RHDİÖ (Yabancılaşma)	13,33	4,26	6 – 24	6 – 24
RHİDÖ (Kalıp yargıların onaylanması)	14,43	4,19	7 – 26	7 – 28
RHDİÖ (Algılanan ayrımcılık)	11,09	3,54	5 – 20	5 – 20
RHDİÖ (Sosyal geri çekilme)	13,52	4,13	6 – 24	6 – 24
RHDİÖ (Damgalanmaya karşı direnç)	10,98	2,83	5 – 20	5 – 20

Not. GÖÖ: Genel Öz Yeterlik Ölçeği, YDÖ: Yaşam Doyumu Ölçeği, ÇBSDOÖ-C: Çok Boyutlu Sağlık Denetim Odağı Ölçeği – C Formu, RHİDÖ: Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği.

3.3. YAŞAM DOYUMU, GENEL ÖZ YETERLİK, SAĞLIK KONTROL ODAĞI VE KENDİNİ DAMGALAMA PUANLARININ DEMOGRAFİK DEĞİŞKENLER AÇISINDAN İNCELENMESİ

Katılımcıların cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, gelir düzeyi, çalışma durumu, medeni durum, yalnız yaşama durumu ve tanı süresi gibi demografik değişkenlerinin yaşam doyumu,

genel öz yeterlik, kendini damgalama düzeyi ve sağlık kontrol odağı türü açısından farklılaşıp farklılaşmadığı incelenmiştir. Bu incelemeler için bağımsız gruplar için t testi, Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon ve Spearman Korelasyon analizleri yapılmıştır.

Cinsiyet, medeni durum, yalnız yaşama ve çalışma durumu değişkenleri için ilk olarak varyansların homojenliği varsayımı için Levene Test yapılmış ve varyansların homojen dağıldığı görülmüştür. Yalnızca cinsiyet ve çalışma durumu değişkenleri için sağlık kontrol odağı doktorlar alt boyutu ve çalışma durumu için yaşam doyumu değişkeninde varyanslar homojen dağılmamıştır. Sonrasında yapılan bağımsız gruplar için t testi sonuçlarına göre sağlık kontrol odağı doktorlar alt boyutu için cinsiyet değişkeni açısından anlamlı farklılık vardır ($t(89{,}989) = 2{,}044$, $p < 0{,}05$). Kadınların doktorlar alt boyut puanı (*ort.* = 15,71, *SS* = 2,47), erkeklere (*ort.* = 14,63, *SS* = 3,14) göre anlamlı olarak daha yüksektir. Sağlık kontrol odağı şans alt boyutu için medeni durumda evli ve bekar grupları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ($t(113) = 2{,}368$, $p < 0{,}05$). Medeni durumu bekar olanların şans alt boyut puanı (*ort.* = 21,39, *SS* = 6,72) evli olanlara (*ort.* = 17,70, *SS* = 5,85) göre anlamlı olarak daha yüksektir. Bunların dışında temel değişkenlerde; cinsiyet, medeni durum, yalnız yaşama ve çalışma durumu değişkenleri açısından anlamlı fark bulunmamıştır. Ayrıca çalışmada iki farklı şehirden (Ankara ve Samsun) veri toplanıldığından dolayı iki şehirdeki katılımcıların ölçek puanları arasındaki fark incelendiğinde hiçbir ölçek için anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p > 0{,}05$).

Yaş, gelir durumu, tanı süresi ve tanı yaşı değişkenlerinin çalışmanın temel değişkenlerle ilişkisine bakmadan önce normallik varsayımı sınanmış, normal dağılım olduğu görülmüş ardından ve Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon analizi yapılmıştır. Gelir durumu ve sağlık kontrol odağı doktorlar alt boyutu arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r = 0{,}22$, $p < 0{,}05$). Ayrıca tanı yaşı ve sağlık kontrol odağı iç alt boyutu arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r = 0{,}22$, $p < 0{,}05$). Bu değişkenler dışında yaş, gelir durumu, tanı süresi ve tanı yaşı ile diğer temel değişkenler arasında anlamlı ilişki görülmemiştir. Eğitim düzeyi değişkenin temel değişkenlerle ilişkisine bakmak için yapılan Spearman Korelasyon analizi sonucunda eğitim düzeyi ile sağlık kontrol odağı güçlü diğerleri alt boyutu arasında anlamlı negatif yönde ilişki görülmüştür ($r = -0{,}19$, $p < 0{,}05$). Diğer temel değişkenler ile eğitim düzeyi arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Tablo 2.

Demografik Değişkenler ile Temel Değişkenler Arasındaki İlişkilere Yönelik Korelasyon Katsayıları

	YDÖ	GÖÖ	ÇBSDOÖ-C (İç)	ÇBSDOÖ-C (Şans)	ÇBSDOÖ-C (Doktorlar)	ÇBSDOÖ-C (Güçlü diğerleri)	RHİDÖ
Yaş	0,04	-0,09	0,11	0,07	-0,04	-0,00	-0,07
Gelir durumu	-0,06	-0,05	0,13	0,10	0,22*	0,10	0,15
Tanı süresi	0,10	-0,01	-0,05	0,17	-0,12	-0,01	0,07
Tanı yaşı	-0,07	-0,09	0,22*	-0,13	0,10	0,02	-0,00
Eğitim düzeyi	-0,12	-0,04	-0,08	-0,16	-0,02	-0,19*	-0,12

Not. GÖÖ: Genel Öz Yeterlik Ölçeği, YDÖ: Yaşam Doyumu Ölçeği, ÇBSDOÖ-C: Çok Boyutlu Sağlık Denetim Odağı Ölçeği – C Formu, RHİDÖ: Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği. * $p < .05$

3.4. ÇALIŞMANIN TEMEL DEĞİŞKENLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİLERİN İNCELENMESİ

Çalışmanın temel değişkenleri olan genel öz yeterlik, yaşam doyumu, sağlık kontrol odağı ve kendini damgalama değişkenleri arasındaki ilişkilerin incelenmesi amacıyla Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Analizi yapılmış ve Tablo 3'te analiz sonuçları sunulmuştur.

Tablo 3.

Değişkenler Arasındaki Korelasyon Katsayıları

Değişkenler	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.
1. GÖÖ (Toplam)	-													
2. GÖÖ (Çaba ve direnç)	0,97**	-												
3. GÖÖ (Yetenek ve güven)	0,92**	0,81**	-											
4. YDÖ	0,54**	0,52**	0,52**	-										
5. ÇBSDOÖ-C (İç)	0,15*	0,12	0,18*	0,17*	-									
6. ÇBSDOÖ-C (Şans)	0,18*	0,18*	0,17*	0,22**	0,48**	-								
7. ÇBSDOÖ-C (Doktorlar)	0,13	0,10	0,16*	0,13	0,23**	0,13	-							
8. ÇBSDOÖ-C (Güçlü diğerleri)	0,06	0,05	0,07	-0,02	0,40**	0,37**	0,29**	-						
9. RHİDÖ (Toplam)	-0,38**	-0,39**	-0,32**	-0,32**	0,12	0,17*	-0,04	0,30**	-					
10. RHDİÖ (Yabancılaşma)	-0,26**	-0,23**	-0,18**	-0,25**	0,06	0,07	0,01	0,23**	0,87**	-				
11. RHİDÖ (Kalıp yargıların onaylanması)	-0,31**	-0,33**	-0,23**	-0,12	0,26**	0,32**	-0,07	0,29**	0,86**	0,63**	-			
12. RHDİÖ (Algılanan ayrımcılık)	-0,25**	-0,25**	-0,22**	-0,26**	0,23**	0,22**	0,06	0,37**	0,85**	0,70**	0,68**	-		
13. RHDİÖ (Sosyal geri çekilme)	-0,27**	-0,27**	-0,24**	-0,18*	0,10	0,18	0,08	0,30**	0,89**	0,72**	0,72**	0,74**	-	
14. RHDİÖ (Damgalanmaya karşı direnç)	-0,47**	-0,47**	-0,41**	-0,54**	-0,26**	-0,22**	-0,36**	-0,07	0,41**	0,24**	0,25**	0,14	0,19*	-

Not. GÖÖ: Genel Öz Yeterlik Ölçeği, YDÖ: Yaşam Doyumu Ölçeği, ÇBSDOÖ-C: Çok Boyutlu Sağlık Denetim Odağı Ölçeği – C Formu, RHİDÖ: Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği. *$p < .05$, **$p < .01$

Yaşam doyumu ile genel öz yeterlik ($r = 0,50$, $p < 0,01$), Sağlık Denetim Odağı Ölçeği iç alt boyutu ($r = 0,17$, $p < 0,05$), şans alt boyutu ($r = 0,22$, $p < 0,01$) arasında anlamlı düzeyde pozitif ilişki; ruhsal hastalıklarda içselleştirilmiş damgalanma ($r = - 0,32$, $p < 0,01$) ile anlamlı düzeyde negatif ilişki bulunmuştur. Yaşam doyumu ile Sağlık Denetim Odağı Ölçeği doktorlar alt boyutu ($r = 0,13$, $p > 0,05$) ve güçlü diğerleri alt boyutu ($r = - 0,02$, $p > 0,05$) arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Genel öz yeterlik ile ruhsal hastalıklarda içselleştirilmiş damgalama ($r = - 0,37$, $p < 0,01$) arasında anlamlı düzeyde negatif ilişki; Sağlık Denetim Odağı Ölçeği iç alt boyutu ($r = 0,15$, $p < 0,05$) ve şans alt boyutu ($r = 0,18$, $p < 0,05$) arasında anlamlı düzeyde pozitif ilişki bulunmuştur. Genel öz yeterlik ile sağlık denetim odağı ölçeği doktorlar alt boyutu ($r = 0,13$, $p > 0,05$) ve sağlık denetim odağı ölçeği güçlü diğerleri alt boyutu ($r = 0,06$, $p > 0,05$) arasında anlamlı ilişki gözlemlenmemiştir.

Ruhsal hastalıklarda içselleştirilmiş damgalama ile Sağlık Denetim Odağı ölçeği şans alt boyutu ($r = 0,17$, $p < 0,05$) ve güçlü diğerleri alt boyutu ($r = 0,30$, $p < 0,05$) arasında anlamlı düzeyde pozitif ilişki gözlemlenmiştir. Bunun yanı sıra ruhsal hastalıklarda içselleştirilmiş damgalama ile Sağlık Denetim Odağı Ölçeği iç alt boyutu ($r = 0,12$, $p > 0,05$) ve doktorlar alt boyutu ($r = - 0,04$, $p > 0,05$) arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Sağlık kontrol odağı değişkeninde kendi alt boyutları arasındaki ilişkiler incelendiğinde iç alt boyutu ile şans alt boyutu ($r = 0,48$, $p < 0,01$), doktorlar alt boyutu ($r = 0,23$, $p < 0,01$) ve güçlü diğerleri alt boyutu ($r = 0,40$, $p < 0,01$) arasında anlamlı düzeyde pozitif ilişki gözlemlenmiştir. Şans alt boyutu ile güçlü diğerleri alt boyutu ($r = 0,37$, $p < 0,01$) arasında anlamlı düzeyde pozitif ilişki bulunmuştur. Şans alt boyutu ile doktorlar alt boyutu arasında ($r = 0,13$, $p > 0,05$) anlamlı ilişki bulunmamıştır. Doktorlar alt boyutu ile güçlü diğerleri alt boyutu ($r = 0,29$, $p < 0,01$) arasında anlamlı düzeyde pozitif ilişki bulunmuştur.

3.5. ARACILIK ANALİZLERİ BULGULARI

Araştırmanın bu bölümünde ilk olarak 5. hipotez doğrultusunda genel öz yeterlik ve yaşam doyumu arasındaki ilişkide kendini damgalamanın aracı rolüne ilişkin aracılık analizi bulguları paylaşacaktır. Ardından 6. ve 7. hipoteze yönelik Sağlık Denetim Odağı

Ölçeği iç ve şans alt boyutları ile yaşam doyumu arasındaki ilişkide kendini damgalamanın aracı rolüne ilişkin aracılık analizleri sonuçları aktarılacaktır. Yaşam doyumu ile Sağlık Denetim Odağı Ölçeği doktorlar ve güçlü diğerleri alt boyutları arasında anlamlı ilişki bulunmadığından 8. ve 9. hipotezlerdeki aracılık analizleri için temel varsayım karşılanmamaktadır. Aracılık analizi için bağımsız ve bağımlı değişkenler arasında anlamlı ilişki bulunması beklenir. Dolayısıyla bu model için aracılık analizi yapılmamıştır. Aracılık analizlerinin tamamında Hayes'in (2013) SPSS Process eklentisi 4. model kullanılmıştır ve analizlerde %95 güven aralığında, 5000 yeniden örnekleme (bootstrap) yöntemi kullanılmıştır. Aracılık etkisi değerlendirilirken Hayes'e (2009) dolaylı etki güven aralığı 0'ı içermediğinde anlamlı kabul edilmemiştir. Bu bölümde paylaşılan basit aracılık analizlerinde kendini damgalama için Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalama Ölçeği toplam puanı kullanılmıştır. Bir sonraki bölümde incelenen çoklu aracılık analizinde ise aynı ölçeğin alt boyutlarının puanları kullanılmıştır.

3.5.1. Genel Öz Yeterlik ile Yaşam Doyumu Arasındaki İlişkide Kendini Damgalamanın Aracı Rolünün İncelenmesi

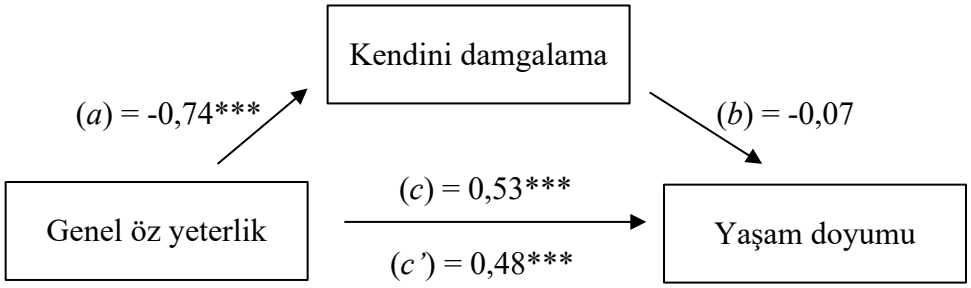
Genel öz yeterlik ile yaşam doyumu arasındaki ilişkide kendini damgalamanın aracı etkisini incelemek amacıyla aracı değişken analizi yürütülmüştür. Bu modele göre *a* yolu genel öz yeterlik düzeyinin kendini damgalama düzeyi üzerindeki etkisini; *b* yolu kendini damgalama düzeyinin yaşam doyumu üzerindeki etkisini; *c'* yolu aracı değişkenin etkisi dahil edilmeden genel öz yeterlik düzeyinin yaşam doyumu üzerindeki doğrudan etkisini; *c* yolu da bahsedilen doğrudan etki ile *a* ve *b* yolunun katsayılarının çarpımı (*a* x *b*) ile ulaşılan dolaylı etkinin toplamı ile bulunan toplam etkiyi göstermektedir (*c* = *c*' + *a* x *b*).

Yapılan aracılık analizi sonucuna göre genel öz yeterlik düzeyinin yaşam doyumu düzeyi üzerindeki toplam etkisi (*c* yolu) anlamlıdır (*B* = 0,53, *SH B* = 0,08, *%95 GA* [0,38, 0,68]) ve genel öz yeterliğin kendini damgalama üzerindeki etkisi (*a* yolu) anlamlıdır (*B* = -0,74, *SH B* = 0,16, *%95* GA [-1,06, -0,41]). Ancak kendini damgalama düzeyinin yaşam doyumu üzerindeki etkisi (*b* yolu) ise anlamlı değildir (*B* = -0,07, *SH B* = 0,04, *%95 GA* [-0,15, 0,02]). Kendini damgalamanın öz yeterlik ve yaşam doyumu arasında aracı etkisi anlamlı bulunmamıştır (*B* = 0,05, *SH B* = 0,03, %95 *GA* [-0,01, 0,12]). Genel öz yeterlik

düzeyinin yaşam doyumu düzeyi üzerindeki doğrudan etkisi (*c'* yolu) anlamlıdır (*B* = 0,48, *SH B* = 0,08, *%95 GA* [0,32, 0,64]). Ancak kendini damgalamanın genel öz yeterlik ve yaşam doyumu arasında aracı etkisi anlamlı değildir. Analiz sonuçlarına ilişkin model Şekil 3'te, etki katsayılarına ilişkin bulgular Tablo 4'te sunulmuştur.

Şekil 3.

Genel Öz Yeterlik ile Yaşam Doyumu Arasındaki İlişkide Kendini Damgalamanın Aracılık Etkisine İlişkin Analiz Sonuçları



Not. Modelde standardize olmayan beta katsayıları paylaşılmıştır. ***$p < 0.001$

Tablo 4.

Genel Öz Yeterlik ile Yaşam Doyumu Arasındaki İlişkide Kendini Damgalamanın Aracılık Rolü Modeline İlişkin Etki Katsayıları

				%95 Güven Aralığı	
Doğrudan Etkiler	F	R^2	B (SH)	Alt	Üst
GÖÖ → RHİDÖ	F(1, 118) = 19,74	0,14	-0,74 (0,16)	-1,06	-0,41
GÖÖ → YDÖ	F(2, 117) = 26,39	0,31	0,48 (0,08)	0,32	0,64
RHİDÖ → YDÖ			-0,07 (0,04)	-0,15	0,02
Dolaylı Etki					
GÖÖ → RHİDÖ → YDÖ	-	-	0,05 (0,03)	-0,01	0,12

Not. GÖÖ: Genel Öz Yeterlik Ölçeği, YDÖ: Yaşam Doyumu Ölçeği, ÇBSDOÖ-C: Çok Boyutlu Sağlık Denetim Odağı Ölçeği – C Formu, RHİDÖ: Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği. *$p < .05$, **$p < .01$

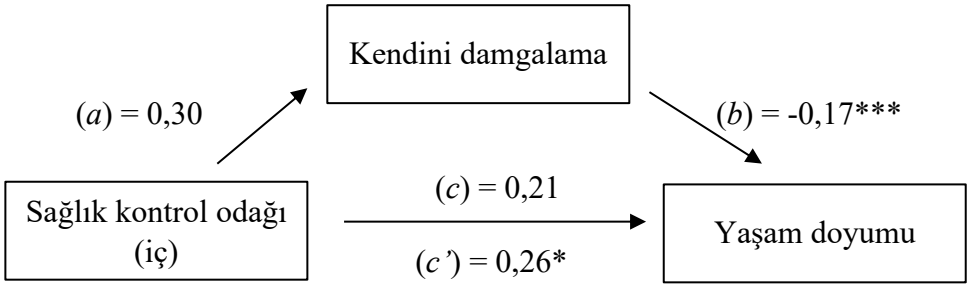
3.5.2. Sağlık Kontrol Odağı (İç) ile Yaşam Doyumu Arasındaki İlişkide Genel Öz Yeterliğin Aracı Rolünün İncelenmesi

Sağlık denetim odağının iç alt boyutu ile yaşam doyumu arasındaki ilişkide kendini damgalamanın aracı etkisini incelemek amacıyla aracı değişken analizi yürütülmüştür. Bu modele göre *a* yolu sağlık denetim odağı iç alt boyutu düzeyinin kendini damgalama düzeyi üzerindeki etkisini; *b* yolu kendini damgalamanın yaşam doyumu üzerindeki etkisini; *c'* yolu aracı değişkenin etkisi olmaksızın sağlık denetim odağı (iç) düzeyinin yaşam doyumu üzerindeki doğrudan etkisini; *c* yolu da sözü edilen doğrudan etki ile *a* ve *b* yolunun katsayılarının çarpımı (*a* x *b*) ile ulaşılan dolaylı etkinin toplamı ile bulunan toplam etkiyi göstermektedir (*c* = *c'* + *a* x *b*).

Yapılan aracılık analizi sonucuna göre sağlık denetim odağı (iç) düzeyinin yaşam doyumu düzeyi üzerindeki toplam etkisi (*c* yolu) anlamlı değildir (*B* = 0,21, *SH B* = 0,11, *%95* GA [-0,01, 0,43]). Sağlık denetim odağı (iç) alt boyutunun kendini damgalama üzerindeki etkisi (*a* yolu) anlamlı bulunmamıştır (*B* = 0,30, *SH B* = 0,22, *%95 GA* [-0,15, 0,74]). Kendini damgalama düzeyinin yaşam doyumu üzerindeki etkisi (*b* yolu) anlamlı bulunmuştur (*B* = -0,17, *SH B* = 0,04, %95 *GA* [-0,26, -0,09]). Genel öz yeterliğin kendini damgalama ve yaşam doyumu arasında aracı etkisi anlamlı değilidir (*B* = -0,05, *SH B* = 0,04, *%95 GA* [-0,14, 0,03]). Sağlık denetim odağı (iç) düzeyinin yaşam doyumu düzeyi üzerindeki doğrudan etkisi (*c'* yolu) anlamlıdır (*B* = 0,26, *SH B* = 0,11, *%95 GA* [0,05, 0,47]). Analiz sonuçlarına ilişkin model Şekil 4'te, etki katsayılarına ilişkin sonuçlar Tablo 5'te verilmiştir.

Şekil 4.

Sağlık Kontrol Odağı (İç) ile Yaşam Doyumu Arasındaki İlişkide Kendini Damgalamanın Aracılık Etkisine İlişkin Analiz Sonuçları



Not. Modelde standardize olmayan beta katsayıları raporlanmıştır. *$p < 0,05$, **$p < 0,01$, ***$p < 0,001$

Tablo 5.

