

**T.C
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**ŞİZOFRENİ TANILI BİREYLERDE İÇSELLEŞTİRİLMİŞ
DAMGALANMA VE AKTİVİTE PERFORMANSI
İLİŞKİSİ**

Erg. Sezen TURUNÇ

**Ergoterapi Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

ANKARA

2021

**T.C
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**ŞİZOFRENİ TANILI BİREYLERDE İÇSELLEŞTİRİLMİŞ
DAMGALANMA VE AKTİVİTE PERFORMANSI
İLİŞKİSİ**

Erg. Sezen TURUNÇ

**Ergoterapi Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
Dr. Öğr. Üyesi Onur Altuntaş**

ANKARA

2021

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
ŞİZOFRENİ TANILI BİREYLERDE İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMA VE AKTİVİTE
PERFORMANSI İLİŞKİSİ
Öğrenci: Sezen Turunç
Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Onur Altuntaş
İkinci Danışman: -

Bu tez çalışması 05.07.2021 tarihinde jürimiz tarafından "Ergoterapi Programı" nda yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı:	<i>Prof. Dr. Esra Akı</i>	<i>(imza)</i>
	<i>Hacettepe Üniversitesi</i>	
Tez Danışmanı:	<i>Dr. Öğr. Üyesi Onur Altuntaş</i>	<i>(imza)</i>
	<i>Hacettepe Üniversitesi</i>	
Üye:	<i>Dr. Öğr. Üyesi Esmâ Özkan</i>	<i>(imza)</i>
	<i>Sağlık Bilimleri Üniversitesi</i>	

Bu tez Hacettepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun bulunmuştur.

29 Temmuz 2021

Prof. Dr. Didem Orhan
Enstitü Müdürü

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin/raporumun 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 metinlerin 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 tezimin 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⁾

05/07/2021

Sezen TURUNÇ

Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge”

- (1) Madde 6. 1. Lisansüstü teze ilgili patent başvurusu yapılması veya patent alma sürecinin devam etmesi durumunda, tez **danışmanın** 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 internette paylaşılması durumunda 3. şahıslara veya kurumlara haksız kazanç imkanı oluşturabilecek bilgi ve bulguları içeren tezler hakkında tez **danışmanın** önerisi ve **enstitü anabilim dalının** uygun görüşü üzerine **enstitü** veya **fakülte yönetim kurulunun** gerekçeli kararı ile altı ay 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 **danışmanın** 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 Onur ALTUNTAŞ danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığımı beyan ederim.

Erg. Sezen TURUNÇ

TEŞEKKÜR

Tezimin her aşamasında beni destekleyen, değerli görüşlerini paylaşan, hiçbir konuda yardımını ve anlayışını esirgemeyen danışman hocam sayın Dr. Öğr. Üyesi Onur Altuntaş'a,

Tez süresi boyunca her zaman desteğini hissettiğim, benden yardımını ve ilgisini esirgemeyen, sabırla tüm sorularımı cevaplayan Uzm. Psk. Melis Öztürk'e,

Öğrenim hayatım boyunca bilgi birikimlerini ve deneyimlerini benimle paylaşan Hacettepe Üniversitesi Ergoterapi Bölümü değerli hocalarıma,

Lisans ve lisansüstü eğitimim süresince beni her zaman destekleyen ve bana yol gösteren Uzm. Fzt. Berkan Torpil'e,

Bu süreçte beni her daim destekleyen dostlarım Selin Ökçün, Rabia Çiko, Cihan Yaşar ve sevgili arkadaşlarım Büşra Yuvalı ve Büşra Yıldız'a,

Manevi destekleriyle her zaman yanımda olan canım kardeşlerim Raşa Şehirli, Ekin Turunç, Lara Turunç ve Sera Turunç'a,

Ankara'da bulunduğum süre boyunca bana evlerinin kapılarını açan canım ablam Pelin Zubaroğlu ve canım abim Alaettin Zubaroğlu'na,

Her düştüğümde koşulsuz sevgisi ve motivasyonu ile beni yeniden ayağa kaldıran, desteğini hiçbir zaman esirgemeyen, her zaman arkamda olan canım annem Nazire Turunç'a, canım babam Necmi Turunç'a, abilerim Güven Turunç ve Anıl Turunç'a, kardeşim Sibel Turunç'a ve en büyük motivasyon kaynağım, hayatımı güzelleştiren canım yeğenim Ulaş'a,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

TURUNÇ S., Şizofreni Tanılı Bireylerde İçselleştirilmiş Damgalanma ve Aktivite Performansı İlişkisi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ergoterapi Programı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2021. Bu çalışma şizofreni tanılı bireylerde içselleştirilmiş damgalanma ve aktivite performansı arasındaki ilişkiyi araştırmak için planlandı. Çalışmaya şizofreni tanılı 110 birey katıldı. İçselleştirilmiş damgalanma seviyesini değerlendirmek için Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ) ve aktivite performansı ve memnuniyet düzeylerini değerlendirmek için Kanada Aktivite Performans Ölçümü (KAPÖ) kullanıldı. İçselleştirilmiş damgalanma düzeyi ile aktivite performansı ve memnuniyet düzeyleri arasındaki ilişki incelendiğinde çok yüksek düzeyde ve negatif yönde anlamlı bir ilişki bulundu ($p=0,001$). Buna ek olarak içselleştirilmiş damgalanma ölçeğinin alt boyutları ile aktivite performansı ve memnuniyeti arasındaki ilişkiye bakıldığında Yabancılaşma, Kalıp Yargıların Onaylanması, Sosyal Geri Çekilme alt boyutları puan ortalamaları ile aktivite performansı ve memnuniyeti arasında yüksek düzeyde ve negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptandı ($p=0,001$). Algılanan Ayrımcılık alt boyutunun puan ortalaması ile aktivite performansı arasında orta düzeyde ve negatif yönde, memnuniyet düzeyi ile arasında ise yüksek düzeyde ve negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulundu ($p=0,001$). Damgalanmaya Karşı Direnç alt boyutunun puan ortalaması ile aktivite performansı ($p=0,003$) ve memnuniyeti ($p=0,001$) arasında zayıf düzeyde ve negatif yönde anlamlı bir ilişki bulundu. Çalışmanın sonucuna göre şizofreni tanılı bireylerde içselleştirilmiş damgalanma düzeyinin artması ile aktivite performansı ve memnuniyet düzeyleri azalmaktadır. Şizofreni tanılı bireylerde aktivite performansı ve memnuniyet düzeylerinin artırılmasına yönelik yapılacak olan müdahale programlarında bu bireylerin içselleştirilmiş damgalanma düzeyi göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: şizofreni, içselleştirilmiş damgalanma, aktivite performansı

ABSTRACT

TURUNÇ S., Relationship between Internalized Stigmatization and Occupational Performance in People with Schizophrenia, Hacettepe University Graduate School of Health Sciences Occupational Therapy Programme Master Thesis, Ankara, 2021. This study was planned to investigate relationship between internalized stigmatization and occupational performance in individuals with schizophrenia. 110 individuals with schizophrenia were participated. Internalized Stigma of Mental Illness Scale (ISMIS) was used to assess the level of internalized stigmatization, and Canadian Occupational Performance Measure (COPM) was used to assess occupational performance and satisfaction levels. When the relationship between the level of internalized stigmatization and occupational performance and satisfaction levels was examined, an extremely high and negative significant relationship was found ($p=0.001$). Additionally, when the relationship between sub-dimensions of the internalized stigmatization scale and occupational performance and satisfaction was observed, it was found that there was a high and negative significant relationship between the mean scores of the Alienation, Stereotype Endorsement, and Social Withdrawal sub-dimensions and occupational performance and satisfaction ($p=0.001$). It was found that there was a intermediate and negative relationship between the average score of Discrimination Experience sub-dimensions and occupational performance, and a high and negative significant relationship between the satisfaction level ($p=0.001$). A weak and negative significant correlation was found between the average score of the Stigma Resistance and occupational performance ($p=0.003$) and satisfaction ($p=0.001$). Based on the results of the study, with the increase on the level of internalized stigmatization in individuals with schizophrenia, occupational performance and satisfaction levels decrease. The level of internalized stigmatization of individuals with schizophrenia should be taken into consideration in intervention programs to increase occupational performance and satisfaction levels.

Keywords: schizophrenia, internalized stigmatization, occupational performance

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ONAY SAYFASI	iii
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI	iv
ETİK BEYAN	v
TEŞEKKÜR	vi
ÖZET	vii
ABSTRACT	viii
İÇİNDEKİLER	ix
SİMGELER VE KISALTMALAR	xi
ŞEKİLLER	xii
TABLOLAR	xiii
1.GİRİŞ	1
2.GENEL BİLGİLER	3
2.1. Şizofreninin Tanımı ve Tarihçesi	3
2.2. Şizofreninin Epidemiyolojisi	5
2.3. Şizofreninin Etiyolojisi	6
2.4. Damgalanma	6
2.5. İçselleştirilmiş Damgalanma	9
2.6. Aktivite Performansı	11
3. BİREYLER VE YÖNTEM	14
3.1. Bireyler	14
3.2. Yöntem	15
3.3. Değerlendirmeler	16
3.3.1. Kişisel Bilgi Formu	16
3.3.2. Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği	16
3.3.3. Kanada Aktivite Performans Ölçümü (KAPÖ)	17
3.3.4 Vona du Toit Yaratıcı Beceriler Modeli Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu	17
3.4. İstatistiksel Analiz	18
4. BULGULAR	19
4.1. Demografik Bilgilere Ait Bulgular	19

4.2. Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği ve Kanada Aktivite Performans Ölçümüne İlişkin Tanımlayıcı Bulgular	20
4.3. Kanada Aktivite Performans Ölçümü'ne Göre Aktivite Dağılımları	20
4.4. Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği ve Kanada Aktivite Performans Ölçümü Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki	22
5. TARTIŞMA	24
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	32
7. KAYNAKLAR	34
8. EKLER	43
EK 1: Tez Çalışması için Etik Kurul Onayı	
EK 2: Bilimsel Araştırma İzni	
EK 3: Kanada Aktivite Performans Ölçümü Kullanım İzni	
EK 4: Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği Kullanım İzni	
EK 5: Orijinallik Raporu	
EK 6: Dijital Makbuz	
EK 7: Şizofreni Tanılı Bireyler İçin Aydınlatılmış Onam Formu	
EK 8: Kişisel Bilgi Formu	
EK 9: Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalama Ölçeği	
EK 10: Kanada Aktivite Performans Ölçümü	
EK 11: Vona Du Toit Yaratıcı Beceriler Değerlendirmesi	
9. ÖZGEÇMİŞ	57

SİMGELER VE KISALTMALAR

%	Yüzde
ark.	Arkadaşları
DSM-5	Tanısal ve İstatistiksel El Kılavuzu 5. Sürümü
KAPÖ	Kanada Aktivite Performans Ölçümü
Maks	Maksimum Değer
Min	Minimum Değer
n	Katılımcı sayısı
p	İstatistiksel yanılma payı
r	Korelasyon katsayısı
RHİDÖ	Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği
SPSS	Sosyal Bilimler İçin İstatistik Programı (Statistical Package for the Social Sciences)
SS	Standart Sapma
X	Aritmetik ortalama

ŞEKİLLER

Şekil	Sayfa
3.1 Değerlendirmeye alınan bireylerin akış şeması	15

TABLÖLAR

Tablo		Sayfa
2. 1.	DSM-V şizofreni tanı kriterleri	4
4.1.	Katılımcıların sosyodemografik özellikleri	19
4.2.	Ruhsal hastalıklarda içselleştirilmiş damgalanma ölçeği ve kanada aktivite performans ölçümüne ilişkin tanımlayıcı bilgiler	20
4.3.	Kanada aktivite performans ölçümüne göre aktivitelerin dağılımı	21
4.4.	Ruhsal hastalıkların içselleştirilmiş damgalanma ölçeği ve kanada aktivite performans ölçümü puan ortalamaları arasındaki ilişki	23

1.GİRİŞ

Şizofreni; duygu ve davranış becerilerini etkileyen, bilişsel beceriler ve algılama becerilerinde bozulma ile karakterize bir ruhsal bozukluktur (1). Şizofreninin toplumdaki yaygınlığı % 1 olarak belirtilmiştir (2). Şizofreninin belirtileri; pozitif, negatif ve bilişsel belirtiler şeklindedir. Pozitif belirtiler; sanrılar, halüsinasyonlar, düzensiz konuşma ve davranışlar gibi belirtilerden oluşurken negatif belirtiler; duygusal ifadelerde azalma, sosyal geri çekilme ve motivasyonda azalma gibi belirtilerden oluşmaktadır. Bilişsel belirtiler ise hafıza, öğrenme ve dikkat becerilerindeki bozukluklardan oluşmaktadır (3, 4). Şizofreni de dahil olmak üzere ruhsal bozukluğu olan bireylere karşı toplum içinde genel yanlış inanışlar bulunmaktadır. Bu yanlış inanışlar bireylerin damgalanmasına sebep olmaktadır (5, 6).

Damgalanma, damgalanan kişi ile diğerleri arasında bir sınır oluşturan ve bu kişiye olumsuz özellikler yükleyen ayırt edici bir işaret olarak tanımlanmaktadır (7). Ruhsal bozukluğa sahip bireylerde damgalanma, bireylerin sadece psikiyatrik bir tanısı olmasından dolayı olumsuz etiketlenmelerine ve dışlanmalarına sebep olmaktadır (8). Toplum, ruhsal bozukluğu olan bireyler hakkında tehlikeli, suçlu, güvenilmez, öngörülemez davranışları olan, yetersiz, kendine bakımını sağlayamayan gibi olumsuz kalıp yargılar oluşturmaktadır (9, 10). Bu olumsuz kalıp yargılardan dolayı şizofreni tanılı bireylerin, ruhsal bozukluğu olan bireyler arasında toplum tarafından damgalanmaya en çok maruz kalan grup olduğu belirtilmektedir (11, 12). Damgalanma; şizofreni tanılı bireylerin barınma, istihdam, sosyalleşme gibi yaşam olanaklarının kısıtlanmasına sebep olmaktadır (13). Damgalanma, bireylerin toplum tarafından damgalanması ve toplumun damgalanmasını içselleştirerek bireylerin kendini damgalaması şeklinde olabilmektedir. İçselleştirilmiş damgalanma, bireyin toplumun oluşturduğu olumsuz kalıp yargıların farkında olmasından, bu kalıp yargılara katılmasından ve bunları kendine uygulama sürecinden meydana gelmektedir (14). Ruhsal bozukluklara sahip bireylerde içselleştirilmiş damgalanma düzeylerini inceleyen çalışmalarda özellikle şizofreni tanılı bireylerin içselleştirilmiş damgalanma düzeylerinin daha yüksek olduğu ifade edilmiştir (15-19). İçselleştirilmiş damgalanma şizofreni tanılı bireyin kendini değersiz hissetmesine, var olan durumdan dolayı utanmasına, sosyal geri çekilmeye, sosyal işlevselliğin, benlik saygısının ve öz yeterliliğinin azalmasına yol açmaktadır (20-23). İçselleştirilmiş damgalanma; düşük

özgüven, düşük tedavi uyumu, düşük yaşam kalitesi, hastalık semptomlarında şiddetlenme, daha zayıf sosyal ve mesleki işlevsellik, moral bozukluğu, istihdam oranlarının azalması ve bireylerin bağımsız yaşam olanaklarında kısıtlılık ile ilişkilendirilmiştir (6, 24, 25).

Aktivite performansı; kişi, çevre ve aktivite arasındaki dinamik etkileşimin sonucunda seçilmiş bir aktiviteyi gerçekleştirme becerisidir (26). Ruhsal bozukluklar, bireyin fiziksel, ruhsal, sosyokültürel ve zihinsel becerilerini sınırlamaktadır. Dolayısıyla bireyin aktiviteyi gerçekleştirme kapasitesini etkileyerek aktivite performansı seviyesinin düşmesine neden olmaktadır (27, 28). Şizofreni, bireylerin sosyal ilişkiler, iş ve günlük yaşam alanlarındaki aktivite performans seviyesinde azalmaya sebep olmaktadır (29). Aynı zamanda şizofreni, bilişsel ve davranışsal süreci etkilemesi sebebiyle bireyin günlük aktivitelere katılım becerisini olumsuz etkilemektedir (30-32).

Literatür incelendiğinde psikoz tanılı bireylerde içselleştirilmiş damgalanma ile aktivite seviyesi arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmanın olduğu görülmektedir (33). Şizofreni tanılı bireylerde içselleştirilmiş damgalanmanın günlük yaşamı etkileyen önemli bir faktör olduğu düşünüldüğünde, aktivite performansı ile ilişkisinin değerlendirildiği çalışmaların oldukça sınırlı olduğu görülmektedir. Bu doğrultuda araştırmamızın amacı, şizofreni tanılı bireylerde içselleştirilmiş damgalanmanın aktivite performansı ile ilişkisinin incelenmesi olarak belirlenmiştir. Çalışmamızın hipotezi aşağıda belirtildiği şekildedir.

H₀: Şizofreni tanılı bireylerde içselleştirilmiş damgalanma ile aktivite performansı ve memnuniyet düzeyi arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Şizofreninin Tanımı ve Tarihçesi

Şizofreni, genç yaşlarda başlayan ve nüfusun %1 ini etkileyen ruhsal bir bozukluktur (34). Şizofreni; sanrı, varsanı ve dağınık konuşma gibi psikotik semptomları içeren, azalan motivasyon ve ifade gücü gibi olumsuz belirtilerin eşlik ettiği ve bozulmuş bilişsel becerilerle karakterizedir (35). Zihinsel ve sosyal işlevselliği bozan ve sıklıkla eşlik eden hastalıkların gelişmesine yol açmaktadır (36).