Sağlık Kontrol Odağı (İç) ile Yaşam Doyumu Arasındaki İlişkide Kendini Damgalamanın Aracılık Rolü Modeline İlişkin Etki Katsayıları

				%95 Güven Aralığı	
Doğrudan Etkiler	F	R^2	B (SH)	Alt	Üst
ÇBSDOÖ-C (İç) → RHİDÖ	F(1,118)=1,75	0,01	0,30 (0,22)	-0,15	0,74
ÇBSDOÖ-C (İç) → YDÖ	F(2,117)=9,95	0,14	0,26 (0,11)	0,05	0,47
RHİDÖ → YDÖ			-0,17 (0,04)	-0,26	-0,09
Dolaylı Etki					
ÇBSDOÖ-C (İç)→RHDİÖ→YDÖ	-	-	-0,05 (0,04)	-0,14	0,03

Bootstrap: 5000, %95 Güven Aralıkları

3.5.3. Sağlık Kontrol Odağı (Şans) ile Yaşam Doyumu Arasındaki İlişkide Kendini Damgalamanın Aracı Rolü

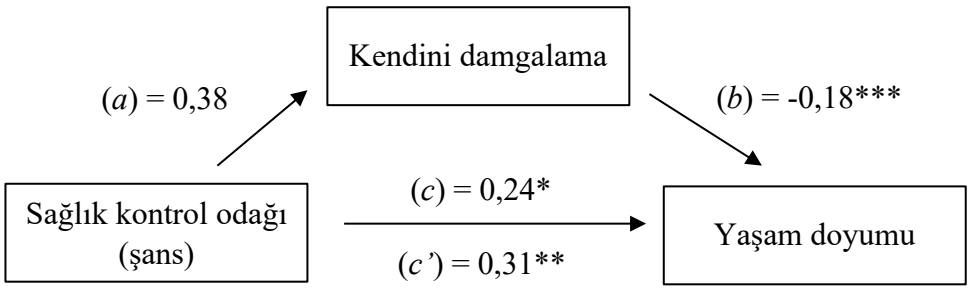
Sağlık denetim odağı şans alt boyutu ile yaşam doyumu arasındaki ilişkide kendini damgalamanın aracı etkisini incelemek amacıyla aracı değişken analizi yapılmıştır. Bu modele göre *a* yolu sağlık denetim odağı (şans) düzeyinin kendini damgalama düzeyi üzerindeki etkisini; *b* yolu kendini damgalamanın yaşam doyumu üzerindeki etkisini; *c'* yolu aracı değişkenin etkisi dahil edilmeden sağlık denetim odağı (şans) düzeyinin yaşam doyumu üzerindeki doğrudan etkisini; *c* yolu da sözü edilen doğrudan etki ile *a* ve *b*

yolunun katsayılarının çarpımı (a x b) ile ulaşılan dolaylı etkinin toplamı ile bulunan toplam etkiyi ifade etmektedir (c = c' + a x b).

Aracılık analizi sonuçları incelendiğinde sağlık denetim odağı şans alt boyutu düzeyinin yaşam doyumu düzeyi üzerindeki toplam etkisi (*c* yolu) anlamlıdır (*B* = 0,24, *SH B* = 0,10, *%95 GA* [0,04, 0,43]). Sağlık denetim odağı (şans) düzeyinin kendini damgalama üzerindeki etkisi (*a* yolu) anlamlı değildir (*B* = 0,38, *SH B* = 0,20, *%95 GA* [-0,02, 0,79]). Kendini damgalama düzeyinin yaşam doyumu üzerindeki etkisi (*b* yolu) anlamlıdır (*B* = -0,18, *SH B* = 0,04, %95 *GA* [-0,27, -0,10]). Kendini damgalamanın sağlık denetim odağı şans alt boyutu ve yaşam doyumu arasında aracı etkisi anlamlı bulunmamıştır (*B* = -0,07, *SH B* = 0,04, *%95 GA* [-0,16, 0,01]). Sağlık denetim odağı (şans) düzeyinin yaşam doyumu düzeyi üzerindeki doğrudan etkisi (*c'* yolu) anlamlı bulunmuştur (*B* = 0,31, *SH B* = 0,09, *%95 GA* [0,12, 0,50]). Sonuç olarak kendini damgalamanın sağlık kontrol odağı (şans) ile yaşam doyumu arasındaki aracı etkisi anlamlı bulunmamıştır. Analiz sonuçlarına ilişkin model Şekil 5'te, etki katsayılarına ilişkin bulgular Tablo 6'da sunulmuştur.

Şekil 5.

Sağlık Kontrol Odağı (Şans) ile Yaşam Doyumu Arasındaki İlişkide Kendini Damgalamanın Aracılık Etkisine İlişkin Analiz Sonuçları



Not. Modelde standardize olmayan beta katsayıları raporlanmıştır. **p* < 0,05, ***p* < 0,01, ****p* < 0,001

Tablo 6.

Sağlık Kontrol Odağı (Şans) ile Yaşam Doyumu Arasındaki İlişkide Kendini Damgalamanın Aracılık Rolü Modeline İlişkin Etki Katsayıları

				%95 Güven Aralığı	
Doğrudan Etkiler	F	R^2	B (SH)	Alt	Üst
ÇBSDOÖ-C (Şans) → RHİDÖ	F(1,118)=3,58	0,02	0,38 (0,20)	-0,02	0,79
ÇBSDOÖ-C (Şans) → YDÖ	F(2,117)=12,58	0,17	0,31 (0,09)	0,12	0,50
RHİDÖ → YDÖ			-0,18 (0,04)	-0,27	-0,10
Dolaylı Etki					
ÇBSDOÖ-C (Şans)→RHDİÖ→YDÖ	-	-	-0,07 (0,04)	-0,16	0,01

Bootstrap: 5000, %95 Güven Aralıkları

3.6. ÇOKLU ARACILIK ANALİZLERİ BULGULARI

Araştırmanın bu bölümünde önceki bölümde yapılan temel aracı analizlerine ek olarak çoklu aracılık analizleri de incelenmiştir. Bu araştırmada şizofreni tanısı almış bireylerde kendini damgalamayı ölçmek üzere Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ) kullanılmıştır. Bu ölçek kendini damgalama sürecine ait farklı yönleri ele almaktadır: algılanan ayrımcılık alt boyutu kendini damgalamanın nedenini, sosyal geri çekilme sonucunu, damgalanmaya karşı direnç de toplumsal damgalanmadan etkilenmeme sürecini ölçen boyutlar; yabancılaşma ve kalıp yargıların onaylanması boyutları ise doğrudan kendini damgalamayı gösteren boyutlardır (Morgades-Bamba ve ark., 2019). Tez çalışmasında kendini damgalamanın toplam puanın hem genel öz yeterlik ve yaşam doyumu arasında hem de sağlık kontrol odağı şans alt boyutu ile yaşam doyumu arasında aracı etkisi bulunmasa da öz yeterliğin ve sağlık kontrol odağı şans alt boyutunun kendini damgalama ve yaşam doyumu ile ilişkili bulunmuştur. Bu nedenle bu ilişkinin kendini damgalamanın alt boyutlarıyla ele alınmasının yararlı olabileceğine karar verilmiştir. Sağlık kontrol odağı iç alt boyutunun ise kendini damgalama ile ilişkili bulunmamasından dolayı bu alt boyut çoklu aracılık analizlerine dahil edilmemiştir. Burada Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği kendini damgalamanın

farklı alt boyutlarını ölçtüğü için modellerde kendini damgalamanın hangi yönüyle aracılık edip etmediğini keşfetmek amaçlanmıştır.

Çoklu aracılık analizleri temel modellerdeki aracı değişken olan kendini damgalamanın bağımlı ve bağımsız değişkenle ilişkili alt boyutları ayrı ayrı analize dahil ederek gerçekleştirilmiştir. Bu kapsamda anlamlı ilişki gösteren alt boyutlarla yapılan çoklu aracılık analizlerinin tamamında Hayes'in (2013) SPSS Process eklentisi 4. model kullanılmıştır. Her iki model için de değişkenler arasındaki Çoklu Doğrusal Bağlantı (multicollinearity) riski VIF değerleri üzerinden incelenmiş ve tüm değerlerin 1,19-2,73 arasında değiştiği ve tolerans değerleri 0,10'undan fazla olduğundan değişkenler arasında çoklu bağlantısallık sorunun olmadığı anlaşılmıştır.

3.6.1. Genel Öz Yeterlik ve Yaşam Doyumu Arasındaki İlişkide Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalama Ölçeğinin Alt Boyutlarının Çoklu Aracı Rollerinin İncelenmesi

Genel öz yeterlik ile yaşam doyumu arasındaki ilişkide Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalama Ölçeğinin alt boyutlarının aracı etkisini incelemek amacıyla çoklu aracı değişken analizi yürütülmüştür. Bu modele göre a_1 yolu genel öz yeterlik düzeyinin yabancılaşma üzerindeki etkisini; b_1 yolu yabancılaşma düzeyinin yaşam doyumu üzerindeki etkisini; a_2 yolu genel öz yeterlik düzeyinin algılanan ayrımcılık üzerindeki etkisini; b_2 yolu algılanan ayrımcılık düzeyinin yaşam doyumu üzerindeki etkisini; a_3 yolu genel öz yeterlik düzeyinin sosyal geri çekilme üzerindeki etkisini; b_3 yolu sosyal geri çekilme düzeyinin yaşam doyumu üzerindeki etkisini; a_4 yolu genel öz yeterlik düzeyinin damgalanmaya karşı direnç üzerindeki etkisini; b_4 yolu damgalanmaya karşı direnç düzeyinin yaşam doyumu üzerindeki etkisini; c' yolu aracı değişkenlerin etkisi dahil edilmeden genel öz yeterlik düzeyinin yaşam doyumu üzerindeki doğrudan etkisini; c yolu da bahsedilen doğrudan etki ile a ve b yollarının katsayılarının çarpımı (a x b) ile ulaşılan bütün dolaylı etkilerin toplamı ile toplanarak bulunan toplam etkiyi ifade etmektedir [$c = c' + (a_1 \text{ x } b_1) + (a_2 \text{ x } b_2) + (a_3 \text{ x } b_3) + (a_4 \text{ x } b_4)$].

Çoklu aracılık analizi sonuçları incelendiğinde genel öz yeterlik düzeyinin yaşam doyumu düzeyi üzerindeki toplam etkisi (c yolu) anlamlıdır (B = 0,53, $SH\ B$ = 0,08, *%95*

GA [0,38, 0,68]). Genel öz yeterlik düzeyinin yabancılaşma üzerindeki etkisi (a_1 yolu) anlamlıdır (*B* = -0,14, *SH B* = 0,05, *%95 GA* [-0,24, -0,05]). Yabancılaşma düzeyinin yaşam doyumu üzerindeki etkisi (b_1 yolu) anlamlı değildir (*B* = -0,07, *SH B* = 0,20, %95 *GA* [-0,46, 0,33]). Yabancılaşmanın genel öz yeterlik ve yaşam doyumu arasındaki aracı etkisi anlamlı bulunmamıştır (*B* = 0,01, *SH B* = 0,03, *%95 GA* [-0,06, 0,08]).

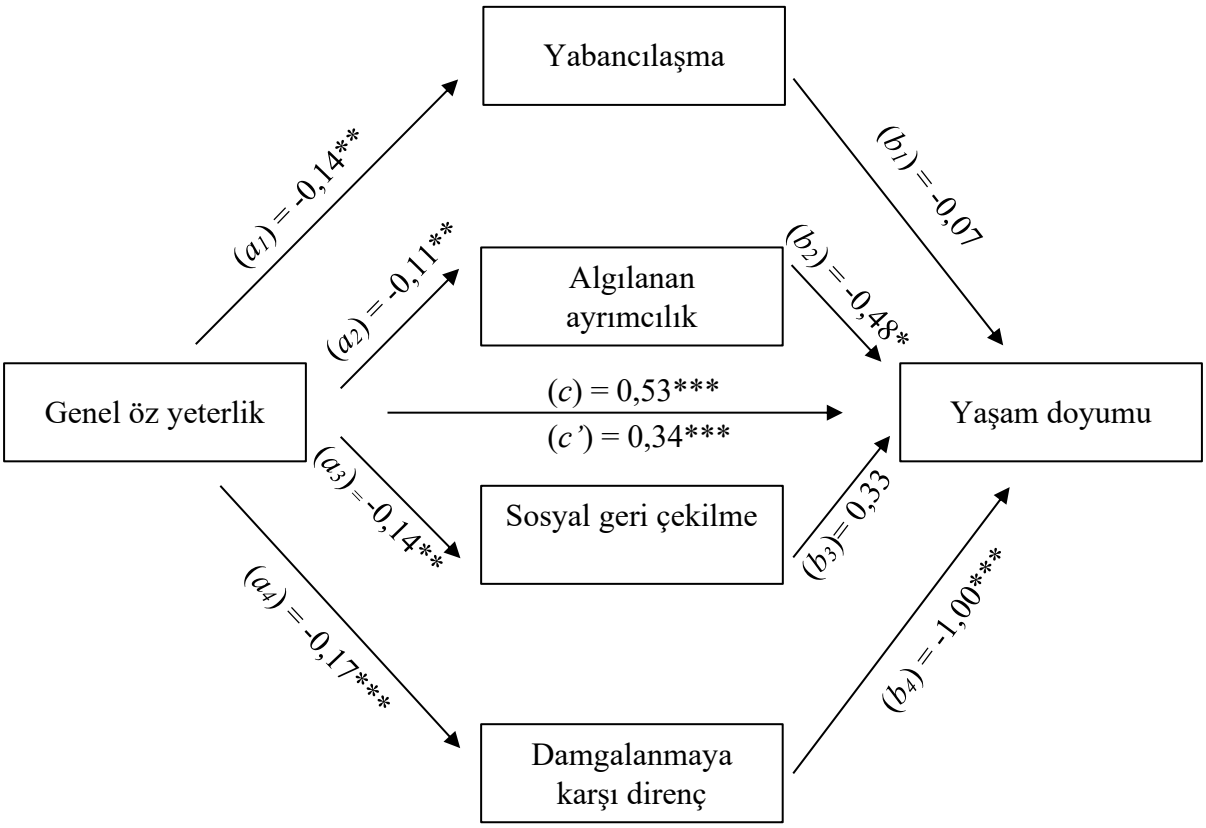
Genel öz yeterlik düzeyinin algılanan ayrımcılık üzerindeki etkisi (a_2 yolu) anlamlıdır (*B* = -0,11, *SH B* = 0,04, *%95 GA* [-0,19, -0,03]). Algılanan ayrımcılığın yaşam doyumu üzerindeki etkisi (b_2 yolu) anlamlıdır (*B* = -0,48, *SH B* = 0,24, %95 *GA* [-0,96, -0,00]). Algılanan ayrımcılığın genel öz yeterlik ve yaşam doyumu arasındaki aracı etkisi anlamlı bulunmuştur (*B* = 0,05, *SH B* = 0,03, *%95 GA* [0,00, 0,14]).

Genel öz yeterlik düzeyinin sosyal geri çekilme üzerindeki etkisi (a_3 yolu) anlamlıdır (*B* = -0,14, *SH B* = 0,05, *%95 GA* [-0,24, -0,05]). Sosyal geri çekilmenin yaşam doyumu üzerindeki etkisi (b_3 yolu) anlamlı değildir (*B* = 0,33, *SH B* = 0,21, %95 *GA* [-0,10, 0,75]). Sosyal geri çekilmenin genel öz yeterlik ve yaşam doyumu arasındaki aracı etkisi anlamlı bulunmamıştır (*B* = -0,05, *SH B* = 0,03, *%95 GA* [-0,12, 0,01]).

Genel öz yeterlik düzeyinin damgalanmaya karşı direnç üzerindeki etkisi (a_4 yolu) anlamlıdır (*B* = -0,17, *SH B* = 0,03, *%95 GA* [-0,23, -0,11]). Damgalanmaya karşı direncin yaşam doyumu üzerindeki etkisi (b_4 yolu) anlamlıdır (*B* = -1,00, *SH B* = 0,22, %95 *GA* [-1,43, -0,57]). Damgalanmaya karşı direncin genel öz yeterlik ve yaşam doyumu arasındaki aracı etkisi anlamlı bulunmuştur (*B* = 0,17, *SH B* = 0,05, *%95 GA* [0,08, 0,29]). Modeldeki toplam aracılık etkisi anlamlıdır (*B* = 0,19, *SH B* = 0,06, *%95 GA* [0,09, 0,31]). Genel öz yeterliğin yaşam doyumu üzerindeki doğrudan etkisi (*c'* yolu) anlamlı bulunmuştur (*B* = 0,34, *SH B* = 0,08, *%95 GA* [0,18, 0,50]). Analiz sonuçlarına ilişkin model Şekil 6'da, etki katsayılarına ilişkin bulgular Tablo 7 ve 8'de sunulmuştur.

Şekil 6.

Genel Öz Yeterlik ile Yaşam Doyumu Arasındaki İlişkide Kendini Damgalamanın Alt Boyutlarının Çoklu Aracılık Etkisine İlişkin Analiz Sonuçları



Not. Modelde standardize olmayan beta katsayıları raporlanmıştır. *$p < 0,05$, **$p < 0,01$, ***$p < 0,001$

Tablo 7.

Genel Öz Yeterlik ile Yaşam Doyumu Arasındaki İlişkide Kendini Damgalamanın Alt Boyutlarının Çoklu Aracılık Rolü Modeline İlişkin Doğrudan Etki Katsayıları

				%95 Güven Aralığı	
Doğrudan Etkiler	*F*	R^2	*B (SH)*	Alt	Üst
GÖÖ →RHİDÖ$_1$	F(1,118)=8,43	0,07	-0,14 (0,05)	-0,24	-0,05
GÖÖ →RHİDÖ$_3$	F(1,118)=7,63	0,06	-0,11 (0,04)	-0,19	-0,03
GÖÖ →RHİDÖ$_4$	F(1,118)=9,18	0,07	-0,14 (0,05)	-0,24	-0,05
GÖÖ →RHİDÖ$_5$	F(1,118)=33,02	0,22	-0,17 (0,03)	-0,23	-0,11
GÖÖ → YDÖ			0,34 (0,08)	0,18	0,50
RHİDÖ$_1$ → YDÖ			-0,07 (0,20)	-0,46	0,33
RHİDÖ$_3$ → YDÖ	F(5,114)=17,25	0,43	-0,48 (0,24)	-0,96	-0,00
RHİDÖ$_4$ → YDÖ			0,33 (0,21)	-0,10	0,75
RHİDÖ$_5$ → YDÖ			-1,00 (0,22)	-1,43	-0,57

Bootstrap: 5000, %95 Güven Aralıkları

Not. RHİDÖ$_1$: Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği Yabancılaşma Alt Boyutu, RHİDÖ$_3$: Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği Algılanan Ayrımcılık Alt Boyutu, RHİDÖ$_4$: Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği Sosyal Geri Çekilme Alt Boyutu, RHİDÖ$_5$: Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği Damgalanmaya Karşı Direnç Alt Boyutu.

Tablo 8.

Genel Öz Yeterlik ile Yaşam Doyumu Arasındaki İlişkide Kendini Damgalamanın Alt Boyutlarının Çoklu Aracılık Rolü Modeline İlişkin Dolaylı Etki Katsayıları

		%95 Güven Aralığı	
Dolaylı Etkiler	*B (SH)*	Alt	Üst
Toplam	0,19 (0,06)	0,09	0,31
GÖÖ →RHİDÖ$_1$ → YDÖ	0,01 (0,03)	-0,06	0,08
GÖÖ→RHİDÖ$_3$→ YDÖ	0,05 (0,04)	-0,06	0,13
GÖÖ →RHİDÖ$_4$→ YDÖ	-0,05 (0,03)	-0,12	0,01
GÖÖ →RHİDÖ$_5$→ YDÖ	0,17 (0,05)	0,08	0,29

Bootstrap: 5000, %95 Güven Aralıkları

Not. RHİDÖ$_1$: Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği Yabancılaşma Alt Boyutu, RHİDÖ$_3$: Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği Algılanan Ayrımcılık Alt Boyutu, RHİDÖ$_4$: Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği Sosyal Geri Çekilme Alt Boyutu, RHİDÖ$_5$: Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği Damgalanmaya Karşı Direnç Alt Boyutu.

3.6.2. Sağlık Kontrol Odağı (Şans) ve Yaşam Doyumu Arasındaki İlişkide Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalama Ölçeğinin Alt Boyutlarının Çoklu Aracı Rollerinin İncelenmesi

Sağlık denetim odağı şans alt boyutu ile yaşam doyumu arasındaki ilişkide Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalama Ölçeğinin alt boyutlarının aracı etkisini incelemek amacıyla çoklu aracı değişken analizi yürütülmüştür. Bu modele göre a_1 yolu sağlık denetim odağı şans alt boyutu düzeyinin kalıp yargıların onaylanması üzerindeki etkisini; b_1 yolu kalıp yargıların onaylanması düzeyinin yaşam doyumu üzerindeki etkisini; a_2 yolu sağlık denetim odağı şans alt boyutu düzeyinin algılanan ayrımcılık üzerindeki etkisini; b_2 yolu algılanan ayrımcılık düzeyinin yaşam doyumu üzerindeki etkisini; a_3 yolu sağlık denetim odağı şans alt boyutu düzeyinin sosyal geri çekilme üzerindeki etkisini; b_3 yolu sosyal geri çekilme düzeyinin yaşam doyumu üzerindeki etkisini; a_4 yolu sağlık denetim odağı şans alt boyutu düzeyinin damgalanmaya karşı

direnç üzerindeki etkisini; b_4 yolu damgalanmaya karşı direnç düzeyinin yaşam doyumu üzerindeki etkisini; *c'* yolu aracı değişkenlerin etkisi dahil edilmeden sağlık denetim odağı şans alt boyutu düzeyinin yaşam doyumu üzerindeki doğrudan etkisini; c yolu da bahsedilen doğrudan etki ile a ve b yollarının katsayılarının çarpımı (*a* x *b*) ile ulaşılan bütün dolaylı etkilerin toplamı ile toplanarak bulunan toplam etkiyi göstermektedir [$c = c' + (a_1 \text{ x } b_1) + (a_2 \text{ x } b_2) + (a_3 \text{ x } b_3) + (a_4 \text{ x } b_4)$].

Çoklu aracılık analizi sonuçlarına göre sağlık kontrol odağı şans alt boyutu düzeyinin yaşam doyumu düzeyi üzerindeki toplam etkisi (*c* yolu) anlamlıdır (*B* = 0,24, *SH B* = 0,10 *%95 GA* [0,04, 0,44]). Sağlık kontrol odağı şans alt boyutu düzeyinin kalıp yargıların onaylanması üzerindeki etkisi (a_1 yolu) anlamlıdır (*B* = 0,20, *SH B* = 0,05, *%95 GA* [0,09, 0,31]). Kalıp yargıların onaylanmasının yaşam doyumu üzerindeki etkisi (b_1 yolu) anlamlı bulunmamıştır (*B* = 0,38, *SH B* = 0,22, %95 *GA* [-0,05, 0,81]). Kalıp yargıların onaylanmasının sağlık kontrol odağı şans alt boyutu ve yaşam doyumu arasındaki aracı etkisinin anlamlı olmadığı görülmüştür (*B* = 0,08, *SH B* = 0,05, *%95 GA* [-0,02, 0,19]).

Sağlık kontrol odağı şans alt boyutu düzeyinin algılanan ayrımcılık üzerindeki etkisi (a_2 yolu) anlamlı bulunmuştur (*B* = 0,11, *SH B* = 0,05, *%95 GA* [0,02, 0,21]). Algılanan ayrımcılığın yaşam doyumu üzerindeki etkisi (b_2 yolu) anlamlıdır (*B* = -0,79, *SH B* = 0,25, %95 *GA* [-1,28, -0,30]). Algılanan ayrımcılığın sağlık kontrol odağı şans alt boyutu ve yaşam doyumu arasındaki aracı etkisi anlamlı bulunmuştur (*B* = -0,09, *SH B* = 0,05, *%95 GA* [-0,21, -0,01]).

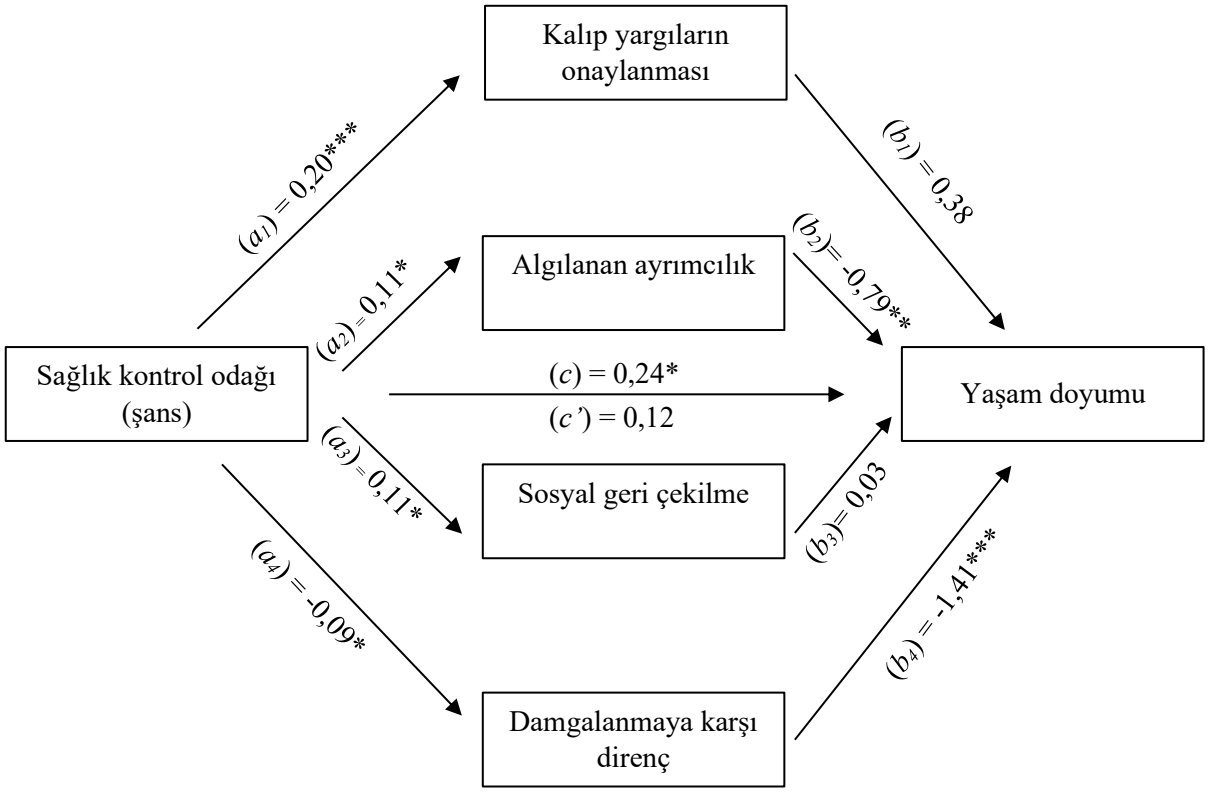
Sağlık kontrol odağı şans alt boyutunun sosyal geri çekilme üzerindeki etkisi (a_3 yolu) anlamlıdır (*B* = 0,11, *SH B* = 0,05, *%95 GA* [0,00, 0,22]). Sosyal geri çekilmenin yaşam doyumu üzerindeki etkisi (b_3 yolu) anlamlı değildir (*B* = 0,03, *SH B* = 0,22, %95 *GA* [-0,41, 0,48]). Sosyal geri çekilmenin sağlık kontrol odağı şans alt boyutu ve yaşam doyumu arasındaki aracı etkisi anlamlı bulunmamıştır (*B* = 0,00, *SH B* = 0,03, *%95 GA* [-0,05, 0,08]).

Sağlık kontrol odağı şans alt boyutu düzeyinin damgalanmaya karşı direnç üzerindeki etkisi (a_4 yolu) anlamlıdır (*B* = -0,09, *SH B* = 0,04, *%95 GA* [-0,16, -0,02]). Damgalanmaya karşı direncin yaşam doyumu üzerindeki etkisi (b_4 yolu) anlamlıdır (*B* = -1,41, *SH B* = 0,22, %95 *GA* [-1,84, -0,98]). Damgalanmaya karşı direncin sağlık kontrol odağı şans alt boyutu ve yaşam doyumu arasındaki aracı etkisi anlamlı bulunmuştur (*B* =

0,13, *SH B* = 0,06, *%95 GA* [0,02, 0,26]). Modeldeki toplam aracılık etkisi anlamlı değildir (*B* = 0,12, *SH B* = 0,08, *%95 GA* [-0,04, 0,29]). Sağlık kontrol odağı şans alt boyutu düzeyinin yaşam doyumu üzerindeki doğrudan etkisi (*c'* yolu) anlamlı bulunmamıştır (*B* = 0,12, *SH B* = 0,09, *%95 GA* [-0,06, 0,31]). Analiz sonuçlarına ilişkin model Şekil 7'de, etki katsayılarına ilişkin bulgular Tablo 9 ve 10'da aktarılmıştır.

Şekil 7.

Sağlık Kontrol Odağı (Şans) ile Yaşam Doyumu Arasındaki İlişkide Kendini Damgalamanın Alt Boyutlarının Aracılık Etkisine İlişkin Analiz Sonuçları



Not. Modelde standardize olmayan beta katsayıları raporlanmıştır. *$p < 0,05$, **$p < 0,01$, ***$p < 0,001$

Tablo 9.

Sağlık Kontrol Odağı (Şans) ile Yaşam Doyumu Arasındaki İlişkide Kendini Damgalamanın Alt Boyutlarının Çoklu Aracılık Rolü Modeline İlişkin Doğrudan Etki Katsayıları

				%95 Güven Aralıkları	
Doğrudan Etkiler	*F*	R^2	*B (SH)*	Alt	Üst
ÇBSDOÖ-C (Şans)→RHİDÖ$_2$	F(1,118)=13,87	0,11	0,20 (0,05)	0,09	0,31
ÇBSDOÖ-C (Şans)→RHİDÖ$_3$	F(1,118)=5,94	0,05	0,11 (0,05)	0,02	0,21
ÇBSDOÖ-C (Şans)→RHİDÖ$_4$	F(1,118)=4,28	0,04	0,11 (0,05)	0,00	0,22
ÇBSDOÖ-C (Şans)→RHİDÖ$_5$	F(1,118)=5,89	0,05	-0,09 (0,04)	-0,16	-0,02
ÇBSDOÖ-C (Şans)→YDÖ			0,12 (0,09)	-0,06	0,31
RHİDÖ$_2$ → YDÖ			0,38 (0,22)	-0,05	0,81
RHİDÖ$_3$ → YDÖ	F(5,114)=13,82	0,38	-0,79 (0,25)	-1,28	-0,30
RHİDÖ$_4$ → YDÖ			0,03 (0,22)	-0,41	0,48
RHİDÖ$_5$ → YDÖ			-1,41 (0,22)	-1,84	-0,98

Bootstrap: 5000, %95 Güven Aralıkları

Not. RHİDÖ$_2$: Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği Kalıp Yargıların Onaylanması Alt Boyutu, RHİDÖ$_3$: Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği Algılanan Ayrımcılık Alt Boyutu, RHİDÖ$_4$: Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği Sosyal Geri Çekilme Alt Boyutu, RHİDÖ$_5$: Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği Damgalanmaya Karşı Direnç Alt Boyutu.

Tablo 10.

Sağlık Kontrol Odağı (Şans) ile Yaşam Doyumu Arasındaki İlişkide Kendini Damgalamanın Alt Boyutlarının Çoklu Aracılık Rolü Modeline İlişkin Dolaylı Etki Katsayıları

		%95 Güven Aralığı	
Dolaylı Etkiler	*B (SH)*	Alt	Üst
Toplam	0,12 (0,08)	-0,04	0,29
ÇBSDOÖ-C (Şans)→RHİDÖ$_2$ → YDÖ	0,08 (0,05)	-0,02	0,19
ÇBSDOÖ-C (Şans)→RHİDÖ$_3$ → YDÖ	-0,09 (0,05)	-0,21	-0,01
ÇBSDOÖ-C (Şans)→RHİDÖ$_4$ → YDÖ	0,00 (0,03)	-0,05	0,08
ÇBSDOÖ-C (Şans)→RHİDÖ$_5$ → YDÖ	0,13 (0,06)	0,02	0,26

Bootstrap: 5000, %95 Güven Aralıkları

Not. RHİDÖ$_2$: Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği Kalıp Yargıların Onaylanması Alt Boyutu, RHİDÖ$_3$: Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği Algılanan Ayrımcılık Alt Boyutu, RHİDÖ$_4$: Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği Sosyal Geri Çekilme Alt Boyutu, RHİDÖ$_5$: Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği Damgalanmaya Karşı Direnç Alt Boyutu.

4. BÖLÜM

TARTIŞMA

Bu bölümde mevcut araştırmanın bulguları alan yazınındaki ilişkili diğer araştırmalar kapsamında ele alınarak yorumlanmıştır. Bazı kısımlarda ise yer yer yüz yüze veri toplama esnasında katılımcılardan alınan geri dönütler de yorumlamaya katkı sağlamış ve farklı bakış açıları kazandırmıştır. Tartışmanın daha iyi yürütülebilmesi için bulgular altı ana başlık altında değerlendirilmiştir.

4.1. BETİMLEYİCİ İSTATİSTİKLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Katılımcıların yaşam doyumu toplam puanı ortalaması 19,81 (*SS* = 7,61) olarak bulunmuştur. Ölçeğin puan sınıflandırılması incelendiğinde 20 puan nötrü ifade etmektedir. Yani katılımcıların yaşamdan doyum alıp almama puanlarının birbirine yakın olduğu ileri sürülmektedir (Pavot ve Diener, 1993). Dolayısıyla araştırmaya katılan şizofreni tanısı almış bireylerin yaşam doyumu toplam puanlarının ortalama olduğu söylenebilir. Fervaha ve arkadaşları (2016) şizofreni tanısı almış bireylerin yaşam doyumlarının farklı gruplara kıyasla daha düşük olduğu görülse de bir dereceye kadar yaşamdan memnun olabildiklerine dikkat çekmiştir. Mevcut araştırmada elde edilen ortalama puanın bu bulguyu desteklediği söylenebilir. Nitekim şizofreni tanısı almış bireylerde öznel iyi oluş, mutluluk ve yaşam doyumu değişkenlerinin incelendiği bir meta-analiz çalışmasında da bununla birlikte grubun kendi içindeki çeşitliliği vurgulanmıştır (He ve ark., 2022). Mevcut araştırmada da standart sapmanın yüksek olması bu bulguyla uyumludur.

Katılımcıların öz yeterlik toplam puanı ortalamasının 28,31 (*SS* = 7,77) olduğu bulunmuştur. Ölçeğin geliştiricileri tarafından puan sınıflandırılması için aralıklar belirtilmediğinden bu bulgu alan yazınındaki benzer çalışmaların sonuçları temel alınarak yorumlanmıştır. Ülkemizde yetişkinlerle yapılan bir araştırmada genel öz yeterlik ortalaması 31,36 olarak bulunmuştur (Okur ve Ümmet, 2021). Yirmi beş ülkede yürütülmüş araştırmaların verilerinin incelendiği bir araştırmada da genel öz yeterlik ortalaması 29,55 olarak raporlanmıştır (Scholz ve ark., 2002). Şizofreni tanısı almış bireylerle Çin'de yapılan genel öz yeterlikle ilgili araştırmalar incelendiğinde tekrarlayan

hastane yatışları bulunan katılımcılarda ortalama 20,02 (Wang ve ark., 2022); ayakta tedavi gören 172 katılımcıyla yapılan bir diğer araştırmada ise 26,3 (Vauth ve ark., 2007) olarak bulunmuştur. Sonuç olarak mevcut araştırmada katılımcıların genel öz yeterlikleri şizofreni tanısı almış bireylerle yapılan diğer araştırmalara göre daha yüksektir.

Sağlık denetim odağı alt boyutlarına ilişkin betimsel analizler incelendiğinde şizofreni tanısı almış örneklemde doktorlar sağlık kontrol odağının diğer alt boyutlardan daha yüksek olduğu, ardından iç ve güçlü diğerleri alt boyutlarının geldiği, en düşük olarak da şans alt boyutu puanları olduğu görülmüştür. Ciddi ruhsal hastalıklarda sağlık kontrol odağına bakıldığında diğer gruplara kıyasla anlamlı olarak güçlü diğerleri ve şans alt boyutunun daha yüksek olduğu görülmüştür (Buhagiar ve ark., 2011). Ayrıca şizofreni tanısı almış bireylerde çok boyutlu sağlık kontrol odağını araştıran bir çalışmada şans alt boyutu diğer alt boyutlardan anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (Thakral ve ark., 2014).

Katılımcıların kendini damgalama toplam puanları incelendiğinde ortalamaları 63,36 (*SS* = 15, 11) şeklindedir, puan sınıflandırması madde ortalaması üzerinden yapıldığından 29 maddelik ölçeğin mevcut araştırmadaki grup için madde ortalaması 2,18 şeklindedir. 4 dereceli bu ölçeğin madde ortalaması 2,5 olduğu için katılımcıların bu puanın altında kalması düşük düzeyde kendini damgalamaya sahip olduklarını göstermektedir (Ritsher ve Phelan, 2004). Mevcut araştırmada grubun %27,5'inin yüksek düzeyde kendini damgalamaya sahip olduğu görülmüştür. Ülkemizde yapılan bir başka çalışmada ise bu oran %29,4 şeklinde raporlanmıştır (Sarısoy ve ark., 2013). Ruhsal hastalıklarda kendini damgalamanın sıklığını ve farklı değişkenlerle ilişkisini araştıran çeşitli kültürler ve coğrafi bölgeleri içeren geniş çaplı bir meta-analiz araştırmasında her coğrafi bölgede şizofreni tanısı almış bireylerde yüksek düzeyde ve sıklığı %32,6-44,2 aralığında bildirilmiştir (Dubreucq ve ark., 2021). Bu bulgulara göre mevcut araştırmadaki katılımcıların kendini damgalama düzeyi düşük görülmektedir.

Mevcut araştırmada yalnızca toplum ruh sağlığı merkezinden hizmet alan veya şizofreni derneklerine üye olmuş katılımcılara ulaşılabilmiştir. Alan yazınındaki farklı araştırmalarda ise hastanelerin psikiyatri servisine başvuran (Sarısoy ve ark., 2013; Thakral ve ark., 2014) veya yatarak tedavi gören (Wang ve ark., 2022) katılımcılarla gerçekleştirilmiştir. Hem TRSM'lerde hem de derneklerde bulunan katılımcıların bir

yandan tedaviye uyum gösteren, çeşitli psikoeğitimler almış ve tanı hakkında temel bilgilere sahip katılımcılar olmaları araştırma kapsamında ulaşılamayan gruba olasılıkla daha yüksektir. Bu durum da araştırmadaki katılımcıların doktorlar ve iç alt boyut puanlarının daha yüksek olmasını, öz yeterlik düzeylerinin artmasını ve kendini damgalama düzeylerinin ise düşmesine yol açmış olabilir.

4.2. DEMOGRAFİK DEĞİŞKENLER İLE TEMEL DEĞİŞKENLER ARASINDAKİ İLİŞKİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Yapılan analizlerin sonuçları incelendiğinde araştırmanın bağımlı değişkeni olan yaşam doyumunun demografik değişkenlerle ilişkisi olmadığı görülmüştür. Fervaha ve arkadaşları (2013) tarafından, şizofreni tanısı almış bireylerle yapılan araştırmada da yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, yalnız yaşama durumu gibi demografik değişkenlerle yaşam doyumu arasında ilişki gözlenmemiştir. Elde edilen bulgu alan yazını ile uyumludur. Kadınların sağlık kontrol odağı doktorlar alt boyutu puanın erkeklere göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmüştür. Uluslararası araştırmaları içeren bir meta-analiz çalışmasına göre erkeklerin ruhsal sağlık ile ilişkili olarak yardım arama davranışlarının kadınlara oranla daha az olduğu ve bu durumun geleneksel erkeklik rolü ile ilişkili olduğu görülmüştür (Üzümçeker, 2025). Bu nedenle mevcut araştırmada da doktorlar ile ilgili daha fazla atıf kadınlarda görülmüş olabilir.

Gelir durumu ile sağlık kontrol odağı doktorlar alt boyutu arasında anlamlı düzeyde pozitif ilişki bulunmuştur. Gelir durumu arttıkça doktorlara yapılan atıf artmaktadır. Bunun olası bir nedeni kişilerin sağlık hizmetlerine erişimlerinin gelir düzeyinden etkilenmesi olabilir. Tanı alınan yaş ile sağlık denetim odağı iç alt boyutu arasında anlamlı düzeyde pozitif ilişki bulunmuştur. Şizofreni tanısı almış bireylerde başlangıç yaşı ile ilişkili yapılan bir meta-analiz çalışmasında daha genç yaşta tanı almanın daha fazla hastaneye yatış, negatif belirti ve daha düşük sosyal/mesleki işlevsellik ile ilişkili olduğu görülmüştür (Immonen ve ark., 2017). Bu nedenle kişilerin daha ileriki yaşlarda tanı almaları genç yaşta tanı alanlara göre hayatları üzerinde daha fazla kontrol sahibi olmalarına yol açarak içsel atıflar yapmalarına neden olmuş olabilir.

Eğitim düzeyi ile sağlık kontrol odağı güçlü diğerleri alt boyutu arasında anlamlı olarak negatif ilişki görülmüştür. Bu bulgu şizofreni tanısı almış bireylerde eğitim düzeyinin artmasının daha az başkalarına yönelik atıflar yapma ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Alan yazınında da içsel kontrol odağı akademik başarı ile ilişkili görülmektedir (Hrbáčková ve ark., 2012). Ayrıca şizofreni tanısı almış bir bireyin eğitim hayatına devam edebilmesi işlevselliğin de yüksek olduğuna işaret etmektedir. Alan yazınına bakıldığında şizofreni tanısı almış bireylerde psikososyal işlevsellik de içsel kontrol odağı ile ilişkili görülmüştür (Harrow ve ark., 2009). Son olarak medeni durumu bekar olanların sağlık kontrol odağı şans alt boyutu puanları evli olanlara göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu ilişkilerin daha iyi anlaşılması ve farklı yönleriyle açıklanması için şizofreni tanısı almış bireylerde sağlık kontrol odağı ile ilgili daha fazla araştırma yapılması önerilmektedir.

4.3. ÇALIŞMANIN TEMEL DEĞİŞKENLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Bu bölümde mevcut araştırmanın ilk dört hipotezi doğrultusunda genel öz yeterlik, sağlık denetim odağı ve kendini damgalamanın yaşam doyumu ile ilişkileri incelenmiştir.