Bireyin düşüncelerini, duygularını ve davranışlarını etkileyen bir beyin işlevi bozukluğu olarak tanımlanan şizofreni, belirgin bir kişilik değişikliğine, sosyal izolasyona, aktivite kısıtlılığına, bilişsel bozulmaya ve olumsuz sağlık durumlarına yol açmaktadır. Şizofrenide belirtiler ya aşamalı olarak gelişir ya da aniden ortaya çıkar ve bireyden bireye değişiklik göstermektedir (37). Şizofreni, bir bireyin düşüncelerini, algılarını, konuşmasını, duygusunu ve davranışlarını etkileyebilen pozitif, negatif ve bilişsel semptomlarla karakterizedir. Pozitif belirtiler; sanrılar ve halüsinasyonları içeren ve gerçeklikle temasın kaybolduğu psikotik belirtilerdir. Negatif belirtiler; motivasyon bozukluğu, duygulanımda azalma, zevk duygusunun kaybı, konuşmada azalma, irade veya dürtü kaybı ve sosyal geri çekilmeyi içeren belirtilerdir. Bilişsel belirtiler ise dikkat ve konsantrasyon, psikomotor hız, öğrenme, hafıza ve yürütücü işlevlerdeki performans kayıplarını içermektedir (36, 38, 39).

Eski çağlardan beri tanımlanmaya çalışılan şizofreninin ilk kapsamlı açıklamaları 18. yüzyılın başlangıcına dayanmaktadır. Şizofreni, 19. yüzyılda Benedict Augustine Morel tarafından ergenlik çağındaki çocukları veya genç yetişkinleri etkileyen bir zihin bozukluğu olarak tanımlanmıştır ve bu bozukluk için erken bunama anlamına gelen ‘demans praecox’ terimi kullanılmıştır. Daha sonra Kahlbaum tarafından katatoni (1863) ve Hecker tarafından hebefreni (1871) gibi şizofreninin alt türleri tanımlanmıştır (40). 1889'da Emil Kreapelin, daha önce ayrı olduğu düşünülen katatoni ve hebefreni bozukluklarını da “dementia praecox” adı altında toplamıştır. Bu tanımlamada demans, bilişsel işlevlerdeki bozuklukları, praecox ise erken yaşlarda bozukluğu ifade etmektedir (41).

1911'de İsviçreli psikiyatrist Eugene Bleuler, bozukluğu tanımlamak için düşüncenin bölünmesi veya parçalanmasını ifade eden şizofreni kelimesini ortaya

atmıştır. Bleuler, bozukluğun kriterleri olan pozitif belirtileri (sanrılar, halüsinasyonlar ve düzensiz konuşma veya davranış) ve negatif belirtileri (afektif düzleşme, aloji ve kaçınma) tanımlayan ilk kişiydi (42).

İlk olarak 1911 yılında ifade edilen tanı kriterleri, o zamandan beri birçok değişikliğe uğramıştır ve bu değişiklikler halen devam etmektedir (43). Kurt Schneider şizofreninin birinci derecede belirtilerini ortaya atmış ve bu belirtiler Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) tanı ölçütlerinin temelini oluşturmuştur (44). Şizofreninin, bir sanrı veya halüsinasyonun varlığında teşhis edilebildiği DSM-I'in yayınlanmasından bu yana ruhsal bozuklukların teşhisi için gerekli kriterler önemli ölçüde değişmiştir (45). DSM, o zamandan beri beş büyük revizyondan geçmiştir ve 2013'te yayınlanan DSM-V, şu anda ruhsal bozuklukların teşhisi için rehberlik etmektedir (46). Şizofreni tanısını koymak için Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kılavuzu 5. Sürümüne (DSM-V) göre gerekli kriterler Tablo 2.1' de verilmiştir (47).

Tablo 2.1. DSM-V Şizofreni tanı ve kriterleri

A. Karakteristik belirtiler:

Aşağıdaki maddelerden ikisinin veya daha fazlasının her biri bir aylık (ya da başarılı bir şekilde tedavi edilmişse daha az) bir süre zarfında mevcut olup, bu belirtilerden en az birinin ilk üç maddedeki belirtilerin arasında olması gerekir.

1. Sanrılar
 2. Varsanılar
 3. Dağınık konuşma (örneğin; konudan sapmaların olması ya da konuşmanın anlaşılmasında)
 4. Büyük oranda dezorganize davranış ya da katatoni davranışı
 5. Negatif belirtiler (azalmış duygusal ifade veya kaçınma)
-

B. Sosyal/mesleki işlevsellikte bozulma:

Hastalığın başlangıcından bu yana geçen sürenin önemli bir bölümünde, iş, kişilerarası ilişkiler ve kendine bakım gibi bir veya daha fazla alanda işlevsellik seviyesi, bu hastalığın başlangıcından önce ulaşılan seviyenin belirgin bir şekilde altındadır.

Tablo 2.1. (Devam) DSM-V Şizofreni tanı ve kriterleri

<p>C. Süre:</p> <p>Bu bozukluğun belirtileri en az 6 aylık süre boyunca devam eder. Bu süre, A tanı kriterlerini (yani aktif evre belirtileri) karşılayan, en az bir aylık (ya da başarılı bir şekilde tedavi edilmişse daha az bir süre) belirtileri içermeli ve ön ve geriye kalan belirti dönemlerini içerebilir. Ön ya da geriye kalan dönemler sırasında, bozukluğun belirtileri yalnızca negatif belirtilerle veya bu bozukluğun A tanı kriterlerinde listelenen iki veya daha fazla belirtinin zayıflatılmış şekliyle (örneğin, garip inançlar, alışılmadık algısal tecrübeler) ortaya çıkabilir.</p>
<p>D.Şizoafektif bozukluk ve psikotik özelliklere sahip depresif veya bipolar bozukluk dışlanmalıdır:</p> <p>Çünkü (1) aktif faz semptomlarının yanında majör depresyon, mani ya da karma dönemler ortaya çıkmamıştır; veya (2) aktif faz semptomları sırasında duygu durum dönemi meydana gelmişse, bunların toplam süresi aktif ve geriye kalan dönemlerinin toplam süresinden kısadır.</p>
<p>E.Maddenin/genel tıbbi durumların etkisi dışlanır:</p> <p>Bu bozukluk, bir maddenin (örneğin; ilaç kötüye kullanımı) ya da farklı bir tıbbi durumun fizyolojik etkilerine bağlanamaz.</p>
<p>F.Bir yaygın gelişimsel bozuklukla ilişkisi:</p> <p>Otizm spektrum bozukluğu veya çocukluk döneminde başlayan bir iletişim problemi hikayesi varsa, şizofreni tanısının konması için gereken belirtilerin yanı sıra belirgin sanrılar veya varsanılar da en az bir ay (başarılı bir şekilde tedavi edilmişse daha kısa) süreyle mevcut ise şizofreni ek tanısı konabilir.</p>

2.2. Şizofreninin Epidemiyolojisi

Şizofreni, dünyada 21 milyon insanı etkileyen ruhsal bir bozukluktur (48). Yaşam boyu yaygınlığı 4/1000 ve yaşam boyu riski 7.2/1000 şeklinde belirtilmektedir (49). Türkiye’de yapılan bir çalışmada şizofreni yaygınlığı 1000 kişide 8.9’dur (50). Bu konuda yapılan sistematik bir derlemede elde edilen sonuçlarda yaşam boyu riskin 3.3/1000 olduğu ifade edilmektedir (51). Şizofreninin görülme olasılığı kadın ve erkeklerde eşit orandadır. Şizofreninin başlangıcı genellikle onlu yaşların sonları ile otuzlu yaşların ortaları arasındadır. Şizofreninin başlangıcı kadınlarda erkeklere göre

daha geçir ve klinik belirtiler daha az şiddetlidir. Erkekler için, ilk şizofreninin başlangıç yaşı, 20'li yaşların başından ortasına kadardır; kadınlarda da 20'li yaşların sonundadır (52). Hastalığa yakalanma açısından en yüksek risk altında bulunanların 15 ile 30 yaş arasındaki bireyler olduğu belirtilmektedir. Şizofreni tanılı bireylerin ortalama yaşam süresinin sağlıklı popülasyondaki bireylere göre % 20 daha kısa olduğu bildirilmiştir (1).

2.3. Şizofreninin Etiyolojisi

Şizofreni birçok risk faktöründen etkilenmektedir. Bu faktörler genel olarak genetik ve çevresel olarak sınıflandırılabilir (1).

Genetik faktörler: Hem aile hem de evlat edinme çalışmaları, şizofreni tanılı bireylerin akrabalarında kontrol gruplarına göre şizotipal kişilik bozukluğunun daha yaygın olduğunu göstermektedir. Tek yumurta ikizlerinde, ikizlerden birinde bozukluk varsa, diğer ikizde şizofreni görülme olasılığı %48'e kadar çıkarken, dizigotik ikizlerde risk %12- %14'tür. Her iki ebeveynin de şizofreni tanılı olması durumunda, çocuklarında şizofreni görülme olasılığı % 40 olduğu belirtilmektedir (53).

Çevresel faktörler: Gebelik sırasında anne stresi, beslenme yetersizlikleri, maternal enfeksiyonlar, intrauterin büyüme geriliği ve gebelik ve doğum komplikasyonları gibi faktörler çevresel faktörler arasında yer almaktadır. Bununla birlikte, sosyoekonomik nedenler, çocukluk çağı zorlukları ve birinci ve ikinci nesil göç geçmişi de şizofreni etiyolojisi ile ilişkilendirilmiştir (54). Bunun yanı sıra ayrımcılık veya ekonomik zorluklar gibi sosyal stres faktörlerinin de, bireylerin sanrısız veya paranoid düşüncelerini aktifleştirdiği ifade edilmektedir (55). Madde kullanımı da bir risk faktörü olarak görülmektedir. Benzer şekilde kafa travması, otoimmün hastalıklar, epilepsi ve ciddi enfeksiyonlar gibi diğer bazı etkilerin de riski arttırdığı belirtilmiştir (56).

2.4. Damgalanma

Damga (stigma) kelimesi ilk olarak Yunanlılar tarafından kullanılmış, bireyin ahlaki durumuyla ilgili olağan dışı ve olumsuz bir şeyi ortaya çıkaran bedensel işaretleri ifade etmekteydi (57). Damgalanma; anormallik, ahlaksızlık ve sapkınlığı gösteren bir kusur ve bir utanç işareti olarak tanımlanmıştı (58). Günümüzde ise

damgalanma, belirli bir durum veya olaydan etkilenen bazı toplum üyelerinin olumsuz bir şekilde farklılaştırılması olarak tanımlanmaktadır. Bu olumsuz tutum, bireylerin belli bir mesafede tutulmasını zorunlu kılmaktadır dolayısıyla ayrımcı davranışlara yol açmaktadır. (59). Damgalanma, toplumun damgalanan bireyin değerini düşürmeye başladığı ve tüm niteliklerini ve özelliklerini olumsuz bir kimlik açısından yorumladığı kişilerarası süreci kapsamaktadır (60).

Damgalanma, ruhsal bozukluğu olan bireylerde yaygın olarak görülen bir sorundur. Bu durum bireyler için büyük bir endişe kaynağı oluşturmaktadır (61, 62). Toplumlarda en çok damgalananlar ruhsal bozukluğa sahip olan bireylerdir (63).

Ruhsal bozuklukların damgalanma ile ilişkilendirilmesinin çeşitli sebepleri vardır. Uygun olmayan duygulanım (örneğin üzücü olaylardan bahsederken gülmek) ve olağan dışı veya tuhaf davranışlar (örneğin kendi kendine konuşmak) gibi ciddi ruhsal bozuklukların birçok belirtisi damgalayıcı tepkilere neden olmaktadır (64). Ruhsal bozukluğu olan bir bireyin kişisel bakımına önem vermemesi, dağınık görünümü, uygun olmayan yüz hareketleri de damgalanmaya neden olan diğer sebeplerdir (65). Toplum içerisinde ruhsal bozukluğa sahip bireylerin tehlikeli, öngörülemez, güvenilmez, yetersiz, olduklarına inanılmaktadır (9).

Damgalanma, ruhsal bozukluğu olan bireylerde istihdam, öğrenme, sosyal ilişkiler gibi birçok yaşam alanını olumsuz etkilemektedir ve yaşam kalitesinin azalmasına sebep olmaktadır (66, 67). Damgalanma, iyileşmenin önünde bir engel oluşturmakta ve yapılan araştırmalarda da ruh sağlığı hizmetlerinden yararlanabilecek bireylerin yarısından fazlasının, 'akıl hastası' olarak etiketlenmekten kaçınmak için bu tedavi hizmetlerine erişmeyi reddettiği gösterilmektedir (68-70). Ayrıca, utanç duygusu, düşük öz-yeterlilik ve özgüven eksikliği, bu bireylerin gerekli herhangi bir tedavi arayışına girmeyerek damgalanmadan kaçınmaya çalışmasına neden olmaktadır (67).

Şizofreni tanılı bireylerin çoğu, ruhsal bozuklukları nedeniyle değersizleştirilmekte ve ayrımcılığa uğramaktadır (71). Yapılan çalışmalarda şizofreni tanılı bireylerin, ruhsal bozukluğu olan bireyler arasında damgalanmadan en çok etkilenen grup olduğu belirtilmektedir (12). Aynı zamanda bu bireylerin de toplum tarafından ayrımcılığa en fazla maruz kalan grup olduğu ifade edilmektedir (61, 72).

Bunun sonucu olarak da toplum, şizofreni tanılı bireyler için şizofreni ile ilişkilendirilen olumsuz bir kimlik yaratarak bireyin damgalanmaya maruz bırakılmasına, toplumdan dışlanmasına ve reddedilmesine sebep olmaktadır (73). Şizofreni tanılı bireylere karşı oluşan bu olumsuz tutumların eğitim, istihdam, kişilerarası ilişkileri, barınma gibi birçok farklı alanı etkilediği görülmektedir (74).

Şizofreni tanısı alan bir birey, çevresindeki çoğu kişi tarafından tehlikeli, tembel, yetersiz, sosyal sorumluluklarını yerine getiremeyen bir aile üyesi şeklinde görülmektedir (75). İngiltere’de toplumun ruhsal bozukluğa sahip olan bireylerle ilgili görüşlerini incelemek amacıyla yapılan bir çalışmada toplumun % 77’si şizofreni tanılı bireylerin davranışlarının öngörülemezliğini, % 71’i başkaları için tehlikeli oldukları ve % 58’i şizofreni tanısı olan bireylerle konuşmanın zor olduğunu belirtmiştir (11).

Şizofreni tanılı bireylerin damgalanma deneyimleriyle ilgili yapılan bir çalışmada katılımcıların % 61’i toplum , % 36’sı işverenler, %20’si ruh sağlığı çalışanları, %19’u aile üyeleri, % 14’ü arkadaşları ve %11’ i iş arkadaşı, meslektaş veya sınıf arkadaşları tarafından damgalanmaya uğradıklarını bildirmişlerdir (71).

Şizofreni tanılı bireylerde damgalanma ile semptomlar arasındaki ilişkisinin incelendiği bir çalışmada damgalanan bireylerin damgalanmayan bireylere göre semptomlarının daha şiddetli olduğu belirtilmiştir (76).

Damgalanma, sosyal damgalanma ve içselleştirilmiş damgalanma olmak üzere iki başlık altında incelenmektedir (77). Sosyal damgalanma, halk tarafından damgalayıcı koşullara sahip kişilere yöneltilen olumsuz tepkileri ifade etmektedir. Aynı zamanda ruhsal bozukluğa sahip olan bireyin bozukluklarından sorumlu olduğu, zayıf bir karaktere sahip olduğu, tehlikeli ve şiddet içeren insanlar olduğu ve başkalarının yanında yaşamalarına izin verilmemesi gerektiği gibi tutumları içermektedir (65, 78). Sosyal damgalanmada, toplum ruhsal bozukluğu olan bireylere karşı yapılan etiketleri onaylamakta ve bu etiketlemeler hastalara karşı ayrımcılığa neden olmaktadır. Araştırmalar, ruhsal bozukluğu olan kişilerin iş, bağımsız yaşam ve temel sağlık bakımı ile ilgili imkanlarının toplumun damgalaması nedeniyle daha az olduğunu göstermektedir (77). Şizofreni tanılı bireyler toplum tarafından en olumsuz şekilde görülmektedir ve diğer ruhsal bozukluk tanılı bireylere kıyasla daha tehlikeli ve öngörülemez olarak kabul edilmektedir (79). Yapılan bir çalışmada şizofreni tanılı

bireylerin %40'tan daha çoğunun aile üyeleri, eşleri, arkadaşları ve meslektaşları tarafından damgalanmaya uğradıkları bildirilmiştir (80). Şizofreni tanılı bireylerde sosyal damgalanma yaygındır ve sosyal damgalanmanın benlik saygısının azalması, tedavi arayışının azalması, sosyal izolasyonu arttırması ve barınma, eğitim, iş gibi sosyal imkanları azaltması gibi olumsuz etkileri olduğu ifade edilmiştir (81).