4.3.1. Şizofreni Tanısı Almış Bireylerde Genel Öz Yeterliğin Yaşam Doyumu ile İlişkisi

Yapılan korelasyon analizi sonucunda genel öz yeterlik ve yaşam doyumu arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ve birinci hipotez desteklenmiştir. Şizofreni tanısı almış bireylerde genel öz yeterlik düzeyi arttıkça yaşam doyumu artmaktadır. Alan yazınına bakıldığına şizofreni tanısı almış bireylerde öz yeterliğin işlevsellik ve yaşam kalitesi ile ilişkisini ele alan araştırmalar öne çıkmaktadır. Bu araştırmalarda da öz yeterliğin psikososyal ve bilişsel işlevsellik ve yaşam kalitesi ile pozitif yönde anlamlı ilişkisi olduğu görülmektedir (Cardenas ve ark., 2013; Pratt ve ark., 2005; Song ve ark., 2011). Bu bağlamda mevcut araştırmada elde edilen bulgunun alan yazınla uyumlu olduğu söylenebilir. Bu bulgu kişinin öz yeterlik inançlarının yüksek olmasının yaşamdan aldığı doyumu arttırabileceğini düşündürmektedir. Bandura'nın (1995) Öz Yeterlik Kuramı öz

yeterlik inançlarının güdüsel süreçleri etkilediğini öne sürmektedir. Bu bağlamda da şizofreni tanısı almış bireylerin tanıya bağlı olarak yaşamlarında karşılaştıkları zorluklara (örn., alevlenme dönemleri, hastane yatışları, ayrımcılık deneyimleri vb.) rağmen çabalama ve devam etme güdülerinin yüksek olmasının yaşam doyumlarına yansıdığının göstergesi olarak yorumlanabilir.

4.3.2. Şizofreni Tanısı Almış Bireylerde Sağlık Kontrol Odağının Yaşam Doyumu ile İlişkisi

Sağlık kontrol odağı ile yaşam doyumu arasındaki ilişki incelendiğinde yaşam doyumu ile sağlık kontrol odağının iç ve şans alt boyutları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Alan yazını incelendiğinde içsel atıflar daha fazla iyileşme dönemleri ve yaşam doyumu ile ilişkili bulunmuştur (Harrow ve ark., 2009; Kavas ve ark., 2014). Sağlık kontrol odağı özelinde ise içsel sağlık kontrol odağı daha çok ilaca uyum, sağlıklı yaşam tarzı gibi değişkenlerle ilişkili görülmüştür (Chuang ve ark., 2016; Náfrádi ve ark., 2017). Sağlık kontrol odağı iç alt boyutunun yaşam doyumu ile pozitif yönde ilişkili bulunması alan yazınıyla tutarlı bir bulgudur. Şizofreni tanısı alan bireylerin sağlık durumlarıyla ilgili içsel atıfları arttıkça yaşam doyumları artmaktadır. Bunun yanı sıra dışsal atıf türlerinden şansın da yaşam doyumu ile pozitif yönde anlamlı bulunması beklenmedik bir bulgudur. Alan yazınında dışsal kontrol odakları daha çok kaygı, düşük benlik değeri ile ilişkili görülmüştür (Harrow ve ark., 2009). Bu bulgudan farklı olarak sağlık kontrol odağının incelendiği bir araştırmada dışsal sağlık kontrol odağı şizofreni tanısı alan grupta yüksek benlik değeri ile ilişkili görülmüştür (Wang ve ark., 2013). Wang ve arkadaşları (2013) bu farklılığın sebebini şizofreni tanısı alan grupta tanı almayan grubun aksine kontrol odağı alt boyutlarının ayrışmamasını öne sürmüştür. Mevcut tez araştırmasında da sağlık denetim odağı alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler gözlenmiştir. Örneğin iç ve şans alt boyutları arasında orta düzeyde anlamlı ilişki bulunması kişinin aynı anda hem içsel hem de dışsal atıf yapabildiğini düşündürtmektedir. Bu nedenle iki alt boyut da yaşam doyumu ile pozitif ilişki gösteriyor olabilir. ÇBSDOÖ-C formu şans alt boyutu maddeleri daha çok hastalığın ilerleyişinin şansa/kadere bağlı olmasıyla ilgiliyken hastalığın nedeni ile ilgili "Hastalığımı etkileyen çoğu şey, şans eseri başıma gelmiştir." maddesini de içermektedir. Şizofreni tanısı etiyolojik olarak

karmaşıklığını korumaya devam ederken hastaların hastalıkla ilgili dışsal atıflar yapması bir yandan içsel atıflarla kendilerini suçlayıcı düşüncelerin önüne geçmesine neden olabilmektedir. Bu gibi durumların sağlık kontrol odağı özelindeki içsel ve dışsal atıfların farklı yönlerini ortaya koyduğu düşünülmektedir.

Yaşam doyumu ile sağlık kontrol odağı güçlü diğerleri ve doktorlar alt boyutları arasında anlamlı ilişki görülmemiştir. Alan yazınında şizofreni tanısı alan bireylerde kontrol odağı ile ilgili çalışmalar olsa da sağlık kontrol odağı ile ilgili oldukça sınırlı araştırmaya rastlanılmıştır (Chuang ve ark., 2016; Wang ve ark., 2013). Bu nedenle bu ilişkiler şizofreni grubunda henüz yeni keşfedilmeye açık ve şizofrenin doğası gereği farklı birçok yapıdan etkilenebileceği düşünülmektedir. Mevcut çalışmada doktorlar alt boyutunun yaşam doyumu ile pozitif yönde anlamlı ilişkisi olması beklenmiştir. Alan yazınında doktorlar sağlık kontrol odağının tedaviye uyum ile ilişkili olduğu görülmüştür (Náfrádi ve ark., 2017). Bu durum Öz Belirleme Kuramı'yla (Ryan ve Deci, 2000) ele alındığında kişinin sağlık davranışıyla ilgili doktorlara yaptığı atfın özerklik gereksinimini zedeleyebilen bir durum olabileceği yani doktorlara verilen atfın aslında tedaviye uyumla birlikte yaşam doyumunu arttırabilecekken bu durum üzerinde karıştırıcı bir etkisi olabileceği düşünülmektedir. Güçlü diğerleri alt boyutunda ise yaşam doyumu ile negatif yönde anlamlı ilişki beklenirken ilişki bulunmamıştır. Ruhsal hastalıklarda sağlık kontrol odağının güçlü diğerleri alt boyutu dışsal kontrol odağı bağlamında düşünüldüğünde daha az iyileşme, süreğen seyir gibi olumuz değişkenlerle ilişkilendirilirken bir yandan yardım arama davranışlarını ve tedaviye bağlılığı etkileyebilmektedir (Schepisi, 2024). Sağlık kontrol odağında hastalığın ilerleyişi ile başkalarına atıf toplumsal destek ağları ile de ilişkili olabileceği için bir yandan olumlu bir etkisi de olabilir. Ayrıca katılımcılardan alınan geri bildirimde ölçekte güçlü diğerleri alt boyutu maddelerinde yer alan "başkaları" ifadesinin içinde doktorların da düşünüldüğü ifade edilmiştir. Bu durumdan kaynaklı olarak da bu alt boyutun doktorlar alt boyutundan tam ayrışamayabileceği düşünülmektedir. Bu nedenle ölçekte başkaları ifadesi ile ne anlatılmak istendiğinin (ör. aile, arkadaşlar vd.) ölçeğin yönergesinde açıklanarak netleştirilmesi önerilmektedir. Son olarak ÇBSDOÖ-C formunda iç ve şans alt boyutları 6'şar maddeden oluşurken güçlü diğerleri ve doktorlar alt boyutları 3'er maddeden oluşmaktadır. Şizofreni tanısı almış bireylerde kontrol odağı araştırmalarının farklı ve karmaşık yönleri göz önüne alındığında

daha kapsamlı ölçüm araçlarıyla da bu ilişkilerinin incelenmesinin gerektiği düşünülmektedir.

4.3.3. Şizofreni Tanısı Alan Bireylerde Kendini Damgalamanın Yaşam Doyumu ile İlişkisi

Şizofreni tanısı almış bireylerde kendini damgalama düzeyi ve yaşam doyumu arasında negatif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur ve ikinci hipotez desteklenmiştir. Şizofreni tanısı almış bireylerde kendini damgalama düzeyi arttıkça yaşam doyumu azalmaktadır. Alan yazınında da şizofreni tanısı alan bireylerde kendini damgalamanın yaşam doyumuna benzer olarak yaşam kalitesi (Kayaoğlu ve Ay, 2024; Liu ve ark., 2024; Ociskova ve ark., 2023; Sarraf ve ark., 2022; Tang ve Wu, 2012; Vrbova ve ark., 2017), öznel yaşam kalitesi (Guo ve ark., 2018), mutluluk (Kayaoğlu ve Ay, 2024) değişkenleri ile ilişkisine bakıldığı araştırmalarda da bu değişkenlerle kendini damgalama arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Mevcut çalışmanın bu sonucu alan yazınıyla uyumludur.

Bu araştırmada ruhsal hastalıklarda kendini damgalamanın farklı boyutlarını ele alan Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ) kullanmıştır. Çok boyutlu olan RHİDÖ toplam puan üzerinden değerlendirilse de alt boyutlar ayrı ayrı incelendiğinde yabancılaşma, algılanan ayrımcılık, sosyal geri çekilme ve damgalanmaya karşı direnç alt boyutları ile yaşam doyumu arasında negatif yönlü anlamlı ilişkiler görülürken kalıp yargıların onaylanması ile yaşam doyumu ilişkili bulunmamıştır. Bunun yanı sıra en güçlü ilişki (r = -0,54) damgalanmaya karşı direnç alt boyutunda gözlenmiştir. Tang ve Wu (2012) ise çalışmalarında şizofreni tanısı almış bireylerde öznel yaşam kalitesi ile kendini damgalama arasındaki ilişkiyi incelemişler ve damgalanmaya karşı direnç dışındaki tüm alt boyutlarla anlamlı olarak negatif yönde ilişki bulmuşlardır. Bu bağlamda kalıp yargıların onaylanması ile yaşam doyumu arasında ilişki gözlenmemesi beklenmedik bir bulgudur. Kalıp yargıların onaylanması alt boyutundaki maddeler incelendiğinde yedi maddeden altısının "Ruhsal hastalığı olan kişiler evlenmemelidir." gibi genel kalıp yargıların içerdiği görülürken bir tanesinde "Ruhsal hastalığımdan dolayı benimle ilgili çoğu kararı başkalarının vermesine ihtiyaç duyarım." şeklinde kişinin kalıp yargıyı kendisine de uyarlayarak onayladığı görülmektedir. Dolayısıyla bu alt boyutta

çoğunlukla kişinin ruhsal hastalığı olan kişiler hakkındaki damgalayıcı görüşleri kabul edip etmediği ölçülmüştür. Corrigan ve arkadaşları (2006) kişinin damgalayıcı kalıp yargıları kabul etmekle birlikte kendi için de geçerli olduğunu düşündüğü özdeşleşme aşamasının kişiye zarar verdiği öne sürmektedir. Bu bağlamda kişinin yalnızca bu fikirlere katılması kendisi için de geçerli olduğunu düşünmesinde etkili olmamış olabilir. Örneğin araştırma sonrası katılımcıların verdiği geri dönütlerde "Ruhsal hastalığı olan kişiler saldırgan olmaya eğilimlidirler." maddesi ile ilgili "Ben ilaçlarımı düzenli kullanıyorum, saldırgan değilim fakat bazı kişilerde bu görülebiliyor." gibi ifadeler yer almıştır. Bu tarz düşünceler de kişinin damgalayıcı bir yaklaşım olabildiğini kabul etse de bunu kendisi için özdeşleştirmediğini göstermektedir. Bu durumun nedeni düşünüldüğünde şizofreni tanısı alan bireylerde olumsuz kalıp yargılara katılırken bir yandan büyüklük sanrıları ile birlikte kendisinin özel, her şeye gücü yeten biri olduğu inancı veya "ruhsal hastalığı" kabul edip etmeme konusunda her iki fikrin aynı anda var olması ile açıklanabileceği öne sürülmüştür. Böylece kişi bu kalıp yargıları onaylarken olası zararın da önüne geçiyor olabilir (Morgades-Bamba ve ark., 2019). Bu bağlamda kalıp yargı onaylanması alt boyutunun yaşam doyumu ile ilişkili görülmemesinin nedenlerinden biri bu durumların etkileriyle açıklanabilir.

4.3.4. Şizofreni Tanısı Alan Bireylerde Genel Öz Yeterliğin Kendini Damgalama ile İlişkisi

Mevcut araştırmanın bulguları incelendiğinde şizofreni tanısı almış bireylerde genel öz yeterlik ile kendini damgalama arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Genel öz yeterlik düzeyi arttıkça kendini damgalama düzeyi azalmaktadır. Kendini damgalamanın bütün alt boyutları ile de genel öz yeterlik arasında negatif yönde anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Alan yazınında da şizofreni tanısı alan bireylerde öz yeterlik ile kendini damgalama arasında negatif yönde ilişkilerin görüldüğü araştırmalara rastlanmaktadır (Hill ve Startup, 2013; Vauth ve ark., 2007). Vauth ve arkadaşlarının (2007) araştırmasında şizofreni tanısı almış bireylerin öz yeterliklerindeki varyansın %21'inin kendini damgalama tarafından açıklandığı gözlemlemiştir. Bunlara ek olarak ruhsal hastalıklarda kendini damgalama ve öz yeterliğin incelendiği bir araştırmada da iki

değişken arasında negatif yönde anlamlı ilişki gözlenmiş ve öz yeterliğin kendini damgalamayı yordadığı görülmüştür (Hamidi ve ark., 2023).

Mevcut araştırma bulguları Bandura'nın (1995) Öz Yeterlik Kuramı çerçevesinde ele alındığında düşük düzeyde öz yeterliğe sahip olan biri farklı durumlar karşısında kendisini yetersiz olarak görebilmektedir. Bununla birlikte ruhsal hastalıklarda da en yaygın kalıp yargılardan biri tanısı olan kişilerin kendileriyle ilgili yetersizlik inançlarıdır (Corrigan ve ark., 2011). Kişinin düşük öz yeterlik ile birlikte farklı alanlarda yetersiz olduğu inancı, dışarıdan gelen bu kalıp yargıları daha kolay içselleştirmesine yol açıyor olabilmektedir. Bununla birlikte kendini damgalama süreciyle birlikte gelen olumsuz değerlendirmeler de kişinin öz yeterlik düzeyinde daha fazla düşüş yaşamasına neden olarak bu ilişkiyi döngüsel bir sürece çeviriyor olabilir. Hill ve Startup (2013) kendini damgalama ve öz yeterlik arasındaki nedensel süreçlerin daha iyi açıklanabilmesi için boylamsal araştırmalara ihtiyaç duyulduğunu ifade etmiştir.

4.3.5. Şizofreni Tanısı Alan Bireylerde Sağlık Kontrol Odağının Kendini Damgalama ile İlişkisi

Şizofreni tanısı almış bireylerde sağlık kontrol odağının şans ve güçlü diğerleri alt boyutları ile kendini damgalama düzeyi arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Sağlık kontrol odağının iç ve doktorlar alt boyutları ile kendini damgalama düzeyi arasında anlamlı ilişki gözlenmemiştir. Şizofreni tanısı alan bireylerde şans ve güçlü diğerlerine ait kontrol odağı arttıkça kendini damgalama düzeyi de artmaktadır. Alan yazınına bakıldığında oldukça kısıtlı sayıda araştırmayla karşılaşılsa da dışsal kontrol odağı, kendi damgalama ile pozitif yönde ilişkili bulunmuştur (Kavas ve ark., 2014; Yortan, 2017). Dışsal kontrol odağına sahip kişiler yaşadıkları durumları kendi kontrollerinin dışındaki durumlara atfetme eğilimindedirler (Rotter, 1996). Dışsal kontrol odağı kişinin durumlar üzerindeki kontrol algısının düşük olmasına yol açtığında tanı ile ilgili olumsuz kalıp yargıları daha kolay benimsemesine neden olabileceği düşünülmektedir. Mevcut çalışmanın şans ve güçlü diğerleri alt boyutları ile ilgili bulguları alan yazınıyla uyumludur.

İçsel kontrol odağına bakıldığında ise kişilerin tanı hakkında yaptıkları içsel atıflar bir yandan artan sorumlulukla birlikte kendini damgalamayı artırabileceği gibi (Mak ve Wu, 2006), bir yandan da yardım arayışını (Chan ve ark., 2009) ve iyileşmeyi (Harrow ve ark., 2009) yordayabilmektedir. Sağlık kontrol odağının iç alt boyutunun kendini damgalama ile ilişkili bulunmaması, şizofreni tanısı alan bireylerde sağlık kontrol odağının sözü edilen olumlu ve olumsuz farklı etkilerinin bir arada ortaya çıkmasından kaynaklanabileceğini düşündürmüştür. Bu durum şizofreni tanısı almış bireylerde görülen "içgörü paradoksu" ile de benzerlik göstermektedir. Araştırmalarda içgörü düzeyinin düşük olması daha az tedaviye uyum, daha düşük işlevsellik ile ilişkili görülürken bir yandan içgörünün artması da daha düşük benlik değeri ve yaşam kalitesi ile ilişkili görülmüştür (Lysaker ve ark., 2007). Bu noktada tanının kabulü ile birlikte nasıl anlamlandırıldığının da önemli olduğu öne sürülmektedir. Kişi tanıyı kabul ettiğinde tanının beraberinde getirdiği damgalayıcı düşünceleri de benimserse bu durum içgörünün olumsuz etkiye yol açmasına neden olmaktadır (Lysaker ve ark., 2007; Williams, 2008).

Alan yazınında kontrol odağı ile ilişkili çalışmalarda mevcut ölçekle yapılan araştırmalara daha az rastlanmakta, bu nedenle doktorlar alt boyutu ile ilgili daha sınırlı bulgular bulunmaktadır. Örneğin, bir araştırmada sağlık kontrol odağının doktorlar alt boyutu ile ilaca uyum arasında pozitif ilişki görülmüştür (Náfrádi ve ark., 2017). Mevcut araştırmada doktorlara verilen atıfla birlikte kişinin tanı hakkında doğru bilgilere ulaşılabilirliğinin artması, böylece kendini damgalama düzeyinde azalma olabileceği düşünülmüştür. Fakat kontrol odağı doktorlar alt boyutu kendini damgalama ile ilişkili görülmemiştir. Doktorlar alt boyutunun farklı değişkenlerle ilişkilerini anlayabilmek için daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

4.4. ARACI VE ÇOKLU ARACI DEĞİŞKEN ANALİZLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Bu başlıkta araştırmadaki aracı ve çoklu aracı modellerle ilgili bulgular tartışılmıştır. Genel öz yeterlik ve yaşam doyumu arasındaki ilişkide kendini damgalamanın aracı rolü ile kendini damgalama ve yaşam doyumu arasındaki ilişkide genel öz yeterliğin aracı rolünün incelendiği modeller aynı değişkenleri ele aldığı için sonuçları birlikte değerlendirilmiştir. Çoklu aracı modellere geçildiğinde de her iki modelde de aynı alt

boyutların aracılık etkileri görüldüğünden iki modelin tartışması bir arada sürdürülmüştür.

4.4.1. Genel Öz Yeterlik ve Yaşam Doyumu Arasındaki İlişkide Kendini Damgalamanın Aracı Rolünün Değerlendirilmesi

Aracı analizlerine geçildiğinde ilk olarak araştırmanın beşinci hipotezi doğrultusunda şizofreni tanısı almış bireylerde genel öz yeterlik ile yaşam doyumu arasındaki ilişkide kendini damgalamanın aracı rolü incelenmiştir. Yapılan analiz sonuçlarına göre genel öz yeterlik ve yaşam doyumu arasında kendini damgalamanın aracı rolü olmadığı görülmüştür ve beşinci hipotez desteklenmemiştir. Modeldeki *a* ve *b* yolları incelendiğinde; genel öz yeterliğin kendini damgalamayı negatif yönde ve anlamlı olarak güçlü düzeyde yordadığı görülürken kendini damgalamanın yaşam doyumunu anlamlı olarak yordamadığı görülmüştür. Bir başka deyişle kendini damgalama yaşam doyumu ile ilişkili olsa da mevcut modelde tek başına yaşam doyumu üzerinde anlamlı etki göstermemektedir. Bu nedenle kendini damgalamanın aracı olarak ele alındığı model çalışmamaktadır.

Alan yazınında daha çok kendini damgalamanın kişi üzerindeki etkilerine odaklanıldığı görülmüştür (Corrigan ve ark., 2006; Corrigan ve ark., 2016). Mevcut modelde aracılık etkisi görülmese de genel öz yeterliğin kendini damgalamayı yordayabilen bir değişken olduğu görülmüştür. Buradan yola çıkılarak kendini damgalamaya yol açan etkenlerin de sürece dahil edilerek daha bütüncül bir bakış açısı kazanılmasının yararlı olacağı düşünülmektedir. Sonuç olarak genel öz yeterliğin düşük olmasının kendini damgalama için bir risk etkeni olabileceği düşünülmektedir.

4.4.2. Sağlık Kontrol Odağı İç ve Şans Alt Boyutları ile Yaşam Doyumu Arasındaki İlişkide Kendini Damgalamanın Aracı Rolünün Değerlendirilmesi

Sağlık kontrol odağının iç ve şans alt boyutları ile yaşam doyumu arasındaki ilişkide kendini damgalamanın aracı rolü incelendiğinde modeller anlamlı bulunmamıştır. Sağlık kontrol odağının iç alt boyutu ile kendini damgalama arasında ilişki bulunmaması aracı

modelin de anlamlı çıkmamasına yol açmış olabilir. Sağlık kontrol odağı şans alt boyutu kendini damgalama ile ilişki görülse de modelde sağlık kontrol odağı şans alt boyutu kendini damgalamayı anlamlı şekilde yordamamıştır. Alan yazınında benzer aracı modeli ele alan bir araştırmaya rastlanmıştır. Bir araştırmada da psikolojik yardım alma nedeniyle kendini damgalamanın kontrol odağı ile yaşam doyumu arasındaki ilişkide kısmı aracı rolü olduğu görülmektedir (Kavas ve ark., 2014). Mevcut değişkenlerle ilgili alan yazını kısıtlı olduğu için kendini damgalama ile ilişkisi görülen hem sağlık kontrol odağı şans alt boyutu değişkeni hem de öz yeterlik değişkeni ile yaşam doyumu arasında kendini damgalamanın ilişkili alt boyutları ile çoklu aracılık analizi yapılarak aradaki ilişkiler keşfedilmeye çalışılmıştır. Bu analizlerin kendini damgalama değişkenin daha kapsamlı incelenmesinin gelecek araştırmalara yol gösterici olabileceği düşünülmüştür. Bir sonraki bölümde bu analizlerin sonucu tartışılmıştır.

4.4.3. Genel Öz Yeterlik ve Sağlık Kontrol Odağı Şans Alt Boyutu ile Yaşam Doyumu Arasındaki ilişkide Kendini Damgalamanın Alt Boyutlarının Çoklu Aracı Rollerinin Değerlendirilmesi

Genel öz yeterlik ve yaşam doyumu arasındaki ilişkide kendini damgalamanın yabancılaşma, algılanan ayrımcılık, sosyal geri çekilme ve damgalanmaya direnç alt boyutlarının çoklu aracı rolü incelenmiştir. Genel öz yeterlik ile yaşam doyumu arasındaki ilişkide yabancılaşma ve sosyal geri çekilme alt boyutlarının çoklu aracı rolleri görülmezken algılanan ayrımcılık ve damgalanmaya karşı direnç alt boyutlarının çoklu aracı rolleri olduğu bulunmuştur.

Sağlık kontrol odağı şans alt boyutu ile yaşam doyumu arasındaki ilişkide de kendini damgalamanın kalıp yargıların onaylanması, algılanan ayrımcılık, sosyal geri çekilme ve damgalanmaya karşı direnç alt boyutlarının çoklu aracı rolü incelenmiştir. Sağlık kontrol odağı şans alt boyutu ile yaşam doyumu arasındaki ilişkide kalıp yargı onaylanması ve sosyal geri çekilmenin çoklu aracı rolleri görülmezken algılanan ayrımcılık ve damgalanmaya karşı direnç alt boyutlarının çoklu aracı rolleri olduğu bulunmuştur.

Hem öz yeterlik modelinde hem de sağlık kontrol odağı şans alt boyutu modelinde aynı alt boyutlar (algılanan ayrımcılık ve damgalanmaya karşı direnç) aracılık etmiştir. Bu

bulgu iki alt boyutun önemine dikkat çekmektedir. Kişilerin öz yeterliklerinin düşük olması ve sağlık kontrol odaklarının şans yönünde dışsallaşması algılanan ayrımcılık düzeylerini arttırmakta, bu da yaşam doyumunu olumsuz yönde etkilemektedir. Farklı özellikler üzerinden ayrımcılık türlerini içeren (cinsiyet, ırk, cinsel yönelim, ruhsal hastalık, fiziksel engel vd.) geniş çaplı bir meta-analiz çalışmasında algılanan ayrımcılığın psikolojik iyi oluş üzerinde olumsuz etkisi olduğu görülmüştür (Schmitt ve ark., 2014). Algılanan ayrımcılığa benzer olarak algılanan damgalamanın etkilerinin incelendiği kesitsel bir araştırmada algılanan damgalanmanın öz yeterlikle ilişkili olduğu ve öz yeterlikteki azalmayı yordadığı görülmüştür (Kleim ve ark., 2008).

Link'in (1987) Değiştirilmiş Etiketleme Kuramı'na göre ruhsal hastalığı olan bireylerin tanı süreci öncesinde toplumda ruhsal hastalığı olan kişilerle ilişkili damgalayıcı düşünceleri öğrenmesi, ayrımcılığı fark etmesi tanı alındığında bunları kendisi için de benimsemesini sağlamaktadır. Kişiler ruhsal hastalığı olanların değersizleştirildiği ve ayrıştırıldığı bu inançları öğrendiğinde kendilerinin tanı almasıyla birlikte ayrımcılığa uğrayacağına yönelik beklentileri oluşmaktadır. Bu kuramdan yola çıkarak geliştirilen Algılanan Değersizleştirme – Ayrımcılık Ölçeği ile yürütülen bir çalışmada mevcut araştırma ile uyumlu olarak algılanan değersizleştirme – ayrımcılığın öz yeterlik ve yaşam kalitesi ile negatif yönde anlamlı ilişkisi olduğu bulunmuştur (Vauth ve ark., 2007). Kontrol odağı ile algılanan ayrımcılık arasındaki ilişki incelendiğinde ise göçmenlerle yapılan bir çalışmada algılanan ayrımcılığın kişisel özelliklerden etkilenebileceği öne sürülmüş ve bu etkenler araştırılmıştır. Araştırma sonucunda dışsal kontrol odağına sahip bireylerin algılanan ayrımcılık düzeylerinin yüksek olduğu görülmüştür (Diehl ve ark., 2021). Sonuç olarak mevcut çalışmanın bulgularından yola çıkarak şizofreni tanısı almış bireylerin öz yeterliklerinin düşük olmasının ve sağlık kontrol odaklarının şans yönünde dışsallaşmasının algılanan ayrımcılık düzeylerini arttırdığını, bunun da yaşam doyumunu olumsuz yönde etkilediği düşünülmektedir.

Ruhsal hastalıklarda damgalanmaya karşı direncin çeşitli değişkenlerle ilişkisinin incelendiği bir meta-analiz araştırmasında yaşam kalitesi ve öz yeterlilik ile pozitif yönde ilişki bulunmuştur (Firmin ve ark., 2016). Şizofreni tanısı almış bireylerle yapılan bir çalışmada da damgalanmaya karşı direnç ile yaşam kalitesi pozitif yönde ilişkili bulunmuştur (Sibitz ve ark., 2011). Buradan yola çıkarak çalışmanın bulgularının alan yazınıyla uyumlu olduğu söylenebilir.

Mevcut çalışmada sağlık kontrol odağının çoklu aracılık modelinde damgalanmaya karşı direnç alt boyutu aracılık etkisini gösterirken iki değişken arasındaki ilişki negatif yönde anlamlı bulunmuştur. Sağlık kontrol odağı kendini damgalamanın diğer alt boyutları ile (kalıp yargıların onaylanması, algılanan ayrımcılık, sosyal geri çekilme) pozitif yönde anlamlı ilişkiler gösterirken damgalanmaya karşı direnç ile (ters kodlanmış) negatif yönde anlı ilişkisinin olması damgalanmaya karşı direncin kendini damgalamadan ayrı bir süreç olarak değerlendirilmesi gerektiğini öne süren çalışmaları desteklemektedir (Morgades-Bamba ve ark., 2019; Sibitz ve ark., 2011). Damgalanmaya karşı direnç damgalayıcı tutumlardan etkilenmemek ve bu tutumları reddetmek olarak açıklanmaktadır (Ritsher ve ark., 2003). Damgalayıcı tutumlara karşı çıkmak için bazı kişiler iyileşmeye yönelik çabalamaya ve meydan okumaya odaklanabilmektedir (Vogel ve Wade, 2022). Damgalanmaya karşı direnç bir yönüyle de damga ile ilişkili toplumsal kimliği reddetmeyi ve damgalanmanın verdiği zarardan kaçınmayı içerebilir (Thoits, 2016). Şizofreni tanısı almış bireylerde kontrol odağının farklı yönleri değerlendirildiğinde mevcut bulgu, tanıyla ilişkili yapılan dışsal atıfların kişinin tanıya ilişkin damgalayıcı tarafları da dışsallaştırmasını sağlayarak damgalanmaya karşı direnç oluşturabileceğini düşündürtmektedir. Alan yazınına bakıldığında da tanının nedenine ilişkin kendisine daha fazla sorumluluk yükleyen şizofreni tanısı almış kişilerde daha fazla kendini damgalama görülmüştür (Mak ve Wu, 2006). Tanıya ilişkin içsel atıflar bir yandan tedaviye uyumu sağlayabilirken (Náfrádi ve ark., 2017) tanının ortaya çıkış nedenine veya olumsuz ilerleyişine ilişkin dışsallaştırmalar zarardan kaçınmayı sağlayabileceği için iyileşmeye yönelik çabayı arttırabilecek bir etken olabilir. Sonuç olarak öz yeterliğin düşük olması ve sağlık kontrol odağının şans yönünde dışsallaşması, yaşam doyumunu yordarken damgalanmaya karşı direncin anlamlı aracılık etkisi bulunmuştur.

4.5. ÇALIŞMANIN KLİNİK DOĞURGULARI

Mevcut çalışmanın bulgularında öz yeterlik; yaşam doyumu ile pozitif yönde anlamlı ilişkili görülürken kendini damgalama ile negatif yönde anlamlı ilişkili bulunmuştur. Ayrıca çoklu aracılık analizi bulguları incelendiğinde öz yeterliğin düşük olması kendini damgalamanın algılanan ayrımcılık ve damgalanmaya karşı direnç alt boyutları üzerinden yaşam doyumunu azaltmaktadır. Nitekim şizofreni tanısı almış bireylerle yapılan bir

araştırmada bilişsel bozulma ile hem negatif belirtiler hem de işlevsellik düzeyi arasındaki ilişkide yüksek yenilgi inançlarının aracılık etkisi görülmüştür (Grant ve Beck, 2009). Bu bağlamda şizofreni tanısı almış bireylerde psikososyal müdahalelerin etkilerinin umut verici olduğu göz önüne alındığında (Mueser ve ark., 2013) kişilere uygulanacak bireysel müdahalelerde öz yeterlik inançlarının ele alınmasının yararlı olacağı düşünülmektedir. Alan yazınında ilaç tedavisiyle birlikte yürütülen bilişsel davranışçı terapiye toplumsal beceri eğitimleri eklendiğinde daha etkili sonuçlar alındığı görülmüştür (Xu ve Zhang, 2023). Şizofreni tanısı almış bireylerde toplumsal beceri eğitiminin psikososyal işlevselliği arttırdığı ve negatif belirtileri azalttığı görülmüştür (Kurtz ve Mueser, 2008). Ülkemizde de şizofreni tanısı almış bireylerde toplumsal beceri eğitiminin yaşam kalitesi ve işlevsellik üzerinde olumlu etkileri görülmüştür (Deveci ve ark., 2008; Söğütlü ve ark., 2017). Bu bulgulardan yola çıkarak öz yeterlik inançlarının çalışılmasının yanı sıra toplumsal beceri eğitimlerinin de yaşam doyumu ve öz yeterlik üzerinde olumlu etkileri olabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada katılımcıların %27,5'inde yüksek derecede kendini damgalama görülmüştür. Buna ek olarak yapılan korelasyon analizi sonucunda kendini damgalamanın yaşam doyumu ile negatif yönde ilişkisi olduğu görülmektedir. Alan yazını incelendiğinde ruhsal hastalıklarda kendini damgalamayı azaltmaya yönelik olarak Anlatı Geliştirme (narrative enhancement) ve Bilişsel Terapi (NECT) müdahalesi geliştirildiği (Yanos ve ark., 2011) ve müdahale İsveç'te ruhsal hastalık tanısı almış bireylerde kendini damgalama, benlik değeri ve öznel yaşam kalitesi üzerinde anlamlı etkiler gösterdiği bulunmuştur (Hansson ve Yanos, 2016). Bu nedenle şizofreni tanısı almış bireylerde kendini damgalamanın azaltmasına yönelik derneklerde ve toplum ruh sağlığı merkezlerinde müdahale çalışmaları yapılmasının önemli olduğu düşünülmektedir.

Araştırmada hem öz yeterlik hem de sağlık kontrol odağı modelinde yapılan çoklu aracılık analizi sonucunda iki değişken ile yaşam doyumu arasındaki ilişkide algılanan ayrımcılığın aracılık etkisi bulunmuştur. Bu bulgu kişinin yeterli düzeyde öz yeterliği olsa da algılanan ayrımcılık dolayısıyla yaşam doyumu düşebileceğine işaret etmektedir. Bu bağlamda şizofreni tanısı almış bireylerle yapılacak kendini damgalamaya yönelik müdahalelerin yanı sıra damgalamayla ilişkili toplumsal müdahaleler de oldukça önem taşımaktadır. Alan yazını incelendiğinde de Rüsch ve arkadaşları (2005) damgalamayı

azaltmaya yönelik müdahalelerde üç strateji vurgulanmıştır: protesto, eğitim ve temas. Protesto: damgalayıcı haberler, reklamlar, kamusal açıklamalarla ilişkili şikâyette bulunmayı kapsamaktadır. Örneğin, Almanya'da bu şikayetlere yönelik bir topluluk oluşturulmuş ve bu topluluğun çeşitli şirketlere ve medya kuruluşlarına açtığı davaların yaklaşık %80'inde başarı sağlanmıştır. Eğitim: ruhsal hastalıklarla ilgili bilgilendirici kitaplar, videolar ve çeşitli gruplara verilebilecek (örn. polisler) kursları içermektedir. Eğitim konusunda yapılan müdahalelerle ilgili ise eğitim içeriğinin önemine dikkat çekilmiştir. Örneğin, şizofreni tanısıyla ilgili kalıtımsal ve değiştirilemez bir ortaya çıkış nedeni vurgulamasının "biz ve onlar" arasındaki ayrımı arttırabileceği öne sürülmüştür. Ayrıca eğitim programlarının da temasla birlikte olduğunda daha fazla etkili olduğu görülmüştür. Temasın arttırılmasına yönelik olarak ülkemizden verilebilecek bir örnek ise Mavi At Kafe Kültür Yaşam Ortamı'dır. Bu kafede şizofreni tanısı almış bireyler çalışmakta böylece tanı almayan grubun ruhsal hastalıklarla ilgili temas kurabileceği bir alan açılmaktadır.

Damgalamanın önüne geçebilmesi için daha geniş kitlelere ulaşılabilmesi adına şizofreni tanısı hakkında yanlış bilinen yaygın inançlar hakkında çeşitli kamu spotları hazırlanıp yayınlanabilir. Araştırma kapsamında ulaşılan katılımcıların çoğu günlük hayat işleyişlerini sürdürebilen ve çeşitli yerlerde farklı insanlarla daha fazla temas kuran katılımcılardır. Bu nedenle de ayrımcılık deneyimleri ile daha çok karşılaşıyor olabilirler. Şizofreni tanısı almış bireylerin günlük hayatta temas ettiği farklı gruplara (örn. işverenler, kasiyerler, halk eğitim merkezi çalışanları, banka çalışanları, hastane personelleri vb.) şizofreni tanısı hakkında farkındalık yaratacak psikoeğitimler verilmesi kişilerin damgalayıcı tutumlarını azaltmada etkili olabilir.

Çoklu aracılık analizlerinde öne çıkan bir diğer alt boyut damgalanmaya karşı direnç alt boyutudur. Bu noktada toplumsal damgalamayı azaltmaya yönelik müdahalelerin yanı sıra kişilerin damgalanmaya karşı direnç gösterebilmesi için yapılacak terapötik müdahaleler önemli bir yere sahiptir (Sibitz ve ark., 2011). Bu bağlamda bireysel terapilerde ve grup terapilerinde bireylerin benimsediği damgalayıcı inançları ele almak ve damgalanmanın olumsuz etkileri üzerinde çalışmak; damgalanmaya karşı direnç geliştirebilmek ve daha doyum veren bir yaşam sürebilmek için faydalı olabilir.

4.6. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI VE GELECEK ARAŞTIRMALARA ÖNERİLER

İlk olarak mevcut araştırma kapsamında şizofreni tanısı almış bireylere Ankara ve Samsun'daki dernekler ve toplum ruh sağlığı merkezleri tarafından ulaşılmıştır. Fakat şizofreni tanısı almış bireylerin bir kısmı çeşitli nedenlerden (ulaşım, düşük gelir seviyesi, toplumsal cinsiyet rolleri[1], tanıdan kaynaklı kişinin işlevselliğinin düşük olması, kişinin kendini diğerlerine bağımlı hissetmesi vd.) bu tür hizmetlere ulaşamamaktadır. Dernekler ve toplum ruh sağlığı merkezlerinden hizmet almak araştırmadaki değişkenleri olumlu yönde etkileyebilecek bir diğer durumdur. Dolayısıyla araştırma bulguları yorumlanırken örneklemin yalnızca Ankara ve Samsun'daki izin alınabilen TRSM'ler ve iki dernek aracılığıyla ulaşılabilen bireylerden oluştuğu göz önünde bulundurulmalıdır. Gelecek araştırmalarda Türkiye'nin farklı bölgelerini temsil eden şehirlerde yaşayan, derneklerin veya toplum ruh sağlığı merkezlerinin hizmetlerinden faydalanmayan şizofreni tanısı almış bireylere de ulaşılması daha kapsayıcı ve dış geçerliği yüksek bilgilere ulaşabilmek için yararlı olacaktır.

Mevcut çalışma kesitsel yürütüldüğü için şizofreni tanısı almış bireylerde yaşam doyumu ile ilişkili öğeleri anlamaya çalışırken nedensel çıkarımlar yapılamamaktadır. Öz yeterliğin düşük ve sağlık kontrol odağının şans yönünde dışsallaşmış olmasının düşük yaşam doyumu ve yüksek kendini damgalama için risk etkeni olup olmadığı konusunda nedensel çıkarımlar yapabilmek için boylamsal araştırmalara gereksinim duyulmaktadır. Araştırmada katılımcıların ilaç tedavileri hakkında bilgi alınmamıştır. Şizofreni tanısı almış bireylerde yaşam doyumunu incelerken mevcut araştırmadaki gibi ilaç değişiklikleri hakkında bir kısıtlama yapmayan araştırılmaların (Fervaha ve ark., 2016) yanı sıra en az dört ay aynı ilacı kullanma ölçütünü uygulayan araştırmaya da rastlanmıştır (Saperia ve ark., 2018). Mevcut araştırmada veri toplama süresi kısıtlı olduğundan örneklem büyüklüğünü daraltmamak adına ilaç değişiklikleri hakkında bilgi alınmamış

[1]Hem derneklerde hem toplum ruh sağlığı merkezlerinde veri toplanırken kadınların neden erkeklere göre daha az katılım gösterdiği üzerine birimlerdeki görevlilerle konuşulduğunda görevliler "bazı ailelerde kadının evde kalıp ev işlerine yardım etmesinin uygun görüldüğü; bu nedenle kadın hastaların bu merkezlere gelme konusunda desteklenmediğini" belirtmiştir.

ve bu durum dışlama ölçütü olarak kullanılmamıştır. Yalnızca son üç ay içinde hastane yatışı olmaması ölçütü koyularak iyileşmede olan hastaların katılması sağlanmıştır. İlaç değişikliklerinin hastalarının belirtilerinde yansımaları olduğu için yaşam doyumunu da etkileyebileceği düşünülmekte ve ileriki araştırmalarda bu değişkenin olası karıştırıcı etkisinin göz önünde bulundurulması önerilmektedir.

Kullanılan ölçeklerden yalnızca kendini damgalama için olan ölçek ruhsal hastalıklara özgü geliştirilmiştir. Diğer ölçeklerin de ruhsal hastalığı olan veya şizofreni tanısı almış bireyler için geliştirilmesi ve bu ölçeklerin kullanılmasının kapsam geçerliliğini güçlendireceği düşünülmektedir.

Alan yazınında şizofreni tanısı almış bireylerde sağlık kontrol odağı ile ilişkili değişkenleri inceleyen araştırmalara oldukça az rastlanmaktadır. Şizofreni tanısı almış bireylerin düşünce süreçleri tanı almayan gruba göre farklılaşabileceğinden kontrol odağının farklı değişkenler üzerindeki etkisini de karmaşıklaştırabilmektedir. Örneğin, alan yazınında dışsal kontrol odağı daha çok olumsuz değişkenlerle ilişkilendirilirken bir yandan bu konuda çelişkili bulgular da görülmektedir (Goodman ve ark., 1994; Wang ve ark., 2013). Bu araştırmada da sağlık kontrol odağının iç ve şans alt boyutları yaşam doyumu ile pozitif yönde ilişkili görülmüştür. Mevcut çalışmada sağlık kontrol odağı kendini damgalama değişkeni ile de ilişkili görüldüğünden şizofreni tanısı almış bireylerde kontrol odağını daha iyi anlamak ve yaşam doyumu ile ilişkisinde farklı hangi değişkenlerin aracılık ettiğini araştırmak şizofreni tanısı almış bireylerin psikolojik süreçlerini daha iyi anlayabilmek için faydalı olabilir.

Son olarak araştırmada kendini damgalamayı ölçmek için Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği kullanılmıştır. Bu ölçek kendini damgalamanın farklı yönlerini içerdiği ve ruhsal hastalıklara özgü olduğu için tercih edilse de mevcut ölçekte "kendini damgalamanın sosyal bilişsel modeli"nde (Corrigan ve ark., 2006; Watson ve ark., 2007) oldukça önemli görülen özdeşleşme aşaması ile ilgili madde sayısının kısıtlı olduğu düşünülmektedir. Bu model temel alınarak geliştirilen "Self-Stigma of Mental Illness Scale (SSMIS)" isimli ölçeğin Türkçe uyarlama çalışması bulunmamaktadır. Gelecek araştırmalarda bu ölçeğin uyarlamasının yapılması kendini damgalamanın farklı aşamalarının değerlendirilmesini sağlayarak bu sürecin daha iyi anlaşılmasına katkı sunabilir.

SONUÇ

Mevcut araştırmada Ankara ve Samsun'daki çeşitli Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri ve dernekler aracılığıyla ulaşılan şizofreni tanısı almış bireylerde yaşam doyumu ile ilişkili öğeler incelenmiştir. Araştırmanın ilk modelinde genel öz yeterlik ve yaşam doyumu arasındaki ilişkide kendini damgalamanın aracı rolü incelenirken ikinci modelinde sağlık kontrol odağı şans alt boyutu ile yaşam doyumu arasındaki ilişkide kendini damgalamanın aracı rolü incelenmiştir. İki modelde de beklenen aracılık etkileri görülmemiştir. Kendini damgalama düzeyini ölçmek için kullanılan Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalama Ölçeği kendini damgalamanın farklı boyutlarını ölçtüğünden çoklu aracılık analizi ile daha ayrıntılı incelenmesi gerektiği düşünülmüştür. İki model için de yapılan çoklu aracılık analizleri sonucunda öz yeterlik ve sağlık kontrol odağı ile yaşam doyumu arasındaki ilişkilerde algılanan ayrımcılık ve damgalanmaya karşı direnç alt boyutlarının çoklu aracılık etkileri görülmüştür. Buradan yola çıkarak şizofreni tanısı almış bireylerle kendini damgalama ile ilişkili yapılacak bireysel müdahalelerin yanı sıra ayrımcılık deneyimlerinin azaltılabilmesi için toplumsal müdahalelerin de önemi vurgulanmıştır.