İçselleştirilmiş damgalanma, sosyal damgalanmanın içselleştirilmesiyle ortaya çıkmaktadır dolayısıyla bu iki alt damgalanma türü birbiriyle ilişkilidir. Bireyin kendini damgalayan bir bakış açısına sahip olması yani bireyin, başkalarının damgalanmasına dayalı olarak içselleştirilmiş olumsuz benlik algılarına sahip olması içselleştirilmiş damgalanmaya sebep olmaktadır. Avrupa ülkelerindeki ruhsal bozukluğu olan bireylerle yapılan bir çalışmada sosyal ve içselleştirilmiş damgalanma arasındaki ilişki incelenmiştir. Çalışma sonunda, sosyal damgalanma ile içselleştirilmiş damgalanmanın ilişkili olduğu belirtilmiştir ve sosyal damgalanmanın daha az olduğu ülkelerde içselleştirilmiş damgalanmanın daha düşük olduğu görülmüştür (82, 83).

2.5. İçselleştirilmiş Damgalanma

İçselleştirilmiş damgalanma, bir bireyin toplumun olumsuz değerlendirmesini kabul etme ve bunu kendi kişisel değer sistemi ve benlik duygusuna dahil etme sürecini ifade etmektedir (84). İçselleştirilmiş damgalanma gerçekleştiğinde, bir bireyin benlik duygusu değişir, kendisine dair damgalanmış ve değersiz bir bakış açısı benimser ve daha önce sahip olduğu olumlu kimlikleri kaybeder (85). Bu süreç sırasında, birey daha önce sahip olduğu kimlikleri (ör. öğrenci, işçi, ebeveyn, vb.) kaybeder, damgalanan hastalık kimliği ise baskın kimlik olur (9).

İçselleştirilmiş damgalanma, ruhsal bozukluğu olan bireylerin kendilerine olumsuz kalıplar geliştirdikleri, başkaları tarafından reddedilmeyi bekledikleri ve kendilerini toplumdan yabancılaşmış hissettikleri süreci belirtmektedir (86). Başka bir deyişle, ruhsal sağlık sorunları olan bireylerin değersizlik, suçluluk, utanç ve yaşadıklarını gizleme isteği gibi duyguları içselleştirmesini ifade etmektedir (58).

İçselleştirilmiş damgalanma süreci, ruhsal bozukluklarla ilgili kalıp yargıların bilincinde olan bireylerin değersiz ve ayrımcı tutumlar beklediğinde ve bireyler bu

tutumları içselleştirdiğinde gerçekleşmektedir. İçselleştirilmiş damgalanma üç adımda gerçekleşmektedir. Bir kişinin başlangıçta ruhsal bozukluğu ile ilgili kalıp yargıların (stereotiplerin) farkında olması, bu kalıp yargılara katılması ve daha sonra bunları kendilerine uygulamaları sonucu oluşmaktadır (14). Kalıp yargılar, insanların bir grup hakkındaki bilgileri kategorize etme biçimidir. Toplumda genellikle ruhsal bozukluğu olan bireyler ile ilişkilendirilen ‘tehlikeli’ veya ‘yetersiz’ gibi kalıp yargılar mevcuttur. Bu kalıp yargılara katılan toplum üyeleri ruhsal bozukluğu olan bireylere karşı olumsuz duygular ve tepkiler geliştirmektedir. Ruhsal bozukluğu olan bireyler kendileriyle ilgili bu olumsuz düşünceleri benimseyip onaylamaları ve sonrasında kendilerine uygulamaları sonucunda içselleştirilmiş damgalanma oluşmaktadır. Birey, olumsuz kalıp yargıları içselleştirdiğinde olumsuz duygusal tepkilere sahip olmaktadır. Düşük benlik saygısı ve zayıf öz-yeterlik, bu olumsuz duygusal tepkilerin birincil örneklerindendir (87).

Picco ve ark.’nın yaptığı çalışmada ruhsal bozukluğu olan bireylerde orta ile yüksek düzeyde içselleştirilmiş damgalanma bildirenlerin oranı %44 olarak saptanmıştır (88). Avrupa ülkelerindeki şizofreni tanılı bireylerle yapılan çalışmada %41,7 oranında yüksek düzeyde içselleştirilmiş damgalanma bildirilmiştir (89). Türkiye’de yapılan araştırmalar da şizofreni tanılı bireylerin içselleştirilmiş damgalanma düzeylerinin yüksek olduğunu ortaya koymuştur (90-92).

Şizofreni ve bipolar bozukluk tanılı bireylerde içselleştirilmiş damgalanma seviyesini karşılaştıran çalışmalarda şizofreni tanılı bireylerin içselleştirilmiş damgalanma seviyesinin bipolar bozukluk tanılı bireylerden daha yüksek olduğu ortaya konulmuştur. Bipolar bozukluk tanılı bireyler, sosyal hayatları ve işlevsellikleri etkilenmeden daha az düzeyde kendilerini damgalarken şizofreni tanılı bireyler, daha yoğun bir şekilde kendilerini damgalayıcı tutumlar benimsemektedirler ve bu durum da bireylerin sosyal ortamlardan dışlanmalarına ve işlevselliklerin daha düşük seviyeye ulaşmasına yol açmaktadır (93, 94).

İçselleştirilmiş damgalanmanın, düşük benlik saygısı, azalan öz yeterlik ve azalan iyileşme yönelimi dahil olmak üzere bir çok olumsuz sonuca sebep olduğu belirtilmiştir (95). Lyaseker ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada da içselleştirilmiş damgalanmanın, bireyin pozitif semptomları ve duygusal problemlerinin artmasına ve

sosyal ilişkilerin de kısıtlanmasına neden olduğu belirtilmektedir (96). İçselleştirilmiş damgalanma düzeyinin artması sosyal kaçınmanın artmasına, mevcut ruhsal sağlık problemlerinin şiddetlenmesine, bireyin hedeflerine ulaşma korkusuna ve geleceğine olan güvenin azalmasına sebep olmaktadır (82, 97). Munoz ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada, içselleştirilmiş damgalanmanın bireyin iyileşme beklentilerini ve psikososyal performansını azalttığı gösterilmiştir (98). Koçak ve Taylan'ın içselleştirilmiş damgalanmanın yaşam kalitesine etkisini incelemek amacıyla yaptıkları çalışmada ise içselleştirilmiş damgalanma seviyesinin artmasıyla yaşam kalitesinin, fiziksel sağlık ve psikolojik sağlık durumlarının azaldığı görülmüştür (99).

2.6. Aktivite Performansı

Aktivite, birey için önemli olan ve bireyin yaşam rollerini yerine getirmesini sağlayan günlük aktiviteler anlamına gelmektedir (100). Aktivite performansı, seçilen aktivitenin birey, bağlam / çevre ve aktivite arasındaki dinamik bir işlemin sonucu olarak belirli bir görevi yerine getirme ve tamamlama becerisi olarak tanımlanmaktadır (101, 102). Aynı zamanda kültürel olarak tanımlanmış ve kendine bakımını sağlamak, yaşamdan keyif almak ve bir topluluğun sosyal ve ekonomik dokusuna katkıda bulunmak için yaşa uygun anlamlı aktiviteleri tatmin edici bir şekilde gerçekleştirme becerisidir (103, 104).

Ergoterapi literatüründe aktiviteler çeşitli biçimlerde kategorize edilmiştir. Amerikan Ergoterapi Derneği (AOTA), aktiviteleri kategorize etmek için günlük yaşam aktiviteleri, oyun ve serbest zaman aktiviteleri ve iş ve üretici aktiviteler kavramlarını kullanmıştır (105). 2002'de aktivite performans alanları yeniden kategorize edilmiştir ve günlük yaşam aktiviteleri, yardımcı günlük yaşam aktiviteleri, dinlenme ve uyku, eğitim, iş ve oyun, serbest zaman ve sosyal katılım alanları olmak üzere 7 alana ayrılmıştır (106).

Şizofreni tipik olarak kariyer, ebeveynlik, partnerlik ve bağımsız yaşam gibi yeni roller ve sorumlulukların yoğun olduğu erken yetişkinlik döneminde ortaya çıktığı için, etkileri yaşam boyu devam etmekte olup işlevsel becerileri büyük oranda etkilemektedir. Üst düzey bilişsel süreçler, duyuşsal-motor beceriler ve sosyal etkileşim becerileri gibi birden fazla işlev gerektiren beceriler şizofreninin pozitif, negatif, duyuşsal ve bilişsel semptomlarından etkilenmektedir (107). Bu etkilenim kendine

bakım, çalışma, serbest zaman aktivitelerine katılım ve sosyal katılım becerilerinin yanında alışveriş yapma, yemek pişirme, temizlik yapma, ilaç yönetimi, ulaşım ve para yönetimi, bakım veren olma gibi yardımcı günlük yaşam aktivitelerini de olumsuz etkileyerek şizofreni tanılı bireylerin bağımsız yaşam, istihdam ve toplumsal katılım düzeylerinin azalmasına sebep olmaktadır (107-109). Aynı zamanda, aktivite performansında ve bu performanstan tatmin olma düzeyinde de azalmalara sebep olmaktadır (110).

Şizofreni tanılı bireyler, günlük yaşamın daha az aktivitesine katılma eğilimindedir ve aktivitelere katılım sıklıkları daha düşüktür (111-113). Chesworth ve ark.nın şizofreni tanılı bireylerle yaptığı çalışmada bireylerin %15'inin kendine bakım alanında, %22'sinin üretici aktiviteler alanında ve %62'sinin serbest zaman alanındaki aktivitelerde performans problemi yaşadığı belirtilmiştir (114). Şizofreni tanılı bireylerde yardımcı günlük yaşam aktivitelerinin seviyesini ölçmek amacıyla yapılan bir çalışmada da bireylerin %98'inin yardımcı günlük yaşam aktivitelerini tamamen bağımsız yerine getiremediği görülmüştür. Bireylerin yarısından fazlasının çamaşır yıkama, para yönetimi, alışveriş yapma, yemek hazırlama ve ilaç kullanma aktivitelerinde zorlandığı görülmüştür (115).

Şizofreni tanılı bireylerin günlük aktivitelerle meşgul olma seviyeleri, şizofreni belirtilerinin şiddeti ile iyileşme aşamasının yanı sıra kontrol duygusu, tutarlılık ve dış dünyayla etkileşimiyle ilişkili olduğu belirtilmiştir (116-118). Yapılan çalışmalarda düzenli olarak sosyalleşmenin eğitim veya çalışma ve daha iyi bir işlevsel durum ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Bu nedenle sosyal etkileşimin bireyin günlük aktiviteler katılımını etkilediği belirtilmiştir. Sosyal izolasyonun öz bakım ve ev içi aktivitelerdeki düşük performansla ilişkili olduğu gösterilmiştir (119, 120).

Ergoterapi; evde, okulda, işyerinde, toplumda ve diğer ortamlarda rollere, alışkanlıklara ve rutinlere katılımı sağlamak veya arttırmak amacıyla günlük yaşam aktivitelerinin terapötik kullanımı olarak tanımlanmaktadır (102). Bireylerin tatmin edici bir yaşam sürmelerine yardımcı olabilecek becerileri arttırmalarını sağlamak için birey için önemli olan aktiviteleri kullanarak bireylerin sağlığını geliştirebileceği inancına dayanmaktadır (121-123). Bireyin aktivite performansına odaklanan ergoterapinin temel amaçlarından biri, şizofreni tanılı bireylerin anlamlı ve amaçlı

günlük yaşam aktivitelerine katılımını sağlamaktır (26, 124, 125). Bunun için aktivite performans problemleri yaşayan bireylerin sosyal ve kültürel ortamlarında aktivite performanslarını en üst düzeye çıkarmalarına yardımcı olmayı hedeflemektedir (123, 126).

3. BİREYLER VE YÖNTEM

3.1. Bireyler

Şizofreni tanılı bireylerde içselleştirilmiş damgalanma ve aktivite performansı arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmaya Çorlu Devlet Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezine kayıtlı 110 şizofreni tanılı birey katıldı (Şekil 3.1).

Bu çalışmaya alınacak katılımcı sayısının belirlenmesi için G*Power programı kullanılarak güç analizi yapılmış; 0,05 hata payı, 0,80 güç ile gerekli minimum örneklem büyüklüğü 104 kişi olarak belirlenmiştir.

Bu araştırma Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 01.10.2019 tarihinde yapılan değerlendirme sonucunda GO 19/953 sayılı karar ile etik açıdan uygun bulunmuştur (EK 1).

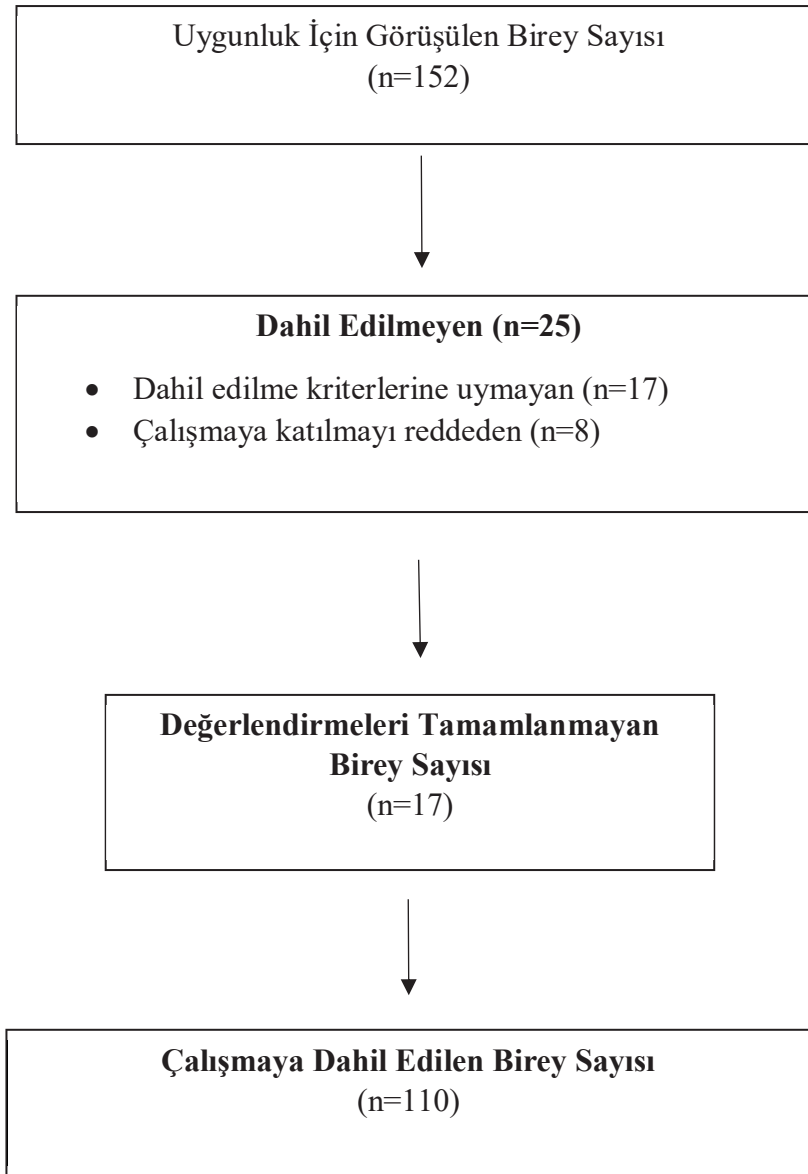
Görüşmenin başında tüm katılımcılara araştırmanın amacı ve içeriği hakkında bilgi verilmiş, çalışmaya gönüllü katılmayı kabul edenlere Aydınlatılmış Onam Formu imzalatılmıştır.

Çalışmaya dahil edilme kriterleri:

1. DSM-V kriterlerine göre şizofreni tanısı alma
2. 18-65 yaş aralığında olma
3. Takip edilen hekim tarafından klinik olarak remisyonunda olduğu belirlenen birey olması
4. Yaratıcı Beceriler Modeline göre Grup 2’de olan bireyler
5. Çalışmaya katılmaya gönüllü olma

Çalışmaya dahil edilmeme kriterleri:

1. İletişimi engelleyecek düzeyde eğitim ve dil problemine sahip olma
2. Şizofreni dışında fiziksel, mental ya da psikiyatrik bozukluğa sahip olma



Şekil 3.1. Değerlendirmeye Alınan Bireylerin Akış Şeması

3.2. Yöntem

Bu araştırma şizofreni tanılı bireylerde içselleştirilmiş damgalanma ile aktivite performansı arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Çalışmaya katılan bireylerle yüz yüze görüşülmüş ve görüşmeler yaklaşık 60 dakika sürmüştür. Çalışmaya katılmayı kabul eden bireylere Vona du Toit Yaratıcı Beceriler Modeli Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu uygulanmıştır. Bu değerlendirme formuna göre Grup 2’de olan bireyler çalışmaya dahil edilmiştir. Katılımcıların sosyodemografik bilgileri için Kişisel Bilgi Formu, içselleştirilmiş damgalanmayı

değerlendirmek için Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği, aktivite performansını değerlendirmek için de Kanada Aktivite Performans Ölçümü kullanılmıştır.

3.3. Değerlendirmeler

3.3.1. Kişisel Bilgi Formu

Kişisel Bilgi Formu, katılımcıların cinsiyet, yaş, medeni durumu, eğitim durumu, meslek, çalışma durumu, TRSM' ye kayıtlı olduğu süre ve birlikte yaşadığı kişiler hakkında bilgileri içermektedir. Sorular tek tek yöneltilmiş, katılımcıların cevaplandırmasıyla araştırmacı tarafından doldurulmuştur.

3.3.2. Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği

Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ), Ritsher ve ark. tarafından geliştirilen içselleştirilmiş damgalanmayı değerlendiren bir öz bildirim ölçeğidir (127).

6 maddeden oluşan *Yabancılaşma* (1,5,8,16,17 ve 21. maddeler), 7 maddeden oluşan *Kalıp Yargıların Onaylanması* (2,6,10,18,19,23 ve 29. maddeler), 5 maddeden oluşan *Algılanan Ayrımcılık* (3,15,22,25 ve 28. maddeler), 6 maddeden oluşan *Sosyal Geri Çekilme* (4,9,11,12,13 ve 20. maddeler) ve 5 maddeden oluşan *Damgalanmaya Karşı Direnç* (7,14,24,26 ve 27. maddeler) olmak üzere 5 alt boyut ve toplamda 29 maddeden oluşmaktadır. Mevcut ölçekteki her madde “kesinlikle aynı fikirde değilim” (1 puan), “aynı fikirde değilim” (2 puan), “aynı fikirdeyim” (3 puan), “kesinlikle aynı fikirdeyim” (4 puan) şeklinde dörtlü likert tipi ölçek üzerinde cevaplanarak 1-4 arasında puanlanmaktadır. ”Damgalanmaya Karşı Direnç” alt ölçeğinin maddeleri ters olarak puanlanmaktadır. 29 maddenin puanlarının toplanmasının sonucunda toplam RHİDÖ puanı elde edilir. Toplam RHİDÖ puanı 29 ile 116 puan arasında değişim göstermektedir. Yüksek puan kişinin içselleştirilmiş damgalanmasının yüksek seviyede olduğunu gösterir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Ersoy ve ark. (2007) tarafından yapılan çalışmada ölçeğin iç tutarlık katsayısını .93, iki yarım güvenilirliği .89 olarak belirlenmiştir (128).

3.3.3. Kanada Aktivite Performans Ölçümü (KAPÖ)

Bireylerin kendine bakım, üretkenlik ve serbest zaman alanlarındaki aktivite performans problemlerini belirleyen ve aktivite performans puanı ile memnuniyet düzeyinin belirlenmesini sağlayan yarı yapılandırılmış bir görüşme yöntemidir (129).

Bireylerin günlük hayatında yapmak istediği, yapması gereken ancak kısıtlılık yaşadığı aktiviteleri seçmesi istenir. Kişiler, belirledikleri bu aktivitelerin her biri için likert skalasına göre 1-10 arasında puanlama yapar (1=hiç önemli değil, 10=son derece önemli). Bu aktiviteler arasından en önemli 5 aktivite seçilir. Her bir aktivite için performansını (1=hiç yapamıyorum, 10=son derece iyi yapıyorum) ve memnuniyet seviyesini (1=hiç memnun değilim, 10=son derece memnunum) likert skalasına göre 1-10 arasında puanlaması istenir. Elde edilen performans ve tatmin puanları toplanarak kişinin belirlediği önemli aktivite sayısına bölünerek ortalama puan elde edilir. KAPÖ'nün Türkçe kültürel adaptasyonu, geçerlilik ve güvenilirliği, Torpil (2017) tarafından yapılmış ve iç tutarlılık katsayısı 0,9-1 aralığında bulunmuştur (130).

3.3.4 Vona du Toit Yaratıcı Beceriler Modeli Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu

Bireylerin kişisel yönetim, çalışma becerisi, sosyal beceri ve serbest zamanın yapıcı kullanımı alanlarında mevcut becerileri değerlendirilerek eylem ve motivasyon seviyeleri belirlenir.

Kişisel yönetim alanında; bireyin toplumsal normlara ve kültürel geçmişe göre öz bakım becerileri edinme ile ilgili beceriler değerlendirilmektedir. Sosyal beceri alanında; sosyal ilişkiler ve normlara uygun sosyal davranışları yönetebilme becerileri, çalışma becerisi alanında; görevi başlatma ve tamamlama becerisi, yeni fikirler geliştirme, kendini, kaynakları ve iş yükünü yönetme, normlara göre çalışma ve performans konusunda gerçekçi olma becerileri, serbest zamanın yapıcı kullanımı alanında ise; serbest zamanın sosyal olarak kabul edilebilir bir şekilde dengeli, yapıcı, eğlence amaçlı kullanımı değerlendirilmektedir. Performans alanları değerlendirilen bireylerin motivasyon seviyeleri saptanır.

3.4. İstatistiksel Analiz

Tanımlayıcı istatistiklerde, normal dağılıma sahip sürekli değişkenler için ortalama ve standart sapma; kategorik değişkenler içinse sıklıklar ve yüzde olarak ifade edilmiştir. Sürekli değişkenlerin normalliğini belirlemek için Shapiro-Wilk testi, histogram, kutu-çizgi ve Q-Q grafikleri sonuçları değerlendirilmiştir. Normal dağılıma uymadığı için ölçeklerin alt boyut ve toplam puanlardaki ilişkileri Spearman korelasyon katsayısı ile verilmiştir. r korelasyon katsayısının 0,40 dan az olması zayıf düzeyde korelasyon; 0,40 – 0,60 arasında olması orta düzeyde korelasyon; 0,60 – 0,80 yüksek düzeyde korelasyon; 0,80 – 1,0 çok yüksek düzeyde korelasyon şeklinde yorumlanmıştır (131). Bütün testlerde anlamlılık düzeyi 0,05 olarak alınmıştır. Veri analizinde IBM SPSS versiyon 25 programı kullanılmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Demografik Bilgilere Ait Bulgular

Çalışmada yaş ortalaması $42,85 \pm 10,57$ yıl ve Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı olduğu süre ortalaması $3,68 \pm 1,46$ yıl olan 110 katılımcı değerlendirmeye alındı. Şizofreni tanısı alan bireylerin sosyodemografik özelliklerine ilişkin bilgiler Tablo 4.1'de yer almaktadır.

Tablo 4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

	n	%
Cinsiyet		
Kadın	53	48,2
Erkek	57	51,8
Medeni Durum		
Evli	36	32,7
Bekar	64	58,2
Boşanmış	6	5,5
Dul	4	3,6
Eğitim Durumu		
İlkokul	43	39,1
Ortokul	20	18,2
Lise	35	31,8
Üniversite	12	10,9
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	14	12,7
Çalışmıyor	96	87,3
Meslek		
Ev Hanımı	20	18,2
Emekli	48	43,6
İşçi	22	20
Diğer (Memur, Avukat, Öğrenci vb.)	20	18,2
Birlikte Yaşadıkları		
Yalnız	6	5,5
Aile	102	92,7
Arkadaş	2	1,8

(n: Kişi sayısı; %: Yüzde)

4.2. Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği ve Kanada Aktivite Performans Ölçümüne İlişkin Tanımlayıcı Bulgular

Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ) ve Kanada Aktivite Performans Ölçümünden (KAPÖ) alınan puanların ortalama ve standart sapma ile minimum ve maksimum değerleri Tablo 4.2’de verilmiştir.

Tablo 4.2. Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği ve Kanada Aktivite Performans Ölçümüne İlişkin Tanımlayıcı Bilgiler

		X	SS	min	maks
RHİDÖ Alt Boyutları	Yabancılaşma	15,35	2,45	8	24
	Kalıp Yargıların Onaylanması	17,29	2,15	10	23
	Algılanan Ayrımcılık	13,45	1,96	10	18
	Sosyal Geri Çekilme	15,9	2,40	11	22
	Damgalanmaya Karşı Direnç	11,89	1,55	8	17
	RHİDÖ Toplam Puan	73,85	7271	55	94
KAPÖ Alt Boyutları	Performans	3,2	1,43	1	7
	Memnuniyet	3,76	1,28	1	7

(X: Ortalama; SS: Standart Sapma; min: minimum; maks: maksimum)

4.3. Kanada Aktivite Performans Ölçümü’ne Göre Aktivite Dağılımları

KAPÖ’ye göre katılımcıların zorlandığı aktiviteler Tablo 4.3’te verilmiştir. Katılımcılar tarafından 5’i günlük yaşam, 12’si yardımcı günlük yaşam, 6’sı serbest zaman, 4’ü sosyal katılım, 1’i dinlenme ve uyku, 1’i iş ve 1’i eğitim aktiviteleri olmak üzere toplam 30 aktivite belirtilmiştir. Katılımcıların en çok ifade ettiği aktiviteler; günlük yaşam aktiviteleri alanında kişisel hijyenini sağlamak (%13,6, n=15), yardımcı günlük yaşam aktiviteleri alanında ev temizliği yapmak (%29,1, n=32), dinlenme ve uyku alanında uyku düzenini sağlamak (%11,8, n=13), eğitim alanında eğitimini tamamlamak (%6,4, n=7), iş alanında bir işte çalışmak (%22,7, n=25), serbest zaman

alanında seyahat etmek (%18,2, n=20), sosyal katılım alanında arkadaş edinmek (%14,5, n=16) şeklindedir.

Tablo 4.3. Kanada Aktivite Performans Ölçümüne Göre Aktivitelerin Dağılımı*

	n	%
Günlük Yaşam Aktiviteleri		
Kişisel Hijyenini Sağlamak	15	13,6
Beslenmek	12	10,9
Giyinmek	8	7,3
Banyo Yapmak	6	5,5
Merdiven İnmek-Çıkmak	3	2,7
Yardımcı Günlük Yaşam Aktiviteleri		
Ev Temizliği Yapmak	32	29,1
İletişim Kurmak	30	27,3
Alışveriş Yapmak	15	13,6
Para Yönetimi	15	13,6
Yemek Yapmak	6	5,5
Bulaşık Yıkamak	6	5,5
Hesap Yapmak	6	3,6
Hayvan Bakımını Sağlamak	3	2,7
Toplu Ulaşım Aracı Kullanmak	2	1,8
Araba Kullanmak	1	0,9
Bisiklet Sürmek	1	0,9
Bilgisayar Kullanmak	1	0,9
Dinlenme ve Uyku		
Uyku Düzenini Sağlamak	13	11,8
Eğitim		
Eğitim Almak	7	6,4

(n: Kişi sayısı; %: Yüzde; * Ergoterapi Uygulama Çerçevesi: Alan ve Süreç 3. Baskıya Göre)

Tablo 4.3. (Devam) Kanada Aktivite Performans Ölçümüne Göre Aktivitelerin Dağılımı*

İş		
Bir İşte Çalışmak	25	22,7
Serbest Zaman		
Seyahat Etmek	20	18,2
Yürüyüş Yapmak	19	17,3
Kitap Okumak	7	6,4
El İşi Yapmak	3	2,7
Enstrüman Çalmak	3	2,7
Resim Yapmak	1	0,9
Sosyal Katılım		
Arkadaş Edinmek	16	14,5
Akraba Ziyareti Yapmak	13	11,8
Sinemaya/Tiyatroya Gitmek	10	9,1
Arkadaşlarla Buluşmak	9	8,2

(n: Kişi sayısı; %: Yüzde; * Ergoterapi Uygulama Çerçevesi: Alan ve Süreç 3. Baskıya Göre)

4.4. Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği ve Kanada Aktivite Performans Ölçümü Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

RHİDÖ toplam puanı ve alt boyut puanları ile KAPÖ ölçeğinin alt boyut puanları arasındaki korelasyonu değerlendirmek için Spearman Korelasyon analizi uygulanmıştır ve sonuçlar Tablo 4.4'te gösterilmiştir. RHİDÖ'nün toplam puanı ile KAPÖ'nün performans puanı arasında çok yüksek düzeyde ve negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulundu ($p=0,001$). RHİDÖ'nün Yabancılaşma, Kalıp Yargıların Onaylanması, Sosyal Geri Çekilme alt boyutları puan ortalamaları ile KAPÖ'nün performans puanı arasında yüksek düzeyde ve negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptandı ($p=0,001$). RHİDÖ'nün Algılanan Ayrımcılık alt boyutu puan ortalaması ile KAPÖ'nün performans puanı arasında orta düzeyde ve negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulundu ($p=0,001$). RHİDÖ'nün Damgalanmaya Karşı Direnç alt boyutu puan ortalaması ile KAPÖ'nün performans puanı arasında zayıf düzeyde ve negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptandı ($p=0,003$).

RHİDÖ'nün toplam puanı ile KAPÖ'nün memnuniyet puanı arasında çok yüksek düzeyde ve negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulundu ($p=0,001$). RHİDÖ'nün Yabancılaşma, Kalıp Yargıların Onaylanması, Algılanan Ayrımcılık, Sosyal Geri Çekilme alt boyutları puan ortalamaları ile KAPÖ'nün memnuniyet puanı arasında yüksek düzeyde ve negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptandı ($p=0,001$). Damgalanmaya Karşı Direnç alt boyutu puan ortalaması ile KAPÖ'nün memnuniyet puanı arasında zayıf düzeyde ve negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptandı ($p=0,001$).

Tablo 4.4. Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği ve Kanada Aktivite Performans Ölçümüne Ait Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

		KAPÖ		
		Performans	Memnuniyet	
RHİDÖ	Yabancılaşma	r	-,633**	-,661**
		p	,001	,001
	Kalıp Yargıların Onaylanması	r	-,622*	-,645*
		p	,001	,001
	Algılanan Ayrımcılık	r	-,567*	-,640*
		p	,001	,001
	Sosyal Geri Çekilme	r	-,646*	-,701*
		p	,001	,001
	Damgalanmaya Karşı Direnç	r	-,277**	-,323*
		p	,003	,001
	Toplam	r	-,833*	-,903*
		p	,001	,001

r: Spearman testi korelasyon kat sayısı; * $p=0,001$; ** $p=0,003$

5. TARTIŞMA

Şizofreni tanılı bireylerde içselleştirilmiş damgalanma ile aktivite performansının ilişkisini inceleyen çalışmamızda içselleştirilmiş damgalanma arttıkça aktivite performansı ve memnuniyet düzeylerinin azaldığı sonucuna varılmıştır.

Çalışmamızda, şizofreni tanılı bireylerin içselleştirilmiş damgalanma düzeyini belirlemek için RHİDÖ kullanılmış, yapılan analiz sonucunda, bu bireylerin RHİDÖ ölçeğinden alabileceği minimum ve maksimum değerlere göre bireylerin içselleştirilmiş damgalanma düzeyinin orta düzeyin üzerinde olduğu görülmüştür. Şizofreni tanılı bireyler ile yapılan uluslararası çalışmalarda bireylerin içselleştirilmiş damgalanma düzeylerinin yüksek olduğu saptanmıştır (89, 132). Ülkemizde şizofreni tanılı bireylerle yapılan araştırmalara bakıldığında da bireylerin içselleştirilmiş damgalanma düzeylerinin yüksek olduğu belirtilmiştir (91, 92, 133).

Bu çalışmada şizofreni tanılı bireylere uygulanan RHİDÖ ölçeğinin 5 alt boyutu bulunmaktadır. Ölçeğin alt boyutları değerlendirildiğinde, çalışmaya katılan bireylerin “Kalıp Yargıların Onaylanması” alt boyutundan en yüksek puan aldığı, en düşük puan ortalamasını da “Damgalanmaya Karşı Direnç” alt boyutundan aldığı saptanmıştır. Ülkemizde yapılan çalışmalarda da şizofreni tanılı bireylerin en yüksek puanı kalıp yargıların onaylanması, en düşük puanı damgalanmaya karşı direnç alt boyutundan aldığı görülmüştür (90, 91). Ancak, bu konuda uluslararası çalışmalara bakıldığında farklı bulgular olduğu görülmektedir; Mosanya ve ark.’nın çalışmasında şizofreni tanılı bireylerin kalıp yargıların onaylanması alt boyutundan en düşük puanı alırken, en yüksek puanı damgalanmaya karşı direnç alt boyutundan aldıkları bulunmuştur (134). Bu farklılığın çalışmaların yapıldığı ülkelerin kültürel farklılıklarından ve toplumun şizofreni tanılı bireylere olan bakış açısından dolayı oluşabileceği düşünülmektedir. Angermeyer ve ark. çalışmasında, kültürün, toplumun şizofreni tanılı bireylere yönelik tutumunu yönlendiren önemli bir nokta olduğunu belirtmişlerdir (135). Toplumun şizofreni tanılı bireylere karşı gösterdiği olumsuz tutumlar ve tehlikeli, suçlu, saldırgan gibi olumsuz kalıp yargıları şizofreni tanılı bireylerin benimsemesi içselleştirilmiş damgalanmayı arttırarak bireylerin damgalanma direncinin azalmasına sebep olabilmektedir. Ülkemizde yapılan çalışma sonuçları da bu doğrultuda değerlendirildiğinde, ruhsal bozukluğa sahip olmanın utanç

verici olduğunun, kötü davranışlarının bir cezası olarak görüldüğü belirtilmiştir (136). Bunun yanında toplumun şizofreni tanılı bireylere karşı olumsuz görüşünü değiştirmeye yönelik girişimlerde bulunmamasının da bireylerin olumsuz kalıp yargıları kabullenmesine sebep olduğu ifade edilmiştir (16, 137-139).

Çalışmamızda şizofreni tanılı bireylerin aktivite performansı ve memnuniyet düzeyleri düşük bulunmuştur. Ekici ve ark.'nın şizofreni tanılı bireylerle yaptığı çalışmada aktivite performansı ve memnuniyet düzeylerinin düşük olduğu saptanmıştır (140). Benzer şekilde çoğunluğu şizofreni tanılı bireylerden oluşan psikiyatrik bozukluk tanılı bireylerle yapılan çalışmada bireylerin aktivite performansı ve memnuniyet düzeyleri düşük bulunmuştur (141). Şizofreninin bilişsel ve sosyal işlevsellik düzeylerini azaltması şizofreni tanılı bireylerin günlük yaşamdaki aktivitelerine katılımını kısıtlayabilir. Ayrıca şizofreni tanılı bireylerin benlik saygısı ve öz yeterlilik seviyelerinin de azalmasıyla bireylerin aktivitelerdeki performansı azalabilir. Günlük yaşamdaki aktiviteleri kısıtlanan, kendini yetersiz hissedene ve aktivite performansı azalan şizofreni tanılı bireylerin aktivitelerdeki performanstan olan memnuniyet düzeyinin azalmasına sebep olabilir.