Bu çalışmada sağlık kontrol odağının iç ve şans alt boyutları yaşam doyumu ile pozitif yönde ilişkili bulunurken güçlü diğerleri ve doktorlar alt boyutu yaşam doyumu ile ilişkili bulunmamıştır. Sağlık davranışlarıyla ilişkili hem içsel hem de dışsal atıfların yaşam doyumu ile pozitif yönde ilişkili olması tanı ile ilgili durumları içselleştirme ve dışsallaştırma süreçlerinin farklı üstünlüklere ve zayıflıklara yol açabileceği üzerinden tartışılmıştır. Kendini damgalamaya bakıldığında ise şans ve güçlü diğerleri alt boyutları ile pozitif yönde anlamlı ilişki görülürken iç ve doktorlar alt boyutları ile ilişkili görülmemektedir. Alan yazınında şizofreni tanısı alan bireylerde sağlık kontrol odağı ile ilişkili araştırmalara oldukça az bulunmaktadır. Bu nedenle şizofreni tanısı almış bireylerde kontrol odağının farklı yönlerinin daha iyi anlaşılabilmesi için daha fazla çalışmaya gereksinim duyulmakta ve gelecek araştırmalarda sağlık kontrol odağının şizofreni tanısı ile ilişkili farklı değişkenlerle (işlevsellik düzeyi, belirti şiddeti, tedaviye uyum/katılım vd.) de incelenmesi önerilmektedir.

KAYNAKÇA

Amerikan Psikiyatri Birliği (2013). *DSM-5 tanı ölçütleri başvuru elkitabı* (1. Baskı). (E. Köroğlu, Çev.). Hekimler Yayın Birliği.

Andreasen, N. C., Carpenter Jr, W. T., Kane, J. M., Lasser, R. A., Marder, S. R. ve Weinberger, D. R. (2005). Remission in schizophrenia: proposed criteria and rationale for consensus. *American Journal of Psychiatry*, *162*(3), 441-449. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.3.441

Arrindell, W. A., Van Nieuwenhuizen, C. ve Luteijn, F. (2001). Chronic psychiatric status and satisfaction with life. *Personality and Individual Differences*, *31*(2), 145-155. https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00125-2

Ayano, G. (2016). Schizophrenia: a concise overview of etiology, epidemiology diagnosis and management: review of literatures. *Journal of Schizophrenia Research, 3*(2), 2-7.

Aydın, M., İlhan, B. Ç., Tekdemir, R., Çokünlü, Y., Erbasan, V. ve Altınbaş, K. (2019). Suicide attempts and related factors in schizophrenia patients. *Saudi Medical Journal*, *40*(5), 475-482. https://doi.org/10.15537/smj.2019.5.24153

Aypay, A. (2010). Genel öz yeterlik ölçeği'nin (GÖYÖ) Türkçe'ye uyarlama çalışması. *İnönü Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, *11*(2), 113-132.

Bai, W., Liu, Z. H., Jiang, Y. Y., Zhang, Q. E., Rao, W. W., Cheung, T., ... ve Xiang, Y. T. (2021). Worldwide prevalence of suicidal ideation and suicide plan among people with schizophrenia: a meta-analysis and systematic review of epidemiological surveys. *Translational Psychiatry*, *11*(1), 552. https://doi.org/10.1038/s41398-021-01671-6

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review, 84*(2), *191–215.* https://doi.org/10.1037/0033-295x.84.2.191

Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist, 37*(2), *122–147.* https://doi.org/10.1037/0003-066x.37.2.122

Bandura, A. (1995). *Exercise of personal and collective efficacy in changing societies*. A. Bandura (Ed.), *Self-efficacy in changing societies* içinde (ss. 1–45). Cambridge University Press.

Berardelli, I., Rogante, E., Sarubbi, S., Erbuto, D., Lester, D. ve Pompili, M. (2021). The importance of suicide risk formulation in schizophrenia. *Frontiers in Psychiatry*, *12*, 779684. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.779684

Bozan, M. (2019). *Toplum Ruh Sağlığı Merkezinden hizmet alanların içselleştirilmiş damgalanma ve sosyal işlevsellik durumlarının incelenmesi: Eskişehir örneği* [Yüksek lisans tezi]. Hacettepe Üniversitesi.

Brisch, R., Saniotis, A., Wolf, R., Bielau, H., Bernstein, H. G., Steiner, J., ... ve Gos, T. (2014). The role of dopamine in schizophrenia from a neurobiological and evolutionary perspective: old fashioned, but still in vogue. *Frontiers in Psychiatry*, *5*, 47. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2014.00047

Brown, A. S. ve Lau, F. S. (2016). A review of the epidemiology of schizophrenia. *Handbook of Behavioral Neuroscience*, *23*, 17-30. https://doi.org/10.1016/B978-0-12-800981-9.00002-X

Bruijnzeel, D., Suryadevara, U. ve Tandon, R. (2014). Antipsychotic treatment of schizophrenia: an update. *Asian Journal of Psychiatry, 11*(1), 3-7. https://doi.org/10.1016/j.ajp.2014.08.002

Buhagiar, K., Parsonage, L. ve Osborn, D. P. (2011). Physical health behaviours and health locus of control in people with schizophrenia-spectrum disorder and bipolar disorder: a cross-sectional comparative study with people with non-psychotic mental illness. *BMC Psychiatry*, *11*(1), 104.

Cantor-Graae, E. ve Pedersen, C. B. (2013). Full spectrum of psychiatric disorders related to foreign migration: a Danish population-based cohort study. *JAMA Psychiatry*, *70*(4), 427-435. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.441

Cardenas, V., Abel, S., Bowie, C. R., Tiznado, D., Depp, C. A., Patterson, T. L., ... ve Mausbach, B. T. (2013). When functional capacity and real-world functioning

converge: the role of self-efficacy. *Schizophrenia Bulletin*, *39*(4), 908-916. https://doi.org/10.1093/schbul/sbs004

Chadwick, P. (2002). Making sense of psychosis. Part 1. Understanding one man's schizophrenic experience. *Nursing Times*, *98*(38), 32-33.

Chan, R. K. L., Thompson, N. S. ve Yu, C. K. C. (2019). Help-seeking attitudes, locus of control, and emotional expressivity in Hong Kong and Western people. *Asia Pacific Journal of Counselling and Psychotherapy*, *10*(2), 95-110. https://doi.org/10.1080/21507686.2019.1634603

Charlson, F. J., Ferrari, A. J., Santomauro, D. F., Diminic, S., Stockings, E., Scott, J. G., ... ve Whiteford, H. A. (2018). Global epidemiology and burden of schizophrenia: findings from the global burden of disease study 2016. *Schizophrenia Bulletin*, *44*(6), 1195-1203. https://doi.org/10.1093/schbul/sby058

Christensen, A. J., Wiebe, J. S., Benotsch, E. G. ve Lawton, W. J. (1996). Perceived health competence, health locus of control, and patient adherence in renal dialysis. *Cognitive Therapy and Research*, *20*(4), 411-421.

Chuang, S. P., Wu, J. Y. W., Wang, C. S., Liu, C. H. ve Pan, L. H. (2016). Self concepts, health locus of control and cognitive functioning associated with health-promoting lifestyles in schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, *70*, 82-89. https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2016.06.014

Cooke, A. ve British Psychological Society. Division Of Clinical Psychology. (2017). Understanding psychosis and schizophrenia. The British Psychological Society.

Corrigan, P. W. ve Watson, A. C. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*, *1*(1), 16.

Corrigan, P. W., Bink, A. B., Schmidt, A., Jones, N., & Rüsch, N. (2016). What is the impact of self-stigma? Loss of self-respect and the “why try” effect. *Journal of Mental Health*, *25*(1), 10-15. https://doi.org/10.3109/09638237.2015.1021902

Corrigan, P. W., Rafacz, J. ve Rüsch, N. (2011). Examining a progressive model of self-stigma and its impact on people with serious mental illness. *Psychiatry Research, 189*(3), 339–343. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.05.024

Corrigan, P. W., Watson, A. C. ve Barr, L. (2006). The self-stigma of mental illness: Implications for self-esteem and self-efficacy. *Journal of Social and Clinical Psychology, 25*(8), 875–884. https://doi.org/10.1521/jscp.2006.25.8.875

Dağ, İ. (2002). Kontrol odağı ölçeği (KOÖ): Ölçek geliştirme, güvenirlik ve geçerlik çalışması. *Türk Psikoloji Dergisi*. *17*(49), 77–92.

Dağlı, A. ve Baysal, N. (2016). Yaşam doyumu ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanması: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, *15*(59), 1250-1262. https://doi.org/10.17755/esosder.263229

Davies, G., Welham, J., Chant, D., Torrey, E. F. ve McGrath, J. (2003). A systematic review and meta-analysis of Northern Hemisphere season of birth studies in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, *29*(3), 587-593. https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a007030

Dedecan, I. (2013). *Çok Boyutlu Sağlık Denetim Odağı Ölçeği C Formu: Türkiye geçerlik-güvenirlik çalışması* [Yüksek lisans tezi]. Okan Üniversitesi.

Deveci, A., Esen-Danaci, A., Yurtsever, F., Deniz, F. ve Gürlek-Yüksel, E. (2008). Şizofrenide psikososyal beceri eğitiminin belirti örüntüsü, içgörü, yaşam kalitesi ve intihar olasılığı üzerine etkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, *19*(3), 266-273.

Diehl, C., Liebau, E. ve Mühlau, P. (2021). How often have you felt disadvantaged? Explaining perceived discrimination. *KZfSS Kölner Zeitschrift Für Soziologie Und Sozialpsychologie*, *73*(1), 1-24.

Diener, E. (1994). Assessing subjective well-being: Progress and opportunities. *Social Indicators Research*, *31*, 103-157.

Doğanavşargil, G. Ö. (2009). *Şizofreni ve depresyonda içselleştirilmiş damgalanma ve yaşam kalitesi* [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi]. Dokuz Eylül Üniversitesi.

Dohrenwend, B. P., Levav, I., Shrout, P. E., Schwartz, S., Naveh, G., Link, B. G., ... ve Stueve, A. (1992). Socioeconomic status and psychiatric disorders: the causation-selection issue. *Science*, *255*(5047), 946-952. https://doi.org/10.1126/science.1546291

Dubreucq, J., Plasse, J. ve Franck, N. (2021). Self-stigma in serious mental illness: A systematic review of frequency, correlates, and consequences. *Schizophrenia Bulletin*, *47*(5), 1261-1287. https://doi.org/10.1093/schbul/sbaa181

Durak, M., Senol-Durak, E. ve Gencoz, T. (2010). Psychometric properties of the satisfaction with life scale among Turkish university students, correctional officers, and elderly adults. *Social Indicators Research*, *99*(3), 413-429.

Emsley, R., Chiliza, B. ve Asmal, L. (2013). The evidence for illness progression after relapse in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, *148*(1-3), 117-121. https://doi.org/10.1016/j.schres.2013.05.016

Ersoy, M. A. ve Varan, A. (2007). Ruhsal hastalıklarda içselleştirilmiş damgalanma ölçeği Türkçe formu'nun güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, *18*(2), 163-171.

Fatani, B. Z., Aldawod, R., Alhawaj, A., Alsadah, S., Slais, F. R., Alyaseen, E. N., ... ve Qassaim, Y. A. (2017). Schizophrenia: etiology, pathophysiology and management-a review. *The Egyptian Journal of Hospital Medicine*, *69*(6), 2640-2646. https://doi.org/10.12816/0042241

Fervaha, G., Agid, O., Takeuchi, H., Foussias, G. ve Remington, G. (2013). Clinical determinants of life satisfaction in chronic schizophrenia: data from the CATIE study. *Schizophrenia Research*, *151*(1-3), 203-208.

Fervaha, G., Agid, O., Takeuchi, H., Foussias, G. ve Remington, G. (2016). Life satisfaction and happiness among young adults with schizophrenia. *Psychiatry Research*, *242*, 174-179.

Field, A. (2018). Discovering statistics using IBM SPSS Statistics (5. baskı). SAGE.

Filatova, S., Koivumaa-Honkanen, H., Hirvonen, N., Freeman, A., Ivandic, I., Hurtig, T., ... ve Miettunen, J. (2017). Early motor developmental milestones and schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Research*, *188*, 13-20. https://doi.org/10.1016/j.schres.2017.01.029

Firmin, R. L., Luther, L., Lysaker, P. H., Minor, K. S. ve Salyers, M. P. (2016). Stigma resistance is positively associated with psychiatric and psychosocial outcomes: A

meta-analysis. *Schizophrenia Research*, *175*(1-3), 118-128. https://doi.org/10.1016/j.schres.2016.03.008

Fritz, M. S. ve MacKinnon, D. P. (2007). Required sample size to detect the mediated effect. *Psychological Science*, *18*(3), 233-239. https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.2007.01882.x

Gerlinger, G., Hauser, M., De Hert, M., Lacluyse, K., Wampers, M. ve Correll, C. U. (2013). Personal stigma in schizophrenia spectrum disorders: a systematic review of prevalence rates, correlates, impact and interventions. *World Psychiatry*, *12*(2), 155-164. **https://doi.org/10.1002/wps.20040**

Giordano, G. M., Bucci, P., Mucci, A., Pezzella, P. ve Galderisi, S. (2021). Gender differences in clinical and psychosocial features among persons with schizophrenia: a mini review. *Frontiers in Psychiatry*, *12*, 789179. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.789179

Goodman, S. H., Cooley, E. L., Sewell, D. R. ve Leavitt, N. (1994). Locus of control and self-esteem in depressed, low-income African-American women. *Community Mental Health Journal*, *30*(3), 259-269.

Grant, P. M. ve Beck, A. T. (2009). Defeatist beliefs as a mediator of cognitive impairment, negative symptoms, and functioning in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, *35*(4), 798-806. https://doi.org/10.1093/schbul/sbn008

Guo, Y., Qu, S. ve Qin, H. (2018). Study of the relationship between self-stigma and subjective quality of life for individuals with chronic schizophrenia in the community. *General Psychiatry*, *31*(3), e100037. https://doi.org/10.1136/gpsych-2018-100037

Häfner, H., Löffler, W., Maurer, K., Hambrecht, M. ve Heiden, W. A. D. (1999). Depression, negative symptoms, social stagnation and social decline in the early course of schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *100*(2), 105-118. **https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1999.tb10831.x**

Hamidi, S., Ebrahimi, H., Vahidi, M. ve Areshtanab, H. N. (2023). Internalized stigma and its association with hope, self-esteem, self-efficacy, and treatment adherence

among outpatients with severe mental illness: A cross-sectional survey. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, *28*(3), 345-351. https://doi.org/10.4103/ijnmr.ijnmr_248_21

Hansen, H. G., Speyer, H., Starzer, M., Albert, N., Hjorthøj, C., Eplov, L. F. ve Nordentoft, M. (2023). Clinical recovery among individuals with a first-episode schizophrenia an updated systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, *49*(2), 297-308. https://doi.org/10.1093/schbul/sbac103

Hansson, L. ve Yanos, P. T. (2016). Narrative enhancement and cognitive therapy: A pilot study of outcomes of a self-stigma intervention in a Swedish clinical context. *Stigma and Health*, *1*(4), 280. https://doi.org/10.1037/sah0000035

Harrow, M., Hansford, B. G. ve Astrachan-Fletcher, E. B. (2009). Locus of control: Relation to schizophrenia, to recovery, and to depression and psychosis—A 15-year longitudinal study. *Psychiatry Research*, *168*(3), 186-192. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2008.06.002

Hayes, A. F. (2009). Beyond Baron and Kenny: Statistical mediation analysis in the new millennium. Communication Monographs, *76*(4), 408-420. https://doi.org/10.1080/03637750903310360

Hayward, P. ve Bright, J. A. (1997). Stigma and mental illness: A review and critique. *Journal of Mental Health*, *6*(4), 345-354. https://doi.org/10.1080/09638239718671

He, X. Y., Migliorini, C., Huang, Z. H., Wang, F., Zhou, R., Chen, Z. L., ... ve Hou, C. L. (2022). Quality of life in patients with schizophrenia: a 2-year cohort study in primary mental health care in rural China. *Frontiers in Public Health*, *10*, 983733. https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.983733

Hickie, I. B., Scott, E.M., Hermens, D.F., Naismith, S.L., Guastella, A.J. ve Kaur M. (2013). Applying clinical staging to young people who present for mental health care. *Early Intervention in Psychiatry. 7*(1), 31–43. https://doi.org/10.1111/j.1751-7893.2012.00366.x

Hill, K. ve Startup, M. (2013). The relationship between internalized stigma, negative symptoms and social functioning in schizophrenia: the mediating role of self-efficacy. *Psychiatry Research*, *206*(2-3), 151-157. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.09.056

Hoeltje, C. O., Silbum, S. R., Garton, A. F. ve Zubrick, S. R. (1996). Generalized self-efficacy: Family and adjustment correlates. *Journal of Clinical Child Psychology*, *25*(4), 446-453. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp2504_9

Horan, W. P., Rassovsky, Y., Kern, R. S., Lee, J., Wynn, J. K. ve Green, M. F. (2010). Further support for the role of dysfunctional attitudes in models of real-world functioning in schizophrenia. *Journal of Psychiatric Research*, *44*(8), 499-505. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2009.11.001

Hrbáčková, K., Hladík, J., & Vávrová, S. (2012). The relationship between locus of control, metacognition, and academic success. *Procedia-Social and Behavioral Sciences, 69*, 1805-1811.

Hutcheson, C., Fleming, M. P. ve Martin, C. R. (2014). An examination and appreciation of the dimensions of locus of control in psychosis: issues and relationships between constructs and measurement. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *21*(10), 906-916. https://doi.org/10.1111/jpm.12160

Immonen, J., Jääskeläinen, E., Korpela, H. ve Miettunen, J. (2017). Age at onset and the outcomes of schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. *Early intervention in psychiatry, 11*(6), 453-460. https://doi.org/10.1111/eip.12412

Jääskeläinen, E., Juola, P., Hirvonen, N., McGrath, J. J., Saha, S., Isohanni, M., ... ve Miettunen, J. (2013). A systematic review and meta-analysis of recovery in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, *39*(6), 1296-1306. https://doi.org/10.1093/schbul/sbs130

Jahn, D. R., Leith, J., Muralidharan, A., Brown, C. H., Drapalski, A. L., Hack, S. ve Lucksted, A. (2020). The influence of experiences of stigma on recovery: Mediating roles of internalized stigma, self-esteem, and self-efficacy. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, *43*(2), 97-105.

Jose, D., Lalitha, K., Gandhi, S. ve Desai, G. (2015). Consumer perspectives on the concept of recovery in schizophrenia: a systematic review. *Asian Journal of Psychiatry*, *14*(1), 13-18. https://doi.org/10.1016/j.ajp.2015.01.006

Karadağ, Y. (2019). *Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı olan ve olmayan ergenlerin öz-yeterlik düzeyleri ile ebeveynlerinin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu belirtileri ve öz-yeterlik düzeylerinin karşılaştırılması* [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi]. Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi.

Kavas, A. B., Topkaya, N. ve Gençoğlu, C. (2014). Psikolojik yardım alma nedeniyle sosyal damgalanma, denetim merkezi, kendini damgalama ve yaşam doyumu arasındaki ilişkiler. *Ondokuz Mayıs Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, *33*(2), 367-377.

Kayaoğlu, K. ve Ay, E. (2024). Examination of internalized stigma, quality of life, and happiness in patients with schizophrenia. *Journal of Mental Health*, *33*(1), 101-109. https://doi.org/10.1080/09638237.2023.2278096

Keefe, R. S. ve Harvey, P. D. (2012). *Cognitive impairment in schizophrenia*. İçinde J. A. Lieberman, T. S. Stroup ve D. O. Perkins (Ed.), *Novel antischizophrenia treatments* (ss. 11–37). American Psychiatric Publishing.

Kesavayuth, D., Poyago-Theotoky, J. ve Zikos, V. (2020). Locus of control, health and healthcare utilization. *Economic Modelling*, *86*, 227-238. https://doi.org/10.1016/j.econmod.2019.06.014

Keshavan, M. S., Dick, E., Mankowski, I., Harenski, K., Montrose, D. M., Diwadkar, V. ve DeBellis, M. (2002). Decreased left amygdala and hippocampal volumes in young offspring at risk for schizophrenia. *Schizophrenia Research*, *58*(2-3), 173-183. https://doi.org/10.1016/S0920-9964(01)00404-2

Khashan, A. S., Abel, K. M., McNamee, R., Pedersen, M. G., Webb, R. T., Baker, P. N., ... ve Mortensen, P. B. (2008). Higher risk of offspring schizophrenia following antenatal maternal exposure to severe adverse life events. *Archives of General Psychiatry*, *65*(2), 146-152. https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2007.20

Kleim, B., Vauth, R., Adam, G., Stieglitz, R. D., Hayward, P. ve Corrigan, P. (2008). Perceived stigma predicts low self-efficacy and poor coping in schizophrenia. *Journal of Mental Health*, *17*(5), 482-491. https://doi.org/10.1080/09638230701506283

Kulacaoğlu, F. ve İzci, F. (2021). Travmatik Beyin Hasarında Psikiyatrik Komorbidite. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, *13*(3), 511-523. https://doi.org/10.18863/pgy.820768

Kurt, A., Erşan, E. E. ve Savaş, İ. (2021). Toplum Ruh Sağlığı Merkezi hizmeti alan ve ayaktan psikiyatri poliklinik hizmeti alan hastaların kendini damgalama ve öznel iyileşme durumlarının karşılaştırılması. *Journal of Psychiatric Nursing, 2*(2), 103-112. https://doi.org/10.14744/phd.2020.73383

Kurtz, M. M. ve Mueser, K. T. (2008). A meta-analysis of controlled research on social skills training for schizophrenia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *76*(3), 491.