Bu çalışmada, şizofreni tanılı bireylerin aktivite performans problemlerini belirlemek amacıyla Kanada Aktivite Performans Ölçümü kullanılmış ve aktiviteler 7 alanda kategorize edilmiştir. Günlük yaşam aktiviteleri alanında şizofreni tanılı bireyler en çok kişisel hijyenlerini sağlamakta zorlandıklarını belirtmişlerdir. Benzer şekilde, Ekici ve ark.'nın yaptığı çalışmada da şizofreni tanılı bireylerin kendine bakım alanında en çok kişisel hijyenini sağlamakta zorlandığı görülmüştür (140). Çiftçi ve ark. şizofreni tanılı bireylerin kendine bakım beceri düzeyinin anksiyete bozukluğu ve depresyon tanılı bireylere göre daha düşük olduğunu bulmuşlardır (142). Şizofreni tanılı bireylerin kişisel hijyenlerine ilişkin kendi algıları ve sağlık profesyonellerinin değerlendirmelerini karşılaştırmak amacıyla yapılan bir çalışmada da sağlık profesyonelleri, şizofreni tanılı bireylerin kişisel hijyenlerinin kötü düzeyde olduğunu ifade etmişlerdir (143). Saruç ve Kılıç'ın çalışmasında şizofreni tanılı bireylerin % 65,3'ünün desteksiz kendine bakımını gerçekleştiremediği belirtilmiştir (144). Şizofreninin bilişsel işlevleri etkilemesi, algılama ve farkındalığı olumsuz etkilemesi, öz yeterliliği azaltması gibi faktörler şizofreni tanılı bireylerin kişisel hijyenini sağlamakta zorlanmasının sebeplerinden olabilir.

Yardımcı günlük yaşam aktiviteleri alanında bireyler en çok ev temizliğini yapmakta zorlandıklarını ifade etmişlerdir. Psikiyatrik tanısı olan bireylerle yapılan çalışmada şizofreni tanılı bireylerin %50'sinin ev işlerini yapmakta zorlandığı saptanmıştır (145). Çalışmamızın bulguları literatür bulgularıyla benzerlik göstermektedir. Şizofreni tanılı bireylerin kendilerini sosyal ortamlardan izole etmesi, yetersiz hissetmesi ve daha çok pasif aktiviteleri tercih etmesi kendilerini ihmal etme düzeyini arttırabilir ve ev temizliğini yapmakta zorlanabilirler. Ayrıca şizofreninin bilişsel işlevselliği olumsuz etkilemesinden kaynaklı bireylerin, zaman yönetimi ve enerji koruma yönetimi ile planlama becerileri gerektiren ev temizliği aktivitesinde zorlanabilecekleri düşünülmektedir.

Yardımcı günlük yaşam aktiviteleri alanında şizofreni tanılı bireylerin zorlandığı aktivitelerden biri de iletişim kurma becerisidir. Uluğ ve ark.'nın çalışmasında şizofreni tanılı bireylerin anlama ve iletişim kurma alanında zorlandıkları belirtilmiştir (146). Şizofreni tanılı bireylerle yapılan bir diğer çalışmada içselleştirilmiş damgalanmanın sosyal geri çekilmeye neden olduğu ve yüksek düzeyde içselleştirilmiş damgalanma düzeyinin düşük sosyal işlevsellikle ilişkili olduğu ifade edilmiştir (96, 147). Şizofreni tanılı bireylerde içselleştirilmiş damgalanmanın sosyal geri çekilmeye ve sosyal işlevselliğinin azalmasına neden olması bireylerin iletişim becerilerini olumsuz etkileyebilmektedir.

Dinlenme ve uyku alanında bireylerin en çok uyku düzenini sağlamakta zorlandığı saptanmıştır. Uyku problemi şizofreni tanılı bireylerde yaygın olarak görülmektedir (148). Yapılan çalışmalarda şizofreni tanılı bireylerde bilişsel bozukluklar, psikiyatrik belirtiler ve ilacın yan etkilerinden kaynaklı gece uyanık olma ve gün içinde uykuya dalma gibi problemler meydana gelerek uyku-uyanıklık düzeninin bozulduğu belirtilmiştir (149). Ayrıca şizofreni tanılı bireylerin daha çok pasif aktivitelere zaman ayırdığı ve zamanının çoğunu uyku ve dinlenmeyle geçirdiği bulunmuştur (150).

Eğitim alanında şizofreni tanılı bireylerin en çok zorlandığı aktivite, eğitim alma aktivitesi olarak bulunmuştur. Yıldız ve ark.'nın çalışmasında şizofreni tanılı bireylerde bilişsel işlevlerdeki bozuklukların eğitim düzeyini olumsuz etkilediği belirtilmiştir (151). Şizofreninin erken yaşlarda başlaması, bilişsel bozukluklara yol

açması, nükslerin ve hastaneye yatışların olması, şizofreni tanılı bireylerin toplum tarafından damgalanması ve bireylerin sosyal ortamlardan uzaklaşması, kendilerini yetersiz hissetmeleri gibi faktörler bireylerin eğitim almasını olumsuz etkileyebilmektedir.

Literatürde yapılan çalışmalarda şizofreni tanılı bireylerin damgalanma, ayrımcılık, işverenlerin isteksiz tavrı gibi faktörlerden iş arama veya iş bulma girişimlerinin olumsuz etkilendiği ifade edilmiştir (12, 152, 153). Yapılan bazı çalışma sonuçlarına göre, şizofreni tanılı bireylerin çoğunun bir işte çalışmak istediği belirtilmiştir (154, 155); bireylerin %55 ile %70'inin mutlu olmak ve ekonomik amaçlarla bir işte çalışmak istedikleri saptanmıştır (156). Tüm bu bilgilere göre, şizofreni tanılı bireylerin bir işte çalışma istekleri yüksek oranda olmasına rağmen istihdam oranları düşüktür (157). Bu çalışmada da literatürle uyumlu olarak, bu bireyler bir işte çalışmakta zorlandıklarını bildirmişlerdir.

Sosyal katılım alanında, şizofreni tanılı bireylerin en çok zorlandığı aktivitenin arkadaş edinmek olduğu saptanmıştır. Benzer olarak, Kaya ve Kılıç'ın şizofreni tanılı bireylerle yaptığı çalışmada bireylerin %61,4'ünün arkadaşının olmadığı bulunmuştur (144). Bu noktada, istihdam, barınma ve ekonomik sorunlar, sosyal rollerin kaybı ve damgalanma şizofreni tanılı bireylerin ilişkilerini olumsuz etkileyerek sosyal izolasyona yol açmaktadır (152, 158). Sosyal olarak kendini izole eden şizofreni tanılı bireylerin kişiler arası ilişkileri ve iletişim becerileri düzeyi olumsuz etkilenebilir ve yeni insanlarla tanışmada, arkadaş edinmede zorluk çekebilirler.

Serbest zaman alanında şizofreni tanılı bireylerin en çok zorlandığı aktivite seyahat etmek olarak belirtilmiştir. Şizofreninin sosyal geri çekilmeye sebep olması, şizofreni tanılı bireylerin toplum tarafından damgalanması bireyin sosyal ortamlardan kendini izole etmesine sebep olabilir. Bu da serbest zaman aktivitelerine katılımı olumsuz etkileyebilmektedir. Şizofreni tanılı bireylerin daha çok ev içerisinde pasif aktiviteleri tercih etmesinden dolayı seyahat etmek gibi enerji gerektiren ve ev ortamı dışındaki aktivitelerde zorlandıkları düşünülmektedir. Seyahat etmenin planlama, yer oryantasyonu, para yönetimi becerileri gibi üst düzey bilişsel süreçler içermesi ve şizofreni tanılı bireylerin bilişsel işlevselliğinin etkilenebilmesinden kaynaklı bu aktiviteyi gerçekleştirmede zorlanabilirler. Aynı zamanda ekonomik olarak bağımsız

olmak isteyen ama iş bulmakta zorlanan şizofreni tanılı bireyler için düzenli bir gelirin olmaması da seyahat etmek için bütçe ayıramamaya dolayısıyla da seyahat etmeyi zorlaştıran etkenlerden olabilir.

Çalışmamızda serbest zaman alanında bireylerin en çok zorlandığı aktivitelerden biri de akraba ziyaretleri olarak belirlenmiştir. Taş ve Buldukoğlu'nun şizofreni tanılı bireylerle yaptığı çalışmada bireylerin % 29'u akrabalarının şizofreni nedeni ile onlardan uzaklaştığını belirtmişlerdir (159). Şizofreninin, bireylerin sosyal işlevselliklerinin bozulmasına ve sosyal ortamlardan kendilerini izole etmelerine sebep olması nedeniyle bu bireylerin eskisi gibi akrabalarıyla iletişime girmeyeceği de sebep olarak belirtilmektedir (160). Ayrıca çalışmalarda şizofreni tanılı bireylerin akrabaları ve yakın sosyal ilişkilerinin olduğu kişilerin de toplum içerisinde damgalanma yaşayabileceği belirtilmektedir. Şizofreni tanılı bireylerin akrabalarıyla yapılan bir diğer çalışmada katılımcıların %18'inin şizofreni tanılı yakınının olması sebebiyle damgalanma yaşadığı bildirilmiştir (161). Akrabaların şizofreni ile ilgili yeterli bilgiye sahip olmaması, toplumun şizofreni tanılı bireylerle ilgili olumsuz kalıp yargıları akrabaların da onaylaması, şizofreni nedeni ile bireylerin sosyal işlevsellik düzeylerinin azalması ve akrabaların şizofreni tanılı bir yakınlarının olması nedeniyle toplum tarafından damgalanmaları şizofreni tanılı bireylerin akrabaları ile iletişime girmelerini, akraba ziyaretlerini olumsuz etkileyebilir.

Çalışmamızda içselleştirilmiş damgalanma düzeyinin yüksek olduğu bireylerin aktivite performansı ve memnuniyet düzeylerinin düşük olduğu saptanmıştır. Literatürde psikoz tanılı bireylerle yapılan çalışmada, içselleştirilmiş damgalanma düzeyi yüksek olan bireylerin günlük yaşamda daha az aktif oldukları görülmüştür. Bireylerin, başkalarının kendilerine nasıl tepki vereceğine ilişkin korkuları, sosyal ve davranışsal olarak kaçınmayı tetikleyerek anlamlı aktivitelere katılımlarını sınırlandırabileceği belirtilmiştir (33). Şizofreni tanılı bireylerin toplum tarafından damgalanma süreci bu bireylerin tanı alması ile başlamaktadır. Toplum şizofreni tanılı bireylere karşı tehlikeli, davranışları öngörülemeyen, sorumsuz, yetersiz gibi olumsuz kalıp yargılar oluşturabilmektedir. Sosyal damgalanmanın farkında olan şizofreni tanılı bireyler, toplumun damgalayıcı kalıp yargılarını kabul ederek damgalanmayı içselleştirebilirler. Bu bireylerde, içselleştirilmiş damgalanmanın artmasıyla benlik saygısı ve öz yeterlilik düzeyi azaldığı belirtilmektedir (21, 162). Bu durum, bu

bireylerin kendilerini değersiz hissetmesine ve kişisel becerilerinin yetersiz olduğunu düşünmelerine sebep olmaktadır. Kendilerini yetersiz hisseden bireyler bir işte çalışma, sosyal aktivitelere katılım, bağımsız bir şekilde yaşamını sürdürme gibi bireysel hedeflerini sürdürmede zorlanmaktadırlar (163). Toplumdan kendini izole eden bireyler günlük yaşamındaki aktivitelere katılımı zorlanabilir ve bu da aktivitelere katılımındaki performansını azaltabilir. Aktivitelere katılımındaki performansı etkilenen bireyin aktivitelere gösterdiği performanstan memnun olma düzeyi de azalabilir.

Çalışmamıza katılan bireylerde yabancılaşma duygusu arttıkça aktivite performansı ve memnuniyet puanının azaldığı bulunmuştur. Yabancılaşma, kişiler arası yabancılaşma veya ayrılık olarak tanımlanmakta ve yalnızlık, sosyal izolasyon ve topluma ait olmama hissi ile kendini göstermektedir (164). De Niro, şizofreni tanılı bireylerle yaptığı çalışmada, bireylerin şizofreni tanısına sahip olduğu için çevrelerinden uzaklaştıklarını veya çevrelerinden ayırdıklarını, topluma ait hissetmede güçlükler yaşadıklarını ve yabancılaşma hissini oluşturduğunu belirtmiştir (165). Literatürde yapılan çalışmalarda yabancılaşma arttıkça bireyin benlik saygısının ve yaşam memnuniyetinin azaldığı saptanmıştır (166, 167). Kendini topluma ait hissetmeyen birey toplumdan uzaklaşabilir ve bu durum sosyal ilişkilerini ve aktivitelere katılımını olumsuz etkileyebilir.

Çalışmamızda, bireylerin kalıp yargıları benimsedikçe aktivite performans ve memnuniyet düzeylerinin azaldığı bulunmuştur. Kalıp yargılar, bir sosyal grubun üyelerinin kişilik özellikleri ve davranışları hakkında paylaşılan inançlardır (168). Toplumda, şizofreni tanılı bireyler için saldırgan ve tehlikeli oldukları, evlenmemeleri gerektiği gibi olumsuz tutumlardan oluşan kalıp yargılar mevcuttur. Bu kalıp yargıları onaylayan bireyler, toplumun onlara karşı olan damgalamasını içselleştirip kendilerini günlük yaşamdan izole ederek günlük yaşam aktivitelerindeki performansın azalmasına sebep olabilir. Bireyin aktivitelere katılımındaki performansı azaldıkça da aktivitelere gösterdiği performanstan memnuniyeti o oranda azaldığı söylenebilir.

Çalışmamıza katılan bireylerin algıladığı ayrımcılık düzeyi arttıkça aktivite performans ve memnuniyet düzeyleri azalmaktadır. Şizofreni tanılı bireylerde algılanan ayrımcılığın yaygın olduğu literatürdeki çalışmalarda da belirtilmiştir (169). Avrupa ülkelerinde şizofreni tanılı bireylerin içselleştirilmiş damgalanma ve algılanan

ayrımcılık düzeylerini incelemek amacıyla yapılan çalışmada şizofreni tanılı bireylerin %69,4'ünde orta veya yüksek düzeyde algılanan ayrımcılık saptanmıştır (89). Thornicroft ve ark.'nın şizofreni tanılı bireylerle yaptığı çalışmada bireylerin toplum tarafından ayrımcılığa uğrayacakları düşüncesiyle %72'sinin tanısını sakladığı ve iş başvurusunda bulunma, eğitimini tamamlama gibi hedeflenen aktiviteleri uygulamaktan vazgeçtiklerini ifade etmişlerdir. Algılanan ayrımcılığın artmasıyla bireyin benlik saygısı da azalmaktadır (153). Düşük benlik saygısı bireyin toplumdan kendini izole ederek günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmekte zorlanmasına sebep olarak bireyin aktivite performans düzeyini azaltabilir. Aktivitelerini gerçekleştiremeyen ya da düşük performans gösteren bireylerin memnuniyet düzeyleri de azalabilir.

Bireyler sosyal ortamlardan geri çekildikçe aktivite performansı ve memnuniyet düzeyleri azalmaktadır. Toplumun şizofreni tanılı bireylerden korkması ve onlara karşı olumsuz kalıp yargılar oluşturması şizofreni tanılı bireylerde içselleştirilmiş damgalanmanın meydana gelmesine ve bireyin sosyal ortamlardan kendini izole etmesine sebep olmaktadır (12). Literatürde de sosyal geri çekilmenin, şizofreni tanılı bireylerde yalnızlığa, serbest zaman aktivitelerinde kısıtlılığa ve kişisel bakım ve barınma rutinlerinde zorluklara yol açtığı ifade edilmiştir (170, 171). Kendini toplumdan izole eden bireylerin, kişiler arası ilişkileri, sosyal aktivitelere katılımı ve sosyal rollerini gerçekleştirme sürecinin olumsuz etkilenmesiyle şizofreni tanılı bireylerin günlük yaşamındaki tüm alanlar etkilenebilir ve günlük yaşamdaki aktivite performansı ve memnuniyeti de azalabilir.

Çalışmamıza katılan bireylerde damgalanmaya karşı direnç alt boyutunun puanı arttıkça bireylerin damgalanmaya karşı gösterdiği direnç azalmaktadır. Gösterilen direnç azaldıkça aktivite performansı ve memnuniyeti de azalmaktadır. Şizofreni tanılı bireylerle yapılan çalışmada damgalanmaya karşı direncin azalmasıyla benlik saygısının azaldığı belirtilmiştir (172). Bireyin benlik saygısı azaldıkça kendini yetersiz hissedebilir ve günlük yaşamdaki aktivitelere katılımı kısıtlanabilir. Bu da bireyin aktivite performansını ve memnuniyetini azaltabilir.

Çalışmamızın çeşitli limitasyonları bulunmaktadır. Çalışmanın limitasyonlarından biri, çalışmaya katılan bireylerin çoğunun aktif çalışma hayatında

olmamasıdır. Aktif çalışma hayatında rol alan şizofreni tanılı bireylerin içselleştirilmiş damgalanma ve aktivite performansı düzeylerinin incelendiği çalışmalar yapılması gerektiğini düşünmekteyiz.