Kyziridis, T. C. (2005). Notes on the history of schizophrenia. *German Journal of Psychiatry*, *8*(3), 42.

Lavretsky, H. (2008). *History of schizophrenia as a psychiatric disorder*. İçinde R. E. Hales, S. C. Yudofsky ve G. O. Gabbard (Ed.), *Clinical handbook of schizophrenia* (ss. 3–15). American Psychiatric Publishing.

Leucht, S., Tardy, M., Komossa, K., Heres, S., Kissling, W., Salanti, G. ve Davis, J. M. (2012). Antipsychotic drugs versus placebo for relapse prevention in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet, 379*(9831), 2063-2071.

Liberman, R. P., Kopelowicz, A., Ventura, J. ve Gutkind, D. (2002). Operational criteria and factors related to recovery from schizophrenia. *International Review of Psychiatry*, *14*(4), 256-272. https://doi.org/10.1080/0954026021000016905

Lieberman, J.A., Perkins, D., Belger, A., Chakos, M., Jarskog, M. ve Boteva, K. (2001). The early stages of schizophrenia: speculations on pathogenesis, pathophysiology,

and therapeutic approaches. *Biological Psychiatry. 50*(11), 884–897. https://doi.org/10.1016/S0006-3223(01)01303-8

Link, B. G. (1987). Understanding labeling effects in the area of mental disorders: An assessment of the effects of expectations of rejection. *American Sociological Review*, 52(1), 96-112. https://doi.org/10.2307/2095395

Link, B. G. ve Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, *27*(1), 363-385. https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363

Liu, D., Zhou, Y., Li, G. ve He, Y. (2020). The factors associated with depression in schizophrenia patients: the role of self-efficacy, self-esteem, hope and resilience. *Psychology, Health & Medicine*, *25*(4), 457-469. https://doi.org/10.1080/13548506.2019.1695862

Liu, F., Deng, H., Hu, N., Huang, W., Wang, H., Liu, L., ... ve Li, Y. (2024). The relationship between self-stigma and quality of life in long-term hospitalized patients with schizophrenia: a cross-sectional study. *Frontiers in Psychiatry*, *15*, 1366030. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1366030

Lysaker, P. H., Roe, D. ve Yanos, P. T. (2007). Toward understanding the insight paradox: internalized stigma moderates the association between insight and social functioning, hope, and self-esteem among people with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia Bulletin, 33*(1), 192-199. https://doi.org/10.1093/schbul/sbl016

MacInnes, D. L. ve Lewis, M. (2008). The evaluation of a short group programme to reduce self-stigma in people with serious and enduring mental health problems. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *15*(1), 59-65. https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2007.01212.x

Mak, W. W. ve Wu, C. F. (2006). Cognitive insight and causal attribution in the development of self-stigma among individuals with schizophrenia. *Psychiatric Services*, *57*(12), 1800-1802. https://doi.org/10.1176/ps.2006.57.12.1800

Malaspina, D., Harlap, S., Fennig, S., Heiman, D., Nahon, D., Feldman, D. ve Susser, E. S. (2001). Advancing paternal age and the risk of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, *58*(4), 361-367. https://doi.org/10.1001/archpsyc.58.4.361

March, D., Hatch, S. L., Morgan, C., Kirkbride, J. B., Bresnahan, M., Fearon, P. ve Susser, E. (2008). Psychosis and place. *Epidemiologic Reviews*, *30*(1), 84-100. https://doi.org/10.1093/epirev/mxn006

Marshall, M., Lewis, S., Lockwood, A., Drake, R., Jones, P. ve Croudace, T. (2005). Association between duration of untreated psychosis and outcome in cohorts of first-episode patients: a systematic review. *Archives of General Psychiatry*, *62*(9), 975-983. https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.9.975

Martinez-Cao, C., de la Fuente-Tomas, L., Garcia-Fernandez, A., Gonzalez-Blanco, L., Saiz, P. A., Garcia-Portilla, M. P. ve Bobes, J. (2022). Is it possible to stage schizophrenia? A systematic review. *Translational Psychiatry*, *12*(1), 197.

McGorry PD, Nelson B, Goldstone S, Yung AR. (2010). Clinical staging: a heuristic and practical strategy for new research and better health and social outcomes for psychotic and related mood disorders. *The Canadian Journal of Psychiatry, 55*(8), 486–97. https://doi.org/10.1177/070674371005500803

Meule, A. ve Voderholzer, U. (2020). Life satisfaction in persons with mental disorders. *Quality of Life Research*, *29*(11), 3043-3052.

Meyer, C., Rumpf, H. J., Hapke, U. ve John, U. (2004). Impact of psychiatric disorders in the general population: satisfaction with life and the influence of comorbidity and disorder duration. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *39*(6), 435-441. https://10.1007/s00127-004-0755-3

Molstrom, I. M., Nordgaard, J., Urfer-Parnas, A., Handest, R., Berge, J. ve Henriksen, M. G. (2022). The prognosis of schizophrenia: A systematic review and meta-analysis with meta-regression of 20-year follow-up studies. *Schizophrenia Research*, *250*, 152-163. https://doi.org/10.1016/j.schres.2022.11.010

Morgades-Bamba, C. I., Fuster-Ruizdeapodaca, M. J. ve Molero, F. (2019). Internalized stigma and its impact on schizophrenia quality of life. *Psychology, Health & Medicine*, *24*(8), 992-1004. https://doi.org/10.1080/13548506.2019.1612076

Morgan, C. ve Fisher, H. (2007). Environment and schizophrenia: environmental factors in schizophrenia: childhood trauma—a critical review. *Schizophrenia Bulletin*, *33*(1), 3-10. https://doi.org/10.1093/schbul/sbl053

Mueser, K. T., Deavers, F., Penn, D. L. ve Cassisi, J. E. (2013). Psychosocial treatments for schizophrenia. *Annual Review of Clinical Psychology, 9*(1), 465-497.

Náfrádi, L., Nakamoto, K. ve Schulz, P. J. (2017). Is patient empowerment the key to promote adherence? A systematic review of the relationship between self-efficacy, health locus of control and medication adherence. *PloS One*, *12*(10), e0186458. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0186458

Neugarten, B. L., Havighurst, R. J. ve Tobin, S. S. (1961). The measurement of life satisfaction. *Journal of Gerontology*. *16(2),* 134-143. https://doi.org/10.1093/geronj/16.2.134

Ociskova, M., Prasko, J., Holubova, M., Latalova, K., Sollar, T., Zatkova, M., ... ve Bocek, J. (2023). Self-stigma in patients with schizophrenia: Impact and management. *Neuroendocrinology Letters*, *44*(6), 368-383.

Okur, S. ve Ümmet, D. (2021). The Relationship Between Psychological Resilience and Perceived Stress in Adults: The Mediating Role of General Self Efficacy. *Turkish Psychological Counseling and Guidance Journal*, *11*(60), 67-84.

Özer, M. ve Karabulut, Ö. Ö. (2003). Yaşlılarda yaşam doyumu. *Geriatri, 6*(2), 72-74.

Pavot, W. ve Diener, E. (1993). Review of the satisfaction with life scale. *Psychological Assessment*, *5*(2), 164-172.

Penner, J. D. ve Brown, A. S. (2007). Prenatal infectious and nutritional factors and risk of adult schizophrenia. *Expert Review of Neurotherapeutics*, *7*(7), 797-805. https://doi.org/10.1586/14737175.7.7.797

Perkins, D. O., Gu, H., Boteva, K. ve Lieberman, J. A. (2005). Relationship between duration of untreated psychosis and outcome in first-episode schizophrenia: a critical review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, *162*(10), 1785-1804. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.10.1785

Perrottelli, A., Giordano, G. M., Brando, F., Giuliani, L. ve Mucci, A. (2021). EEG-based measures in at-risk mental state and early stages of schizophrenia: a systematic review. *Frontiers in Psychiatry*, *12*, 653642. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.653642

Pratt, S. I., Mueser, K. T., Smith, T. E. ve Lu, W. (2005). Self-efficacy and psychosocial functioning in schizophrenia: a mediational analysis. *Schizophrenia Research*, *78*(2-3), 187-197 https://doi.org/10.1016/j.schres.2005.02.014

Ritsher, J. B. ve Phelan, J. C. (2004). Internalized stigma predicts erosion of morale among psychiatric outpatients. *Psychiatry Research*, *129*(3), 257-265. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2004.08.003

Ritsher, J. B., Otilingam, P. G. ve Grajales, M. (2003). Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Research*, *121*(1), 31-49. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2003.08.008

Rock, D. L., Meyerowitz, B. E., Maisto, S. A. ve Wallston, K. A. (1987). The derivation and validation of six multidimensional health locus of control scale clusters. *Research in Nursing & Health*, *10*(3), 185-195. https://doi.org/10.1002/nur.4770100311

Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs: General and Applied, 80*(1), 1–28. https://doi.org/10.1037/h0092976

Rüsch, N., Angermeyer, M. C. ve Corrigan, P. W. (2005). Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry*, *20*(8), 529-539. https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2005.04.004

Ryan, R. ve Deci, E. (2000). Self – Determination Theory and The Facilitation of Intrinsic Motivation, Social Development and Well- Being. *American Psychologist, 55*(1), 68-78.

Saperia, S., Da Silva, S., Siddiqui, I., McDonald, K., Agid, O., Remington, G. ve Foussias, G. (2018). Investigating the predictors of happiness, life satisfaction and success in schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, *81*, 42-47.

Sarısoy, G., Kaçar, Ö. F., Pazvantoğlu, O., Korkmaz, I. Z., Öztürk, A., Akkaya, D., ... ve Sahin, A. R. (2013). Internalized stigma and intimate relations in bipolar and schizophrenic patients: a comparative study. *Comprehensive Psychiatry*, *54*(6), 665-672. https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2013.02.002

Sarraf, L., Lepage, M. ve Sauve, G. (2022). The clinical and psychosocial correlates of self-stigma among people with schizophrenia spectrum disorders across cultures: A systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Research*, *248*, 64-78. https://doi.org/10.1016/j.schres.2022.08.001

Schepisi, C. (2024). Role of locus of control in mental health behaviours and outcomes. *Dialogues in Philosophy, Mental & Neuro Sciences*, *17*(1), 17-28.

Schmitt, M. T., Branscombe, N. R., Postmes, T. ve Garcia, A. (2014). The consequences of perceived discrimination for psychological well-being: a meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, *140*(4), 921.

Scholz, U., Doña, B. G., Sud, S. ve Schwarzer, R. (2002). Is general self-efficacy a universal construct? Psychometric findings from 25 countries. *European Journal of Psychological Assessment*, *18*(3), 242.

Schultze-Lutter, F., Ruhrmann, S., Hoyer, C., Klosterkötter, J. ve Leweke, F. M. (2007). The initial prodrome of schizophrenia: different duration, different underlying deficits?. *Comprehensive Psychiatry*, *48*(5), 479-488. https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2007.04.001

Schwarzer, R. ve Jerusalem, M. (1995). *Generalized self-efficacy scale*. J. Weinman, S. Wright ve M. Johnston (Ed.), *Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs* içinde (ss. 35–37). NFER-NELSON.

Selten, J. P., Cantor-Graae, E. ve Kahn, R. S. (2007). Migration and schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry*, *20*(2), 111-115. https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e328017f68e

Sibitz, I., Unger, A., Woppmann, A., Zidek, T. ve Amering, M. (2011). Stigma resistance in patients with schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, *37*(2), 316-323. https://doi.org/10.1093/schbul/sbp048

Silva, M. A. ve Restrepo, D. (2019). Functional recovery in schizophrenia. *Revista Colombiana de psiquiatria (English ed.)*, *48*(4), 252-260. https://doi.org/10.1016/j.rcpeng.2017.08.004

Silverstein, S. M. ve Bellack, A. S. (2008). A scientific agenda for the concept of recovery as it applies to schizophrenia. *Clinical Psychology Review*, *28*(7), 1108-1124. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.03.004

Song, Y. Y., Kim, K. R., Park, J. Y., Lee, S. Y., Kang, J. I., Lee, E., ... ve Kwon, J. S. (2011). Associated factors of quality of life in first-episode schizophrenia patients. *Psychiatry Investigation*, *8*(3), 201-206. https://10.4306/pi.2011.8.3.201

Söğütlü, L., Özen, Ş., VARLIK, C. ve Güler, A. (2017). Toplum ruh sağlığı merkezinde şizofreni hastalarına ruhsal toplumsal beceri eğitimi uygulanması ve sonuçları. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*, *18*(2), 121-128. https://doi.org/10.5455/apd.226040

St Clair, D. ve Lang, B. (2021). Schizophrenia: a classic battle ground of nature versus nurture debate. *Science Bulletin*, *66*(10), 1037-1046. https://doi.org/10.1016/j.scib.2021.01.032

Striebel, J. M. (2025). What is schizophrenia–symptomatology. *CNS Spectrums*, *30*(1), e12. https://doi.org/10.1017/S1092852924000622

Stroup, T. S., McEvoy, J. P., Swartz, M. S., Byerly, M. J., Glick, I. D., Canive, J. M., ... ve Lieberman, J. A. (2003). The National Institute of Mental Health clinical antipsychotic trials of intervention effectiveness (CATIE) project: schizophrenia trial design and protocol development. *Schizophrenia Bulletin*, *29*(1), 15-31. https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a006986

Susser, E., Neugebauer, R., Hoek, H. W., Brown, A. S., Lin, S., Labovitz, D. ve Gorman, J. M. (1996). Schizophrenia after prenatal famine: further evidence. *Archives of General Psychiatry*, *53*(1), 25-31.

Tabachnick, B., ve Fidell, L. S. (2015). Using multivariate statistics (6. baskı). Pearson Longman.

Tandon, R., Keshavan, M. S. ve Nasrallah, H. A. (2008). Schizophrenia,"just the facts" what we know in 2008. 2. Epidemiology and etiology. *Schizophrenia Research*, *102*(1-3), 1-18. https://doi.org/10.1016/j.schres.2008.04.011

Tandon, R., Lenderking, W. R., Weiss, C., Shalhoub, H., Barbosa, C. D., Chen, J., ... ve Castle, D. (2020). The impact on functioning of second-generation antipsychotic medication side effects for patients with schizophrenia: a worldwide, cross-sectional, web-based survey. *Annals of General Psychiatry, 19*, 1-11.

Tang, I. C. ve Wu, H. C. (2012). Quality of life and self-stigma in individuals with schizophrenia. *Psychiatric Quarterly*, *83*(4), 497-507.

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2011). *Toplum ruh sağlığı merkezleri hakkında yönerge*.

Thakral, S., Bhatia, T., Gettig, E. A., Nimgaonkar, V. L. ve Deshpande, S. N. (2014). A comparative study of health locus of control in patients with schizophrenia and their first degree relatives. *Asian Journal of Psychiatry*, *7*(1), 34-37. https://doi.org/10.1016/j.ajp.2013.10.004

Thoits, P. A. (2016). "I'm Not Mentally Ill" identity deflection as a form of stigma resistance. *Journal of Health and Social Behavior*, *57*(2), 135-151. https://doi.org/10.1177/0022146516641164

Toomey, R., Faraone, S. V., Simpson, J. C. ve Tsuang, M. T. (1998). Negative, positive, and disorganized symptom dimensions in schizophrenia, major depression, and bipolar disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *186*(8), 470-476.

Tramazzo, S., Lian, W., Ajnakina, O., Carlson, G., Bromet, E., Kotov, R. ve Jonas, K. (2024). Long-term course of remission and recovery in psychotic disorders. *American Journal of Psychiatry*, *181*(6), 532-540. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.20230189

Üzümçeker, E. (2025). Traditional masculinity and men's psychological help-seeking: a meta-analysis. *International Journal of Psychology*, *60*(2), e70031.

Vassos, E., Pedersen, C. B., Murray, R. M., Collier, D. A. ve Lewis, C. M. (2012). Meta-analysis of the association of urbanicity with schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, *38*(6), 1118-1123. https://doi.org/10.1093/schbul/sbs096

Vauth, R., Kleim, B., Wirtz, M. ve Corrigan, P. W. (2007). Self-efficacy and empowerment as outcomes of self-stigmatizing and coping in schizophrenia. *Psychiatry Research*, *150*(1), 71-80. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2006.07.005

Velligan, D. I. ve Rao, S. (2023). The epidemiology and global burden of schizophrenia. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *84*(1), 45094. https://doi.org/10.4088/JCP.MS21078COM5

Vogel, D. L. ve Wade, N. G. (Eds.). (2022). *The Cambridge Handbook of Stigma and Mental Health*. Cambridge University Press.

Vrbova, K., Prasko, J., Holubova, M., Slepecky, M. ve Ociskova, M. (2018). Positive and negative symptoms in schizophrenia and their relation to depression, anxiety, hope, self-stigma and personality traits–a cross-sectional study. *Neuroendocrinology Letters*, *39*(1), 9-18.

Vrbova, K., Prasko, J., Ociskova, M., Kamaradova, D., Marackova, M., Holubova, M., ... ve Latalova, K. (2017). Quality of life, self-stigma, and hope in schizophrenia spectrum disorders: a cross-sectional study. *Neuropsychiatric disease and treatment*, *13,* 567-576. https://doi.org/10.2147/NDT.S122483

Waddington, J. (2023). Self-efficacy. *ELT Journal*, *77*(2), 237-240. https://doi.org/10.1093/elt/ccac046

Wallston, K. A. ve Wallston, B. S. (1981). Health locus of control scales. *Research with The Locus of Control Construct*, *1*(1), 189-243.

Wallston, K. A., Maides, S. ve Wallston, B. S. (1976). Health-related information seeking as a function of health-related locus of control and health value. *Journal of*

Research in Personality, *10*(2), 215-222. https://doi.org/10.1016/0092-6566(76)90074-X

Wallston, K. A., Stein, M. J. ve Smith, C. A. (1994). Form C of the MHLC scales: a condition-specific measure of locus of control. *Journal of Personality Assessment*, *63*(3), 534-553. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa630310

Wallston, K. A., Strudler Wallston, B. ve DeVellis, R. (1978). Development of the multidimensional health locus of control (MHLC) scales. *Health Education Monographs*, *6*(1), 160-170. https://doi.org/10.1177/109019817800600107

Wang, C. S., Wu, J. Y. W., Chang, W. C. ve Chuang, S. P. (2013). Cognitive functioning correlates of self-esteem and health locus of control in schizophrenia. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 1647-1654 https://doi.org/10.2147/NDT.S51682

Wang, L. Y., Li, M. Z., Jiang, X. J., Han, Y., Liu, J., Xiang, T. T. ve Zhu, Z. M. (2022). Mediating effect of self-efficacy on the relationship between perceived social support and resilience in patients with recurrent schizophrenia in China. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, *18*, 1299-1308. https://doi.org/10.2147/NDT.S368695

Watson, A. C., Corrigan, P., Larson, J. E. ve Sells, M. (2007). Self-stigma in people with mental illness. *Schizophrenia Bulletin,* *33*(6), 1312–1318. https://doi.org/10.1093/schbul/sbl076

Wicks, S., Hjern, A. ve Dalman, C. (2010). Social risk or genetic liability for psychosis? A study of children born in Sweden and reared by adoptive parents. *American Journal of Psychiatry*, *167*(10), 1240-1246. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.09010114

Williams, C. C. (2008). Insight, stigma, and post–diagnosis identities in schizophrenia. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes,* *71*(3), 246-256. https://doi.org/10.1521/psyc.2008.71.3.246

Woodberry, K. A., Giuliano, A. J. ve Seidman, L. J. (2008). Premorbid IQ in schizophrenia: a meta-analytic review. *American Journal of Psychiatry*, *165*(5), 579-587. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.07081242

Wunderink, L., Nieboer, R. M., Wiersma, D., Sytema, S. ve Nienhuis, F. J. (2013). Recovery in remitted first-episode psychosis at 7 years of follow-up of an early dose reduction/discontinuation or maintenance treatment strategy: long-term follow-up of a 2-year randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry, 70*(9), 913-920. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.19

Xu, F. ve Zhang, H. (2023). The application of cognitive behavioral therapy in patients with schizophrenia: A review. *Medicine*, *102*(32), e34827. *https://doi.org/*10.1097/MD.0000000000034827

Yanos, P. T., Roe, D. ve Lysaker, P. H. (2011). Narrative enhancement and cognitive therapy: a new group-based treatment for internalized stigma among persons with severe mental illness. *International Journal of Group Psychotherapy*, *61*(4), 576-595. https://doi.org/10.1521/ijgp.2011.61.4.576

Yıldız, M., Özten, E., Işık, S., Özyıldırm, İ., Karayün, D., Cerit, C. ve Üçok, A. (2012). Şizofreni hastaları, hasta yakınları ve majör depresif bozukluk hastalarında kendini damgalama. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*, *13*(1), 1-7.

Yortan, N. (2017). *Ruh sağlığı birimine başvuran bireylerin içselleştirilmiş damgalama düzeyleri ile sağlık kontrol odağı inançları arasındaki ilişki* [Yüksek lisans tezi]. Adnan Menderes Üniversitesi.