Çalışmamızda şizofreni tanılı bireylerde içselleştirilmiş damgalanma ve aktivite performansı arasındaki ilişki gösterilmiştir. İçselleştirilmiş damgalanma düzeyinin artması aktivite performansı ve memnuniyetini azaltmaktadır. Ergoterapi değerlendirme ve müdahaleleri planlanırken bireyin içselleştirilmiş damgalanma düzeyinin göz önünde bulundurulmasının aktivite performans ve memnuniyetinin artırılması açısından önemli olduğu düşünülmektedir. Aynı zamanda yapılan müdahale programlarının uzun dönem takip sonuçlarının paylaşıldığı çalışmalar yapılması önerilmektedir. Sağlık profesyonellerinin müdahale programlarını planlarken şizofreni tanılı bireylerin içselleştirilmiş damgalanma düzeylerini mutlaka göz önünde bulundurmaları gerektiğini düşünmekteyiz.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

- Bireylerin içselleştirilmiş damgalanma düzeyinin orta düzeyin üzerinde olduğu görülmüştür.
- Çalışmamızda şizofreni tanılı bireylerin aktivite performans ve memnuniyet puanı ortalamaları düşük düzeyde bulunmuştur.
- Katılımcıların aktivite performans problemleri incelendiğinde kişisel hijyenini sağlamak, ev temizliği yapmak, iyi bir iletişim kurmak, uyku düzenini sağlamak, arkadaş edinmek, akraba ziyaretleri yapmak gibi aktivitelerin bireylerin en çok zorlandığı aktiviteler olduğu belirlenmiştir.
 - Şizofreni tanılı bireylerde müdahale programları planlanırken kişisel hijyen eğitimi, uyku hijyeni eğitimi gibi bireylerin zorlandıkları aktivitelere yönelik eğitimlerin verilmesi önemlidir.
 - Sosyal katılımı arttırmak, iletişim becerilerini geliştirmeye yönelik bireylerin ailelerinin, akrabalarının ve arkadaşlarının da katıldığı aktivitelerin düzenlenmesinin önemli olduğu düşünülmektedir.
- İçselleştirilmiş damgalanma ölçeğinin en fazla etkilenen alt boyutunun kalıp yargıların onaylanması, en az etkilenen alt boyutunun damgalanmaya karşı direnç olduğu saptandı.
- İçselleştirilmiş damgalanma ölçeğinin yabancılaşma, kalıp yargıların onaylanması, algılanan ayrımcılık, sosyal geri çekilme ve damgalanmaya karşı direnç alt boyutları ile aktivite performans ve memnuniyeti arasında negatif yönde bir ilişki tespit edildi.
- İçselleştirilmiş damgalanma düzeyi arttıkça aktivite performans ve memnuniyeti azalmaktadır.
 - Bireylerin müdahale programları planlanırken içselleştirilmiş damgalanma yaşamasına neden olan etkenler dikkate alınmalıdır. Toplumun şizofreni tanılı bireylere yönelik olumsuz tutum ve davranışlarını değiştirmek, şizofreni hakkında bilgilendirmek, farkındalığı arttırmak amacıyla toplum temelli eğitimler düzenlenmesi önerilmektedir. Şizofreni tanılı bireylerin, damgalanmaya karşı dirençlerini arttırmaya yönelik baş etme stratejilerinin müdahale programlarında yer almasının önemli olduğu düşünülmektedir. Ayrıca bireylerin aile, akraba ve arkadaşlarına şizofreni ile ilgili bilgilendirici

eğitim toplantılarının dzenlenmesinin ergoterapi mđdahale programları kapsamında yapılandırılmasının da fayda sağlayacağı dđřđnđlmektedir.

- Bu alışma Yaratıcı Beceriler Modeli'ne gđre Grup 2'ye dahil olan bireylerle gerçekleştirilmiştir. Yaratıcı Beceriler Modeli'ne gđre Grup 1 ve Grup 3'te bulunan bireylerde de içselleştirilmiş damgalanma ve aktivite performansı arasındaki ilişkinin incelendiği yeni çalışmalar yapılması önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Janoutová J, Janáčková P, Šerý O, Zeman T, Ambroz P, Kovalová M, et al. Epidemiology and risk factors of schizophrenia. *Neuroendocrinology Letters*. 2016;37(1):1-8.
2. Leucht S, Burkard T, Henderson J, Maj M, Sartorius N. Physical illness and schizophrenia: a review of the literature. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2007;116(5):317-33.
3. Holder SD, Wayhs A. Schizophrenia. *Am Fam Physician*. 2014;90(11):775-82.
4. Kahn RS, Sommer IE, Murray RM, Meyer-Lindenberg A, Weinberger DR, Cannon TD, et al. Schizophrenia. *Nature Reviews Disease Primers*. 2015;1:15067.
5. Organization WH. Mental health and development: targeting people with mental health conditions as a vulnerable group. *Mental health and development: targeting people with mental health conditions as a vulnerable group* 2010. p. 74-.
6. Brohan E, Slade M, Clement S, Thornicroft G. Experiences of mental illness stigma, prejudice and discrimination: a review of measures. *BMC health services research*. 2010;10(1):1-11.
7. Eksteen H-C, Becker PJ, Lippi G. Stigmatization towards the mentally ill: Perceptions of psychiatrists, pre-clinical and post-clinical rotation medical students. *International Journal of Social Psychiatry*. 2017;63(8):782-91.
8. Babić D, Babić R, Vasilj I, Avdibegović E. Stigmatization of Mentally Ill Patients through Media. *Psychiatr Danub*. 2017;29(Suppl 5):885-9.
9. Corrigan PW, Roe D, Tsang HWH. *Challenging the stigma of mental illness: Lessons for therapists and advocates*: Wiley-Blackwell; 2011. xxi, 231-xxi, p.
10. Corrigan PW, Schmidt A, Bink AB, Nieweglowski K, Al-Khouja MA, Qin S, et al. Changing public stigma with continuum beliefs. *Journal of Mental Health*. 2017;26(5):411-8.
11. Crisp AH, Gelder MG, Rix S, Meltzer HI, Rowlands OJ. Stigmatisation of people with mental illnesses. *The British journal of psychiatry*. 2000;177(1):4-7.
12. Schulze B, Angermeyer MC. Subjective experiences of stigma. A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals. *Social science & medicine*. 2003;56(2):299-312.
13. Corrigan PW, Calabrese JD. *Strategies for assessing and diminishing self-stigma*. 2005.
14. Corrigan PW, Larson JE, Rüsç N. Self-stigma and the "why try" effect: impact on life goals and evidence-based practices. *World Psychiatry*. 2009;8(2):75-81.
15. Adewuya AO, Owoeye AO, Erinfolami AO, Ola BA. Correlates of Self-Stigma Among Outpatients With Mental Illness in Lagos, Nigeria. *International Journal of Social Psychiatry*. 2011;57(4):418-27.
16. Yıldız M, Özten E, Işık S, Özyıldırım İ, Karayün D, Cerit C, et al. Şizofreni hastaları, hasta yakınları ve majör depresif bozukluk hastalarında kendini damgalama. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2012;13(1).
17. Gerlinger G, Hauser M, De Hert M, Lacluyse K, Wampers M, Correll CU. Personal stigma in schizophrenia spectrum disorders: a systematic review of prevalence rates, correlates, impact and interventions. *World Psychiatry*. 2013;12(2):155-64.
18. Sarısoy G, Kaçar Ö F, Pazvantoğlu O, Korkmaz İZ, Öztürk A, Akkaya D, et al. Internalized stigma and intimate relations in bipolar and schizophrenic patients: a comparative study. *Compr Psychiatry*. 2013;54(6):665-72.
19. Holubova M, Prasko J, Matousek S, Latalova K, Marackova M, Vrbova K, et al. Comparison of self-stigma and quality of life in patients with depressive disorders and

schizophrenia spectrum disorders—a cross-sectional study. *Neuropsychiatric disease and treatment*. 2016;12:3021.

20. Corrigan PW. The impact of stigma on severe mental illness. *Cognitive and behavioral practice*. 1998;5(2):201-22.
21. Ritsher JB, Phelan JC. Internalized stigma predicts erosion of morale among psychiatric outpatients. *Psychiatry research*. 2004;129(3):257-65.
22. Hill K, Startup M. The relationship between internalized stigma, negative symptoms and social functioning in schizophrenia: the mediating role of self-efficacy. *Psychiatry research*. 2013;206(2-3):151-7.
23. Ochoa S, Martínez-Zambrano F, Garcia-Franco M, Vilamala S, Ribas M, Arenas O, et al. Development and validation of the Self-Stigma Questionnaire (SSQ) for people with schizophrenia and its relation to social functioning. *Comprehensive psychiatry*. 2015;62:93-9.
24. Perlick DA, Rosenheck RA, Clarkin JF, Sirey JA, Salahi J, Struening EL, et al. Stigma as a barrier to recovery: Adverse effects of perceived stigma on social adaptation of persons diagnosed with bipolar affective disorder. *Psychiatr Serv*. 2001;52(12):1627-32.
25. Yanos PT, Roe D, Markus K, Lysaker PH. Pathways between internalized stigma and outcomes related to recovery in schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatric Services*. 2008;59(12):1437-42.
26. Law M, Cooper B, Strong S, Stewart D, Rigby P, Letts L. The person-environment-occupation model: A transactive approach to occupational performance. *Canadian journal of occupational therapy*. 1996;63(1):9-23.
27. Robinson AM, Avallone J. Occupational therapy in acute inpatient psychiatry: An activities health approach. *American Journal of Occupational Therapy*. 1990;44(9):809-14.
28. Bacani-Oropilla T, Lippmann S, Tully E, Jaegers K. Patients with mental disorders who work. *Southern medical journal*. 1991;84(3):323-7.
29. Harvey PD. Cognitive Functioning and Disability in Schizophrenia. *Current Directions in Psychological Science*. 2010;19(4):249-54.
30. Lenroot R, Bustillo JR, Lauriello J, Keith SJ. Integration of care: Integrated treatment of schizophrenia. *Psychiatric Services*. 2003;54(11):1499-507.
31. Siegel SJ, Irani F, Brensinger CM, Kohler CG, Bilker WB, Ragland JD, et al. Prognostic variables at intake and long-term level of function in schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 2006;163(3):433-41.
32. Lipskaya-Velikovsky L, Jarus T, Easterbrook A, Kotler M. Participation in daily life of people with schizophrenia in comparison to the general population: Comparaison de la participation à la vie quotidienne des personnes atteintes de schizophrénie à celle de la population générale. *Canadian Journal of Occupational Therapy*. 2016;83(5):297-305.
33. Moriarty A, Jolley S, Callanan MM, Garety P. Understanding reduced activity in psychosis: the roles of stigma and illness appraisals. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2012;47(10):1685-93.
34. Lee C, McGlashan TH, Woods SW. Prevention of schizophrenia: can it be achieved? *CNS Drugs*. 2005;19(3):193-206.
35. Marder SR, Cannon TD. Schizophrenia. *N Engl J Med*. 2019;381(18):1753-61.
36. Schultz SH, North SW, Shields CG. Schizophrenia: a review. *Am Fam Physician*. 2007;75(12):1821-9.
37. Millier A, Schmidt U, Angermeyer MC, Chauhan D, Murthy V, Toumi M, et al. Humanistic burden in schizophrenia: a literature review. *J Psychiatr Res*. 2014;54:85-93.
38. Mueser KT, McGurk SR. Schizophrenia. *The Lancet*. 2004;363(9426):2063-72.
39. Picchioni MM, Murray RM. Schizophrenia. *Bmj*. 2007;335(7610):91-5.

40. Mueser KT, Jeste DV. Clinical handbook of schizophrenia. New York, NY: Guilford; 2008.
41. Zec RF. Neuropsychology of schizophrenia according to Kraepelin: disorders of volition and executive functioning. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. 1995;245(4):216-23.
42. Aderibigbe YA, Theodoridis D, Vieweg WVR. Dementia praecox to schizophrenia: the first 100 years. *Psychiatry and Clinical neurosciences*. 1999;53(4):437-48.
43. Rittmannsberger H. [The diagnosis "schizophrenia": past, present and future]. *Psychiatr Danub*. 2012;24(4):408-14.
44. Ceylan ME, Çetin M. Araştırma ve klinik uygulamada biyolojik psikiyatri. *Şizofreni*. 2005;2(3):83-613.
45. Schneider K. Clinical psychopathology. New York: Grune & Stratton; 1959.
46. Bhati MT. Defining psychosis: the evolution of DSM-5 schizophrenia spectrum disorders. *Curr Psychiatry Rep*. 2013;15(11):409.
47. Ruhsal bozuklukların tanıs ve sayımsal el kitabı. 5 ed. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2013 2013.
48. Charlson FJ, Ferrari AJ, Santomauro DF, Diminic S, Stockings E, Scott JG, et al. Global Epidemiology and Burden of Schizophrenia: Findings From the Global Burden of Disease Study 2016. *Schizophr Bull*. 2018;44(6):1195-203.
49. McGrath J, Saha S, Chant D, Welham J. Schizophrenia: a concise overview of incidence, prevalence, and mortality. *Epidemiol Rev*. 2008;30:67-76.
50. Binbay T, Ulaş H, Elbi H, Alptekin K. Türkiye’de psikoz epidemiyolojisi: Yaygınlık tahminleri ve başvuru oranları üzerine sistematik bir gözden geçirme. *Turk Psikiyatri Derg*. 2011;22(1):40-52.
51. Saha S, Chant D, Welham J, McGrath J. A systematic review of the prevalence of schizophrenia. *PLoS Med*. 2005;2(5):e141.
52. Ayano G. Schizophrenia: a concise overview of etiology, epidemiology diagnosis and management: review of literatures. *J Schizophrenia Res*. 2016;3(2):2-7.
53. Jablensky A, Sartorius N, Ernberg G, Anker M, Korten A, Cooper JE, et al. Schizophrenia: manifestations, incidence and course in different cultures A World Health Organization Ten-Country Study. *Psychological Medicine Monograph Supplement*. 1992;20:1-97.
54. Fatani BZ, Aldawod R, Alhawaj A, Alsadah S, Slais FR, Alyaseen EN, et al. Schizophrenia: etiology, pathophysiology and management-a review. *The Egyptian Journal of Hospital Medicine*. 2017;69(6):2640-6.
55. Dean K, Murray RM. Environmental risk factors for psychosis. *Dialogues in clinical neuroscience*. 2005;7(1):69.
56. Stefanis N, Frangou S, Yakeley J, Sharma T, O’Connell P, Morgan K, et al. Hippocampal volume reduction in schizophrenia: effects of genetic risk and pregnancy and birth complications. *Biological psychiatry*. 1999;46(5):697-702.
57. Smelser NJe, Baltes PBe. International encyclopedia of the social & behavioral sciences. 1st ed. ed: Amsterdam ; New York : Elsevier; 2001.
58. Goffman E. Stigma : notes on the management of spoiled identity. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall; 1963.
59. Arboleda-Flórez J, Sartorius N. Understanding the stigma of mental illness: theory and interventions: John Wiley & Sons; 2008.
60. Hinshaw SP. The mark of shame: Stigma of mental illness and an agenda for change: Oxford University Press; 2009.

61. Dinos S, Stevens S, Serfaty M, Weich S, King M. Stigma: the feelings and experiences of 46 people with mental illness: qualitative study. *The British Journal of Psychiatry*. 2004;184(2):176-81.
62. Wood L, Burke E, Byrne R, Pyle M, Chapman N, Morrison A. Stigma in psychosis: A thematic synthesis of current qualitative evidence. *Psychosis*. 2015;7(2):152-65.
63. Bos AER, Pryor JB, Reeder GD, Stutterheim SE. Stigma: Advances in Theory and Research. *Basic and Applied Social Psychology*. 2013;35(1):1-9.
64. Socall DW, Holtgraves T. Attitudes toward the mentally ill: The effects of label and beliefs. *Sociological Quarterly*. 1992;33(3):435-45.
65. Gray AJ. Stigma in psychiatry. *Journal of the royal society of medicine*. 2002;95(2):72-6.
66. Graf J, Lauber C, Nordt C, Rüesch P, Meyer PC, Rössler W. Perceived stigmatization of mentally ill people and its consequences for the quality of life in a Swiss population. *J Nerv Ment Dis*. 2004;192(8):542-7.
67. Rüsç N, Angermeyer MC, Corrigan PW. Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European psychiatry*. 2005;20(8):529-39.
68. Regier DA, Narrow WE, Rae DS, Manderscheid RW, Locke BZ, Goodwin FK. The de facto US mental and addictive disorders service system: Epidemiologic Catchment Area prospective 1-year prevalence rates of disorders and services. *Archives of general psychiatry*. 1993;50(2):85-94.
69. Narrow WE, Regier DA, Norquist G, Rae DS, Kennedy C, Arons B. Mental health service use by Americans with severe mental illnesses. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2000;35(4):147-55.
70. Kessler RC, Berglund PA, Bruce ML, Koch JR, Laska EM, Leaf PJ, et al. The prevalence and correlates of untreated serious mental illness. *Health Serv Res*. 2001;36(6 Pt 1):987-1007.
71. Dickerson FB, Sommerville J, Origoni AE, Ringel NB, Parente F. Experiences of stigma among outpatients with schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*. 2002;28(1):143-55.
72. Wood L, Birtel M, Alsawy S, Pyle M, Morrison A. Public perceptions of stigma towards people with schizophrenia, depression, and anxiety. *Psychiatry research*. 2014;220(1-2):604-8.
73. Williams CC, Collins AA. The Social Construction of Disability in Schizophrenia. *Qualitative Health Research*. 2002;12(3):297-309.
74. Corrigan PW, Edwards AB, Green A, Diwan SL, Penn DL. Prejudice, social distance, and familiarity with mental illness. *Schizophrenia bulletin*. 2001;27(2):219-25.
75. Sartorius N, Schulze H. Reducing the stigma of mental illness: a report from a global association: Cambridge University Press; 2005.
76. Ertugrul A, Uluğ B. Perception of stigma among patients with schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2004;39(1):73-7.
77. Callard F, ebrary I. Mental illness, discrimination, and the law fighting for social justice. Chichester, West Sussex; Hoboken, NJ: Wiley-Blackwell; 2012.
78. Scambler G. Re-framing stigma: felt and enacted stigma and challenges to the sociology of chronic and disabling conditions. *Social Theory & Health*. 2004;2(1):29-46.
79. Angermeyer MC, Matschinger H. Public beliefs about schizophrenia and depression: similarities and differences. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2003;38(9):526-34.
80. Lee S, Lee MTY, Chiu MYL, Kleinman A. Experience of social stigma by people with schizophrenia in Hong Kong. *The British Journal of Psychiatry*. 2005;186(2):153-7.
81. Villares CC, Sartorius N. Challenging the stigma of schizophrenia. *Braz J Psychiatry*. 2003;25(1):1-2.

82. Corrigan PW, Watson AC. The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical psychology: Science and practice*. 2002;9(1):35-53.
83. Evans-Lacko S, Brohan E, Mojtabai R, Thornicroft G. Association between public views of mental illness and self-stigma among individuals with mental illness in 14 European countries. *Psychological medicine*. 2012;42(8):1741-52.
84. Corrigan PW, Watson AC, Barr L. The self-stigma of mental illness: Implications for self-esteem and self-efficacy. *Journal of social and clinical psychology*. 2006;25(8):875-84.
85. Livingston JD, Boyd JE. Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Soc Sci Med*. 2010;71(12):2150-61.
86. Beck AT, Rector NA, Stolar N, Grant PM. *Schizophrenia : cognitive theory, research, and therapy* 2011.
87. Watson AC, Corrigan P, Larson JE, Sells M. Self-stigma in people with mental illness. *Schizophrenia bulletin*. 2007;33(6):1312-8.
88. Picco L, Pang S, Lau YW, Jeyagurunathan A, Satghare P, Abdin E, et al. Internalized stigma among psychiatric outpatients: Associations with quality of life, functioning, hope and self-esteem. *Psychiatry research*. 2016;246:500-6.
89. Brohan E, Elgie R, Sartorius N, Thornicroft G, Group G-ES. Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with schizophrenia in 14 European countries: The GAMIAN-Europe study. *Schizophrenia research*. 2010;122(1-3):232-8.
90. Yılmaz E, Okanlı A. The effect of internalized stigma on the adherence to treatment in patients with schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2015;29(5):297-301.
91. Karakaş SA, Okanlı A, Yılmaz E. The effect of internalized stigma on the self esteem in patients with schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2016;30(6):648-52.
92. Karağaç Özçelik E, Yıldırım A. Şizofreni hastalarında aile ortamı, içselleştirilmiş damgalanma ve yaşam kalitesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2018;9(2):80-7.
93. Karidi M, Vassilopoulou D, Savvidou E, Vitoratou S, Maillis A, Rabavilas A, et al. Bipolar disorder and self-stigma: A comparison with schizophrenia. *Journal of affective disorders*. 2015;184:209-15.
94. Hülya K, Demir S. Şizofreni ve bipolar bozukluğu olan hastalarda içselleştirilmiş damgalanma, benlik saygısı ve algılanan sosyal destek. *Cukurova Medical Journal*. 2018;43(1):99-106.
95. Drapalski AL, Lucksted A, Perrin PB, Aakre JM, Brown CH, DeForge BR, et al. A model of internalized stigma and its effects on people with mental illness. *Psychiatric Services*. 2013;64(3):264-9.
96. Lysaker PH, Davis LW, Warman DM, Strasburger A, Beattie N. Stigma, social function and symptoms in schizophrenia and schizoaffective disorder: associations across 6 months. *Psychiatry Res*. 2007;149(1-3):89-95.
97. Zhang TM, Wong IY, Yu YH, Ni SG, He XS, Bacon-Shone J, et al. An integrative model of internalized stigma and recovery-related outcomes among people diagnosed with schizophrenia in rural China. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2019;54(8):911-8.
98. Muñoz M, Sanz M, Pérez-Santos E, de los Ángeles Quiroga M. Proposal of a socio-cognitive-behavioral structural equation model of internalized stigma in people with severe and persistent mental illness. *Psychiatry Research*. 2011;186(2-3):402-8.
99. Koçak Z, Taylan HH. Şizofreni Hastalarında İçselleştirilmiş Damgalanmanın Yaşam Kalitesi Üzerindeki Etkisi *The Journal of Academic Social Sciences* 2018.
100. Christiansen C, Baum CM, Bass-Haugen J, Bass JD. *Occupational therapy: Performance, participation, and well-being*: Slack Incorporated; 2005.

101. Roley SS, DeLany JV, Barrows CJ, Brownrigg S, Honaker D, Sava DI, et al. Occupational therapy practice framework: domain & practice, 2nd edition. *Am J Occup Ther.* 2008;62(6):625-83.
102. Amini DA, Kannenberg K, Bodison S, Chang P, Colaianni D, Goodrich B, et al. Occupational therapy practice framework: Domain & process 3rd edition. *American journal of occupational therapy.* 2014;68(Supplement 1):S1-S48.
103. Law MC, Canadian Association of Occupational T. Canadian occupational performance measure. Ottawa: Canadian Association of Occupational Therapists ACE; 2005.
104. Townsend EA, Polatajko HJ, Canadian Association of Occupational T. Enabling occupation II : advancing an occupational therapy vision for health, well-being, & justice through occupation. Ottawa: Canadian Association of Occupational Therapists; 2007.
105. Uniform terminology for occupational therapy--third edition. American Occupational Therapy Association. *Am J Occup Ther.* 1994;48(11):1047-54.
106. Butts DS, Nelson DL. Agreement Between Occupational Therapy Practice Framework Classifications and Occupational Therapists' Classifications. *American Journal of Occupational Therapy.* 2007;61(5):512-8.
107. Atchison B, Dirette DP. Conditions in occupational therapy : effect on occupational performance. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins; 2012.
108. Harvey PD, Siu CO, Hsu J, Cucchiaro J, Maruff P, Loebel A. Effect of lurasidone on neurocognitive performance in patients with schizophrenia: a short-term placebo-and active-controlled study followed by a 6-month double-blind extension. *European Neuropsychopharmacology.* 2013;23(11):1373-82.
109. Samuel R, Thomas E, Jacob KS. Instrumental Activities of Daily Living Dysfunction among People with Schizophrenia. *Indian Journal of Psychological Medicine.* 2018;40(2):134-8.
110. Esra A, Tanrıverdi N, Şafak Y. Şizofrenili bireylerde birey merkezli ergoterapi programının günlük yaşam aktiviteleri katılımına etkisi. *Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi.* 2014;2(2):83-90.
111. Schretlen D, Jayaram G, Maki P, Park K, Abebe S, DiCarlo M. Demographic, clinical, and neurocognitive correlates of everyday functional impairment in severe mental illness. *Journal of Abnormal Psychology.* 2000;109(1):134-8.
112. Bejerholm U, Eklund M. Time Use and Occupational Performance Among Persons with Schizophrenia. *Occupational Therapy in Mental Health.* 2004;20(1):27-47.
113. Berry HL, Rodgers B, Dear KB. Preliminary development and validation of an Australian community participation questionnaire: types of participation and associations with distress in a coastal community. *Soc Sci Med.* 2007;64(8):1719-37.
114. Chesworth C, Duffy R, Hodnett J, Knight A. Measuring clinical effectiveness in mental health: is the Canadian occupational performance an appropriate measure? *British Journal of Occupational Therapy.* 2002;65(1):30-4.
115. Samuel R, Thomas E, Jacob KS. Instrumental Activities of Daily Living Dysfunction among People with Schizophrenia. *Indian J Psychol Med.* 2018;40(2):134-8.
116. Robinson DG, Woerner MG, McMeniman M, Mendelowitz A, Bilder RM. Symptomatic and functional recovery from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder. *American Journal of Psychiatry.* 2004;161(3):473-9.
117. Bejerholm U, Eklund M. Engagement in occupations among men and women with schizophrenia. *Occupational Therapy International.* 2006;13(2):100-21.
118. Bejerholm U, Eklund M. Occupational engagement in persons with schizophrenia: Relationships to self-related variables, psychopathology, and quality of life. *American Journal of Occupational Therapy.* 2007;61(1):21-32.


119. Howard L, Leese M, Thornicroft G. Social networks and functional status in patients with psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2000;102(5):376-85.
120. Evert H, Harvey C, Trauer T, Herrman H. The relationship between social networks and occupational and self-care functioning in people with psychosis. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2003;38(4):180-8.
121. Trombly CA. Occupation: Purposefulness and meaningfulness as therapeutic mechanisms. *American Journal of Occupational Therapy*. 1995;49(10):960-72.
122. Nelson DL. Therapeutic occupation: A definition. *American Journal of Occupational Therapy*. 1996;50(10):775-82.
123. Urlic K, Lentin P. Exploration of the occupations of people with schizophrenia. *Aust Occup Ther J*. 2010;57(5):310-7.
124. Rebeiro KL, Polgar JM. Enabling occupational performance: Optimal experiences in therapy. *Canadian Journal of Occupational Therapy*. 1999;66(1):14-22.
125. Minato M, Zemke R. Time use of people with schizophrenia living in the community. *Occup Ther Int*. 2004;11(3):177-91.
126. Cook S, Howe A. Engaging People with Enduring Psychotic Conditions in Primary Mental Health Care and Occupational Therapy. *British Journal of Occupational Therapy*. 2003;66(6):236-46.
127. Ritsher JB, Otilingam PG, Grajales M. Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Res*. 2003;121(1):31-49.
128. Ersoy MA, Varan A. Ruhsal hastalıklarda içselleştirilmiş damgalanma ölçeği Türkçe formu'nun güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2007;18(2):163-71.
129. Law M, Baptiste S, McColl M, Opzoomer A, Polatajko H, Pollock N. The Canadian occupational performance measure: an outcome measure for occupational therapy. *Can J Occup Ther*. 1990;57(2):82-7.
130. Torpil B, Ekici Çağlar G, Bumin G, Pekçetin S. Validity and Reliability of the Turkish Canadian Occupational Performance Measure (COPM-TR) for People with Multiple Sclerosis. *Occup Ther Health Care*. 2021:1-12.
131. Evans JD. *Straightforward statistics for the behavioral sciences*. Pacific Grove: Brooks/Cole Pub. Co.; 1996.
132. Assefa D, Shibre T, Asher L, Fekadu A. Internalized stigma among patients with schizophrenia in Ethiopia: a cross-sectional facility-based study. *BMC psychiatry*. 2012;12(1):1-10.
133. Olçun Z, Altun ÖŞ. The correlation between schizophrenic patients' level of internalized stigma and their level of hope. *Archives of psychiatric nursing*. 2017;31(4):332-7.
134. Mosanya TJ, Adelufosi AO, Adebowale OT, Ogunwale A, Adebayo OK. Self-stigma, quality of life and schizophrenia: An outpatient clinic survey in Nigeria. *International Journal of Social Psychiatry*. 2014;60(4):377-86.
135. Angermeyer MC, Buyantugs L, Kenzine DV, Matschinger H. Effects of labelling on public attitudes towards people with schizophrenia: are there cultural differences? *Acta Psychiatr Scand*. 2004;109(6):420-5.
136. Çam O, Bilge A. Türkiye'de ruhsal hastalığa/hastaya yönelik inanç, tutum ve damgalama süreci: Sistemik derleme. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2013;4(2):91-101.
137. Aker T, Özmen E, Ögel K, Sağduyu A, Uğuz Ş, Tamar D, et al. Birinci basamak hekimlerinin şizofreniye bakış açısı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2002;3(1):5-13.
138. Kızıltoprak S. Şizofrenik hasta ailelerinde yapılan ruhsal eğitim gruplarının ailelerin umutsuzluk düzeylerine etkisi. 2006.

139. Sevindik CS, Özer ÖA, Kolat U, Önem R. Major depresif bozukluğu veya psikotik bozukluğu bulunan hastalarda içselleştirilmiş damgalanma ve işlevsellik üzerine etkisi. *Şişli Etfal Tıp Bülteni*. 2014;48(3):198-207.
140. Ekici G, Çorakçı Z, Şafak Y. Şizofrenili bireylerde aktivite performansı, yaşam memnuniyeti ve ruhsal durum ilişkilerinin incelenmesi. *Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi*. 2016;4(2):65-71.
141. Pan AW, Chung L, Hsin-Hwei G. Reliability and validity of the Canadian Occupational Performance Measure for clients with psychiatric disorders in Taiwan. *Occupational Therapy International*. 2003;10(4):269-77.
142. Çiftçi B, Yıldırım N, Altun ÖŞ, Avşar G. What level of self-care agency in mental illness? The factors affecting self-care agency and self-care agency in patients with mental illness. *Archives of psychiatric nursing*. 2015;29(6):372-6.
143. Hsu Y-C, Lin W, Kuo H-W. Schizophrenic Patient“ Poor Perception in Personal Hygiene. *Mental health in family medicine*. 2017;13(30):25.
144. Saruç S, KILIÇ AK. Toplum Ruh Sağlığı Merkezinden Hizmet Alan Hastaların Sosyal Profili ve Merkezde Verilen Hizmetler. *Toplum ve Sosyal Hizmet*. 2015;26(2):53-72.
145. Tenorio-Martínez R, del Carmen Lara-Muñoz M, Medina-Mora ME. Measurement of problems in activities and participation in patients with anxiety, depression and schizophrenia using the ICF checklist. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2009;44(5):377-84.
146. Uluğ B, Ertuğrul A, Göğüş A, Kabakçı E. Yetiyitimi değerlendirme çizelgesinin (WHO-DAS-II) şizofreni hastalarında geçerlilik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Derg*. 2001;12(2):121-30.
147. Karidi MV, Vassilopoulou D, Savvidou E, Vitoratou S, Maillis A, Rabavilas A, et al. Bipolar disorder and self-stigma: A comparison with schizophrenia. *Journal of affective disorders*. 2015;184:209-15.
148. Benson KL. Sleep in schizophrenia. *Sleep Medicine Clinics*. 2008;3(2):251-60.
149. Hofstetter JR, Mayeda AR, Happel CG, Lysaker PH. Sleep and daily activity preferences in schizophrenia: associations with neurocognition and symptoms. *The Journal of nervous and mental disease*. 2003;191(6):408-10.
150. Minato M, Zemke R. Time use of people with schizophrenia living in the community. *Occupational Therapy International*. 2004;11(3):177-91.
151. Yıldız M, Kutlu H, Tural Ü. Şizofrenide Bilişsel İşlevler Nüfus ve Klinik Özelliklerden Etkilenir mi? *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni-Bulletin of Clinical Psychopharmacology*. 2011;21(2):131-8.
152. Marwaha S, Johnson S. Schizophrenia and employment - a review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2004;39(5):337-49.
153. Thornicroft G, Brohan E, Rose D, Sartorius N, Leese M. Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey. *Lancet*. 2009;373(9661):408-15.
154. McGurk SR, Mueser KT, DeRosa TJ, Wolfe R. Work, recovery, and comorbidity in schizophrenia: a randomized controlled trial of cognitive remediation. *Schizophrenia bulletin*. 2009;35(2):319-35.
155. Zaprutko T, Kus K, Bilobryvka R, Rakhman L, Göder R, Michalak M, et al. Schizophrenia and employment: evaluation from professionals point of view. *Psychiatric Quarterly*. 2015;86(4):569-79.
156. Clark RE, Dain BJ, Xie H, Becker DR, Drake RE. The economic benefits of supported employment for persons with mental illness. *The journal of mental health policy and economics*. 1998;1(2):63-71.

157. Mueser KT, Salyers MP, Mueser PR. A prospective analysis of work in schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*. 2001;27(2):281-96.
158. Thornicroft G. *Shunned: Discrimination against people with mental illness*: Oxford university press Oxford; 2006.
159. Taş S, Buldukoğlu K. Şizofreni hastalarının taburculuk sonrası erken dönemde öz-bakım gücü ve bakım gereksinimleri. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2015;9(1):11-22.
160. Bellack AS, Sayers M, Mueser KT, Bennett M. Evaluation of social problem solving in schizophrenia. *Journal of abnormal psychology*. 1994;103(2):371.
161. Allerby K, Sameby B, Brain C, Joas E, Quinlan P, Sjöström N, et al. Stigma and Burden Among Relatives of Persons With Schizophrenia: Results From the Swedish COAST Study. *Psychiatr Serv*. 2015;66(10):1020-6.
162. Lysaker PH, Roe D, Yanos PT. 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*. 2007;33(1):192-9.
163. Rüsç N, Corrigan PW, Powell K, Rajah A, Olschewski M, Wilkniss S, et al. A stress-coping model of mental illness stigma: II. Emotional stress responses, coping behavior and outcome. *Schizophrenia research*. 2009;110(1-3):65-71.
164. Hagerty BM, Lynch-Sauer J, Patusky KL, Bouwsema M, Collier P. Sense of belonging: A vital mental health concept. *Archives of psychiatric nursing*. 1992;6(3):172-7.
165. Deniro DA. Perceived alienation in individuals with residual-type schizophrenia. *Issues in Mental Health Nursing*. 1995;16(3):185-200.
166. Pérez-Garín D, Molero F, Bos AE. Internalized mental illness stigma and subjective well-being: The mediating role of psychological well-being. *Psychiatry Res*. 2015;228(3):325-31.
167. Morgades-Bamba CI, Fuster-Ruizdeapodaca MJ, Molero F. Internalized stigma and its impact on schizophrenia quality of life. *Psychology, health & medicine*. 2019;24(8):992-1004.
168. Hilton JL, Von Hippel W. Stereotypes. *Annual review of psychology*. 1996;47(1):237-71.
169. Link BG, Phelan JC. Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology*. 2001;27(1):363-85.
170. Mueser KT, Gingerich S. *Coping with schizophrenia: A guide for families*: New Harbinger Publications; 1994.
171. Ivarsson A-B, Carlsson M, Sidenvall B. Performance of occupations in daily life among individuals with severe mental disorders. *Occupational Therapy in Mental Health*. 2004;20(2):33-50.
172. Sibitz I, Unger A, Woppmann A, Zidek T, Amering M. Stigma resistance in patients with schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*. 2011;37(2):316-23.

8. EKLER

EK 1: Tez Çalışması için Etik Kurul Onayı


T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 16969557 -1883
Konu : ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

Toplantı Tarihi : 01 EKİM 2019 SALI
Toplantı No : 2019/23
Proje No : GO 19/953 (Değerlendirme Tarihi: 01.10.2019)
Karar No : 2019/23-26

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Fakültesi Ergoterapi Bölümü öğretim üyelerinden Dr. Öğr. Üyesi Onur ALTUNTAŞ'ın sorumlu araştırmacı olduğu, Erg. Sezen TURUNÇ'un yüksek lisans tezi olan, GO 19/953 kayıt numaralı, "*Şizofreni Tanılı Bireylerde İçselleştirilmiş Damgalanma ve Aktivite Performansı İlişkisi*" başlıklı proje önerisi araştırmının gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, idari izinlerin tamamlanması kaydıyla 02 Ekim 2019-02 Eylül 2020 tarihleri arasında geçerli olmak üzere etik açıdan **uygun bulunmuştur**. Çalışma tamamlandığında sonuçlarını içeren bir rapor örneğinin Etik Kurulumuza gönderilmesi gerekmektedir.

1. Prof. Dr. Ayşe Lale DOĞAN	(Başkan)	İZİMLİ	9. Doç. Dr. Fatma Visal OKUR	(Üye)
2. Prof. Dr. Sevda F. MÜFTÜOĞLU	(Üye)	İZİMLİ	10. Doç. Dr. Can Ebru KURT	(Üye)
3. Prof. Dr. M. Yıldırım SAĞLAM	(Üye)	İZİMLİ	11. Doç. Dr. H. Hüsrev TURNAGÖL	(Üye)
4. Prof. Dr. Necdet SAĞLAM	(Üye)	İZİMLİ	12. Dr. Öğr. Üyesi Özay GÖKÖZ	(Üye)
5. Prof. Dr. Mintaze Kerem GÜNEL	(Üye)	İZİMLİ	13. Dr. Öğr. Üyesi Müge DEMİR	(Üye)
6. Prof. Dr. Oya Nuran EMİROĞLU	(Üye)	İZİMLİ	14. Öğr. Gör. Dr. Meltem ŞENGELEN	(Üye)
7. Prof. Dr. M. Özgür UYANIK	(Üye)	İZİMLİ	15. Av. Meltem ONURLU	(Üye)
8. Doç. Dr. Gözde GİRGİN	(Üye)	İZİMLİ		

Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
06100 Sıhhiye-Ankara
Telefon: 0 (312) 305 1082 • Faks: 0 (312) 310 0580 • E-posta: goetik@hacettepe.edu.tr

Ayrıntılı Bilgi için:

EK 2: Bilimsel Araştırma İzni



T.C.
TEKİRDAĞ VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 12641312-044
Konu : Araştırma İzin Talebi/Erg. Sezen
TURUNÇ

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi : Sezen TURUNÇ'ın 31/10/2019 tarihli dilekçesi.

İlgide kayıtlı dilekçe ile, Hastanenizde görevli Ergoterapist Sezen TURUNÇ tarafından “Şizofreni Tanılı Bireylerde İçselleştirilmiş Damgalanma ve Aktivite Performansı İlişkisi” isimli çalışmasını ve çalışmasına ait anketi Ekim 2019 – Eylül 2020 tarihleri arasında 11 (onbir) ay süre ile Çorlu İlçe Devlet Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezine kayıtlı Şizofreni tanılı bireylere gönüllülük esasına göre uygulama talebinde bulunulmuştur.

Araştırma başvurusu komisyon tarafından incelenmiş ve uygulamanın hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, katılımın gönüllülük esasına göre yapılması, çalışma sonucunun Bakanlığımız bilgisi dışında ilan edilmemesi, tamamlanan araştırma raporunun 2 nüsha olarak ve ayrıca CD formatında Müdürlüğümüz Eğitim Birimine teslim edilmesi şartıyla çalışmanın yapılmasının uygun olduğuna karar verilmiştir.

Gereğini ve bilgilerinizi rica ederim.

e-imzalıdır.
Uzm. Dr. Mustafa DÖNMEZ
Başkan

EK:

- 1- Protokol (2 Sayfa)
- 2- Soru ve Onam Formu (8 Sayfa)

Dağıtım:
Çorlu İlçe Devlet Hastanesi
Sezen TURUNÇ ()



EK 3: Kanada Aktivite Performans Ölçümü Kullanım İzni

12.06.2021

Gmail - Anket İzni HK.



Sezen Turunç <[REDACTED]>

Anket İzni HK.

2 ileti

SEZEN Turunç <[REDACTED]>

27 Kasım 2019 08:04

Alıcı: [REDACTED]

Hocam merhaba,

Ben Sezen Turunç Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ergoterapi Bölümü yüksek lisans öğrencisiyim. Şizofreni tanılı bireylerle yapacağım yüksek lisans tez çalışmam için izniniz olursa Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yaptığımız Kanada Aktivite Performans Ölçümü Anketinizi kullanmak istiyorum. Bu hususta kullanmama izin verir misiniz?

Saygılarımla,
Sezen TURUNÇ

Berkan Torpil <[REDACTED]>

27 Kasım 2019 11:09

Alıcı: SEZEN Turunç [REDACTED]

Merhabalar,
Çalışmanızda kolaylıklar dilerim, ölçeği kullanabilirsiniz, herhangi bir yardıma ihtiyaç duyarsanız tekrardan iletişime geçebiliriz, çalışmanızda kolaylıklar dilerim.

27 Kas 2019 Çar, saat 09:04 tarihinde SEZEN Turunç <[REDACTED]> şunu yazdı:


[Atılan metin gizlendi]

..



EK 4: Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği Kullanım İzni

12.06.2021 Gmail - Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği izni

 Gmail Sezen Turunç <[REDACTED]>

Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği izni
2 iletili

SEZEN Turunç <[REDACTED]> 21 Ağustos 2019 11:22
Alıcı: [REDACTED]

Hocam merhaba,

Ben Sezen Turunç,Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ergoterapi Bölümü yüksek lisans öğrencisiyim.Sizofreni tanılı bireylerle yapacağım yüksek lisans tez çalışmam için izniniz olursa Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yaptığınız Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeğini kullanmak istiyorum.Teşekkür ederim.

Saygılarımla,

[REDACTED] 21 Ağustos 2019 13:32
Alıcı: SEZEN Turunç <[REDACTED]>

ÖLÇEK AŞAĞIDAN İNDİRİLEBİLİR
KOLAY GELSİN

 olcek - IRHDÖ.pdf
209K

<https://mail.google.com/mail/u/07?ik=3eaf1af622&view=pt&search=all&permthid=thread-a%3A4057097708647448119&siml=msg-a%3A441575...> 1/1

EK 5: Orijinallik Raporu

ŞİZOFRENİ TANILI BİREYLERDE İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMA VE AKTİVİTE PERFORMANSI İLİŞKİSİ

ORJİNALLIK RAPORU

% 5	%	% 5	%
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

- 1** ERSOY, Mehmet Akif and VARAN, Azmi. "Ruhsal hastalıklarda içselleştirilmiş damgalanma ölçeği Türkçe formu'nun güvenilirlik ve geçerlik çalışması", Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği, 2007. % **1**

Yayın
- 2** ARABACI BAYSAN, Leyla, BAŞOĞUL, Ceyda and BÜYÜKBAYRAM, Ayşe. "Adli psikiyatri hastalarının içselleştirilmiş damgalanma ve sosyal işlevsellik düzeyleri", Esform Ofset, 2015. % **1**

Yayın
- 3** CESİM, Özge Buket C. "Üst Ekstremitte Yaralanması Olan Bireylerde Kol, Omuz ve El Sorunları Anketi (DASH) İle Lawton Günlük Yaşam Aktiviteleri Anketi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi", Hacettepe Üniversitesi Hastahane Basımevi, 2017. % **1**

Yayın

EK 6: Dijital Makbuz

turnitin

Dijital Makbuz

Bu makbuz ödevinizin Turnitin'e ulaştığını bildirmektedir. Gönderiminize dair bilgiler şöyledir:

Gönderinizin ilk sayfası aşağıda gönderilmektedir.

Gönderen: Sezen Turunç
 Ödev başlığı: SEZEN TURUNÇ- ŞİZOFRENİ TANILI BİREYLERDE İÇSELLEŞTİRİ...
 Gönderi Başlığı: ŞİZOFRENİ TANILI BİREYLERDE İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALAN...
 Dosya adı: Sezen_Turun_Tez_turnitin.docx
 Dosya boyutu: 198.95K
 Sayfa sayısı: 39
 Kelime sayısı: 7,323
 Karakter sayısı: 54,345
 Gönderim Tarihi: 29-Tem-2021 04:31ÖS (UTC+0300)
 Gönderim Numarası: 1625433397

BY
 SAĞLIKLI ÖZGÜRLEŞME
 HUKUKU

ŞİZOFRENİ TANILI BİREYLERDE İÇSELLEŞTİRİLMİŞ
 DAMGALANAN VE ALTIYI VE ALTIYI DEĞERLENDİRME
 İZLENİ

Dr. Sezen TURUNÇ

Psikiyatri Profesörü
 STANULIYA ÜNİVERSİTESİ

09/08/2021
 04:31

Copyright 2021 Turnitin. Tüm hakları saklıdır.

EK 7: Şizofreni Tanılı Bireyler İçin Aydınlatılmış Onam Formu

Sevgili Katılımcı,

“**Şizofreni Tanılı Bireylerde İçselleştirilmiş Damgalanma ve Aktivite Performansı İlişkisi**” isimli bu araştırma, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ergoterapi Bölümü tarafından yapılmaktadır. Araştırma şizofreni tanılı bireylerde içselleştirilmiş damgalanma ve aktivite performansı arasındaki ilişkinin incelenmesini amaçlamaktadır. Sizin yanıtlarınızdan elde edilecek sonuçlarla çalışmamız planlanabilecektir. Bu nedenle soruların tümüne ve içtenlikle cevap vermeniz büyük önem taşımaktadır.

Araştırmaya katılmanız gönüllülük esasına dayalıdır. Bu form aracılığı ile elde edilecek bilgiler gizli kalacaktır ve sadece araştırma amacıyla (veya “bilimsel amaçlar için”) kullanılacaktır. Çalışmaya katılmamayı tercih edebilirsiniz veya anketi doldururken istemezseniz son verebilirsiniz. Çalışmaya katılmayı kabul etmemeniz halinde tedaviniz hiçbir şekilde bundan etkilenmeyecektir.

Bu çalışmada içselleştirilmiş damgalanma ve aktivite performansınız arasındaki ilişkiye yönelik bilgiler kaydedilecektir. Bunlara yönelik hazırlanmış özel anketler ve ölçüm aracı kullanılacaktır.

Çalışmamız 3 ayrı bölümden oluşmaktadır. 45 sorudan oluşan ölçeklerin ve anketin kullanıldığı, yaklaşık 45-60 dk zamanınızı alacak bu çalışmada yanıtlarınızı, soruların altında yer alan seçenekler arasından uygun olanı işaretleyiniz.

Kullanılacak değerlendirmeler; 29 maddeden oluşan, uygulaması yaklaşık olarak 30 dakika süren ve içselleştirilmiş damgalanmayı değerlendiren *Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği* ve 9 maddeden oluşan, uygulaması yaklaşık 30 dakika süren ve aktivite performansını değerlendiren Kanada Aktivite Performans Ölçümü araştırmacı tarafından bireylere uygulanacaktır.

Değerlendirmeler sırasında oluşabilecek riskler: Çalışma kapsamında yapılacak olan değerlendirmeler herhangi bir risk içermemektedir. Değerlendirmeleriniz araştırma dışında hiçbir amaçla ve yerde kullanılmayacaktır.

Anket formuna adınızı ve soyadınızı yazmayınız.

Katılımcının Beyanı

Dr. Öğr. Üyesi Onur Altuntaş ve Erg. Sezen Turunç tarafından yapılacak bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler tarafıma aktarılarak bilgilendirildim. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edilip onayımız istenmiştir.

Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verilmiştir.

Araştırmaya katılmam konusunda bana zorlayıcı bir davranışta bulunulmamıştır.

Yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu araştırmada “katılımcı” olarak yer alma davetini gönüllülük içerisinde kabul etmiş bulunmaktayım.

Çalışma ile ilgili herhangi bir sorunuz olduğunda aşağıdaki kişi ile iletişim kurabilirsiniz:

Erg. Sezen Turunç

orlu Devlet Hastanesi

Araştırma Ekibi

Erg. Sezen Turunç

Dr. Öğr. Üyesi Onur Altuntaş

Katılımcının

Adı Soyadı:

Tarih:

İmza:

Araştırmacının

Adı Soyadı:

Tarih:

İmza

EK 8: Kişisel Bilgi Formu

1- Katılımcı numarası:.....

2- Cinsiyet:

Kadın Erkek

3- Yaş:

4- Meslek:

5- Medeni durum:

6- Çalışma durumu:

7- TRSM'ye kayıtlı olduğu süre:

8- Birlikte yaşadığı kişiler:

EK 9: 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 yaklaşımdan 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 katkılarda 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 davranmamaya 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, kendi hakkımda fazla konuşmam.	1	2	3	4

	Kesinlikle aynı fikirde değilim	Aynı fikirde değilim	Aynı fikirdeyim	Kesinlikle aynı fikirdeyim
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 hastalığımın dolayısıyla 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 hastalığımın dolayısıyla 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 katkı 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

<p>Üretkenlik, bireyin hayatını kazanmayı, evini ve ailesini geçindirmeyi, kişinin yeteneklerini geliştirmeyi ve/veya diğerlerine hizmet vermeyi sağlayan aktiviteleri içerir. KAPÖ üretkenlik aktivitelerinin 3 tipini değerlendirir: Ücretli veya ücretsiz iş, ev işi yönetimi, okul/oyun.</p>	<p>Ücretli veya ücretsiz iş</p>	
	<p>Ev işi yönetimi</p>	
	<p>Okul ve/veya oyun</p>	
SERBEST ZAMAN		ÖNEM
<p>Serbest zaman bireyin üretken olma zorunluluğu olmaksızın birey tarafından yapılan aktiviteleri içerir. KAPÖ sessiz rekreasyon, aktif rekreasyon ve sosyalleşmeyi kapsar.</p>	<p>Sessiz rekreasyon</p>	
	<p>Aktif rekreasyon</p>	
	<p>Sosyalleşme</p>	

<p>PERFORMANS (Şu an bu aktiviteyi yapma şeklinizi nasıl derecelendirirsiniz?) 1 = hiç yapamıyorum ⇨ 10 = son derece iyi yapıyorum TARİH 1: / /</p>						<p>İlk Değerlendirme</p>
<p>MEMNUNİYET (Şu an yaptığınız bu aktiviteden ne kadar memnunsunuz?) 1 = hiç memnun değilim ⇨ 10 = son derece memnunum TARİH 2: / /</p>						
AP Problemleri	Önm	Performans T ₁	Memnuniyet T ₁	Performans T ₂	Memnuniyet T ₂	<p>Tekrar Değerlendirme</p>
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
		Toplam Performans T ₁	Toplam Memnuniyet T ₁	Toplam Performans T ₂	Toplam Memnuniyet T ₂	
TOPLAM PUAN						
		Ortalama Performans T ₁	Ortalama Memnuniyet T ₁	Ortalama Performans T ₂	Ortalama Memnuniyet T ₂	
ORTALAMA PUAN (Toplam puan / problem sayısı)						
PUAN DEĞİŞİKLİĞİ (T ₂ - T ₁)				Performanstaki Değişiklik	Memnuniyetteki Değişiklik	

EK 11: Vona Du Toit Yaratıcı Beceriler Değerlendirmesi

1.DEĞERLENDİRME		Kişisel yönetim	Sosyal beceri	Çalışma becerisi	Serbest zaman kullanımı
Çok az çaba (Tone)	Planlanmamış eylem				
Benlik Farklılaşması	Yapıcı olmayan/ Amaçsız				
	Rastlantısal yapıcı				
Öz Sunum	Keşfedici				
Pasif K.	Deneysel				
Benzetme K.	Benzetme				
Aktif K.	Özgün				
Rekabetçi K.	Ürün merkezli				
Katkı verme	Durum merkezli				
Rekabetçi katkı verme	Toplum merkezli				
Kişisel Yönetim					
Sosyal Beceri					
Çalışma Becerisi					
Serbest Zaman Kullanımı					

ÖZGEÇMİŞ