EK 1. ORİJİNALLİK RAPORU

	HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ	Doküman Kodu *Form No.*	FRM-YL-15
		Yayım Tarihi *Date of Pub.*	04.12.2023
	FRM-YL-15 **Yüksek Lisans Tezi Orijinallik Raporu** *Master's Thesis Dissertation Originality Report*	Revizyon No *Rev. No.*	02
		Revizyon Tarihi *Rev.Date*	25.01.2024

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

Tarih: 21/01/2026

Tez Başlığı (Türkçe): Şizofreni Tanısı Almış Bireylerde Öz Yeterlik, Sağlık Kontrol Odağı, Kendini Damgalama ve Yaşam Doyumu Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi

Yukarıda başlığı verilen tezimin a) Kapak sayfası, b) Giriş, c) Ana bölümler ve d) Sonuç kısımlarından oluşan toplam 80 sayfalık kısmına ilişkin, 21/01/2026 tarihinde şahsım/tez danışmanım tarafından Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda işaretlenmiş filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı %14'tür.

Uygulanan filtrelemeler*:

1. ☒ Kabul/Onay ve Bildirim sayfaları hariç
2. ☒ Kaynakça hariç
3. ☐ Alıntılar hariç
4. ☒ Alıntılar dâhil
5. ☒ 5 kelimeden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç

Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Çalışması Orijinallik Raporu Alınması ve Kullanılması Uygulama Esasları'nı inceledim ve bu Uygulama Esasları'nda belirtilen azami benzerlik oranlarına göre tezimin herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumlarda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Gereğini saygılarımla arz ederim.

Nisanur AYGÜN

Öğrenci Bilgileri		
	Ad-Soyad	Nisanur AYGÜN
	Öğrenci No	23138579
	Enstitü Anabilim Dalı	Psikoloji
	Programı	Klinik Psikoloji Yüksek Lisasns

DANIŞMAN ONAYI

UYGUNDUR.
Dr. Öğr. Üyesi Hüseyin NERGİZ

* Tez **Almanca** veya **Fransızca** yazılıyor ise bu kısımda tez başlığı **Tez Yazım Dilinde** yazılmalıdır.
**Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Çalışması Orjinallik Raporu Alınması ve Kullanılması Uygulama Esasları İkinci bölüm madde (4)/3'te de belirtildiği üzere: Kaynakça hariç, Alıntılar hariç/dahil, 5 kelimeden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç (Limit match size to 5 words) filtreleme yapılmalıdır.

	HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ	Doküman Kodu *Form No.*	FRM-YL-15
		Yayım Tarihi *Date of Pub.*	04.12.2023
	FRM-YL-15 **Yüksek Lisans Tezi Orijinallik Raporu** *Master's Thesis Dissertation Originality Report*	Revizyon No *Rev. No.*	02
		Revizyon Tarihi *Rev.Date*	25.01.2024

TO HACETTEPE UNIVERSITY
GRADUATE SCHOOL OF SOCIAL SCIENCES
DEPARTMENT OF PSYCHOLOGY

Date: 21/01/2026

Thesis Title (In English): Examining the Relationships Between Self-Efficacy, Health Locus of Control, Self-Stigmatization, and Life Satisfaction in Individuals Diagnosed with Schizophrenia

According to the originality report obtained by myself/my thesis advisor by using the Turnitin plagiarism detection software and by applying the filtering options checked below on 21/01/2026 for the total of 80 pages including the a) Title Page, b) Introduction, c) Main Chapters, and d) Conclusion sections of my thesis entitled above, the similarity index of my thesis is 14%.

Filtering options applied**:

1. ☒ Approval and Decleration sections excluded
2. ☒ References cited excluded
3. ☐ Quotes excluded
4. ☒ Quotes included
5. ☒ Match size up to 5 words excluded

I hereby declare that I have carefully read Hacettepe University Graduate School of Social Sciences Guidelines for Obtaining and Using Thesis Originality Reports that according to the maximum similarity index values specified in the Guidelines, my thesis does not include any form of plagiarism; that in any future detection of possible infringement of the regulations I accept all legal responsibility; and that all the information I have provided is correct to the best of my knowledge.

Kindly submitted for the necessary actions.

Nisanur AYGÜN

Student Information		
	Name-Surname	Nisanur AYGÜN
	Student Number	23138579
	Department	Psychology
	Programme	Clinical Psychology Masters of Science

SUPERVISOR'S APPROVAL

APPROVED
Asst. Prof. Dr. Hüseyin NERGİZ

**As mentioned in the second part [article (4)/3]of the Thesis Dissertation Originality Report's Codes of Practice of Hacettepe University Graduate School of Social Sciences, filtering should be done as following: excluding refence, quotation excluded/included, Match size up to 5 words excluded.

EK 2. ETİK KURUL ONAYI

Tarih: 25/10/2024 10:41
Sayı: E-16969557-050.04-
000038346l9

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ARAŞTIRMA ETİK KURULU

KURUL KARARI

OTURUM TARİHİ	OTURUM SAYISI	KARAR SAYISI
08.10.2024	2024/17	2024/17-51
Araştırma Numarası : SBA 24/937	**Değerlendirme Tarihi :** 03.09.2024	

Üniversitemiz Edebiyat Fakültesi Klinik Psikoloji Anabilim Dalı öğretim üyelerinden Dr. Öğr. Üyesi Hüseyin NERGİZ'in sorumlu araştırmacı olduğu, Nisanur AYGÜN'ün yüksek lisans tezi olan, SBA 24/937 kayıt numaralı *"Şizofreni Tanısı Almış Bireylerde Öz Yeterlik ve Sağlık Kontrol Odağı ile Yaşam Doyumu Arasındaki İlişkide Kendini Damgalamanın Aracı Rolünün İncelenmesi ve Bir Psikoeğitim Çalışması"* başlıklı araştırma önerisi gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, çalışmanın birinci aşaması idari izinlerin tamamlanması kaydı ile 09 Ekim 2024 – 25 Haziran 2025 tarihleri arasında geçerli olmak üzere etik açıdan **uygun bulunmuştur.** Çalışmanın ikinci aşaması olan "bir hasta grubuna yönelik yapılacak müdahale içermesi " kısmı için Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna başvuru yapılması gerekmektedir.

Çalışma tamamlandığında sonuçlarını içeren bir rapor örneğinin Etik Kurulumuza gönderilmesi gerekmektedir.

İZİNLİ

Prof. Dr. Nüket PAKSOY ERBAYDAR Kurul Başkanı	Prof. Dr. Mehmet Özgür UYANIK Kurul Üyesi	Prof. Dr. Ayşe KİN İŞLER Kurul Üyesi	Prof. Dr. Burcu Balam DOĞU Kurul Üyesi
Prof. Dr. Tolga YILDIRIM Kurul Üyesi	Prof. Dr. İpek GÜRBÜZ Kurul Üyesi	Doç. Dr. Merve BATUK Kurul Üyesi	Doç. Dr. Gülten IŞIK KOÇ Kurul Üyesi
Doç. Dr. İbrahim Halil ÖNCEL Kurul Üyesi	Doç. Dr. Hayriye HIZARCIOĞLU GÜLŞEN Kurul Üyesi	Doç. Dr. Burcu ERSÖZ ALAN Kurul Üyesi	Dr. Öğr. Üyesi Melike Hacer ÖZKAN Kurul Üyesi
Dr. Öğr. Üyesi Müge DEMİR Kurul Üyesi	Dr. Öğr. Üyesi Güneş GÜNER Kurul Üyesi	Dr. Öğr. Üyesi Ekim GÜMELER Kurul Üyesi	Dr. Öğr. Üyesi Beren KARAOSMANOĞLU Kurul Üyesi

EK 3. KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Kişisel Bilgi Formu

1) Cinsiyetiniz:.....

2) Doğum yılınız: ……

3) Eğitim düzeyiniz (En son diploma aldığınız okul):

İlkokul ( ) Ortaokul ( ) Lise()

Ön Lisans ( ) Lisans ( ) Lisansüstü ( )

4) Herhangi bir ücret/maaş karşılığında bir işte çalışıyor musunuz?

Evet ( ) Hayır ( )

Cevabınız evet ise mesleğiniz: …….

5) Medeni durumunuz: ……..

6) Kiminle birlikte yaşıyorsunuz?

Yalnız ( ) Aile ( ) Akraba ( ) Arkadaş ( ) Diğer: …..

7) Aylık hane geliriniz: …… TL

8) Şizofreni tanısı aldığınız yıl: ……

9) Son üç ay içerisinde hastanede yatarak psikiyatrik tedavi gördünüz mü?

Evet ( ) Hayır ( )

10) Herhangi bir organik beyin hasarı/kafa travması geçmişiniz var mı?

Evet ( ) Hayır ( )

11) Şizofreni dışında herhangi bir psikiyatrik/psikolojik bir rahatsızlığınız var mı?

Evet ( ) Hayır ( )

Cevabınız evet ise diğer tanılarınızı yazınız: …….

EK 4. GENEL ÖZ YETERLİK ÖLÇEĞİ (GÖYÖ)

Genel Öz Yeterlik Ölçeği

Bu ölçek, bireylerin stresli yaşantılarla başa çıkabilme ve bunlara uyum sağlayabilme becerilerine yönelik algılarını belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Aşağıda bazı düşünceleri içeren ifadeler yer almaktadır. Bu ifadelere katılma derecenizi "Tamamen yanlış", "Biraz doğru", "Orta düzeyde doğru", "Tamamen doğru" seçeneklerinden size en uygun olanı işaretleyerek göstermeniz beklenmektedir. Lütfen her bir ifadede belirtilen düşüncenin size ne kadar uyduğunu düşününüz. Her bir ifadeye katılma derecenizi kendinize en uygun gelen seçeneğin altındaki kutucuğu işaretleyerek gösteriniz. Lütfen hiçbir maddeyi yanıtsız bırakmayınız. Değerli katkılarız için teşekkür ederim.

		Tamamen yanlış	**Biraz doğru**	**Orta düzeyde doğru**	**Tamamen doğru**
1.	Yeterince çaba harcarsam, zor sorunları çözmenin bir yolunu daima bulabilirim.	1	2	3	4
2.	Bana karşı çıkıldığında, istediğimi elde etmemi sağlayacak bir yol ve yöntem bulabilirim.	1	2	3	4
3.	Amaçlarıma bağlı kalmak ve bunları gerçekleştirmek benim için kolaydır.	1	2	3	4
4.	Beklenmedik olaylarla etkili bir biçimde başa çıkabileceğime inanıyorum.	1	2	3	4
5.	Yeteneklerim sayesinde beklenmedik durumlarla nasıl baş edebileceğimi biliyorum.	1	2	3	4
6.	Gerekli çabayı gösterirsem, birçok sorunu çözebilirim.	1	2	3	4
7.	Baş etme gücüme güvendiğim için zorluklarla karşılaştığımda soğukkanlılığımı koruyabilirim.	1	2	3	4
8.	Bir sorunla karşılaştığımda, genellikle birkaç çözüm yolu bulabilirim.	1	2	3	4
9.	Başım dertte olduğunda, genellikle bir çözüm düşünebilirim.	1	2	3	4
10.	Önüme çıkan zorluk ne olursa olsun, üstesinden gelebilirim.	1	2	3	4

EK 5. YAŞAM DOYUMU ÖLÇEĞİ (YDÖ)

Yaşam Doyumu Ölçeği

Aşağıda 5 cümle ve her bir cümlenin yanında da cevaplarınızı işaretlemeniz için 1'den 7'ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümlenin yanındaki rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz. Bu şekilde 5 cümlenin her birine bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz. Sizce doğruya en yakın olan rakamı işaretleyiniz.

		Kesinlikle katılmıyoru	Katılmıyorum	Kısmen katılmıyoru	Kararsızım	Kısmen katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1.	Hayatım birçok yönden idealimdekine yakın.	1	2	3	4	5	6	7
2.	Hayat şartlarım mükemmel.	1	2	3	4	5	6	7
3.	Hayatımdan memnunum.	1	2	3	4	5	6	7
4.	Hayattan şimdiye kadar istediğim önemli şeyleri elde ettim.	1	2	3	4	5	6	7
5.	Eğer hayata yeniden başlasaydım hemen hemen hiçbir şeyi değiştirmezdim.	1	2	3	4	5	6	7

EK 6. ÇOK BOYUTLU SAĞLIK DENETİM ODAĞI ÖLÇEĞİ– C FORMU (ÇBSDOÖ-C)

Çok Boyutlu Sağlık Denetim Odağı C Formu

Aşağıdaki her bir madde, sağlık durumunuz hakkındaki inançlarınıza yönelik bir ifadeyi belirtmektedir. Her bir ifade için "Kesinlikle katılmıyorum (1)" ile "Kesinlikle katılıyorum (6)" arasında değişen bir derecelendirme vardır. Her bir madde için, o ifadeye ne kadar katıldığınızı temsil eden sayıyı daire içine almanızı istiyoruz. Bir ifadeye ne kadar çok katılıyorsanız işaretleyeceğiniz sayı da o kadar yüksek olacaktır. Bir ifadeye ne kadar katılmıyorsanız, daire içine alacağınız sayı da o kadar düşük olacaktır. Lütfen bütün maddeleri cevapladığınızdan ve her bir madde için sadece bir sayıyı daire içine aldığınızdanemin olun. Bu ölçek sizin kişisel inançlarınızla ilgilidir; bu sebeple doğru ya da yanlış cevap yoktur.

		Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılmama eğilimindeyim	Katılma eğilimindeyim	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1.	Eğer hastalığım kötüleşirse, kendimi ne kadar kısa sürede tekrar iyi hissedeceğimi kendi davranışlarım belirleyecektir.	1	2	3	4	5	6
2.	Hastalığım düşünüldüğünde, her şey olacağına varacaktır.	1	2	3	4	5	6
3.	Eğer doktorumu düzenli görürsem, hastalığımla ilgili problem yaşama olasılığım düşer.	1	2	3	4	5	6
4.	Hastalığımı etkileyen çoğu şey, şans eseri başıma gelmiştir.	1	2	3	4	5	6
5.	Hastalığım ne zaman kötüleşse bir sağlık uzmanına danışmalıyım.	1	2	3	4	5	6
6.	Hastalığımın iyiye ya da kötüye gitmesinden doğrudan ben sorumluyum.	1	2	3	4	5	6
7.	Hastalığımın iyileşmesi, aynı kalması ya da kötüleşmesinde diğer insanlar büyük bir rol oynamaktadır.	1	2	3	4	5	6
8.	Hastalığımla ilgili kötü giden ne varsa benim kendi suçumdur.	1	2	3	4	5	6
9.	Hastalığımın iyi gitmesinde şans büyük bir rol oynamaktadır.	1	2	3	4	5	6

10.	Hastalığımın iyiye gitmesi, diğer insanların hayatta doğru şeylerin olduğuna inanmasına bağlıdır.	1	2	3	4	5	6
11.	Hastalığımla ilgili oluşan herhangi bir iyileşme, büyük ölçüde iyi talihin işidir.	1	2	3	4	5	6
12.	Hastalığımı etkileyen esas şey, benim kendimin ne yaptığımdır.	1	2	3	4	5	6
13.	Hastalığım iyiye gittiğinde övgüyü, kötüleştiğinde suçu ben üstlenmeliyim.	1	2	3	4	5	6
14.	Doktorun dediklerini harfiyen uygulamak, hastalığımın kötüleşmesini önlemenin en iyi yoludur.	1	2	3	4	5	6
15.	Eğer hastalığım kötüleşirse bu kaderin işidir.	1	2	3	4	5	6
16.	Eğer şanslıysam hastalığım iyiye gidecektir.	1	2	3	4	5	6
17.	Eğer hastalığım kötüye gitmeye başlarsa, bu kendime iyi bakmadığım içindir.	1	2	3	4	5	6
18.	Başkalarından aldığım yardımın şekli, hastalığımın ne kadar çabuk iyiye gideceğini belirler.	1	2	3	4	5	6

EK 7. RUHSAL HASTALIKLARDA İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALAMA ÖLÇEĞİ (RHİDÖ)

Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalama Ölçeği

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

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

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

		Kesinlikle aynı fikirde değilim	**Aynı fikirde değilim**	**Aynı fikirdeyim**	**Kesinlikle aynı fikirdeyim**
1.	Ruhsal bir hastalığım olduğu için kendimi bu dünyada bir yabancı gibi hissediyorum.	1	2	3	4
2.	Ruhsal hastalığı olan kişiler saldırgan olmaya eğilimlidirler.	1	2	3	4
3.	Ruhsal bir hastalığım olduğu için insanlar bana farklı davranıyorlar.	1	2	3	4
4.	Reddedilmemek için, ruhsal hastalığı olmayan kişilere yaklaşmaktan kaçınıyorum.	1	2	3	4
5.	Ruhsal bir hastalığım olduğundan dolayı utanıyorum.	1	2	3	4
6.	Ruhsal hastalığı olan kişiler evlenmemelidir.	1	2	3	4
7.	Ruhsal hastalığı olan kişiler topluma önemli katkıda bulunurlar.	1	2	3	4
8.	Kendimi ruhsal hastalığı olmayan kişilerden daha aşağı hissediyorum.	1	2	3	4
9.	Ruhsal hastalığım benim "garip" görünmeme ya da davranmama neden olabileceğinden dolayı eskisi kadar sosyal değilim.	1	2	3	4
10.	Ruhsal hastalığı olan kişiler iyi ve doyum verici bir hayat yaşayamazlar.	1	2	3	4

11.	İnsanları ruhsal hastalığımla sıkmak istemediğimden dolayı, kendim hakkımda fazla konuşmam.	1	2	3	4
12.	Halk arasındaki ruhsal hastalıklarla ilgili olumsuz düşünceler, benim "normal" yaşamın dışında kalmama neden oluyor.	1	2	3	4
13.	Ruhsal hastalığı olmayan kişilerle birlikteyken, kendimi sanki o ortama ait değilmiş ve yetersizmişim gibi hissediyorum.	1	2	3	4
14.	Ruhsal hastalığı açıkça anlaşılan biriyle toplum içinde birlikte görülmek beni rahatsız etmez.	1	2	3	4
15.	Sırf ruhsal hastalığımdan dolayı insanlar bana sık sık ne yapmam gerektiğini söyleyip sanki çocukmuşum gibi davranırlar.	1	2	3	4
16.	Ruhsal hastalığım olduğu için kendimden memnun değilim.	1	2	3	4
17.	Ruhsal hastalığımın olması hayatımı berbat etti.	1	2	3	4
18.	İnsanlar görünüşümden ruhsal bir hastalığımın olduğunu anlayabilirler.	1	2	3	4
19.	Ruhsal hastalığımdan dolayı benimle ilgili çoğu kararı başkalarının vermesine ihtiyaç duyarım.	1	2	3	4
20.	Ailemi ve arkadaşlarımı utandırmamak için sosyal ortamlardan uzak dururum.	1	2	3	4
21.	Ruhsal hastalığı olmayanların beni anlamaları mümkün değildir.	1	2	3	4
22.	Sırf ruhsal hastalığım olduğu için insanlar beni göz ardı eder ya da pek ciddiye almazlar.	1	2	3	4
23.	Ruhsal hastalığım olduğu için topluma hiçbir katkım olamaz.	1	2	3	4
24.	Ruhsal bir hastalıkla yaşamak beni mücadeleci bir insan yaptı.	1	2	3	4
25.	Ruhsal bir hastalığım olduğu için kimse bana yakınlaşmak istemez.	1	2	3	4
26.	Genel olarak, hayatı istediğim şekilde yaşayabiliyorum.	1	2	3	4
27.	Ruhsal hastalığıma rağmen, iyi ve dolu dolu yaşadığım bir hayatım var.	1	2	3	4
28.	İnsanlar ruhsal bir hastalığım olduğu için hayatta fazla başarılı olamayacağımı düşünüyorlar.	1	2	3	4
29.	Akıl hastalarıyla ilgili olumsuz yaygın inanışlar benim durumum dikkate alındığında hiç de yanlış sayılmaz.	1	2	3	4

EK 8. BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Bilgilendirilmiş Onam Formu

Sayın katılımcı,

Bu araştırma Hacettepe Üniversitesi Psikoloji Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı bünyesinde, Dr. Öğr. Üyesi Hüseyin Nergiz'in danışmanlığında, Nisanur Aygün tarafından gerçekleştirilen yüksek lisans tezi kapsamında yürütülmektedir. Araştırmanın amacı şizofreni tanısı almış bireylerde yaşam doyumu, öz yeterlik, sağlık kontrol odağı ve kendini damgalama arasındaki ilişkileri incelemektir.

Araştırma yaklaşık 30 dakika sürmektedir. Araştırmada kimliğinizi açık edecek herhangi bir bilgi istenmemektedir. Araştırmadan elde edilecek bilgiler tamamen bilimsel amaçlı kullanılacak, üçüncü kişilerle paylaşılmayacak ve kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır.

Bu araştırma Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Araştırma Etik Kurulu tarafından incelenmiş ve onaylanmıştır. Çalışmaya katılım tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Herhangi bir nedenden ötürü kendinizi rahatsız hissederseniz hiçbir neden belirtmeksizin araştırmadan ayrılabilirsiniz.

Bu çalışma ancak sizin katkılarınızla yürütülebilir. Ölçeklerdeki sorulara kendi duygu ve düşüncelerinizi en iyi yansıtan, dürüst, samimi cevaplar vermeye özen gösteriniz. Çalışmayı titizlikle ve özenle tamamlamanız bizim için çok önemlidir. Araştırma hakkında merak ettiğiniz soruları aşağıdaki e-posta adresinden araştırmacıya ulaşarak sorabilirsiniz. Katkılarınızdan dolayı teşekkür ederiz.

Bu metni okudum, araştırmaya gönüllü olarak katılımı ve verdiğim bilgilerin bu çalışma kapsamında kullanılmasını kabul ediyorum.

Katılımcı
Adı soyadı:
Adres:
Tel:
İmza:

Araştırmacı
Adı soyadı: Nisanur Aygün, Hüseyin Nergiz
Adres: Hacettepe Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü
Tel:
e-posta:
İmza: