

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

**PSİKOTİK BELİRTİLERİ OLAN HASTALARIN
SAĞLIK ÇALIŞANLARININ İLETİŞİMİNE YÖNELİK
DEĞERLENDİRMELERİ İLE İÇSELLEŞTİRİLMİŞ STİGMA,
BENLİK SAYGISI VE ÖZNEL İYİLEŞME DÜZEYLERİNİN
İLİŞKİSİ**

Fatma ALTUN

**Psikiyatri Hemşireliği Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

ANKARA

2024

T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

PSİKOTİK BELİRTİLERİ OLAN HASTALARIN
SAĞLIK ÇALIŞANLARININ İLETİŞİMİNE YÖNELİK
DEĞERLENDİRMELERİ İLE İÇSELLEŞTİRİLMİŞ STİGMA,
BENLİK SAYGISI VE ÖZNEL İYİLEŞME DÜZEYLERİNİN
İLİŞKİSİ

Fatma ALTUN

Psikiyatri Hemşireliği Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Dr. Öğr. Üyesi Melike Ayça AY KAATSIZ

ANKARA

2024

ONAY SAYFASI

**PSİKOTİK BELİRTİLERİ OLAN HASTALARIN
SAĞLIK ÇALIŞANLARININ İLETİŞİMİNE YÖNELİK
DEĞERLENDİRMELERİ İLE İÇSELLEŞTİRİLMİŞ STIGMA,
BENLİK SAYGISI VE ÖZNEL İYİLEŞME DÜZEYLERİNİN
İLİŞKİSİ**

Öğrenci: Fatma Altun

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Melike Ayça Ay Kaatsız

Bu tez çalışması 24.01.2024 tarihinde jürimiz tarafından “Psikiyatri Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı” nda yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

| | | |
|-----------------------|----------------------------------------------|---------------|
| Jüri Başkanı: | <i>Doç. Dr. Duygu Hiçdurmaz</i> | <i>(imza)</i> |
| | <i>(Hacettepe Üniversitesi)</i> | |
| Tez Danışmanı: | <i>Dr. Öğr. Üyesi Melike Ayça Ay Kaatsız</i> | <i>(imza)</i> |
| | <i>(Hacettepe Üniversitesi)</i> | |
| Üye: | <i>Dr. Öğr. Üyesi Arzu Aydoğan</i> | <i>(imza)</i> |
| | <i>(Yüksek İhtisas Üniversitesi)</i> | |
| Üye: | <i>Doç. Dr. Azize Atlı Özbaş</i> | <i>(imza)</i> |
| | <i>(Hacettepe Üniversitesi)</i> | |
| Üye: | <i>Dr. Öğr. Üyesi Sevcan Toptaş Kılıç</i> | <i>(imza)</i> |
| | <i>(Çankırı Karatekin Üniversitesi)</i> | |

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

Prof. Dr. Müge YEMİŞCİ ÖZKAN

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 tezim aşağıda belirtilen koşullar haricince YÖK Ulusal Tez Merkezi / H.Ü. Açık Erişim Sisteminde erişime açılır.

- Enstitü/fakülte yönetim kurulu kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihinden itibaren 2 yıl ertelenmiştir(1).
- Enstitü/fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren 6 ay ertelenmiştir (2).
- Tezimle ilgili gizlilik kararı verilmiştir (3).

24/01/2024

Fatma ALTUN

*“Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge”
Madde 6.*

- (1) *Madde 6.1. Lisansüstü teze ilgili patent başvurusu yapılması veya patent alma sürecinin devam etmesi durumunda, tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulu iki yıl süre ile tezin erişime açılmasının ertelenmesine karar verebilir.*
- (2) *Madde 6.2. Yeni teknik, materyal ve metotların kullanıldığı, henüz makaleye dönüşmemiş veya patent gibi yöntemlerle korunmamış ve internette paylaşılması durumunda 3. şahıslara veya kurumlara haksız kazanç imkanı oluşturabilecek bilgi ve bulguları içeren tezler hakkında tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile altı ayı aşmamak üzere tezin erişime açılması engellenebilir.*
- (3) *Madde 7.1. Ulusal çıkarları veya güvenliği ilgilendiren, emniyet, istihbarat, savunma ve güvenlik, sağlık vb. konulara ilişkin lisansüstü tezlerle ilgili gizlilik kararı, tezin yapıldığı kurum tarafından verilir. Kurum ve kuruluşlarla yapılan işbirliği protokolü çerçevesinde hazırlanan lisansüstü tezlere ilişkin gizlilik kararı ise, ilgili kurum ve kuruluşun önerisi ile enstitü veya fakültenin uygun görüşü üzerine üniversite yönetim kurulu tarafından verilir. Gizlilik kararı verilen tezler Yükseköğretim Kuruluna bildirilir.*

Madde 7.2. Gizlilik kararı verilen tezler gizlilik süresince enstitü veya fakülte tarafından gizlilik kuralları çerçevesinde muhafaza edilir, gizlilik kararının kaldırılması halinde Tez Otomasyon Sistemine yüklenir.

* Tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulu tarafından karar verilir.

ETİK BEYAN

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

Fatma ALTUN

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca bilgi ve deneyimleri ile bana rehber olan ve her zaman her konuda benden desteklerini, güler yüzünü ve samimiyetini esirgemeyen değerli danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Sayın Melike Ayça AY KAATSIZ'a

Yine eğitimim sırasında tecrübelerini ve şefkatini bizden esirgemeyen, bilgisi ve hayata bakışı ile bizlere ilham olan Doç. Dr. Sayın Duygu HİÇDURMAZ'a

Değerli bilgilerini ve deneyimlerini bizlerle paylaşan Doç. Dr. Sayın Azize ATLI ÖZBAŞ'a

Şu an çok uzaklarda olsa da anlayışı ve bilgisiyle bizlere sürekli destek olan Doç. Dr. Sayın Yeter Sinem ÜZAR ÖZÇETİN'e,

Çalışma verilerimi topladığım sırada bana devamlı olarak destek olan çok sevgili Hemşire ablam Nurhayat ENİ'ye,

Yüksek lisans eğitimim boyunca benim soğuk esprilerime katlanan gerek duygusal gerek derslerle ilgili hiçbir desteğini esirgemeyen, beni devamlı motive eden çok sevgili "AGALAR" ekibine,

Ve her aradıklarında ders çalışıyorum dediğimde senin de ömrün ders çalışmakla geçti diyen koca yürekli aileme sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

ÖZET

Altun, F., Psikotik Belirtileri Olan Hastaların Sağlık Çalışanlarının İletişimine Yönelik Değerlendirmeleri ile İçselleştirilmiş Damgalanma, Benlik Saygısı Ve Özel İyileşme Düzeylerinin İlişkisi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Programı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2024.

Bu araştırma, psikotik belirtileri olan hastaların sağlık çalışanlarının iletişimine yönelik değerlendirmelerinin özel iyileşme algılarını etkileyip etkilemediği ve içselleştirilmiş damgalanma ve benlik saygısının bu ilişkiye aracılık edip etmediğini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Araştırma, Ankara ilinde bulunan 18 yaş üstü psikotik belirtileri olan yetişkin psikiyatri hastalarının ayaktan ve yatarak takip edildiği, araştırma izni alınan üç kurumda toplamda 156 hasta ile gerçekleştirilmiştir. Veri toplama aracı olarak, “Hasta Bilgi Formu”, “Sağlık Bakım İletişim Anketi (SBİA)”, “Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ)”, “Benlik Saygısı Değerlendirme Ölçeği-Kısa Formu (BSDÖ-KF)” ve “İyileşme Değerlendirme Ölçeği (İDÖ)” kullanılmıştır. Tüm analizler IBM SPSS Version 20 programı kullanılarak yapılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler, Shapiro-Wilk testi, bağımsız gruplarda t testi, Mann Whitney U testi, Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA), Kruskal Wallis Varyans Analizi, Spearman’s Korelasyon Katsayısı testi, Yapısal Eşitlik Modellemesi kullanılmıştır. Çalışma sonuçlarına göre, psikotik belirtileri olan bireylerin sağlık çalışanlarının iletişimine yönelik değerlendirmelerinin özel iyileşme düzeyleri üzerinde doğrudan bir etkisi olduğu bulunmuştur ($\beta=0,160$; $p<0,05$). Bu ilişkiye ise BSDÖ-KF-olumlu aracı değişkeninin kısmi aracılık ettiği belirlenmiştir ($p<0,05$). Bu sonuçlara göre, psikotik belirtileri olan bireylerin özel iyileşme algılarının iyileştirilebilmesi için tedavi sürecine dâhil olan sağlık çalışanlarına, hastaların benlik saygısını destekleyici yönde iletişime geçmeleri için iletişime yönelik müdahale çalışmaları yapılması önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: İletişim, iyileşme, öz-saygı, sağlık personeli, damgalanma.

ABSTRACT

Altun, F., The Relationship Between The Evaluations Of Patients With Psychotic Symptoms Towards The Communication Of Health Professionals And The Levels Of Internalised Stigma, Self-esteem and Subjective Recovery, Hacettepe University Graduate School of Health Sciences Psychiatry Nursing Program Master's Thesis, Ankara, 2024. This study was conducted to determine whether the evaluations of patients with psychotic symptoms towards the communication of health professionals affect their perceptions of subjective recovery and whether internalised stigma and self-esteem mediate this relationship. The study was conducted with a total of 156 patients in three institutions in Ankara, where adult psychiatric patients with psychotic symptoms over the age of 18 were followed up as outpatients and inpatients, and research permission was obtained. "Patient Information Form", "Health Care Communication Questionnaire (HCQ)", "Internalised Stigma Scale in Mental Illnesses (ISIS)", "Self-Esteem Assessment Scale-Short Form (SES-SF)" and "Recovery Assessment Scale (RAS)" were used as data collection tools. All analyses were performed using IBM SPSS Version 20 software. Descriptive statistics, Shapiro-Wilk test, t test in independent groups, Mann Whitney U test, One-Way Analysis of Variance (ANOVA), Kruskal Wallis Analysis of Variance, Spearman's Correlation Coefficient test, Structural Equation Modelling were used in the evaluation of the data. According to the results of the study, it was found that the evaluations of individuals with psychotic symptoms towards the communication of healthcare professionals had a direct effect on their subjective recovery levels ($\beta=0.160$; $p<0.05$). This relationship was partially mediated by the BSDO-CF-positive mediator variable ($p<0.05$). According to these results, in order to improve the subjective recovery perceptions of individuals with psychotic symptoms, it is recommended that communication intervention studies should be carried out for health professionals involved in the treatment process to communicate in a way that supports patients' self-esteem.

Key Words: Communication, recovery, self-esteem, health professional, stigma.

İÇİNDEKİLER

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| ONAY SAYFASI | iii |
| YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI | iv |
| ETİK BEYAN | v |
| TEŞEKKÜR | vi |
| ÖZET | vii |
| ABSRTACT | viii |
| İÇİNDEKİLER | ix |
| SİMGELER VE KISALTMALAR | xii |
| ŞEKİLLER | xiii |
| TABLolar | xiv |
| 1. GİRİŞ | 1 |
| 1.1. Problemin Tanımı | 1 |
| 2. GENEL BİLGİLER | 5 |
| 2.1. Psicotik Belirtileri Olan Hastalar ile İletişim | 5 |
| 2.2. Psicotik Belirtileri Olan Hastalarda İçselleştirilmiş Damgalanma | 6 |
| 2.3. Psicotik Belirtileri Olan Hastalarda Benlik Saygısı | 9 |
| 2.4. Psicotik Belirtileri Olan Hastalarda Öznel İyileşme | 11 |
| 2.5. Sağlık Çalışanlarının İletişimi ve Öznel İyileşme Teori ve Modelleri | 15 |
| 2.5.1. İletişim Teorisi | 15 |
| 2.5.2. Travelbee İnsandan İnsana İlişki Modeli | 15 |
| 2.5.3. İyileşme Modelleri | 16 |
| 2.6. Psicotik Belirtileri Olan Hastalar ile İletişimde Psikiyatri Hemşiresinin Rolü ve İşlevi | 17 |
| 3. GEREÇ VE YÖNTEM | 19 |
| 3.1. Araştırmanın Amacı | 19 |
| 3.2. Araştırma Hipotezleri | 19 |
| 3.3. Araştırmanın Şekli | 19 |
| 3.4. Araştırmadaki Değişkenler | 19 |
| 3.5. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri | 20 |
| 3.5.1. Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi | 20 |
| 3.5.2. Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi | 21 |

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 3.5.3. Dışkapı Toplum Ruh Sağlığı Merkezi | 21 |
| 3.6. Araştırmanın Evren ve Örneklemi | 22 |
| 3.7. Veri Toplama Araçları | 23 |
| 3.7.1. Hasta Bilgi Formu | 24 |
| 3.7.2. Sağlık Bakımı İletişim Anketi (SBİA) | 24 |
| 3.7.3. Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ) | 25 |
| 3.7.4. Benlik Saygısı Değerlendirme Ölçeği-Kısa Formu (BSDÖ-KF) | 26 |
| 3.7.5. İyileşme Değerlendirme Ölçeği (İDÖ) | 27 |
| 3.8. Verilerin Toplanması | 28 |
| 3.9. Verilerin Analizi | 28 |
| 3.10. Araştırmanın Etik Yönü | 29 |
| 3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları | 30 |
| 3.12. Araştırmanın Güçlü Yanları | 30 |
| 4. BULGULAR | 31 |
| 4.1. Katılımcıların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Veriler | 31 |
| 4.2. Katılımcıların Sağlık Bakım İletişimi, İçselleştirilmiş Damgalanma, Benlik Saygısı ve İyileşme Değerlendirme Düzeyleri | 32 |
| 4.3. Katılımcıların Tanıtıcı Özellikleri ile SBİA ve İDÖ Toplam Puanları Arasındaki İlişkiler | 32 |
| 4.4. Katılımcıların Sağlık Çalışanlarının İletişimlerine Yönelik Değerlendirmelerinin İçselleştirilmiş Damgalanma, Benlik Saygısı ve Öznel İyileşme Düzeyleri ile İlişkisi | 35 |
| 4.5. Katılımcıların Sağlık Çalışanlarının İletişimlerine Yönelik Değerlendirmelerinin Öznel İyileşme Düzeyleri ile İlişkisi ve İçselleştirilmiş Damgalanma ve Benlik Saygısının Aracılık Rolü | 36 |
| 5. TARTIŞMA | 40 |
| 5.1. Katılımcıların Ölçek Toplam Puanları ve SBİA ile İDÖ Toplam Puanlarının Sosyodemografik Faktörlerle İlişkisine Yönelik Tartışma | 40 |
| 5.2. Katılımcıların SBİA, RHİDÖ, BSDÖ-KF ve İDÖ Puanlarının İlişkilerine Yönelik Tartışma | 42 |
| 6. SONUÇ ve ÖNERİLER | 46 |
| 6.1. Sonuçlar | 46 |

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------|----|
| 6.2. Öneriler | 47 |
| 7. KAYNAKLAR | 48 |
| 8. EKLER | 63 |
| EK-1. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS) | |
| EK-2. Hasta Bilgi Formu | |
| EK-3. Sağlık Bakımı İletişim Anketi | |
| EK-4. Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği | |
| EK-5. Benlik Saygısı Değerlendirme Ölçeği-Kısa Formu | |
| EK-6. İyileşme Değerlendirme Ölçeği | |
| EK-7. Etik Kurul İzin Yazısı | |
| EK-8. Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi İzin Yazısı | |
| EK-9. Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi İzin Yazısı | |
| EK-10. Aydınlatılmış Onam Formu | |
| EK-11. Sağlık Bakımı İletişim Anketi Kullanım İzni | |
| EK-12. Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği Kullanım İzni | |
| EK-13. Benlik Saygısı Değerlendirme Ölçeği-Kısa Formu Kullanım İzni | |
| EK-14. İyileşme Değerlendirme Ölçeği Kullanım İzni | |
| EK-15. Dijital Makbuz | |
| EK-16. Orjinallik Raporu | |
| 9. ÖZGEÇMİŞ | 82 |

SİMGELER VE KISALTMALAR

| | |
|----------------|---------------------------------------------------------|
| B | Regresyon katsayısı |
| BSDÖ-KF | Benlik Saygısı Değerlendirme Ölçeği Kısa Formu |
| EKT | Elektrokonvülfik Tedavi |
| F | Test İstatistiği |
| İDÖ | İyileşme Değerlendirme Ölçeği |
| Max | Maksimum |
| Min | Minimum |
| n | Çalışmaya katılan kişi sayısı |
| Ort | Ortalama |
| p | Anlamlılık düzeyi |
| PANSS | Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği |
| r | Pearson korelasyon katsayısı |
| RHİDÖ | Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği |
| rTMS | Tekrarlayan Transkraniyel Manyetik Stimulasyon |
| SBİA | Sağlık Bakım İletişim Anketi |
| SPSS | Statistical Package for the Social Sciences |
| SS | Standart Sapma |
| SSK | Sosyal Sigortalar Kurumu |
| t | Bağımsız örneklem t testi |
| T.C.S.B | Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı |
| TMK | Türk Medeni Kanunu |
| TRSM | Toplum Ruh Sağlığı Merkezi |

ŞEKİLLER

| Şekil | | Sayfa |
|--------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| 4.1. | SBİA-İDÖ ilişkisinde RHİDÖ ve BSDÖ-KF-olumlu ve BSDÖ-KF-olumsuzun aracılık rolüne ilişkin kurulan model | 37 |
| 4.2. | SBİA-İDÖ ilişkisinde RHİDÖ ve BSDÖ-KF-olumlu ve BSDÖ-KF-olumsuzun aracılık rolü | 38 |

TABLÖLAR

| Tablo | | Sayfa |
|--------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| 4.1. | Katılımcıların tanıtıcı özellikleri | 31 |
| 4.2. | Katılımcıların toplam ölçek minimum-maksimum puanları | 32 |
| 4.3. | Katılımcıların tanıtıcı özellikleri ile SBİA toplam puanlarının karşılaştırılması ve yaş, eğitim, hastalık süreleri ile SBİA toplam puanları arasındaki ilişki | 33 |
| 4.4. | Katılımcıların tanıtıcı özellikleri ile İDÖ toplam puanlarının karşılaştırılması ve yaş, eğitim, hastalık süreleri ile İDÖ toplam puanları arasındaki ilişki | 34 |
| 4.5. | Katılımcıların SBİA, RHİDÖ, BSDÖ-KF ve İDÖ toplam puanları arasındaki ilişkiler | 35 |
| 4.6. | Katılımcıların SBİA-toplam, RHİDÖ-toplam, BSDÖ-KF-olumlu, BSDÖ-KF olumsuz puanlarının İDÖ-toplam puanlarına ilişkin doğrudan ve dolaylı etkileri | 38 |

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı

İletişim, karşılıklı olarak mesaj almayı ve vermeyi içeren devamlı bir etkileşim sürecidir (1). İnsanlarla bire bir etkileşim halinde olan her meslek dalında olduğu gibi sağlık alanında da iletişim, sağlık alanındaki mesleklerin temelini oluşturmaktadır (2). Sağlık çalışanları hasta bireylerin tedavi sürecinin tüm aşamalarında iletişim becerilerini aktif bir şekilde kullanmaktadır (3). Sağlık çalışanlarının iletişim becerileri, hastaların kaygı, tedavilere bağlılık ve bakımdan memnuniyet gibi sonuçlarını etkilemektedir (4).

Hastalara nitelikli bir bakım ve tedavi sunmak etkili iletişim becerilerini kullanmaktan geçer. Etkili iletişimle hastalarla kurulan ilişkinin kalitesi artar; ilişki terapötik nitelik kazanır (3, 4). Terapötik ilişki, iletişim sırasında yapılan etkili dinleme ve katılım, empati, bilgi verme ve destek yolu ile gerçekleşir (3). Etkili iletişimle birlikte kurulan terapötik ilişki, hastaların tedavi sürecine katılımı (5, 6), tedavi memnuniyeti ve semptomların şiddetinin kontrolü (7) gibi faktörlere olumlu etki etmektedir. Daha iyi bir terapötik ilişki, özellikle ruhsal bozukluğu olan bireylerde, tedavi sürecini geliştirmektedir (8). Yapılan çalışmalar sağlık personelinin ruhsal hastalığı olan bireyler ile kurdukları iletişiminin bu bireyler için önemli olduğunu; hastaların sağlık personelinden dürüst, anlayışlı ve açık bir iletişim beklediğini ve bu terapötik ilişkinin iyileşme sonuçlarını etkileyebildiğini göstermektedir (9-13).

Ruhsal hastalığa sahip bireyler arasında özellikle psikotik belirtilere sahip olanlar, yaşadıkları psikotik belirtilerin duygulanım, davranış ve düşüncede bozulmalara yol açan sıra dışı doğası gereği iletişimle ilgili sorunları daha sık yaşayabilmektedirler (14). Bu nedenle psikotik belirtileri olan bireylerle kurulan iletişim sağlık çalışanları için ayrı bir önem arz etmektedir. Halüsinasyonlar, delüzyonlar, dezorganize davranış ve konuşmalar, gerçeklik algısında bozulmalar ile karakterize olan psikotik belirtiler, toplumdaki diğer kişiler tarafından “tehlikeli ve korkulması ve uzak durulması gereken” durumlar olarak nitelendirilmekte; bu belirtileri yaşayan bireyler ise ötekileştirilerek damgalanmaktadır (14-16).

Toplumun, psikotik belirtileri olan bireylere karşı sergilediği bu damgalama davranışları çeşitli iletişim ögeleri yoluyla gerçekleştirilmektedir.

Damgalama, kendinden farklı olanı kendinden ayırma, ötekileştirme, ayrımcılık yapma ve değersizleştirme sonucu ortaya çıkan ve maruz kalanları pek çok alanda olumsuz etkileyen bir durumdur (16, 17). Ruhsal hastalığa sahip bireylerin toplumda en fazla damgalanmaya maruz kalan gruplardan biri olduğu bilinmektedir (16, 18, 19). Bu bireyler arasında en çok damgalanan kesim ise psikotik belirtileri olan bireylerdir (16, 20-22). Çeşitli sözlü veya sözsüz iletişim ögeleri yoluyla gerçekleştirilen damgalama sonucu bu bireyler, damgalamayı benliklerine kabul ederek içselleştirmektedirler (18, 19, 21, 23-25). Damgalamanın içselleştirilmesi ise, bu bireylerde tedaviye başlamama ve tedaviyi sürdürmeme gibi uygunsuz sağlık davranışlarına (23), olumsuz benlik algılarına (26-29) ve benlik saygılarında azalmaya (25, 30-35) ve nihayetinde de öznel iyileşme algılarında azalmaya (36, 37) neden olabilmektedir.

İçselleştirilmiş damgalanma ile benlik saygısı arasında karşılıklı etkileşime dayanan bir ilişki vardır; içselleştirilmiş damgalanmanın artması bilişleri etkileyerek benlik saygısını azaltırken, benlik saygısının azalması da içselleştirilmiş damgalanmayı artırmaktadır (32, 38). Benlik saygısı hakkında olumlu değerlendirmeler kişilerin gündelik veya olası sorunlarla başarılı bir şekilde başa çıkmalarını kolaylaştırmaktadır (39); ancak, düşük benlik saygısı sonucunda damgalamanın içselleştirilmesi, psikotik belirtileri olan bireylerde iş arama ve işe katılımı olumsuz etkilediği için ekonomik sıkıntılara, sosyal izolasyona, barınma, eğitim ve sağlık imkanlarına erişimde sorunlara ve diğer pek çok alanda dezavantajlara yol açmaktadır (23, 40). Bu durum, bireyler için önemli bir stres kaynağı ve engel teşkil etmekte, psikolojik ve fiziksel sağlıklarını tehlikeye atmaktadır (41, 42). Sonuç olarak, içselleştirilen damgalama ve beraberindeki benlik saygısı düşüklüğü bireylerde öznel iyileşmenin önündeki önemli engellerden biri haline gelmektedir (32, 43- 46).

İyileşme, kişiden kişiye değişebilen ve çoğunlukla bireyin kendi yaşamı ve sağlığı üzerinde yeniden kontrol sahibi olmayı, umutlu ve amaçlı bir yaşam sürmeyi içeren bir kavramdır (45, 47). Öznel iyileşme ise, hastalık belirtilerinin devam etmesine rağmen iyi ve iyileşmiş hissetmek olarak tanımlanabilmektedir (48, 49).

Psikotik belirtiler tedaviye rağmen inatçı belirtiler olarak kişilerin hayatında kalabilmektedir (50); bu bireylerde öznel iyileşme daha çok yaşam kalitesini artırma, belirtilerle baş etme ve kişisel gelişimi destekleme olarak karşımıza çıkmaktadır (51). Psikotik belirtileri olan bireylerin öznel iyileşme algıları çeşitli psikososyal ve nöropsikiyatrik faktörlerden etkilenmektedir (52-58). Bu faktörler arasında hem doğrudan hem de dolaylı olarak öznel iyileşme algılarını olumsuz etkileyen faktör damgalama ve bu damgalamanın içselleştirilmesidir (40, 41, 59). Damgalanan ve damgalamayı içselleştiren bireyler toplumdan kendilerini izole etmekte, iş arama veya topluma katılım gibi alanlarda geri planda durmakta ve bu durum da onların öznel iyileşme algılarını olumsuz etkilemektedir (27, 60-64). Bu olgunun önlenmesinde kilit rol oynadığı düşünülen kavram ise iletişimdir.

Literatür incelendiğinde, psikotik belirtilere sahip bireylerin sağlık çalışanlarından, yargılayıcı olmayan saygılı bir iletişim sergilemelerini (9), kendilerini yalnızca bir hastalık vakası olarak değil birey olarak görmelerini ve tedavileriyle ilgili bilgi vermelerini (12), kendilerine duygusal destek sağlamalarını (9) ve sağlık çalışanlarının kendilerini dinlemek için yeterince zaman ayırmalarını (13, 65) bekledikleri görülmüştür. Hâlihazırda sağlık çalışanlarının iletişimini hastaların perspektifinden değerlendiren sınırlı sayıdaki çalışmalar, sağlık çalışanlarının iletişiminin hastaların iyileşme süreçlerine önemli katkılarda bulunduğunu (9), zaman kısıtlaması, iletişim problemleri ve yapılması gereken diğer işlemlerden ötürü etkili iletişim ve yaklaşım konusunda eksiklikler yaşandığını (11, 66, 67) göstermektedir. Sınırlı sayıdaki bu çalışmalar, sağlık çalışanlarının iletişiminin hastaların kendilerine ve hastalıklarına yönelik algılarına nasıl etki ettiğine dair genel bir değerlendirme sunsa da bu ilişkiyi net biçimde ortaya koymakta yetersiz kalmaktadır. Psikotik belirtilere sahip bireylerin sağlık çalışanlarının iletişimlerine yönelik değerlendirmeleri ile öznel iyileşme düzeyleri arasında bir ilişki olup olmadığı, varsa bu ilişkiye içselleştirilmiş stigma ve benlik saygısının aracılık edip etmediği sorularına cevap veren bir çalışmaya ise rastlanmamıştır. Bu bağlamda, belirtilen soruların yanıtlarının arandığı bu araştırmada, şu hipotezler test edilmiştir:

- H₀: Psikotik belirtilere sahip bireylerin sağlık çalışanlarının iletişimlerine yönelik değerlendirmeleri ile öznel iyileşmelerine yönelik değerlendirmeleri

arasındaki ilişkiye içselleştirilmiş stigma ve benlik saygısı aracılık etmemektedir.

- H₁: Psikotik belirtilere sahip bireylerin sağlık çalışanlarının iletişimlerine yönelik değerlendirmeleri ile öznel iyileşmelerine yönelik değerlendirmeleri arasındaki ilişkiye içselleştirilmiş stigma ve benlik saygısı aracılık etmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Psikotik Belirtileri Olan Hastalar ile İletişim

İletişim, insan davranış ve faaliyetlerini kapsayan insan ilişkilerinin geliştirildiği ve sürdürüldüğü araç olarak tanımlanmıştır (68). İletişim, insanlar arası etkileşimin yoğun olduğu her meslek gibi hemşirelik mesleğinin de özünü oluşturmaktadır. Hemşire teorisyenlerden Travelbee hemşireliğin insan sanatına dönüşmesinin hemşirenin bir başkasıyla bağlantı kurma yeteneği, jestler, mimikler, ses, dokunma, sözlü ifadeler ve çeşitli diğer iletişim araçları yoluyla gerçekleştiğini vurgulamıştır (69). Bir diğer hemşire teorisyen Jean Watson'a göre hemşire- hasta arasındaki yardım ve güven ilişkisi geliştirilmelidir; bu da iletişimin bilişsel, duygusal ve davranışsal tepki bileşenlerinin öneminden dolayı etkili iletişimi zorunlu hale getirmiştir (70). Hasta bireylerle devamlı olarak yakın temasta bulunan hemşirelerin, etkili bir iletişim kurmaları hemşirelik bakımının temelini oluşturmaktadır (68, 69).

Etkili iletişim, hastayla kurulacak ilişkinin iyileştirici olmasını yani terapötik olmasını etkiler. Terapötik ilişki karşılıklı etkileşime dayalı, kapsamlı ve formal olmasının yanında, insani yönlere de odaklanan, davranış değişikliği ve iç görü kazandırmayı amaçlayan kendiliğindenliğin katıldığı dinamik bir süreçtir (13). Etkili iletişim ve buna bağlı olarak kurulan terapötik ilişki, hastaların başta tedaviye başlamaları (71), tedavi önerilerini takip etmeleri (5, 6), tedavi memnuniyetleri ve semptom şiddeti gibi faktörler üzerinde etkili olabilmekte (7); aynı zamanda hastaların yaşam kalitesi ve bakım ihtiyaçlarını olumlu yönde etkileyebilmektedir (72). Özellikle sağlık çalışanı ve ruhsal hastalığa sahip bireyler arasındaki etkili bir iletişim hastalarla tedavilerine yönelik ortak bir anlayış oluşturmaya yardımcı olabilmektedir (8).

Sağlık çalışanları tarafından kurulan etkili iletişim sayesinde iyileşme odaklı ruh sağlığı sonuçları ve bakımın kalitesi artabilmektedir (73). Ruhsal bozukluğu olan bireyler arasında ise psikotik belirtileri olan bireyler, psikotik belirtilerin doğası gereği gerçeklik algılarında bozulma, duygusal ve davranışsal durumlarında değişiklikler yaşamaktadırlar (14). Bu durum da diğer insanlara güven problemlerine, tedaviye uyumda yetersizliğe, damgalanmaya maruz kalmaya ve yapılan

damgalamayı içselleştirme gibi olumsuz durumlara neden olmaktadır (18, 19, 21, 23-25). Bu da psikotik belirtileri olan bireylerle etkili ve terapötik bir iletişimin güven ilişkisi inşa etme, doğru tanı ve tedavi planı oluşturma, içselleştirilmiş damgalanma engelleme, hasta memnuniyetini artırma ve iyileşmeyi destekleme açısından önemini ortaya koymaktadır. Psikotik belirtilere sahip hastalar ruhsal hastalıklar arasında en fazla damgalanmaya maruz kalan hasta grubudur (16-22). Bu damgalama ise sözlü/sözsüz iletişim kaynakları kullanılarak gerçekleşmekte; bu nedenle bu hastalarla etkili ve terapötik bir iletişimin kurulması ayrıca önem kazanmaktadır.

Yapılan çalışmalarda psikotik belirtileri olan hastaların, sağlık çalışanlarından sürekli bir destek, umut mesajları, saygı ve yargılayıcı olmayan bir tutum sergilemelerini bekledikleri sonuçlarına ulaşılmış (9); sağlık çalışanları tarafından hastalara saygı gösterilerek kurulan bir iletişimin, hastaların iyileşme sonuçlarını etkileyebildiği görülmüştür (10-12, 66). Hastalar ruh sağlığı tedavisi almak için güvenli bir ortama sahip olmayı beklemekte; bu tedavinin hemşireler ve diğer personel ile ilişkilerin geliştirilmesini içereceği beklentisini vurgulamaktadırlar (10). Aynı zamanda, sağlık çalışanlarının kendilerini yalnızca hastalık vakası olarak görmelerinden rahatsız oldukları, kendi sağlık durumlarıyla ilgili kararlara katılım sürecine dahil olmayı bekledikleri de belirtilmiştir (11). Sağlık çalışanları kendilerini dinlemeye yeterince vakit ayırdıklarında hastalar, hasta oldukları gerçeğini kabul etmelerinin kolaylaştığını ve bu durumun hastalıkla yaşamayı öğrenmeye yardımcı olduğunu belirtmektedirler (66). Aynı zamanda çalışma sonuçları, hastalarla sağlık çalışanları arasındaki açık, anlaşılır ve saygılı bir iletişimin tedavi uyumunda artışa ve daha iyi iyileşme sonuçlarına katkı sağladığını göstermektedir (9, 73-75). İçselleştirilmiş damgalanma ve benlik saygısının, psikotik belirtileri olan hastalarda öznel iyileşme algıları üzerindeki etkisi göz önüne alındığında, etkili iletişimin bu hastalarda öznel iyileşme sonuçlarına olan etkisi ayrıca önem kazanmaktadır.

2.2. Psikotik Belirtileri Olan Hastalarda İçselleştirilmiş Damgalanma

“Kara leke” anlamına gelen damga (stigma) sözcüğü; orta çağda suçluların işlemiş oldukları suçların bir göstergesi olarak kızgın demir ile vücutlarının çeşitli yerlerinin dağlanması anlamına gelmekteydi (16). Bu şekilde damgalanan kişi veya kişiler utanılacak bir şey yapan veya anormal durumları olan bireyler olarak

nitelendirilmiştir; başka bir deyişle, damgalamanın temelinde damgalanan ve damgalayan kişi/kişiler arasındaki farklılıklar yer almaktadır (16, 17). Sosyal olarak görünür olan bazı işaretlerin (fakir, gey, yaşlı, engelli, akıl hastası, obez veya siyah olmak) bu insanları diğerlerinden ayırdığı ve bu işareti taşıyan bireylerin normallikten saptığı için değersizleştirilmeyi hak eden bireyler olarak tanımlandığı belirtilmektedir (23, 76, 77). Toplum normlarına uymayan ve geçmişten günümüze damgalamaya en çok maruz kalan gruplardan biri de ruhsal hastalığı olan bireylerdir (16, 18, 19).

Ruhsal bozukluğa sahip olan bireylerin damgalamaya maruz kalmasının altında yatan temel nedenler arasında, toplumun bu kişilere yönelik geliştirdiği “tehlikeli” veya “ne yapacağı belli olmayan” gibi kalıplaşmış düşünceler, yani stereotipiler bulunmaktadır (16). Bu kalıp düşünceler ve ön yargılar sonucunda ruhsal bozukluğu olan hastalar, diğer insanlar tarafından kendilerinden ve toplumdan uzak tutulmakta, açık bir ayrımcılık ve dışlanmaya maruz kalmaktadırlar. Sonuç olarak da bu hastalar hem tanı hem de tedavi süreçleri boyunca çeşitli sıkıntılar yaşamaktadır (18, 19, 21, 23-25). Ruhsal hastalığa sahip bireyler arasında ise damgalanmaya en fazla maruz kalan grubun psikotik belirtilere sahip bireyler olduğu belirtilmektedir (16, 20-22). Özellikle şizofreni, şizoafektif bozukluk, şizofreniform bozukluk, gibi “psikotik hastalıklar” olarak adlandırılabilen hastalıklarda sık görülen “psikotik belirtiler” halüsinasyonlar, delüzyonlar, dezorganize davranış ve konuşmalar, gerçeklik algısında bozulmalar olarak sıralanabilir (14). Bu belirtilerin erken fark edilmesi hastalığın seyrini önemli oranda etkileyebilecekken belirtilerin sıra dışı ve anlaşılması zor olan doğası toplumdaki diğer bireylerin belirtilere sahip olan bireyden korkmasına, onları tehlikeli olarak nitelendirerek ötekileştirmelerine ve damgalanmalarına neden olabilmektedir (14-16). Bu nedenle damgalama ruhsal bozukluğu olan bireyler özelinde daha çok psikotik belirtilere sahip olanlarda görülmektedir (16, 20-22).

Psikotik belirtilere sahip bireylerin damgalanması bireysel, hastalık süreci ile ilgili, çevresel ve sosyal pek çok faktör tarafından etkilenmektedir (24). Medeni durum, yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, çalışma durumu, gelir düzeyi, birileriyle veya yalnız yaşama durumu gibi faktörler ile damgalama arasındaki ilişkiyi inceleyen ve anlamlı bir ilişki tespit eden çalışmaların (30, 78, 79) yanı sıra, anlamlı ilişki

bulunamayan çalışmalar da mevcuttur (24, 25, 80, 81). Hastalık süreci ile ilgili faktörler arasında tıbbi tanının “şizofreni” olmasının damgalamayı önemli derecede etkilediği belirtilmektedir (16, 20, 21, 30, 82). Bireylerin yaşadıkları yerin ve yaşanılan çevredeki kişilerin sosyokültürel seviyesinin ve eğitim düzeyinin de damgalamayı etkileyebilen faktörler arasında olduğu belirlenmiştir (83-86). Damgalamaya etki eden çevresel faktörlerden bir diğeri, hastaların aileleri ve yakın çevreleri tarafından bu bireylerin korkulan ve utanılan kişiler olarak tanımlanmasıdır (83, 87). Ayrıca, psikotik belirtilere sahip bireylerin aileleri de toplum tarafından damgalanmaktadır (87). Çevresel faktörlerden bir diğeri olan medya, ruhsal hastalıklara sahip bireyleri, haberler, gazete, televizyon programları, reklamlar ve kitaplar yoluyla, damgalamada önemli bir etkiye sahip olan yanlış bilgilendirme yaparak olumsuz etkilemektedir (88). Literatürde, özellikle şizofreni hastalığına ve hastalarına yönelik damgalayıcı içerik paylaşımlarının daha fazla olduğu (89, 90) ve bu tür haberlerin şizofreni tanılı hastalara karşı olumsuz algıyı artırdığı belirlenmiştir (20). Tüm bu faktörler, ruhsal hastalığa sahip bireylerin, özellikle de şizofreni tanılı bireylerin, sosyal ve bireysel haklarına erişimlerini kısıtlamaktadır; bu durum, sağlık hizmetlerinden de yeterince faydalanamamalarına yol açmaktadır (23, 40, 41, 59).

Majör ve ark. (23) damgalama süreci modelinde, damgalamanın yukarıda belirtilen alanlara nasıl etki ettiğini derleyerek dört çeşit damgalama türü tanımlamıştır. Bunlar, uygulanan, hissedilen, içselleştirilen ve beklenen damgalamadır. Damgalama süreci, medya, aile, arkadaşlar veya diğer bireyler aracılığıyla damgalayıcı mesajlar ve inançlar ile başlar. Yani damgalama süreci sözlü/sözsüz iletişim öğelerinin kullanılmasıyla başlamaktadır. Bu damgalayıcı mesajların sürekli olarak alınması, bir süre sonra bireylerin bu inançları içselleştirmelerine yol açarak, kendilerini değersiz, aşağı veya kabul edilemez olarak algılamasına neden olur (17). İçselleştirilmiş damgalanma, damgalananın durumuyla ilişkili olumsuz toplumsal inançları ve duyguları bilinçli veya bilinçsiz olarak benimsemesini ifade etmektedir (23). Bu durum, bireylerin benlik saygısını olumsuz yönde etkilemektedir; birey, kendi hakkındaki olumsuz inançları benimser ve durumunu kişisel yetersizliklerinin veya ahlaki başarısızlığının bir yansıması olarak görmeye başlar (17, 23, 76). Ruhsal bozukluğa sahip olan bireylerde damgalamanın içselleştirilmesi sonucu, olumsuz benlik algısı (26-29), benlik saygısında azalma (25,

30 - 35), öznel iyileşme algılarında azalma (36, 37), uygunsuz sağlık davranışlarında artış (23) görülmektedir. Ayrıca, sosyalizasyonun azalması (27), tedaviye başlamayı geciktirme ve tedavi uyumsuzluğu (37), depresyon (31, 90, 91), yaşam kalitesinde azalma (29, 31) ve öz bakım eksikliği (93) gibi etkileri nedeniyle hastaların iyileşmesini engellemektedir. İçselleştirilen damgalamanın, öznel iyileşmenin negatif bir yordayıcısı olduğu çalışmalarla kanıtlanmıştır (29, 37, 43).

İçselleştirilmiş damgalanma, psikotik belirtilere sahip bireylerde öznel iyileşmenin önünde çift yönlü etkisi olan önemli bir engeldir; damgalamanın içselleştirilmesi psikotik belirtileri artırırken, psikotik belirtilerin artması da damgalamanın daha çok içselleştirilmesine neden olmaktadır (61, 81, 94, 95). Yapılan çalışmalar, hastalığın şiddeti, fiziksel ve sosyal çevre, eğitim seviyesi, iş olanakları, düşük sosyoekonomik seviye ve ruhsal hastalıklara karşı yapılan damgalamanın bu bireylerde içselleştirilmiş damgalanmayı da yordadığı konusunda ortak bir kanıya varmaktadır (60, 96, 97). Ayrıca, algılanan sosyal destek yetersizliği, ilaç uyumsuzluğu ve şizofreni tanısına sahip olmanın da hastaların yaşadıkları içselleştirilmiş damgalanma deneyimlerini artırdığı belirtilmektedir (60-64). İçselleştirilmiş damgalanmanın psikotik belirtileri olan bireyler üzerindeki etkilerinden bir diğeri de benlik saygısını azaltmasıdır. Literatürde, damgalamanın içselleştirilmesinin düşük benlik saygısıyla ilişkili olduğunu gösteren pek çok çalışmaya rastlanmıştır (26-29, 31-33). Violeau ve ark. (32) tarafından yapılan bir çalışmada, içselleştirilmiş damgalanmanın, kişinin kendi bilişi hakkındaki bilgisi olarak tanımlanan üstbilişinde yetersizlik algısı yaratması sonucu, benlik saygısını azalttığı sonucuna ulaşılmıştır. Psikotik yaşantıların üstbilişsel süreçleri bozarak kişilerin kendileri hakkındaki kimlik duygusunu etkilediği belirtilmektedir (34, 35).

2.3. Psikotik Belirtileri Olan Hastalarda Benlik Saygısı

Benlik saygısı, bireyin kendisi hakkındaki genel değerlendirmesini ifade eden bir kavramdır. Yetkinlik ve değer olmak üzere iki farklı boyuttan oluşur; yetkinlik boyutu, insanların kendilerini ne ölçüde yetenekli ve yeterli gördüklerine işaret ederken; değer boyutu, bireylerin kendilerini değerli kişiler olarak hissettikleri dereceyi ifade etmektedir (98). Benlik saygısı bireylerin kendilerini kabul etme ve sevme derecesi olarak tanımlanmakta; ideal benlik ile gerçek benlik arasındaki

uyumun benlik saygısını etkilediği ifade edilmektedir (98). Benlik saygısı motivasyonu, işlevsel davranışı ve yaşam memnuniyetini etkiler ve böylece yaşam boyu refah ile güçlü bir ilişki kurar (98, 99). Benlik saygısı hakkında olumlu inançlara sahip olmak, kişinin günlük zorluklarla nasıl başa çıktığı ve olası durumlarla başarılı bir şekilde başa çıkma becerisiyle ilişkilidir (39). Düşük benlik saygısı, ergenlik döneminde yüksek gebelik oranları, alkol ve uyuşturucu kullanımı, şiddet, depresyon, sosyal kaygı ve intihar gibi birçok olumsuz sonuçla ilişkilendirilmiştir (98, 100-102). Ayrıca düşük benlik saygısı ile ruhsal hastalıkların başlangıcı arasında bir kısır döngü gözlemlenmiştir. Bu bağlamda, düşük benlik saygısı, ruhsal hastalıkların gelişimine yatkınlığı artırırken, aynı şekilde ruhsal hastalığın varlığı da benlik saygısını düşürebilmektedir (103). Araştırmalar, psikotik belirtilere sahip hastaların durumları hakkında utanç, mahcubiyet veya suçluluk hissetmeleri sonucunda benlik saygılarında belirgin bir azalma olduğunu göstermiştir (38, 104-106). Özellikle psikotik dönemlerde, bireyin öznel benlik algısının önemli ölçüde değişerek olumsuz yönde etkilenebildiği öne sürülmektedir (32, 106). Düşük benlik saygısının psikozda daha yüksek intihar riski (107), daha fazla nüks (44) ve düşük yaşam kalitesi (108) ile de bağlantılı olduğu bildirilmiştir. Psikotik belirtilere sahip hastalarda benlik saygısını etkileyen faktörlere bakıldığında ise eğitim düzeyi, istihdam durumu, fiziksel egzersiz alışkanlığı, algılanan sosyal destek, maruz kalınan damgalama, beden imajı gibi etmenlerin rol oynadığı görülmektedir (109). Ayrıca semptomların şiddeti ve sosyal işlevsellik gibi faktörlerin de benlik saygısını etkileyebileceği belirtilmektedir (110). Literatürde psikotik belirtileri olan hastalarda eğitimin benlik saygısıyla ilişkisi çeşitli çalışmalarla incelenmiş; daha yüksek eğitim seviyelerinin daha yüksek benlik saygısı ile ilişkili olduğunu gösteren sonuçların (110, 111) yanı sıra, eğitim ile benlik saygısı arasında anlamlı ilişkinin bulunmadığını gösteren sonuçlara da (112) rastlanmıştır. Aynı zamanda bir işte çalışıyor olma durumunun bu hastalarda yaşam kalitesini etkileyerek benlik saygısına olumlu katkıları olduğu ortaya koyulmuştur (112-117). Bu hastaların daha hareketsiz bir yaşam sürdürdükleri (118, 119); fiziksel egzersiz yapmanın da hastaların benlik saygılarını olumlu anlamda etkileyebileceği belirtilmektedir (118-123). Ayrıca fiziksel aktivite kişilerin öz-değerini ve sosyal desteğini artırmaktadır. Sosyal desteğin diğer kişilerden alınan desteğe ilişkin kişinin öznel algısını ifade eden

boyutu algılanan sosyal destek ise, başkaları tarafından kabul görme ve duygusal bağ sağlayarak benlik saygısını olumlu yönde etkileyebilmektedir. Yapılan çalışmalar güçlü aile ve diğer sosyal ağlara sahip olan psikotik belirtileri olan bireylerin daha yüksek öz-saygı ve öz-yeterlik düzeylerine sahip olduğunu göstermektedir (124-126). Benlik saygısı ve öz yeterliliğin önemli bir yordayıcısı ise beden imajıdır. Yapılan çalışmalar, beden imajındaki memnuniyetsizliğin düşük benlik saygısını önemli ölçüde yordadığını göstermektedir (52, 124-126). Psikotik belirtileri olan bireylerin benlik saygısını etkileyen bir diğer faktör ise damgalamadır. Damgalama benlik kavramında bozulmalara yol açarak damgalamanın içselleştirilmesine yol açmaktadır (26). Damgalamanın içselleştirilmesi ise, düşük benlik saygısı ve umutsuzluğun da katkılarıyla öznel iyileşme algılarını önemli ölçüde etkilemektedir (43). Literatürde, psikotik belirtileri olan bireylerde damgalanmanın ve içselleştirilmiş damgalanmanın, benlik saygısı üzerindeki etkisini araştıran pek çok çalışmaya rastlanmıştır (17, 23, 26, 30, 76, 80, 82). Bu çalışmalara göre, damgalama ve onun benliğe etki eden boyutu içselleştirilmiş damgalanma, kişilerin benlik saygısı ve öz yeterlilik duygularında azalmaya yol açarak kendilerini toplumdan soyutlamalarına neden olmakta, depresyon ve kaygı düzeylerini artırmakta, yaşam kalitelerini azaltmaktadır (26, 30, 80, 82). Vass ve ark. (46) tarafından yapılan bir çalışmada içselleştirilmiş damgalanmanın benlik saygısını olumsuz etkilediği ve öznel iyileşmeyi zedelediği belirtilmektedir (46). Benlik saygısı düşüklüğü damgalamanın içselleştirilmesini önemli ölçüde artırmaktadır. Bu da dolaylı olarak hastaların iyilik hallerine ilişkin öznel değerlendirmelerini, başka bir deyişle öznel iyileşme düzeylerini etkilemektedir (43, 46, 127). Bu nedenle benlik saygısına etki eden tüm bu faktörlerin, iyileşme ve kişilerin öznel iyileşme algılarına etkisini belirlemek amacıyla yapılan çalışmalar (43, 46, 53, 109, 128), bireylerin öznel iyileşme algıları üzerindeki etkilerini anlamamıza yardımcı olabilir.

2.4. Psikotik Belirtileri Olan Hastalarda Öznel İyileşme

İyileşme, farklı bağlam ve koşullara göre değişiklik gösteren, çeşitli biyolojik ve psikolojik faktörleri içeren karmaşık ve çok boyutlu bir kavramdır. (129, 130). İyileşme, ömür boyu devam eden dinamik bir süreçtir. Biyomedikal modele göre iyileşme, hasarlı dokuların veya organların normal yapılarına ve işlevlerine geri

dönmesi ve belirtilerin yokluğu anlamına gelirken (130), ruhsal olarak iyileşme, duygusal veya psikolojik sıkıntıdan kurtulma ve iyi olma durumuna ulaşma sürecini ifade etmektedir (131). DSÖ'ye göre kişilerin geleneksel/klinik olarak ruhsal iyileşmesini gösteren bazı kriterler tanımlanmıştır. Bunlar kişinin garip davranışlarının sona ermesi, kendisi veya başkaları için tehlike oluşturmadığı durumların ortaya çıkması, belirtilerin azalması (örneğin, sesler duymama gibi), kişinin ilaçları düzenli bir şekilde kullanması ve dozların stabil olması, hastaneden taburculuk kararı alması ve son olarak kişinin ailesi veya yakınlarının iyileşme sürecinde daha iyi hissetmeleridir (132). İyileşme yaklaşımına göre ruhsal iyileşme ise, kişilerin kendi hayatlarının kontrolünü tekrar ellerine alıp toplumda bir rol oynayabileceklerini ve özerkliklerini kazandıklarını hissettiklerinde ve hastalık belirtilerine hala sahip olmalarına rağmen bununla birlikte tatmin edici bir hayat sürdürdüklerinde gerçekleşmektedir (132).

İyileşmenin anlamı kişiden kişiye farklılaşabilmektedir. Birçok kişi için iyileşme, kimliklerinin ve yaşamlarının kontrolünü yeniden kazanmak, yaşamları için umut sahibi olmak ve iş, ilişkiler, maneviyat, toplum katılımı veya bunların bir kısmı veya tamamı yoluyla kendileri için anlamı olan bir yaşam sürmekle ilgilidir. Bu bağlamda, iyileşme "tedavi olmak" veya "yeniden normal olmak" anlamına gelmemektedir (132-134). Öznel iyileşme ise kişiden kişiye farklılık gösteren, belirtiler üzerinde kontrol elde etme, sağlığa, umuda, amaçlı ve anlamlı bir yaşama doğru hareket etme süreci olarak tanımlanmıştır (47, 127). Geleneksel biyomedikal modelin aksine, iyileşme odaklı hizmetler iyileşme sürecindeki bireysel farklılıkları ve bir kişinin yaşam zorluklarıyla başa çıkma kapasitesini kabul eder. Belirtilerin olup olmamasına bağlı olmadan öznel iyileşmenin olabileceğine yönelik ortak bir kanı bulunmaktadır (48, 49).

Psikotik belirtileri olan hastalarda öznel iyileşme kavramı, yaşam kalitesini artırma, psikotik belirtilerle başa çıkma ve kişisel gelişimi destekleme sürecini ifade etmektedir (51). Psikotik belirtileri olan hastaların öznel iyileşmelerini etkileyen psikososyal ve nöropsikiyatrik faktörler çeşitli çalışmalarla incelenmiş (52-58) ve bu faktörler tedavi ile ilgili, hastalıkla ilgili, bireyle ilgili ve sosyal çevre ile ilgili olarak dört ana kategoride incelenmiştir (51). Tedavi ile ilgili faktörler arasında ilaç tedavisi ve psikoeğitim yer almaktadır. Yapılan çalışmalar ilaç kullanımının hastaların

yaşadıkları psikotik semptomları kontrol altına almaya, psikotik deneyimleri anlamlandırmaya ve duygusal dengeyi sağlamaya yardımcı olduğunu (135-137); ilaçların iyileşmede temel bir faktör olduğunu ancak aynı zamanda ilaç yan etkilerinin kişilerin yaşamını olumsuz etkilediğini (9, 135, 137) göstermektedir. Tedaviyle ilgili bir diğer faktör olan psikoeğitimin ise kişilerin hastalıklarıyla ilgili iç görü kazanmalarına yardımcı olarak iyileşmeye olumlu etki ettiği bildirilmektedir (135, 139, 140). Hastalık ile ilgili faktörler arasında hastalık süresi ve belirtilerin şiddeti yer almaktadır. Yapılan çalışmalar hastalık süresi ve belirtilerin şiddeti ile öznel iyileşme algısı arasında ters orantı olduğunu ortaya koymaktadır (51, 138, 141-145). Daha genç yaşta olmak ve hastalık süresinin kısalması öznel iyileşme algılarında artış ile sonuçlanırken belirtilerin şiddetinin öznel iyileşme algısına etkisi konusunda ortak bir görüş bulunmamaktadır. Belirtilerin iyileşme ile ilgisinin olmadığını gösteren çalışmalar (9, 138-145) olduğu gibi belirtilerin hafifletilmesinin iyileşme için önemli bir bileşen olduğunu gösteren çalışmalara (141-145) da rastlanmaktadır.

Bireyle ilgili faktörler arasında ailede akıl hastalığı öyküsü, fiziksel sağlık, eğitim seviyesi, madde kullanımı, öğrenme sorunu, umut ve beklentiler, kişisel çaba, istismar deneyimi, anlamlı aktivite ve yaşam kalitesi, gelecekle ilgili belirsizlik, iç görü, benlik saygısı, içselleştirilmiş damgalanma ve psikososyal işlevsellik bulunmaktadır (43, 49, 51, 127, 146-149). Bu faktörlerden benlik saygısı ve umutsuzluğun içselleştirilmiş damgalanmayı yordayarak öznel iyileşmeye olumsuz etki yapabildiği belirtilmektedir (43, 127, 128). Ayrıca, yüksek iç görü, yüksek olumsuz duyguyla ilişkili olarak öznel iyileşmeyi etkileyebilir (128). Öznel iyileşme algılarıyla yüksek düzey psikososyal işlevsellik, yaşam kalitesi ve zor yaşam koşullarında öz yeterlilik arasında da pozitif bir ilişki gözlemlenmiştir, (49, 146). Aynı zamanda iyileşmenin şizofreni hastalarında intihar düşüncesine karşı önemli bir koruyucu faktör olduğu; hedeflere ilişkin öz yeterliği geliştirmek, gelecek için umudu artırmak ve hedeflere ulaşmanın bir yolu olarak güçlü yönler odaklanmak için bireylerle çalışmanın intihar riskini azaltabildiği bildirilmektedir (148).

Psikotik belirtileri olan hastalarda semptomatik iyileşme daha iyi öznel yaşam doyumu ile ilişkilidir ancak, öznel iyileşme için zorunlu değildir. Bununla birlikte, birçok çalışma, semptomatik remisyona ulaşıldığında bile, hastaların önemli bir

kısının hala sosyal ve mesleki işlevselliğe sahip olmadığını göstermekte; bu da öznel iyileşme algılarını olumsuz etkilemektedir (43, 51, 143, 150). Sosyal ağlara sahip olmak, iş istihdamı gibi faktörler iyileşmenin önemli belirleyicilerindedir (51, 143). Yapılan çalışmalarda, şizofreni hastalarında istihdamın ekonomik bağımsızlık sağlaması, yaşam kalitesini ve benlik saygısını artırması nedeniyle iyileşmenin önemli hedeflerinden biri olduğu gösterilmiştir (143, 150). Şizofreni hastalarının istihdam oranları düşüktür. Bu durumun en önemli nedenlerinden biri ise onların tehlikeli oldukları ve iş yaşamına katılımlarının olumsuz sonuçları olabileceği yönündeki damgalayıcı tutumlardır (46). Damgalamanın sosyal katılımı olumsuz etkilemesi ve sosyal olarak dışlanmaya neden olarak istihdama engel olması gibi nedenlerden ötürü öznel iyileşme önündeki en önemli engellerden biri olduğu daha önce belirtilmiştir (40, 41, 59). Toplum tarafından damgalanan bireyler bu damgalayıcı tutumları benliklerine alarak sosyal olarak kendilerini izole etmektedir. Bu şekilde toplum tarafından yapılan damgalama, içselleştirilip iş arama veya topluma katılım gibi alanlarda bireylerin kendilerini engellemelerine neden olmakta, bu durum da öznel iyileşme algılarının azalmasıyla sonuçlanmaktadır (27, 60-64, 78, 82). Bu durumun önlenmesinde kilit bir role sahip olduğu düşünülen kavram ise iletişimdir. Damgalamaya neden olan stereotipiler iletişim yoluyla bireyler arasında asırlar boyunca aktarılmaktadır. Sağlık çalışanlarının ise, bu bireylere en zor zamanlarında bakım ve tedavi veren kişiler olmasından dolayı hastalarla kurdukları iletişim hastalar için önem arz etmektedir.

Psikotik belirtileri olan hastaların yaşadığı değersizlik duyguları, ilgi kaybı, şüphecilik ve paranoya gibi şiddetli ve sürekli ruh hali bozukluğu sağlık personeli ile hastalar arasında iletişim zorluklarına neden olabilir (151). Ruh sağlığı çalışanları arasında ise hastalarla, çalışma koşulları gereği en çok iletişim halinde bulunan psikiyatri hemşirelerinin iletişiminin terapötik bir araç olarak damgalamayı azaltıcı, benlik saygısını ve öznel iyileşme algısını destekleyici bir yönde olması gerekmektedir.

2.5. Sağlık Çalışanlarının İletişimi ve Öznel İyileşme Teori ve Modelleri

2.5.1. İletişim Teorisi

Jacobson (152), iletişimin nasıl gerçekleştiğini anlatmak için bir model oluşturmuş ve bu modelde “iletişimin ögeleri” olarak adlandırdığı altı bileşene yer vermiştir (152). Bu bileşenler gönderici, alıcı, mesaj, iletişim kanalı, dil ve konudur. Jacobson (152)’a göre iletişimi oluşturan bu bileşenlerin biri bile olmasa iletişim kurulamamaktadır; ancak iletişimin kurulmuş olması mesajın anlaşıldığı anlamına da gelmemektedir (152). Sağlık iletişimi ise bireylerin veya toplulukların sağlığını iyileştirmeye odaklanan çeşitli faaliyetleri ifade etmektedir (153). Sağlık iletişiminde Jacobson (152)’nın modeline göre genellikle hemşireler, doktorlar ve diğer sağlık çalışanları gönderici konumunda; hastalar ise alıcı konumundadır. Mesaj ise sağlık çalışanlarının hastalarla sözlü veya sözsüz iletişim kanalı yoluyla gönderdikleri mesajları ifade etmektedir. Sharf (154)’a göre sağlık iletişiminin amacı ister sağlık profesyonellerini eğitmek ister insanları sağlık konusunda yetiştirmek isterse de sağlığı etkilemek olsun, sonuç olarak temel amaç “fark yaratmak” olmalıdır (154).

2.5.2. Travelbee İnsandan İnsana İlişki Modeli

Travelbee, insandan insana ilişki modelinde hemşirelik bakımını, hemşire ile hasta arasındaki iletişim ve karşdakini değerli olarak algılamaya yönelik karşılıklı bağlılık yoluyla geliştirilen dinamik bir süreç olarak tanımlamaktadır (155). Hemşire kendini terapötik olarak kullanarak ve hasta ile arasında güven bağı kurarak kaliteli bir hemşirelik bakımı sunabilir. Travelbee’ye göre hemşire hastanın kendine yardım etmesine olanak sağlamaktadır (155). Hastalar arasında ise, ruhsal bozukluğu olanların, hastalıklarına özgü iletişim becerilerini gerektiren daha öznel iletişim ihtiyaçları olabilmektedir. Bu nedenle hemşire-hasta arasındaki ilişki, anlamlı ve dinamik bir etkileşim süreci olan terapötik iletişim üzerine kurulu olmalıdır.

Özellikle psikotik belirtileri olan hastalar, belirtilerin düşünce, davranış ve duygulanım üzerindeki etkileri nedeniyle iletişimle ilgili problemleri daha fazla yaşamaktadır (14, 156). Bu durum da onlarla kurulan iletişimi daha önemli hale getirmektedir. Sağlık çalışanları, hastalarla kurdukları sözlü veya sözsüz iletişim ile onlara çeşitli mesajlar vermektedirler. Bu mesajların olumlu algılanması ise

hastaların kendilerine yönelik algılarını etkileyebilmektedir. Ayrıca, hastalar ile sağlık çalışanları arasında kurulan etkili bir iletişim, hastalarla tedavilerine yönelik ortak bir anlayış oluşturmaya yardımcı olmakta; iyileşme odaklı ruh sağlığı sonuçları ve bakımın kalitesini artmaktadır (5-8, 71, 72). Verilen mesajların olumsuz algılanması ise hastaların sağlık çalışanları ile arasındaki güven ilişkisini sarsabilmektedir; hastalar sağlık çalışanları tarafından damgalanmaya maruz kaldıklarını hissetmekte, bu durumu benliklerine kabul ederek kendilerini damgalayabilmektedir (18, 19). İçselleştirilmiş damgalanma ise öznel iyileşmenin önündeki önemli engellerden biri olarak görülmektedir (21, 23-26). Bu durum da hastaların öznel iyileşmesinin belirleyicilerinden olan tedavi arama, tedaviye katılım, sosyal izolasyon, eğitim, iş arama ve işe devam etme gibi faktörler üzerinde etki ederek (5, 6, 23, 36, 37) bu bireyler için önemli bir stres kaynağı haline gelmekte, onların fiziksel ve ruhsal sağlıklarını olumsuz etkilemekte; sonuç olarak da öznel iyileşme algıları azalabilmektedir.

2.5.3. İyileşme Modelleri

Biyomedikal modele göre iyileşme, biyolojik olarak hasarlı doku veya organların normal yapı ve işlevlerine geri dönmesi olarak tanımlanırken (130); iyileşme modeline göre ruhsal iyileşme, ruhsal ve psikolojik sıkıntılardan kurtulmak olarak tanımlanmaktadır (131). Öznel iyileşme ise, daha çok hastalık belirtileri üzerinde kişinin kendi kontrolünü sağlayabilmesi ve anlamlı bir hayat sürdürebilmesidir (127,135). Öznel iyileşme çeşitli psikososyal ve nöropsikiyatrik faktörlerden etkilenmektedir. Bu faktörler ise, tedavi ile ilgili, hastalıkla ilgili, bireyle ilgili ve sosyal çevre ile ilgili faktörler olarak gruplandırılmıştır (51). Bu faktörler arasında damgalama, sosyal katılımı olumsuz etkileyerek kişilerin iş ve sosyal ağlara katılımını güçleştirmekte ve engellemektedir (40, 41, 59). Damgalama, dışlanmaya neden olarak istihdamın sürdürülmesine engel olmakta ve sonuç olarak da öznel iyileşmeyi olumsuz etkilemektedir (40, 41). Damgalamanın sosyal katılıma engel olmasının en önemli nedeni ise, bu damgalayıcı tutumların hastalar tarafından içselleştirilerek toplumdan kendilerini geri çekmesine neden olmasıdır (27, 60-64, 78, 82). Damgalama ve onun sonucu olarak içselleştirilmiş damgalanma çeşitli sözlü/sözsüz mesajlar yolu ile gerçekleştirilmektedir. Bu nedenle hastaların karşı

tarafından nasıl bir mesaj aldıkları önemli hale gelmektedir. Bu bireyler ile çalışma koşulları gereği en fazla iletişim halinde olan psikiyatri hemşirelerinin iletişim şekli ise hastaların bu damgalama ve içselleştirilmiş damgalanma süreçlerini engellemedeki rolleri gereği önemli olabilir.

2.6. Psikotik Belirtileri Olan Hastalar ile İletişimde Psikiyatri Hemşiresinin Rolü ve İşlevi

Psikiyatri hemşireliği, mevcut veya potansiyel zihinsel sağlık ihtiyaçları olan bireylerin, ailelerin ve toplulukların ruh sağlığı sorunlarının belirlenmesi, önlenmesi, bakımı ve ruh sağlığının geliştirilmesini sağlayan hemşirelik uzmanlığı alanıdır (157). Ülkemizde psikiyatri hemşiresinin rolleri, hemşirelik bakımı, tıbbi tanı ve tedavi planının uygulanmasına katılma ve eğitim ve danışmanlık olarak sıralanabilir (158). Psikiyatri hemşireleri danışmanlık rollerini, problem çözme, krize müdahale, stres yönetimi, davranış değiştirme, müdahaleler ve etkili iletişim becerilerini kullanarak yerine getirmektedir (158, 159). Psikiyatri hemşireliğinde, hasta ile kurulan iletişimin, terapötik, yani tedavi edici nitelikte olması gerekmektedir. Terapötik iletişim ise hemşirenin hastanın özel ihtiyaçlarına odaklandığı kişilerarası bir etkileşim sürecidir (157). Terapötik iletişimdeki temel amaç, hastanın öncelikli sorununu/endişesini belirlemek, hastanın duygu ve düşüncelerini ifade etmesini sağlamak, gerekli öz bakım becerilerini öğretmek ve iyileştirici, değiştirici, geliştirici bir ilişki kurmaktır (158). Psikiyatri hemşiresi, tüm bu yeterliklere sahip olmalıdır. Aynı zamanda psikiyatri hemşiresi sağlık alanında çalışan diğer personellere de bu anlamda yol gösterici olmalıdır.

Daha önce de belirtildiği üzere, ruhsal hastalığı olan bireyler, sağlık çalışanlarından sürekli kendilerini desteklemelerini, onlara umut vermelerini ve yargılayıcı olmadan saygı duymalarını beklemektedir (9-12, 65, 160). Yapılan literatür incelemesinde psikotik belirtileri olan hastaların hemşirelerden dinleme, konuşma ve anlama gibi iyi iletişim becerileri sergilemelerini (10), hemşirelerle kişilerarası ilişkiler kurmayı (11) ve hemşirelerin hastaları dinleyen, onlarla konuşan ve onlara insan gibi muamele eden kişiler olmasını (12) bekledikleri görülmüştür. Aynı zamanda hastalar, hemşirelerden hastaların duygularına duyarlı olmalarını, ihtiyaçlarını anlamalarını, hastaların yaşadıkları acı deneyimlere karşı şefkat

göstermelerini, tedavileri ile ilgili daha olumlu hissetmelerine yardımcı olmalarını, umut vermelerini, hastalarla iletişim kurmak için zaman ayırmalarını ve hastaları yargılamamalarını beklemektedirler (10, 11, 66).

Literatür incelendiğinde, hemşirelerin de içinde bulunduğu sağlık çalışanlarını hastaların gözünden değerlendiren sınırlı sayıda çalışmaya rastlanmıştır (9, 10, 66, 160). Çalışmalar sonucunda sağlık çalışanlarının psikotik belirtiler yaşayan bireylerin pek çok iyileşme boyutuna katkı sağladığı (9), ancak hastaların iletişim ve davranış yönünden sağlık çalışanlarını eksik bulduğu (10, 66) belirlenmiştir. Hemşireler ile hastalar arasındaki iletişimi olumsuz yönde etkileyen faktörlerin ise zaman kısıtlamaları, iletişim sorunları ve uygulama politikalarının gereklilikleri gibi engeller olduğu saptanmıştır (67). Hemşirelerin hastaların bu ihtiyaçlarının ne kadar farkında olduğunun, iletişimlerinin, hastaların kendilerine yönelik damgalamalarına, benlik saygılarına ve öznel iyileşmelerine etkilerinin belirlenmesi, bu yolla da iletişimin terapötik bir araç olarak kullanılmasını sağlayacak müdahale çalışmaları planlanması yararlı olabilir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, psikotik belirtileri olan hastaların sağlık çalışanlarının iletişimine yönelik değerlendirmelerinin öznel iyileşme algılarını etkileyip etkilemediği ve içselleştirilmiş damgalanma ve benlik saygısının bu ilişkiye aracılık edip etmediğini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

3.2. Araştırma Hipotezleri

Araştırma amacı doğrultusunda aşağıda yer alan hipotezler test edilmiştir.

- H_0 : Psikotik belirtilere sahip bireylerin sağlık çalışanlarının iletişimlerine yönelik değerlendirmeleri ile öznel iyileşmelerine yönelik değerlendirmeleri arasındaki ilişkiye içselleştirilmiş stigma ve benlik saygısı aracılık etmemektedir.
- H_1 : Psikotik belirtilere sahip bireylerin sağlık çalışanlarının iletişimlerine yönelik değerlendirmeleri ile öznel iyileşmelerine yönelik değerlendirmeleri arasındaki ilişkiye içselleştirilmiş stigma ve benlik saygısı aracılık etmektedir.

3.3. Araştırmanın Şekli

Araştırma tanımlayıcı ve ilişki arayıcı türdedir.

3.4. Araştırmadaki Değişkenler

- Bağımsız değişken: Psikotik belirtilere sahip bireylerin sağlık çalışanlarının iletişimlerine yönelik değerlendirmeleri
- Aracı değişkenler: Psikotik belirtilere sahip bireylerin içselleştirilmiş stigma ve benlik saygısı düzeyleri
- Bağımlı/sonuç değişkeni: Psikotik belirtilere sahip bireylerin öznel iyileşme düzeyleri

3.5. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırmanın, psikotik belirtileri olan ve çalışmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan yetişkin psikiyatri hastalarının Ankara’da yatarak ve ayaktan takip ve tedavilerinin yapıldığı kurumlarda yapılması planlanmıştır. Bu bağlamda Ruh Sağlığı ve Hastalıkları veya Psikiyatri Klinik/Polikliniklerinde ve/veya kuruma bağlı Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde (TRSM) belirtilen hizmetleri sağlayan şu kurumlarla gerekli izinlerin alınması amacıyla irtibata geçilmiştir: Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi, Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Ankara Üniversitesi Cebeci Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Gazi Üniversitesi Gazi Hastanesi, Ankara Etlik Şehir Hastanesi. Bu kurumlardan araştırmanın uygulanmasına izin veren Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi, Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi’ne bağlı TRSM biriminde çalışma yürütülmüştür.

3.5.1. Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi

Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi yetişkin hastaların tanı, tedavi ve tedavi sonrası takiplerinin yapıldığı 4., 5., 6., 7. ve 8. bloklardan oluşan bir hastanedir. Hastanede 24 Anabilim dalı, 23 Bilim dalı, 30 poliklinik, 28 klinik, 10 yoğun bakım bölümü, erişkin acil servisi ve 2 ameliyathane ile hizmet vermektedir. Erişkin hastanesi bünyesinde Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniği ve hastaların yatarak tedavi gördüğü 30 yataklı bir psikiyatri servisi bulunmaktadır. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı 1964 yılında Prof. Dr. Doğan Karan tarafından kurulmuş, yataklı tedavi ünitesi ise 1967 yılında hizmete açılmıştır. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniği 9 nolu kapı 1. katında bulunuyorken, yataklı servis ise 4. katta Bölüm 44’ de hizmet vermektedir (161). Bölümde aralarında psikotik belirtileri olan hastaların da yer aldığı tüm ruhsal bozukluğu olan hastalar değerlendirilmekte; ilaç, Elektrokonvülsif tedavi (EKT), Tekrarlayan Transkraniyal Manyetik Stimulasyon (rTMS) ve psikoterapi tedavileri yürütülmektedir.

3.5.2. Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi

25.06.1964 tarihinde Sosyal Sigortalar Kurumu (S.S.K) Dışkapı Hastanesi olarak hizmete açılmıştır. 2005 tarihinde, Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı'na (T.C.S.B) devredilmiştir (162). Dışkapı Eğitim ve Araştırma Hastanesi bünyesinde psikiyatri ile ilgili hastalara tanı ve tedavi hizmeti veren Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniği ve 24 yataklı bir yataklı tedavi kliniği bulunmaktadır. Ayrıca hastaneye bağlı bir TRSM Dışkapı Eğitim ve Araştırma Hastanesi bünyesinde hizmet vermektedir. Çalışmanın yapıldığı tarihlerde Dışkapı Eğitim ve Araştırma Hastanesi poliklinik ve yataklı servisinde aralarında psikotik belirtileri olan hastaların da bulunduğu tüm ruhsal bozukluğu olan hastaların tanı ve tedavisi yapılmaktadır. Hastane kliniği içerisinde 1 adet EKT cihazının bulunduğu EKT odasında ameliyathane şartları sağlanarak hastalara EKT uygulanmaktadır. Ayrıca ayaktan ve yatarak takip edilen hastaların ilaç ve psikoterapi tedavisi yürütülmektedir.

3.5.3. Dışkapı Toplum Ruh Sağlığı Merkezi

2013 yılında Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma hastanesi bünyesinde hizmete açılmıştır. Şizofreni, şizoafektif bozukluk ve bipolar bozukluk tanımlı hastaların ayaktan takip tedavileri ve rehabilitasyon faaliyetlerinin gerçekleştirildiği birimde, 1 uzman psikiyatri doktoru, 1 asistan doktor, 1 uzman hemşire, 1 psikolog, 1 sosyal hizmet uzmanı ve 1 ergoterapistten oluşan multidisipliner bir ekiple hizmet vermektedir. Birimde ilgili hastaların başta ilaç düzenlenmesi ve uygulanması, rutin laboratuvar değerlerinin takibi, yaşam bulguları takibi ve vaka yönetimi gibi görevler yerine getirilmektedir. Birimin uzman hemşiresi, vaka yöneticisi olarak hastaların bakım planlarını düzenleyip takibini yapmakta ve uygun tarihlerde diğer disiplinlerde yer alan çalışanlarla vaka tartışmalarına katılmaktadır. Hasta ve ailelerine ihtiyaç duyulan konularda psikoeğitimler verilmekte, çeşitli rehabilitasyon faaliyetleri yürütülmekte ve vaka yöneticileri tarafından hastalar alevlenme belirtileri açısından yakından takip edilmektedir.

3.6. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Ankara’da bulunan, araştırmaya katılmayı kabul eden, araştırmaya dâhil olma kriterlerini karşılayan, 18 yaş üstü psikotik belirtileri olan ve yukarıda adları geçen araştırma izni alınan kurumlarda ayaktan ve yatarak takip edilen yetişkin psikiyatri hastaları oluşturmaktadır. Tanıyı almasından bu yana en az bir kez psikotik belirtiler yaşamış olan şizofreni, şizoafektif bozukluk, psikotik depresyon, psikotik atak ve bipolar afektif bozukluk tanılı hastalar çalışmaya dahil edilmiştir. Belirtilen özelliklere uygun olan hastaların araştırmaya katılabilme yetilerinin değerlendirilmesi için takibini yapan hekimin, hastanın remisyonda olduğu onayı alınmış, ek olarak hastanın Pozitif ve Negatif Sendrom Değerlendirmesi (PANSS-Ek 1) yapılmıştır. PANSS son bir haftada geçen sürede hastanın yaşadığı semptomları göz önüne alınarak uygulanmaktadır (163). PANSS, Pozitif ve Negatif Ölçekler için 7-49 ve Genel Psikopatoloji Ölçeği için 16-112 olacak şekilde maddeler arasındaki derecelendirmelerin toplanmasıyla puanlanmakta ve her bir alt ölçekten düşük puan alınması olumlu olarak yorumlanmaktadır (164). Bu çalışmada, katılımcıların son bir haftada yaşadıkları semptomlara ilişkin ölçek uygulanmış; her bir alt boyuttan ortalama puandan daha az puan alan katılımcıların remisyonda olduğu kabul edilmiştir. Remisyonda olduğu ve araştırmaya katılma yetisi bulunduğu sorumlu hekimi tarafından onaylanan hastalardan, dâhil edilme kriterlerini de karşılayanlarla uygulama gerçekleştirilmiştir. Araştırmaya dâhil olma kriterleri;

- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak,
- Fiili ehliyeti bulunmak (yasal olarak kısıtlı olmamak),
- Hastalığın herhangi bir döneminde psikotik belirtileri yaşamak,
- 18 yaş ve üzeri olmak,
- Türkçe okuma ve yazma becerisine sahip olmak olarak belirlenmiştir.

Katılımcının fiili ehliyet durumu, Türk Medeni Kanunu (TMK)’nin 405. maddesi kararına tabi olmadığına yönelik sorumlu hekiminden alınan onay ile değerlendirilmiştir.

Araştırmadan dışlanma kriterleri ise;

- Çalışmaya katılmaya engel teşkil edecek düzeyde fiziksel ve/veya nörolojik bir rahatsızlığın bulunması,
- Madde kullanımının veya nörobilişsel bozuklukların yol açtığı psikotik belirtileri olması,
- Çalışmaya katılmaya engel teşkil edecek düzeyde bilişsel semptomlarda bozulmaların mevcut olması (psikotik atak, ajitasyon, vb.) olarak belirlenmiştir.

Örneklem büyüklüğü “GPower 3.1.9.4” programı ile belirlenmiş, 4 bağımsız değişken (ölçek alt boyut sayısı), 2 aracı değişken ve 1 sonuç değişkeni ile toplamda 7 değişken üzerinden 0.90 güç, $\alpha = 0.05$ hata oranı ile örneklem hesabı yapılmıştır. Bu yolla, örneklem büyüklüğünün en az 130 olması gerektiği hesaplanmış, olası eksiklikler göz önünde bulundurularak toplamda 164 kişiye ulaşılmıştır. Eksik doldurulan ölçekler içermesi sebebiyle 8 katılımcının verisi araştırma bulgularına dahil edilmemiştir. Sonuç olarak araştırma, 156 kişi ile tamamlanmıştır. Bu bireylerden 146’sı ayaktan 10’u ise yatarak tedavi görmektedir (10 hastanın araştırmacının çalıştığı kurumda yatarak tedavi gören hastalar olmasının yaratabileceği olası yanlılığın önüne geçilmesi amacıyla toplam örneklem sayısı 130’un üzerinde tutulmuştur). Araştırma verilerinin toplanma süreci tamamlandıktan sonra testin gücü tekrar hesaplanmış, Sağlık Bakımı İletişim Anketi (SBİA) toplam puanları ile İyileşme Değerlendirme Ölçeği (İDÖ) toplam puanları arasındaki ilişkide Tip I hata= 0.05 olmak üzere testin gücü 0.99 (%99) olarak bulunmuştur.

3.7. Veri Toplama Araçları

Araştırmada katılımcıların demografik verilerinin toplanması amacıyla Hasta Bilgi Formu (bkz. Ek 2), sağlık çalışanlarının iletişimine yönelik değerlendirmelerinin belirlenmesi amacıyla Sağlık Bakımı İletişim Anketi (bkz. Ek 3), kendilerine yönelik damgalama düzeylerinin belirlenmesi amacıyla Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (bkz. Ek 4), benlik saygılarının belirlenmesi amacıyla Benlik Saygısı Değerlendirme Ölçeği-Kısa Formu (bkz. Ek 5) ve öznel iyileşme düzeylerinin belirlenmesi amacıyla İyileşme Değerlendirme Ölçeği (bkz. Ek 6) kullanılmıştır.

3.7.1. Hasta Bilgi Formu

Ruhsal hastalığı olan bireylerin yaş, cinsiyet, medeni durum, çalışıyor olma durumu, eğitim durumu, algıladığı ekonomik durumu, birlikte yaşadığı kişiler ve tanı üzerinden geçen süre verilerini içeren sekiz soruluk bir formdur.

3.7.2. Sağlık Bakımı İletişim Anketi (SBİA)

The Health Care Communication Questionnaire (HCCQ) Gremigni ve ark. (165) tarafından 2008 yılında geliştirilmiştir (165). Türkçe'ye Sağlık Bakım İletişim Anketi (SBİA) olarak çevrilen ölçeğin Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması Kalkan ve Atlı-Özbaş (166) tarafından yapılmıştır (166). 13 maddeden oluşan 5'li Likert tipindeki ölçeğin her bir maddesi 1 (hiç) ile 5 (çok fazla) arasında değişen puanlamaya sahip olup sağlık çalışanlarının iletişimini hastaların gözünden değerlendirmektedir. Ölçek dört boyuttan oluşmaktadır. 1 ve 9 numaralı maddeler "Sözsüz Yakınlık" alt boyutunu, 10, 11, 12, 13 numaralı maddeler "Problem Çözme" alt boyutunu, 2, 3, 5, 7 numaralı maddeler "Saygı" alt boyutunu, 4, 6, 8 numaralı maddeler ise "Düşmanlığın Olmaması" alt boyutunu değerlendirmek için oluşturulmuştur (165). Sözsüz yakınlık alt boyutu sağlık çalışanlarının sözsüz mesajlarını, hastaların değerlendirmelerini, problem çözme alt boyutu sağlık çalışanlarının hastaların problemlerini ne derece çözmeye çalıştıklarına ilişkin değerlendirmelerini, saygı alt boyutu sağlık çalışanlarının hastalara saygılı davranıp davranmadıklarına yönelik değerlendirmelerini, düşmanlığın olmaması alt boyutu ise sağlık çalışanlarının hastalara yönelik tutumlarına ilişkin değerlendirmelerini ölçmektedir. Düşmanlığın olmaması alt boyutundaki maddeler ters puanlanmaktadır. Ölçekte herhangi bir kesim noktası bulunmamaktadır. Sözsüz yakınlık, saygı ve problem çözme alt boyutlarından alınan puan arttıkça, düşmanlığın olmaması alt boyutundan alınan puan ise azaldıkça hastaların sağlık çalışanlarının iletişimini olumlu değerlendirdiği yorumu yapılmaktadır (165). Sözsüz yakınlık alt boyutundan en düşük 2 en yüksek 10 puan; problem çözme ve saygı alt boyutundan en düşük 4 en yüksek 20 puan; düşmanlığın olmaması alt boyutundan ise en düşük 3 en yüksek 15 puan alınabilmektedir. SBİA'nın orijinal çalışmasında ölçeğin tamamına ait Cronbach Alpha değeri bulunmamaktadır. Alt boyutlarına ilişkin Cronbach Alpha değerleri ise 0.72 ile 0.86 aralığında değişmektedir (165). Türkçe geçerlik güvenirlik

çalışması Ankara’da bir üniversite hastanesi acil servisine başvuran hastalar ile yapılan ölçeğin toplam ölçek için Cronbach Alpha değeri 0.83 iken; alt boyut Cronbach Alpha değerleri 0.65-0.86 aralığında bulunmuştur (166). Bu araştırma için ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0.88 olarak bulunmuştur. Alt boyutlara ilişkin Cronbach Alpha değerleri ise sözsüz yakınlık için 0.58, problem çözme için 0.80, saygı için 0.83, düşmanlığın olmaması için ise 0.79 olarak hesaplanmıştır.

3.7.3. Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ)

Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği ruhsal hastalığı olan bireylerin kendilerini damgalamasını ölçmektedir (167). Ölçek Ritsher ve ark. (168) tarafından geliştirilmiş, Ersoy ve Varan (167) tarafından Türkçe’ye uyarlanmış; Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması Ege Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı’nda ayaktan tedavi birimine başvuran psikiyatri hastaları ile yapılmıştır (167). 29 maddeden ve 5 alt boyuttan oluşan ölçek 4’lü likert (1=Kesinlikle katılmıyorum-4=Kesinlikle katılıyorum) tipindedir. 1, 5, 8, 16, 17, 21 numaralı maddeler “Yabancılaşma” alt boyutuna, 2, 6, 10, 18, 19, 23, 29 numaralı maddeler “Kalıp Yargılarının Onaylanması” alt boyutuna, 3, 15, 22, 25, 28 numaralı maddeler “Algılanan Ayrımcılık” alt boyutuna, 4, 9, 11, 12, 13, 20 numaralı maddeler “Sosyal Geri Çekilme” alt boyutuna, 7, 14, 24, 26, 27 numaralı maddeler ise “Damgalanmaya Karşı Direnç” alt boyutuna aittir. Ölçeğin ilk 4 alt boyutu içselleştirilmiş damgalanmayı ölçerken “Damgalanmaya Karşı Direnç” alt boyutu kişinin damgalanmaya karşı direncini ölçmektedir (167). Kesim noktası bulunmayan ölçeğin “Damgalanmaya Karşı Direnç” alt boyutu ters puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en az puan 29 en fazla puan 116’dır. Yabancılaşma ve sosyal geri çekilme alt boyutu 6 ile 24 puan aralığında; kalıp yargılarının onaylanması alt boyutu 7 ile 28 puan aralığında; algılanan ayrımcılık ve damgalanmaya karşı direnç alt boyutu ise 5 ile 20 puan aralığında puanlanmaktadır. Ölçekten alınan puanın artması içselleştirilmiş damgalanma düzeyinin de arttığı anlamına gelmektedir (167). Ölçeğin orijinalinin tamamına ait Cronbach Alpha değeri 0,91 (168), Türkçe versiyonun Cronbach Alpha değeri ise 0,93’tür. Alt boyutlara ait Cronbach Alpha değerleri ise 0,58 ile 0,80 arasında değişmektedir (167) Bu araştırma için toplam

ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0,92; alt ölçekler ise yabancılaşıma için 0.81; kalıp yargılarının onaylanması için 0.76; algılanan ayrımcılık için 0.80; sosyal geri çekilme için 0.86 ve damgalanmaya karşı direnç için 0.62; olarak bulunmuştur.

3.7.4. Benlik Saygısı Değerlendirme Ölçeği-Kısa Formu (BSDÖ-KF)

Nugent ve Thomas (169) tarafından geliştirilen The Self Esteem Rating Scale 2006 yılında Lecomte ve ark. (170) tarafından yeniden revize edilmiş ve “The Self Esteem Rating Scale-Short Form (SERS-SF)” ölçeği oluşturulmuştur (170). Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması Tukuş (171) tarafından yapılmıştır (171). Ciddi ruhsal hastalığı olan bireylerin benlik saygılarını değerlendirmek için geliştirilen (170) ölçeğin Türkçe versiyonu, 18-60 yaş arasındaki şizofreni tanılı hastalara uyarlanmıştır (171). 7’li likert (1=Hiçbirzaman-7=Her zaman) tipindeki ölçeğin 10’ar madde ile ölçülen olumlu ve olumsuz olmak üzere iki alt boyutu bulunmaktadır. Orijinalinde 5 faktörlü bir yapıya sahip olan ölçeğin Türkçe versiyonu 3 faktörden oluşmaktadır. Olumlu maddeler 1. faktörde, olumsuz maddeler ise 2. ve 3. faktörde toplanmıştır. 1. faktör “başkaları ile birliktelik, beceriklilik ve doyum faktörü” olarak belirlenmiş; ölçeğin olumlu boyutuna ait 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 numaralı maddeler 1. faktör ile ilişkilendirilmiştir. 2. Faktör, “başkaları ile kıyaslama ve başarısızlık faktörü” olarak belirlenmiş; ölçeğin olumsuz boyutuna ait 1, 2, 3, 9, 10 numaralı maddeler 2. faktör ile ilişkilendirilmiştir. 3. faktör ise “kendinden hoşnut olmama faktörü” olarak belirlenmiş; ölçeğin olumsuz boyutuna ait 4, 5, 6, 7, 8 numaralı maddeler 3. faktör ile ilişkilendirilmiştir (171). Ölçeğin herhangi bir kesim noktası bulunmamaktadır. Ölçeğin olumlu boyutu 10 ile 70 puan aralığında değerlendiriliyor; olumsuz boyutu -10 ile -70 puan aralığında değerlendirilmektedir. Olumlu boyutundan alınan puanın artması benlik saygısının yükseldiğini, olumsuz boyutundan alınan puanın artması ise benlik saygısının düştüğünü göstermektedir. Orijinal ölçeğin tamamına ait Cronbach Alpha değeri 0,90 iken; olumlu boyutu için 0,91, olumsuz boyutu için ise 0,87 bulunmuştur (170). Ölçeğin Türkçe geçerlik-güvenirlik çalışmasında, BSDÖ-KF olumlu boyutunun Cronbach Alpha değeri 0,87, olumsuz boyutunun Cronbach Alpha değeri 0,85’tir; iki boyutunun toplam Cronbach Alpha değeri ise 0,89’dur (171). Bu çalışma için ölçeğin olumlu alt boyutu Cronbach Alpha değeri 0,90, olumsuz alt boyutu Cronbach Alpha

değeri 0,91, iki boyutunun toplam Cronbach Alpha değeri ise 0,73 olarak bulunmuştur.

3.7.5. İyileşme Değerlendirme Ölçeği (İDÖ)

İDÖ, ruhsal hastalığı olan bireylerde öznel iyileşme düzeyini değerlendirmek amacıyla ilk olarak Giffort ve ark. (172) tarafından “The Recovery Assessment Scale (RAS)” olarak geliştirilmiştir (172). 41 maddelik RAS Corrigan ve ark. (172) tarafından yenilenerek 24 maddelik bir ölçeğe dönüştürülmüştür (173, 174). Güler ve Gürkan (175) tarafından Türkçe’ye uyarlanan kısaltılmış ölçek 5’li likert (1= Kesinlikle katılmıyorum-5= Kesinlikle katılıyorum) tipindedir ve ölçeğin beş alt boyutu bulunmaktadır (175). Ölçeğin alt boyutları “Kişisel Güven ve Umut”, “Yardım İsteme İstekliliği”, “Hedef ve Başarı Yönelimi”, “Başkalarına Güvenme” ve “Belirtilerin Baskısında Olmama” dır. 1, 2, 3, 4, 5 numaralı maddeler hedef ve başarı yönelimi alt boyutunu, 6, 22, 23, 24 numaralı maddeler başkalarına güvenme alt boyutunu, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13 14, 21 numaralı maddeler kişisel güven ve umut boyutunu, 15, 16, 17 numaralı maddeler belirtilerin baskısında olmama alt boyutunu, 18, 19, 20 numaralı maddeler ise yardım isteme istekliliği alt boyutunu değerlendirmek için oluşturulmuştur (175). Ters puanlanan bir maddesi bulunmayan ölçekte herhangi bir kesim noktası da bulunmamaktadır. Ölçekten alınan toplam puan 24 ile 120 arasında değişmekte; puan arttıkça öznel iyileşme düzeyi de artmaktadır (175). Kişisel güven ve umut alt boyutundan alınan puan 9 ile 45 arasında; hedef ve başarı yönelimi alt boyutundan alınan puan 5 ile 25 arasında; başkalarına güvenme alt boyutundan alınan puan 4 ile 20 arasında; belirtilerin baskısında olmama alt boyutundan alınan puan ile yardım isteme istekliliği alt boyutundan alınan puan ise 3 ile 15 arasında değişmektedir. Ölçeğin orijinal versiyonunun tüm ölçek için belirlenmemiş; alt boyut Cronbach Alpha değerleri ise, 0,74 ile 0,87 arasında değişmektedir (173). Türkçe geçerlik güvenirlik çalışmasında tüm ölçek için Cronbach Alpha değeri 0,90 bulunmuştur. Alt boyutlara ait Cronbach Alpha değerleri ise 0,84 ile 0,89 aralığında değişmektedir (175). Bu çalışma için toplam ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0,92; hedef ve başarı yönelimi için 0,81; başkalarına güvenme için 0,70; kişisel güven ve umut için 0,84; belirtilerin

baskısında olmama için 0,78 ve yardım isteme istekliliği için ise 0,86 olarak bulunmuştur.

3.8. Verilerin Toplanması

Araştırmanın uygulamasına izin veren kurumlarda ayakta ve yatarak tedavi ve/veya takip edilen hastaların verileri Şubat 2023-Ekim 2023 tarihleri arasında yüz yüze toplanmıştır. Araştırmacı, izin veren her bir kurumun ilgili birimine (klinik, poliklinik ve/veya TRSM) rutin ziyaretler yapmış ve ön koşulları (araştırmaya katılma yetisi bulunan) sağlayan hastaları saptamıştır. Ön koşulları sağlayan hastalardan dahil edilme kriterlerine de uyanlar ile birebir görüşerek çalışma hakkında bilgi vermiş, araştırmaya katılmaya gönüllü olan hastaların aydınlatılmış onam formunu doldurmalarını sağlayarak formun bir örneğini de hastalara vermiştir. Onam formunu dolduran katılımcılara ölçekler verilerek doldurmaları istenmiş; bu sırada araştırmacı, katılımcının ulaşabileceği ancak yanıtlarını etkilemeyeceği bir mesafede beklemiş ve ortamın sessiz, sakin, mahremiyete uygun olmasını sağlamıştır. Bu bağlamda, ölçeklerin uygulanması, ilgili birimlerde uygun koşullara sahip boş bir odada gerçekleştirilmiştir. Katılımcılara ölçeklerin doldurulmasının yaklaşık 20 dakika süreceği bilgisi verilmiştir. Çalışmada ölçeklerin uygulanması ortalama 20-25 dakika sürmüştür.

3.9. Verilerin Analizi

Tüm analizler IBM SPSS Version 20 (Chicago, IL, USA) programı kullanılarak yapılmıştır. Katılımcıların tanıtıcı özelliklerine ilişkin sürekli veriler ortalama standart sapma, ortanca, minimum, maksimum değerleri, kesikli verilerde ise yüzdelik değerleri kullanılarak hesaplanmıştır. Bağımsız değişken SBİA, aracı değişkenler RHİDÖ ve BSDÖ-KF ve bağımlı değişken ise İDÖ olarak belirlenmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunluğunun incelenmesinde Shapiro-Wilk testinden yararlanılmıştır. Ölçek puanlarının iki gruplu bağımsız değişkenlerle karşılaştırılmasında normal dağılıma uyan verilerde t test (Bağımsız Gruplarda t test), normal dağılıma uymayan verilerde Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Ölçek puanlarının ikiden fazla gruplu bağımsız değişkenlerle karşılaştırılmasında normal dağılıma uyan verilerde Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA), normal dağılıma

uymayan verilerde Kruskal Wallis Varyans Analizi kullanılmıştır. Ölçek puanları arasındaki ve SBİA ve İDÖ ile hastaların tanıtıcı özellikleri arasındaki ilişkiler, veriler normallik varsayımını karşılamadığı için, Spearman Korelasyon Katsayısı ile incelenmiştir. Tanıtıcı özellikleri ile İDÖ puanları arasındaki ilişkinin hangi gruptan kaynaklandığı Tukey test ile incelenmiştir. SBİA ile İDÖ puanları arasındaki ilişki ve içselleştirilmiş damgalanma ve benlik saygısının aracılık rolü öncelikle yapısal eşitlik modeli ile test edilmiş; daha sonra iletişim puanları ile öznel iyileşme puanları arasındaki doğrudan ve dolaylı etkiler, bootstrap (1000 tekrarlı %95 güven aralığı) ile yöntemi ile belirlenmiştir. Bu ilişkileri araştırmak amacıyla Hayes ve Preacher (176) tarafından oluşturulan SPSS Proses macro kullanılmıştır. Hayes ve Rockwood (177)'a göre aracılık analizi, bağımsız bir değişkenin bağımlı bir değişken üzerindeki etkisinin nasıl işlediğine ilişkin hipotezleri test etmek veya daha iyi anlamak için kullanılmaktadır (177). Dolaylı etki değerine karşılık gelen alt ve üst güven aralığı, 0 (sıfır) değerini kapsamadığında etki anlamlı kabul edilmektedir (176, 178). Ayrıca bootstrap yöntemi, örneklemdaki veriler normal dağılım göstermediğinde aracılık ilişkisini belirlemek için en güvenilir yöntem olarak kabul edilmektedir (176 - 178). Hayes ve Rockwood (177)'a göre bağımsız değişkenle bağımlı değişken arasında anlamlı bir toplam etki olduğunda ve bağımsız değişkenle bağımlı değişken arasında doğrudan anlamlı etki sıfırdan farklı olduğunda kısmi aracılıktan söz edilebilir (177). Tüm değişkenler için istatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ ve güven düzeyi %95 olarak kabul edilmiştir.

3.10. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın etik uygunluğunun değerlendirilmesi amacıyla 02.12.2022 tarihinde Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na başvuru yapılmıştır. Araştırma, ilgili kurum tarafından 24.01.2023 tarihinde etik açıdan uygun bulunmuştur (bkz. Ek 7). Araştırmanın uygulanması için Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi ve Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesinden gerekli izinler alınmıştır (bkz. Ek 8, Ek 9). Araştırmaya katılan hastalara aydınlatılmış onam formu (bkz. Ek 10) aracılığıyla tüm bilgilendirmeler yapılmış, formun birer örneği verilmiş ve hastaların yazılı ve sözlü

onamları alınmıştır. Araştırmada kullanılan ölçeklerin yazarlarıyla iletişime geçilerek kullanım izinleri alınmıştır (bkz. Ek 11, Ek 12, Ek 13, Ek 14).

3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları

Çalışmanın sınırlılıkları; Ankara ilinde dahil edilme kriterlerini karşılayan hastaların bulunduğu tüm kurumlardan izin alınamaması nedeniyle sonuçların yalnızca izin alınan iki kuruma genellenebilir olması, izin alınan hastanenin taşınma sürecinde olması ve yeni hastanenin izin vermemesi, araştırmacının 10 yatan hastanın bakım veren hemşiresi olarak çalışması ve araştırmanın kesitsel olarak yapılmasından kaynaklanan öngörücü sonuçlara varılamaması olarak sıralanabilir.

3.12. Araştırmanın Güçlü Yanları

Çalışma, Türkiye’de sağlık çalışanlarının iletişimini psikotik belirtileri olan hastalar perspektifinden değerlendiren ve iyileşme düzeyleri ile ilişkisini ve bu ilişkide içselleştirilmiş damgalanma ve benlik saygısının aracılık rolünü ortaya koyan ilk çalışma özelliğine sahiptir.

4. BULGULAR

Bu bölümde, katılımcıların tanıtıcı özellikleri ile sağlık çalışanlarının iletişimlerine yönelik değerlendirmelerine, içselleştirilmiş damgalanma düzeylerine, benlik saygısı ve öznel iyileşme düzeylerine ilişkin veriler ve ölçekler arasında kurulan regresyon ve yapısal eşitlik modeline ilişkin veriler yer almaktadır.

4.1. Katılımcıların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Veriler

Çalışmaya katılan bireylerin (n=156) tanıtıcı özellikleri Tablo 4.1’de verilmiştir.

Tablo 4.1. Katılımcıların tanıtıcı özellikleri (n=156)

| Tanıtıcı Özellik | Ortanca (Min-Maks) | |
|-----------------------|----------------------|------|
| Yaş (yıl) | 41.5 (23-72) | |
| Hastalık Süresi (yıl) | 15 (0.5-46) | |
| | % | |
| Cinsiyet | Kadın | 46.1 |
| | Erkek | 53.9 |
| Medeni Durum | Evli | 22.7 |
| | Bekar | 77.3 |
| Eğitim Durumu | İlkokul | 17.3 |
| | İlköğretim | 10.3 |
| | Ortaöğretim | 34.6 |
| | Lisans | 33.3 |
| | Lisansüstü | 4.5 |
| Çalışma Durumu | Çalışıyor | 26.9 |
| | Çalışmıyor | 73.1 |
| Gelir Durumu | Gelir giderden az | 35.9 |
| | Gelir gidere eşit | 60.6 |
| | Gelir giderden fazla | 13.5 |
| Yaşanılan kişi* | Aile | 84.6 |
| | Akraba/Arkadaş | 9.0 |
| | Yalnız | 5.8 |
| | Diğer | 0.6 |

(*Aile: anne ile, baba ile, eş ile, çocuklar ile; Akraba: dede ile, nine ile, diğer akrabalar ile; Diğer: bakımevinde, sokakta, diğer)

Tablo 4.1’de görüldüğü üzere, katılımcıların minimum hasta yaşı 23 maksimum hasta yaşı 72’dir. Katılımcıların hastalık süresi minimum 6 ay maksimum 46 yıldır; hastalık süreleri arasında yüksek bir fark bulunmaktadır. Katılımcıların %46.1’i kadın, %53.9’u erkek olup, %17.3’ü ilkokul mezunu, %10.3’ü ilköğretim mezunu, %34.6’sı ortaöğretim mezunu, %33.3’ü lisans mezunu ve %4.5’i lisans üstü mezundur. Katılımcıların %72.4’ünün eğitim seviyesinin orta-yüksek düzeyde

olduğu görülmektedir. Katılımcıların %73.1'inin çalışmadığı, %50.6'sının gelirin giderine eşit olduğu, %84.6'sının ailesi ile yaşadığı belirlenmiştir. Katılımcıların büyük çoğunluğunun ailesi ile yaşadığı belirlenmiştir. 2 katılımcı ise cinsiyetini ve medeni durumunu belirtmemiştir.

4.2. Katılımcıların Sağlık Bakım İletişimi, İçselleştirilmiş Damgalanma, Benlik Saygısı ve İyileşme Değerlendirme Düzeyleri

Araştırmaya katılan bireylerin (n=156) ölçek toplam puan ve alt ölçek puan ortalamaları Tablo 4.2'de gösterilmiştir.

Tablo 4.2. Katılımcıların toplam ölçek minimum-maksimum puanları

| Ölçek | Ölçek Alt Boyutu | (Min-Max) |
|----------------------------------------------------------|------------------|---------------|
| Sağlık Bakım İletişim Anketi (SBİA) | Toplam | 31-65 |
| Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma (RHİDÖ) | Toplam | 31-113 |
| Benlik Saygısı Değerlendirme Ölçeği | Olumlu | 16-70 |
| Kısa Formu (BSDÖ-KF) | Olumsuz | (-70) - (-10) |
| İyileşme Değerlendirme Ölçeği (İDÖ) | Toplam | 36-120 |

Tablo 4.2'de görüldüğü üzere katılımcıların SBİA toplam puanı en düşük 31 en yüksek 65 olarak; RHİDÖ toplam puanı en düşük 31 en yüksek 113 olarak; BSDÖ-KF olumlu alt boyutu puanı en düşük 16 en yüksek 70 iken olumsuz alt boyutu puanı en düşük -70 en yüksek -10 olarak; İDÖ toplam puanı en düşük 36 en yüksek 120 olarak bulunmuştur.

4.3. Katılımcıların Tanıtıcı Özellikleri ile SBİA ve İDÖ Toplam Puanları Arasındaki İlişkiler

Katılımcıların tanıtıcı özellikleri ile SBİA toplam puanlarının karşılaştırılması ve yaş, eğitim, hastalık süreleri ile SBİA toplam puanları arasındaki ilişkiye ilişkin bulgular Tablo 4.3'te verilmiştir. Katılımcıların tanıtıcı özellikleri ile İDÖ toplam puanlarının karşılaştırılması ve yaş, eğitim, hastalık süreleri ile İDÖ toplam puanları arasındaki ilişki ise Tablo 4.4'te verilmiştir.

Tablo 4.3. Katılımcıların tanıtıcı özellikleri ile SBİA toplam puanlarının karşılaştırılması ve yaş, eğitim, hastalık süreleri ile SBİA toplam puanları arasındaki ilişki

| | SBİA Toplam | | p | r* |
|----------------------|-------------------|------------------|--------------------|---------------|
| | Medyan (Min-Maks) | Test İstatistiği | | |
| Yaş | - | - | 0.002 | -0.241 |
| Eğitim düzeyi | - | - | 0.007 | 0.217 |
| Hastalık süresi | - | - | 0.021 | -0.184 |
| Cinsiyet | | | | |
| Kadın | 54 (31-65) | U=2641.5 | 0.269 ^b | - |
| Erkek | 53 (31-65) | | | |
| Medeni durum | | | | |
| Evli | 51 (31-65) | U=1972.5 | 0.635 ^b | - |
| Bekâr | 54 (31-65) | | | |
| Çalışma durumu | | | | |
| Çalışıyor | 55 (37-65) | U=2012.0 | 0.127 ^b | - |
| Çalışmıyor | 53 (31-65) | | | |
| Gelir durumu | | | | |
| Gelir giderden az | 54 (35-65) | KW=1.844 | 0.398 ^c | - |
| Gelir gidere eşit | 52 (31-65) | | | |
| Gelir giderden fazla | 57 (31-65) | | | |
| Kiminle yaşıyor | | | | |
| Aile | 54 (31-65) | KW=0.546 | 0.761 ^c | - |
| Akraba/Arkadaş | 54 (37-65) | | | |
| Yalnız/diğer | 53.5 (41-58) | | | |

(*Spearman's Korelasyon Katsayısı, b: Mann Whitney U test, c: Kruskal Wallis Varyans Analizi, Aile: Anne ile, baba ile, eş ile, çocuklar ile, Akraba: Dede ile, nine ile, diğer akrabalar ile, Diğer: Bakimevinde, sokakta, diğer)

Tablo 4.3 incelendiğinde katılımcıların yaşları ($r=-0.241$ $p<0.01$) ve hastalık süreleri ($r=-0.184$ $p<0.05$) ile SBİA toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü korelasyon saptanmıştır. Hastaların yaşları ve hastalık süreleri arttıkça SBİA toplam puanlarının azaldığı belirlenmiştir.

Katılımcıların eğitim düzeyleri ile SBİA toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü korelasyon saptanmıştır. Katılımcıların eğitim düzeyleri arttıkça SBİA toplam puanlarının da arttığı belirlenmiştir ($r=0.217$ $p<0.01$).

Kadın hastalarla erkek katılımcıların ($p>0.05$), evli olanlarla bekâr olanların ($p>0.05$), çalışanlarla çalışmayanların ($p>0.05$), geliri giderinden az, eşit ve fazla olan katılımcıların ($p>0.05$) ve ailesi ile akraba/arkadaş ile ve yalnız/diğer kişilerle yaşayan katılımcıların ($p>0.05$) SBİA toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir.

Tablo 4.4. Katılımcıların tanıtıcı özellikleri ile İDÖ toplam puanlarının karşılaştırılması ve yaş, eğitim, hastalık süreleri ile İDÖ toplam puanları arasındaki ilişki

| | İDÖ Toplam | | Test İstatistiği | p | r* |
|----------------------|-------------|-------------------|------------------|--------------------------|--------------|
| | Ort ± SS | Medyan (Min-Maks) | | | |
| Yaş | - | - | - | 0.109 | -0.129 |
| Eğitim | - | - | - | 0.004 | 0.230 |
| Hastalık süresi | - | - | - | 0.372 | -0.372 |
| Cinsiyet | | | | | |
| Kadın | 93.97±16.13 | 93 (66-120) | t=1.787 | 0.076 ^d | - |
| Erkek | 89.33±15.95 | 90 (36-120) | | | |
| Medeni durum | | | | | |
| Evli | 89.37±17.24 | 93 (36-120) | t=-0.893 | 0.373 ^d | - |
| Bekar | 92.15±15.87 | 91 (54-120) | | | |
| Çalışma durumu | | | | | |
| Çalışıyor | 97.66±15.99 | 99 (67-120) | t=3.012 | 0.003^d | - |
| Çalışmıyor | 89.07±15.70 | 90 (36-120) | | | |
| Gelir durumu | | | | | |
| Gelir giderden az | 86.69±16.37 | 85.5 (36-120) | F=5.073 | 0.007^e | - |
| Gelir gidere eşit | 92.77±15.49 | 93 (66-120) | | | |
| Gelir giderden fazla | 98.76±15.17 | 100 (73-120) | | | |
| Kiminle yaşıyor | | | | | |
| Aile | 91.28±16.28 | 92 (36-120) | KW=0.223 | | - |
| Akraba/Arkadaş | 93.42±17.31 | 91.5 (68-120) | | | |
| Yalnız/diğer | 90.00±14.49 | 88 (68-116) | | | |

(*Spearman's Korelasyon Katsayısı, d: Bağımsız gruplarda t test, e: Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA), c: Kruskal Wallis Varyans Analizi)

Tablo 4.4 incelendiğinde, katılımcıların eğitim düzeyleri ile İDÖ toplam puanları ($r=0.230$ $p<0.01$) arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü korelasyon saptanmıştır. Katılımcıların eğitim düzeyleri arttıkça İDÖ toplam puanlarının da arttığı belirlenmiştir.

Katılımcıların yaşları ile İDÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon bulunmamıştır ($p>0.05$).

Katılımcıların hastalık süreleri ile İDÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon bulunmamıştır ($p>0.05$). Kadın katılımcılarla erkek katılımcıların, evli olanlarla bekâr olanların ve ailesi ile, akraba/arkadaş ile ve yalnız/diğer kişilerle yaşayan katılımcıların İDÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$); ancak çalışan katılımcılarla çalışmayan katılımcıların İDÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0.01$). Çalışan katılımcıların İDÖ toplam puanları çalışmayanlara göre daha yüksektir.

Geliri giderinden az, geliri giderine eşit ve geliri giderinden fazla olan katılımcıların İDO-toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmış ($p<0.01$); farklılığın hangi gelir gruplarından kaynakladığı Tukey test ile incelendiğinde geliri giderden fazla olan katılımcıların İDO toplam puanları geliri giderinden az olan katılımcılara göre daha yüksek bulunmuştur. Diğer gruplar arasında fark yoktur.

4.4. Katılımcıların Sağlık Çalışanlarının İletişimlerine Yönelik

Değerlendirmelerinin İçselleştirilmiş Damgalanma, Benlik Saygısı ve Öznel İyileşme Düzeyleri ile İlişkisi

Çalışmaya katılan katılımcıların ($n=156$) sağlık çalışanlarının iletişimlerine yönelik değerlendirmelerinin bireylerin içselleştirilmiş damgalanma, benlik saygısı ve öznel iyileşme düzeyleri ile korelasyonuna ilişkin bulgular Tablo 4.5'te verilmiştir.

Tablo 4.5. Katılımcıların SBİA, RHİDÖ, BSDÖ-KF ve İDÖ toplam puanları arasındaki ilişkiler

| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---------------------|-------|-----------|-----------|-----------|-----------|---|
| 1) SBİA- Toplam | r^* | 1 | | | | |
| | p | | | | | |
| 2) RHİDÖ- Toplam | r^* | -0.240 | 1 | | | |
| | p | 0.003** | | | | |
| 3) BSDÖ- Olumlu | r^* | 0.262 | -0.472 | 1 | | |
| | p | 0.001** | <0.001*** | | | |
| 4) BSDÖ- Olumsuz | r^* | -0.214 | 0.631 | -0.386 | 1 | |
| | p | 0.007** | <0.001*** | <0.001*** | | |
| 5) İDÖ- Toplam | r^* | 0.330 | -0.522 | 0.606 | -0.532 | 1 |
| | p | <0.001*** | <0.001*** | <0.001*** | <0.001*** | |

(* $p<0,05$; ** $p<0,01$; *** $p<0,001$; r^* :Spearman's Korelasyon Katsayısı, p : Anlamlılık düzeyi)

Tablo 4.5 incelendiğinde psikotik belirtileri olan bireylerin, SBİA-toplam puanları ile RHİDÖ- toplam puanları ($r=-0.240$ $p<0.01$) arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon saptanmıştır. Katılımcıların SBİA-toplam puanları arttıkça RHİDÖ-toplam puanlarının azaldığı belirlenmiştir.

Katılımcıların SBİA-toplam puanları ile BSDÖ-KF-olumlu puanları arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon saptanmıştır ($r=0.262$ $p<0.01$). Katılımcıların SBİA-toplam puanları arttıkça BSDÖ-KF-olumlu puanları da artmaktadır.

Katılımcıların SBİA-toplam puanları ile BSDÖ-KF-olumsuz puanları arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon saptanmıştır ($r=-0.214$ $p<0.01$). Katılımcıların SBİA-toplam ve tüm SBİA alt ölçek puanları arttıkça BSDÖ-KF-olumsuz puanları azalmaktadır.

Katılımcıların SBİA-toplam puanları ile İDÖ-toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü bir korelasyon saptanmıştır ($r=0.330$ $p<0.001$). Katılımcıların SBİA-toplam puanları arttıkça İDÖ- toplam puanlarının da arttığı belirlenmiştir.

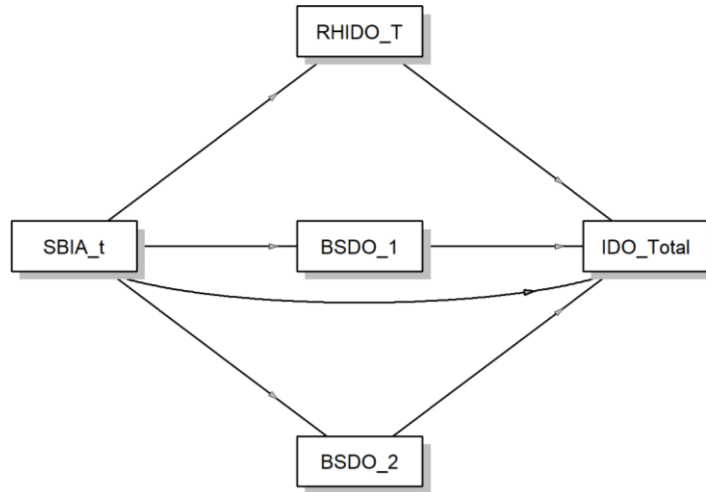
Katılımcıların RHİDÖ-toplam puanları ile İDÖ-toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü bir korelasyon saptanmıştır ($r=-0.522$ $p<0.001$). Katılımcıların RHİDÖ-toplam puanları arttıkça İDÖ-toplam puanlarının azaldığı belirlenmiştir.

Katılımcıların BSDÖ-KF-olumlu puanları ile İDÖ-toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü bir korelasyon saptanmıştır ($r=0.606$ $p<0.001$). Katılımcıların BSDÖ-KF-olumlu puanları arttıkça İDÖ- toplam puanlarının da arttığı belirlenmiştir.

Katılımcıların BSDÖ-KF-olumsuz puanları ile İDÖ-toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü bir korelasyon saptanmıştır ($r=-0.523$ $p<0.001$). Katılımcıların BSDÖ-KF-olumsuz puanları arttıkça İDÖ-toplam puanlarının azaldığı belirlenmiştir.

4.5. Katılımcıların Sağlık Çalışanlarının İletişimlerine Yönelik Değerlendirmelerinin Öznel İyileşme Düzeyleri ile İlişkisi ve İçselleştirilmiş Damgalanma ve Benlik Saygısının Aracılık Rolü

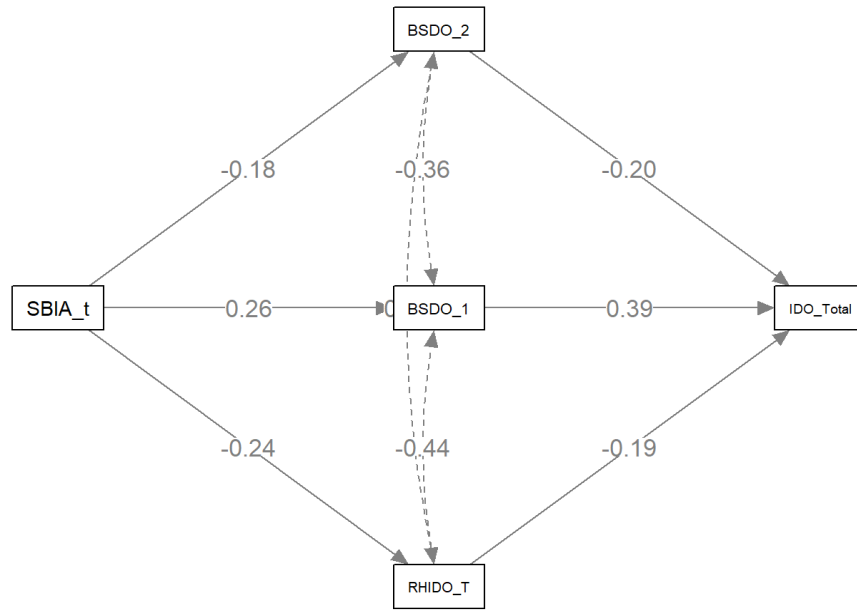
Bu bölümde, psikotik belirtileri olan bireylerin sağlık çalışanlarına yönelik değerlendirmeleri ile öznel iyileşme düzeylerinin ilişkisi ve bu ilişkiye içselleştirilmiş damgalanma ve benlik saygısının aracılık rolüne ilişkin bulgular yer almaktadır. Şekil 4.1'de oluşturulan kuramsal model yer almaktadır.



Şekil 4.1. SBİA-İDÖ ilişkisinde RHİDÖ ve BSDÖ-KF-olumlu ve BSDÖ-KF-olumsuzun aracılık rolüne ilişkin kurulan model

-
- ¹: SBİA_t: Sağlık bakım iletişim anketi toplam puanı
²: RHİDÖ_t: Ruhsal hastalıklarda içselleştirilmiş damgalanma ölçeği toplam puanı
³: BSDÖ_1: Benlik saygısı değerlendirme ölçeği olumlu boyut puanı
⁴: BSDÖ_2: Benlik saygısı değerlendirme ölçeği olumsuz boyut puanı
⁵: İDÖ_Total: İyileşme değerlendirme ölçeği toplam puanı

Katılımcıların sağlık çalışanlarının iletişimlerine yönelik değerlendirmeleri ile öznel iyileşme algıları arasındaki ilişkiye içselleştirilmiş damgalanma ve benlik saygılarının aracılık etkisini görmek için yapısal eşitlik modeli kurulmuştur. Şekil 4.2’de SBİA-İDÖ ilişkisinde RHİDÖ ve BSDÖ-KF-olumlu ve BSDÖ-KF-olumsuzun aracılık rolüne ilişkin regresyon katsayıları yer almaktadır. Tablo 4.6’da ise kurulan modele ilişkin bootstrap (1000 tekrarlı %95 güven aralığı) ile elde edilen doğrudan ve dolaylı etkiler görülmektedir.



Şekil 4.2. SBİA-İDÖ ilişkisinde RHİDÖ ve BSDÖ-KF-olumlu ve BSDÖ-KF-olumsuzun aracılık rolü

Tablo 4.6. Katılımcıların SBİA-toplam, RHİDÖ-toplam, BSDÖ-KF-olumlu, BSDÖ-KF olumsuz puanlarının İDÖ-toplam puanlarına ilişkin doğrudan ve dolaylı etkileri

| Etkiler | B | S. Hata | %95 Güven Aralığı (CI) | |
|--------------------------------------------|----------|---------|------------------------|------------|
| | | | Alt sınıır | Üst Sınıır |
| Toplam Etki | | | | |
| SBİA-toplam ⇒ İDÖ-toplam | 0,664*** | 0,148 | 0,388 | 0,941 |
| Doğrudan etkiler | | | | |
| SBİA-toplam ⇒ İDÖ-toplam | 0,313** | 0,117 | 0,091 | 0,567 |
| Doğrudan Etkiler | | | | |
| SBİA-toplam ⇒ RHİDÖ-toplam | -0,446** | 0,144 | -0,704 | -0,184 |
| RHİDÖ-toplam ⇒ İDÖ-toplam | -0,201* | 0,083 | -0,345 | -0,062 |
| SBİA-toplam ⇒ BSDÖ-KF-olumlu | 0,420*** | 0,127 | 0,141 | 0,694 |
| BSDÖ-KF-olumlu ⇒ İDÖ-toplam | 0,459*** | 0,079 | 0,314 | 0,607 |
| SBİA-toplam ⇒ BSDÖ-KF-olumsuz | -0,311* | 0,137 | -0,597 | -0,042 |
| BSDÖ-KF-olumsuz ⇒ İDÖ-toplam | -0,222** | 0,084 | -0,371 | -0,062 |
| Dolaylı Etkiler | | | | |
| SBİA-toplam ⇒ RHİDÖ-toplam ⇒ İDÖ-toplam | 0,089 | 0,047 | 0,022 | 0,209 |
| SBİA-toplam ⇒ BSDÖ-KF-olumlu ⇒ İDÖ-toplam | 0,193** | 0,067 | 0,063 | 0,358 |
| SBİA-toplam ⇒ BSDÖ-KF-olumsuz ⇒ İDÖ-toplam | 0,069 | 0,040 | 0,008 | 0,182 |

(Bağımlı Değişken= İDÖ; Bağımsız Değişken=SBİA-toplam; Aracı Değişkenler=RHİDÖ-toplam, BSDÖ-KF-olumlu, BSDÖ-KF-olumsuz; B: Regresyon Katsayısı ; * $p<0,05$; ** $p<0,01$; *** $p<0,001$)

Tablo 4.6 incelendiğinde, SBİA-toplam puanının İDÖ-toplam puanı üzerinde toplam etkisi ve doğrudan etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Aracı değişkenlerin (RHİDO-toplam, BSDÖ-KF-olumlu ve BSDÖ-KF-olumsuz) İDO-toplam puanı üzerindeki doğrudan etkileri anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$). Aynı zamanda, SBİA toplam puanının RHİDÖ-toplam, BSDÖ-KF-olumlu ve BSDÖ-KF-olumsuz üzerindeki doğrudan etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$). Ayrıca, dolaylı etkilere bakıldığında SBİA-toplam puanının BSDÖ-KF-olumlu değişkeni aracılığıyla İDO-toplam puanı üzerindeki aracılık etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$). SBİA-toplam puanındaki 1 puanlık bir artış BSDÖ-olumlu puanının aracılık etkisiyle İDÖ-toplam puanında 0,193 puanlık bir artışa neden olmaktadır. Diğer etkilere bakıldığında, SBİA toplam puanının RHİDÖ toplam puanı aracılığı ile İDÖ toplam puanı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi bulunmamıştır ($p > 0,05$). Aynı zamanda SBİA toplam puanının BSDÖ-KF olumsuz puanı aracılığıyla İDÖ toplam puanı üzerindeki etkisi de istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0,05$).

5. TARTIŞMA

Bu bölümde, psikotik belirtileri olan bireylerin sağlık çalışanlarının iletişimlerine yönelik değerlendirmelerinin öznel iyileşme düzeyleriyle ilişkisi ve içselleştirilmiş damgalanma ve benlik saygısının aracılık etkisine ilişkin bulgular tartışılmıştır. Araştırma hipotezi kapsamında ilk adım olarak korelasyon sonuçlarına göre, katılımcıların sağlık çalışanlarının iletişimlerine yönelik değerlendirmeleri ile içselleştirilmiş damgalanma, benlik saygısı ve öznel iyileşme düzeyleri arasında anlamlı ilişkiler olduğu belirlenmiştir. Bir ileri aşamaya ilerletilen analizlerde iletişime yönelik değerlendirmelerin ve öznel iyileşme düzeylerinin arasındaki ilişkide benlik saygısı ve içselleştirilmiş damgalanmanın aracılık etkisi araştırılmıştır. Benlik saygısının olumlu boyutunun bu ilişkiye kısmi bir aracılık ettiği bulunmuş; benlik saygısı olumsuz boyutu ve içselleştirilmiş damgalanmanın ise aracılık etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

5.1. Katılımcıların Ölçek Toplam Puanları ve SBİA ile İDÖ Toplam Puanlarının Sosyodemografik Faktörlerle İlişkisine Yönelik Tartışma

Çalışmaya katılan bireylerin SBİA ortalama puanlarının ölçekten alınabilecek en yüksek puana yakın bir yüksek puanda olduğu görülmektedir. Bu da araştırmaya katılan hasta grubunun sağlık çalışanlarının iletişimini olumlu olarak değerlendirdiği anlamına gelmektedir. RHİDÖ-toplam puanın ölçekten alınabilecek puana göre orta puana yakın, BSDÖ-KF-olumlu puanının orta puana yakın ve BSDÖ-KF-olumsuz puanının ise en düşük puana yakın olduğu belirlenmiştir. Literatür incelendiğinde, hastaların içselleştirilmiş damgalanma puan ortalamalarının genellikle orta-yüksek puanda olduğu görülmektedir (179-186). Literatürde psikotik belirtileri olan bireylerin benlik saygıları çeşitli çalışmalarla incelenmiş ve genellikle benlik saygısı ortalama puanları düşük-orta seviyede bulunmuştur (111, 112, 184, 187). Ayrıca hastaların iyileşme puanlarının yüksek düzeyde olduğu görülmektedir. Literatür incelendiğinde, psikotik belirtileri olan hastaların öznel iyileşme ortalama puanlarının birbirinden farklı olduğu görülmektedir (37, 49, 127, 188, 189). Bu farklılık, hastaların hastalık ve tedavilerine ilişkin öznel algılarındaki farklılıklardan,

verilen tedavilerin farklılığından veya çalışmalara katılanların bireysel farklılıklarından kaynaklanmış olabilir.

Çalışmanın sonucunda, hastaların yaşları ve hastalık süresi ile SBİA-toplam puanları arasında düşük düzeyde negatif yönlü bir ilişki bulunmuşken; hastaların eğitim düzeyi ile SBİA-toplam puanları arasında düşük düzeyde pozitif yönlü bir ilişki bulunmuştur. Ayrıca çalışmada, SBİA-toplam puanları ile cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu, gelir-gider durumu ve yaşanan kişiler değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. Literatür incelendiğinde sağlık çalışanlarının iletişimleriyle ilgili hastaların sosyodemografik özellikleri arasındaki ilişkileri inceleyen yalnızca bir çalışmaya rastlanmıştır (164). Gremigni ve ark. (164) tarafından yapılan bu çalışmada, sağlık çalışanlarının iletişim değerlendirme puanları ile hastaların yaşları, hastalık süreleri, eğitim düzeyleri, cinsiyetleri, medeni durumları, çalışma durumları, gelir-gider durumları ve yaşanan kişiler arasında bir ilişki bulunmamıştır (164). Bu çalışmada ise, hastaların yaşları ve hastalık süreleri arttıkça sağlık çalışanlarının iletişimlerine yönelik değerlendirme puanlarının düştüğü görülmektedir; eğitim seviyeleri arttıkça sağlık çalışanlarının iletişimlerine yönelik değerlendirme puanlarının da arttığı görülmektedir. Bu sonuçlar yaş ile hastalık süresinin uzamasına bağlı hastalığın uzun süredir var olmasından kaynaklanan bilişsel yıkımdan kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmadaki bir diğer sonuç, katılımcıların öznel iyileşme puanları ile eğitim düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü korelasyon bulunmasıdır. Ayrıca çalışan katılımcılarla çalışmayan katılımcıların öznel iyileşme puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuş; çalışan katılımcıların çalışmayanlara göre öznel iyileşme puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Aynı zamanda geliri giderinden fazla olan katılımcıların geliri giderinden az olan katılımcılara göre öznel iyileşme puanları daha yüksek bulunmuştur. Regresyon analizinde ise yine eğitim düzeyi ile öznel iyileşme ilişkili bulunmuştur. Literatür incelendiğinde, eğitim düzeyi ile öznel iyileşme arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmalarda ortak bir kanı bulunmamaktadır. Yüksek eğitim düzeyinin psikotik belirtileri olan bireylerde yüksek öznel iyileşme ile ilgili olduğunu gösteren çalışmalar (146, 147) olduğu gibi; eğitim düzeyiyle öznel iyileşmenin ilişkili olmadığını gösteren çalışmalar (43, 49, 51) da bulunmaktadır. Aynı zamanda

çalışıyor olma durumunun bu bireyler için öznel iyileşmeyi etkilediği yapılan çalışmalarla kanıtlanmıştır (27, 60-64, 127, 143, 150). Öznel iyileşme pek çok faktörden etkilenmektedir. Bu faktörlerden en önemlilerinden biri de bir işte çalışma, ekonomik bağımsızlığın olmasıdır (27, 60-64). Bu araştırmada da literatürle benzer sonuçlar elde edilmiştir. Çalışan katılımcıların çalışmayanlara göre öznel iyileşme puanlarının daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu durum çalışan katılımcıların hem ekonomik bağımsızlık kazanmaları hem de iş yerinde sosyalleşme imkânı bulmaları dolayısıyla iyileşme algısının alt boyutlarını etkilediği için öznel iyileşme düzeylerini de artırmış olabilir. Ayrıca geliri giderinden fazla olan katılımcıların geliri giderine eşit veya geliri giderinden düşük olanlara göre öznel iyileşme puanlarının yüksek olduğu belirlenmiştir. Literatürde yüksek sosyoekonomik duruma sahip olmak yüksek öznel iyileşme ile ilişkilendirilmiştir (143, 150). Gelir durumu refah düzeyi ile ilişkili bir faktördür. Bu çalışmadaki sonuç da ekonomik durumun maddi ve sosyal imkanlara erişimi artırarak öznel iyileşmeye etki ettiğini gösteriyor olabilir.

5.2. Katılımcıların SBİA, RHİDÖ, BSDÖ-KF ve İDÖ Puanlarının İlişkilerine Yönelik Tartışma

Araştırma hipotezinde, hastaların sağlık çalışanlarının iletişimlerine yönelik değerlendirmelerinin hastaların öznel iyileşmelerine etki ettiği varsayılmıştır. Bu varsayımdan yola çıkarak öncelikle çalışmada, hastaların sağlık çalışanlarının iletişimlerine yönelik algı puanları ile öznel iyileşme toplam puanları arasındaki, içselleştirilmiş damgalanma toplam puanları ile öznel iyileşme toplam puanları arasındaki ve sağlık çalışanlarının iletişimlerine yönelik algı puanları ile içselleştirilmiş damgalanma puanları arasındaki korelasyon incelenmiş; sağlık çalışanlarının iletişimlerine yönelik algı puanları ile öznel iyileşme arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü ilişki, içselleştirilmiş damgalanma ile öznel iyileşme ve iletişim arasında ise istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü bir ilişki bulunmuştur. Bir ileri analizde, sağlık çalışanlarının iletişimlerine yönelik algı puanlarının içselleştirilmiş damgalanma üzerindeki etkisi, içselleştirilmiş damgalanmanın öznel iyileşme üzerindeki etkisi ve sağlık çalışanlarının iletişimlerine yönelik algı puanlarının öznel iyileşme üzerindeki doğrudan etkileri yapısal eşitlik modellemesi ile regresyon analizi yapılarak test edilmiş; etkilerin istatistiksel olarak anlamlı olduğu

belirlenmiştir. Bir sonraki aşamada ise, ikinci varsayıma göre hastaların sağlık çalışanlarının iletişimine yönelik değerlendirmesinin öznel iyileşme üzerindeki etkisine içselleştirilmiş damgalanmanın aracılık rolü için dolaylı etkiler incelenmiş, ancak bu etki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Literatürde psikotik belirtileri olan hastaların sağlık çalışanlarının iletişimlerine yönelik değerlendirmeleri ile içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri arasındaki ilişkiyi doğrudan inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak sağlık çalışanlarının iletişiminin bu hastalar için önemli olduğu daha önce yapılan çalışmalar ile kanıtlanmıştır (9 – 12, 27, 66, 73-75). Bu çalışmaların sonucunda, psikotik belirtileri olan bireylerin sağlık çalışanlarının olumsuz tutumlarından dolayı içselleştirilmiş damgalanma yaşadıkları (27) ve hastaların sağlık çalışanlarından saygılı bir iletişim, kendi tedavi kararlarına katılım ve duygusal destek bekledikleri (11), etkili bir iletişimle hastaların hasta oldukları gerçeğini kabul etmelerine ve hastalıkla yaşamayı öğrenmelerine yardımcı olunabildiği (66) ve kendileriyle saygılı bir şekilde iletişime geçildiğinde daha az içselleştirilmiş damgalanma yaşadıkları (73) belirlenmiştir. Literatürde yer alan birçok çalışma içselleştirilmiş damgalanmanın, psikotik belirtileri olan bireylerde pek çok iyileşme boyutunu olumsuz etkilediğini kanıtlamıştır (23, 26, 27, 29, 31, 36, 37, 43, 93, 147, 179). Bu çalışma bulguları da literatürle paralel olarak bu bireylerde içselleştirilmiş damgalanmanın öznel iyileşme düzeylerine etki ettiğini göstermektedir. Ayrıca, araştırma sonucunda, hastaların sağlık çalışanlarının iletişimlerine yönelik değerlendirmeleri ile içselleştirilmiş damgalanma düzeylerinin birbiriyle ilişkili olduğu hem korelasyon hem de regresyon sonuçları ile ortaya konmuştur. Hastaların sağlık çalışanlarının iletişimine yönelik değerlendirmeleri içselleştirilmiş damgalanmalarını etkilemektedir; ancak iletişim ile öznel iyileşme arasındaki etkide içselleştirilmiş damgalanmanın aracılık etkisi olmadığı saptanmıştır. Bu durum öznel iyileşmenin pek çok psikososyal ve nöropsikiyatrik faktörden etkilenen çok boyutlu bir kavram olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmada hastaların sağlık çalışanlarının iletişimine yönelik değerlendirmeleri ile benlik saygıları arasında ve benlik saygıları ile öznel iyileşme puanları arasındaki ilişki korelasyon analizi ile incelenmiştir. Analiz sonuçlarına göre, hastaların sağlık çalışanlarının iletişimine yönelik değerlendirmeleri ile olumlu benlik saygısı arasında ve olumlu benlik saygısı ile öznel iyileşme arasında pozitif

yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuşken, iletişim ile olumsuz benlik saygısı arasında ve olumsuz benlik saygısı ile öznel iyileşme arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmuştur. İleri aşamada yapılan regresyon analizi ile hastaların sağlık çalışanlarının iletişimine yönelik değerlendirmelerinin, olumlu benlik saygısı puanı ve olumsuz benlik saygısı puanı üzerinde doğrudan anlamlı bir etkiye sahip olduğu bulunmuştur. Aynı zamanda, olumlu ve olumsuz benlik saygısı puanının öznel iyileşme puanı üzerinde de doğrudan anlamlı bir etkiye sahip olduğu belirlenmiştir. Son aşamada ise iletişimin öznel iyileşme üzerindeki etkisine, benlik saygısı olumlu ve olumsuz puanlarının aracılık etkisi test edilmiştir. Hastaların sağlık çalışanlarının iletişimine yönelik değerlendirmelerinin öznel iyileşme üzerindeki etkisine olumlu benlik saygısının aracılık etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur, ancak bu ilişkiye olumsuz benlik saygısının etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Literatürde psikotik belirtileri olan hastaların sağlık çalışanlarının iletişimlerine yönelik algıları ile benlik saygıları arasındaki ilişkiyi değerlendiren bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak sağlık çalışanlarının iletişiminin bu bireyler için önemli olduğu daha önce de belirtilmiştir (9-12, 66, 73-75). Ayrıca literatürde sağlık çalışanlarının iletişimi ile hastaların öznel iyileşme sonuçları bu hastaların perspektifinden Wong ve ark. (73) tarafından değerlendirilmiş; çalışmanın sonucunda saygılı bir iletişimin öznel iyileşme boyutlarının tümünde olumlu sonuçlar yarattığı belirlenmiştir. Yapılan diğer çalışmaların ise, psikotik belirtileri olan bireylerin sağlık çalışanlarından beklentilerini belirlemeye yönelik nitel çalışmalar olduğu görülmektedir (9, 66, 74, 75). Bu çalışmanın sonuçları ise, sağlık çalışanlarının iletişimlerinin hastaların benlik saygılarını etkilediğini göstermektedir. Aynı zamanda çalışma sonuçlarına göre, sağlık çalışanları tarafından kurulan iletişimin hastaların öznel iyileşmeleri üzerinde önemli bir etkisi vardır. Bu sonuç, psikotik belirtileri olan hastaların iyileşmeleri için kendilerine tedavi hizmeti veren sağlık çalışanlarının tavır ve iletişimlerini önemli olarak görmelerinden kaynaklanıyor olabilir. Literatürde, olumlu benlik saygısına sahip psikotik bireylerin öznel iyileşme algılarının yüksek olduğu yapılan çok sayıdaki çalışma ile kanıtlanmıştır (43, 46, 53, 110, 127, 129). Bu çalışmada da literatürle benzer sonuçlar elde edilmiştir. Araştırmaya katılan hastaların benlik saygıları ile öznel iyileşme düzeylerinin birbiriyle ilişkili olduğu belirlenmiştir. Bu durum benlik

saygısının öznel iyileşme için temel belirleyici faktörlerden olmasından kaynaklanıyor olabilir. Literatürde psikotik belirtileri olan hastaların sağlık çalışanlarının iletişimine yönelik değerlendirmelerinin hastaların öznel iyileşmesine etkisinin ve benlik saygısının bu ilişkideki aracılık rolünün araştırıldığı bir çalışmaya rastlanmamıştır. Wang ve ark. (27)'in, ruhsal hastalığı olan bireylere hizmet veren ruh sağlığı çalışanlarının damgalama düzeyleri ile hastaların yetkisizleştirme deneyimleri ilişkisinde içselleştirilmiş damgalanmanın aracılık etkisinin araştırıldığı çalışmada; ruh sağlığı çalışanlarının damgalama düzeylerinin, hastalarda içselleştirilmiş damgalanmaya neden olduğu ve iyileşmeyi etkilediği belirtilen yetkisizleştirme deneyimlerini de dolaylı olarak etkilediği sonucuna ulaşılmıştır. Vass (43) ise, benlik saygısının damgalanma deneyimleri ile öznel iyileşme arasındaki ilişkiye aracılık ettiğini belirlemiştir (43). Wood ve ark. (190) da çalışmalarında, deneyimlenen ve algılanan damgalanmanın depresyon, umutsuzluk ve öznel iyileşme ile olan ilişkisine içselleştirilmiş utanç ve olumsuz benlik saygısının aracılık ettiğini belirlemiştir (190). Bu çalışmanın sonuçlarına göre, katılımcıların sağlık çalışanlarının iletişimine yönelik değerlendirmeleri, öznel iyileşmelerine doğrudan etki etmektedir. Olumlu benlik saygısı ise bu ilişkiye dolaylı olarak kısmi aracılık etmektedir. Yani sağlık çalışanlarının iletişimi hastaların benlik saygısını etkilemekte ve etkiyi öznel iyileşme üzerinde göstermektedir. Ancak çalışmada, iletişimin öznel iyileşmeye etkisi üzerine, içselleştirilmiş damgalanma ve olumsuz benlik saygısının anlamlı bir aracılık etkisi olmadığı belirlenmiştir. Olumsuz benlik saygısını etkileyen faktörlere bakıldığı zaman en önemli faktörlerden birinin içselleştirilmiş damgalanma olduğu görülmektedir. İçselleştirilmiş damgalanma ile benlik saygısı arasında karşılıklı etkileşime dayanan bir ilişki bulunduğu daha önce yapılan çalışmalarla kanıtlanmıştır (26, 30, 34, 35, 43, 46, 80, 82). Elde edilen sonuçlar, içselleştirilmiş damgalanma ile olumsuz benlik saygısının birbiriyle bağlantılı sonuçlara işaret ediyor olmasından kaynaklanmış olabilir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Psikotik belirtileri olan bireylerin sağlık çalışanlarının iletişimlerine yönelik değerlendirmelerinin öznel iyileşme ile ilişkisi ve içselleştirilmiş damgalanma ve benlik saygısının bu ilişkideki aracılık rolünün araştırıldığı çalışmamızın sonuçları aşağıda yer almaktadır:

- Katılımcıların, SBİA toplam puanları 31-65 puan; RHİDÖ toplam puanları 31 ile 113 puan; BSDÖ-KF olumlu boyut puanları 16 ile 70 puan, BSDÖ-KF olumsuz boyut puanları ise -10 ile -70 puan; İDÖ toplam puanı 36 ile 120 puan aralığında değişmektedir (bkz. Tablo 4.2).
- Katılımcıların, SBİA-toplam puanı ile yaş ($r=-0.241$, $p=0.002$), eğitim düzeyi ($r=0.217$, $p=0.007$) ve hastalık süresi ($r=-0.184$, $p=0.021$) arasında, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (bkz. Tablo 4.3).
- Katılımcıların, İDÖ-toplam puanı ile eğitimleri ($r=0.230$, $p=0.004$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (bkz. Tablo 4.4).
- Çalışan katılımcılarla çalışmayan katılımcıların İDO-toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmış ($p<0.01$); çalışan katılımcıların İDO-toplam puanları daha yüksek bulunmuştur (bkz. Tablo 4.4).
- Katılımcıların, SBİA toplam puanları ile RHİDÖ- toplam puanları ve BSDÖ-KF-olumsuz puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü ilişki bulunmuştur (bkz. Tablo 4.5).
- Katılımcıların, SBİA-toplam puanları ile BSDÖ-KF-olumlu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı orta düzey pozitif yönlü ilişki bulunmuştur (bkz. Tablo 4.5).
- Katılımcıların, SBİA-toplam puanları ile İDÖ- toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü ilişki bulunmuştur. (bkz. Tablo 4.5).
- Katılımcıların, RHİDÖ-toplam puanları ve BSDÖ-KF-olumsuz puanları ile İDÖ-toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü ilişki bulunmuştur (bkz. Tablo 4.5).
- Katılımcıların, BSDÖ-KF-olumlu puanları ile İDÖ- toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü ilişki bulunmuştur (bkz. Tablo 4.5).

- Katılımcıların, SBİA-toplam puanının İDÖ toplam puanı üzerinde toplam ($B=0.664$) ve doğrudan etkisi ($B=0.313$) istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (bkz. Tablo 4.6).
- Katılımcıların SBİA toplam puanının RHİDÖ-toplam ($B=-0.446$), BSDÖ-KF-olumlu ($B=0.420$) ve BSDÖ-KF-olumsuz ($B=-0.311$) puanları üzerindeki doğrudan etkileri istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (bkz. Tablo 4.6).
- Katılımcıların, RHİDÖ-toplam ($B=-0.201$), BSDÖ-KF-olumlu ($B=0.459$) veolumsuz ($B=-0.222$) puanlarının İDÖ-toplam puanı üzerindeki doğrudan etkileri istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (bkz. Tablo 4.6).
- Katılımcıların, SBİA-toplam puanının İDÖ-toplam puanı üzerindeki etkisine BSDÖ-KF-olumlu ($B=0.193$) puanının aracılık etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (bkz. Tablo 4.6).

6.2. Öneriler

Psikotik belirtileri olan bireylerin sağlık çalışanlarının iletişimlerine yönelik değerlendirmelerinin öznel iyileşme ile ilişkisi ve içselleştirilmiş damgalanma ve benlik saygısının aracılık rolünün araştırıldığı çalışmamızın sonucunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur:

- Çalışmamızın sonuçları ile psikotik belirtileri olan bireylerin sağlık çalışanlarının iletişimine yönelik değerlendirmelerinin hastaların üzerindeki etkileri ortaya konmuştur; bu sonuçlarla sağlık çalışanlarına yönelik iletişimin terapötik bir araç olarak kullanılmasını sağlayacak müdahale çalışmaları yapılması önerilmektedir.
- Psikotik belirtileri olan bireylerin sağlık çalışanlarının iletişimine yönelik değerlendirmeleri ile öznel iyileşmeleri arasındaki ilişkiye olumlu benlik saygısının aracılık etmesinden dolayı bu bireylerin öznel iyileşme algılarının iyileştirilebilmesi için tedavi sürecine dâhil olan sağlık çalışanlarına yönelik planlanacak etkili iletişim müdahalelerine, hastaların benlik saygısını destekleyici yönde iletişime geçmelerinin önemi dahil edilebilir.

7. KAYNAKLAR

1. Bach S, & Grant A. Communication and interpersonal skills in nursing. *Learning Matters*. 2015;2(3): 26-31.
2. Hargie O. *Skilled interpersonal communication: Research, theory and practice*. Routledge.2021.
3. McCabe C, & Timmins F. *Communication skills for nursing practice*. Bloomsbury Publishing. 2013.
4. Boggs KU. *Bridges and Barriers in Therapeutic Relationships. Interpersonal Relationships-E-Book: Professional Communication Skills for Nurses*.2015;202.
5. Daneault JG, Maraj A, Lepage M, et al. Medication adherence in first episode psychosis: the role of pre-onset subthreshold symptoms. *Acta Psychiatr Scand*. 2019;139(4):336-347. doi:10.1111/acps.13011
6. Zolnierek KB, Dimatteo MR. Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis. *Med Care*. 2009;47(8):826-834. doi:10.1097/MLR.0b013e31819a5acc
7. Cruz M, Pincus HA. Research on the influence that communication in psychiatric encounters has on treatment. *Psychiatr Serv*. 2002;53(10):1253-1265. doi:10.1176/appi.ps.53.10.1253
8. McCabe R, John P, Dooley J, et al. Training to enhance psychiatrist communication with patients with psychosis (TEMPO): cluster randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*. 2016;209(6):517-524. doi:10.1192/bjp.bp.115.179499
9. Windell D, Norman RM. A qualitative analysis of influences on recovery following a first episode of psychosis. *Int J Soc Psychiatry*. 2013;59(5):493-500. doi:10.1177/0020764012443751
10. Hopkins JE, Loeb SJ, Fick DM. Beyond satisfaction, what service users expect of inpatient mental health care: a literature review. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2009;16(10):927-937. doi:10.1111/j.1365-2850.2009.01501.x
11. Haron Y, Tran D. Patients' perceptions of what makes a good doctor and nurse in an Israeli mental health hospital. *Issues Ment Health Nurs*. 2014;35(9):672-679. doi:10.3109/01612840.2014.897778
12. Bowers L, Brennan G, Winship G, Theodoridou C. *Talking with acutely psychotic people: communication skills for nurses and others spending time with people who are very mentally ill*. London: City University. 2009.
13. Papageorgiou A, Loke YK, Fromage M. Communication skills training for mental health professionals working with people with severe mental illness. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;6(6):CD010006. Published 2017 Jun 13. doi:10.1002/14651858.CD010006.pub2

14. Stahl SM. Stahl'ın Temel Psikofarmakolojisi (Çev. Ed. İT Uzbay). İstanbul Tıp Kitabevi, 2012; 474-509.
15. Wood L, Byrne R, Enache G, Lewis S, Fernández Díaz M, Morrison AP. Understanding the stigma of psychosis in ethnic minority groups: A qualitative exploration. *Stigma and Health*, 2022; 7(1), 54.
16. Taşkın EO. Ruhsal hastalıklarda damgalama ve ayrımcılık. *Stigma Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumlar ve Damgalama*, 2007(1);17-30.
17. Corrigan PW, Watson AC. The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2002;9(1), 35–53. <https://doi.org/10.1093/clipsy.9.1.35>
18. Williams DR, Lawrence JA, Davis BA. Racism and Health: Evidence and Needed Research. *Annu Rev Public Health*. 2019;40:105-125. doi:10.1146/annurev-publhealth-040218-043750
19. Avcil C, Bulut H, SAYAR GH. Psikiyatrik hastalıklar ve damgalama. *Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 2016;(2), 175-202.
20. Li A, Jiao D, Liu X, Zhu T. A Comparison of the Psycholinguistic Styles of Schizophrenia-Related Stigma and Depression-Related Stigma on Social Media: Content Analysis. *J Med Internet Res*. 2020;22(4):e16470. Published 2020 Apr 21. doi:10.2196/16470
21. Baba Y, Nemoto T, Tsujino N, Yamaguchi T, Katagiri N, Mizuno M. Stigma toward psychosis and its formulation process: prejudice and discrimination against early stages of schizophrenia. *Compr Psychiatry*. 2017;73:181-186. doi:10.1016/j.comppsy.2016.11.005
22. Saad S, Bshawri JA, Alsaedi SM, Radi RE, Ghonim RM, Nasraldain HM, Gadeer AA. Social stigma among health-care providers toward patients with schizophrenia and obsessive-compulsive disorders at tertiary hospital in Makkah, Saudi Arabia. *Mental Health Review Journal*. 2022.
23. Major B, Dovidio JF, Link BG, Calabrese SK. Stigma and its implications for health: Introduction and overview. *The Oxford handbook of stigma, discrimination, and health*, 2018;3-28.
24. Link BG, Phelan JC. Stigma and its public health implications. *Lancet*. 2006;367(9509):528-529. doi:10.1016/S0140-6736(06)68184-1
25. Çam O, Bilge A. Türkiye'nin Batısında Yaşayan Halkın Ruhsal Hastalığa ve Hastalara Yönelik İnanç ve Tutumlarının Belirlenmesi. In *Yeni Symposium*. 2011;49(3).
26. Morgades-Bamba CI, Fuster-Ruizdeapodaca MJ, Molero F. The impact of internalized stigma on the well-being of people with Schizophrenia. *Psychiatry Res*. 2019;271:621-627. doi:10.1016/j.psychres.2018.12.060
27. Wang K, Link BG, Corrigan PW, Davidson L, Flanagan E. Perceived provider stigma as a predictor of mental health service users' internalized stigma and disempowerment. *Psychiatry Res*. 2018;259:526-531. doi:10.1016/j.psychres.2017.11.036

28. Fırat M, Demir Gökmen B, Cengiz M. Psikiyatri Servisinde Yatan Hastalarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ve Sosyal Yalnızlık İlişkisinin İncelenmesi. Uluslararası Hemşirelikte Yenilikçi Yaklaşımlar Kongresi; 20 Haziran-22 Aralık 2019; Erzurum: 2019; ss.163.
29. Pyle M, Morrison AP. "It's just a very taboo and secretive kind of thing": making sense of living with stigma and discrimination from accounts of people with psychosis. *Psychosis*, 2014;6(3), 195-205.
30. Bekiroğlu S. Ruhsal hastalığa sahip bireylere yönelik damgalama: Etkileyen faktörlere ve bireyler üzerindeki etkilerine dair kavramsal bir çalışma. *OPUS International Journal of Society Researches*, 2021; 17(33), 595-618.
31. Elleuch S, Smaoui N, Feki R, Bouali MM, Omri S, Charfi N, et al. Internalized stigma, depression and quality of life in schizophrenia. *European Psychiatry*, 2021;64(S1), S513-S514.
32. Violeau L, Dudilot A, Roux S, Prouteau A. How internalised stigma reduces self-esteem in schizophrenia: the crucial role of off-line metacognition. *Cogn Neuropsychiatry*. 2020;25(2):154-161. doi:10.1080/13546805.2020.1714570
33. Karakaş SA, Okanlı A, Yılmaz E. The Effect of Internalized Stigma on the Self Esteem in Patients with Schizophrenia. *Arch Psychiatr Nurs*. 2016;30(6):648-652. doi:10.1016/j.apnu.2016.02.006
34. David AS, Bedford N, Wiffen B, Gilleen J. Failures of metacognition and lack of insight in neuropsychiatric disorders. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci*. 2012;367(1594):1379-1390. doi:10.1098/rstb.2012.0002
35. Berna F, Bennouna-Greene M, Potheegadoo J, Verry P, Conway MA, Danion JM. Self-defining memories related to illness and their integration into the self in patients with schizophrenia. *Psychiatry Res*. 2011;189(1):49-54. doi:10.1016/j.psychres.2011.03.006
36. Fox AB, Smith BN, Vogt D. How and when does mental illness stigma impact treatment seeking? Longitudinal examination of relationships between anticipated and internalized stigma, symptom severity, and mental health service use. *Psychiatry Res*. 2018;268:15-20. doi:10.1016/j.psychres.2018.06.036
37. Temesgen WA, Chien WT, Valimaki MA, Bressington D. Predictors of subjective recovery from recent-onset psychosis in a developing country: a mixed-methods study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2020;55(9):1187-1199. doi:10.1007/s00127-020-01853-5
38. Oliveira SE, Carvalho H, Esteves F. Internalized stigma and quality of life domains among people with mental illness: the mediating role of self-esteem. *J Ment Health*. 2016;25(1):55-61. doi:10.3109/09638237.2015.1124387
39. Rouault M, Will GJ, Fleming SM, Dolan RJ. Low self-esteem and the formation of global self-performance estimates in emerging adulthood. *Transl Psychiatry*. 2022;12(1):272. Published 2022 Jul 11. doi:10.1038/s41398-022-02031-8

40. Kular A, Perry BI, Brown L, et al. Stigma and access to care in first-episode psychosis. *Early Interv Psychiatry*. 2019;13(5):1208-1213. doi:10.1111/eip.12756
41. Hampson M, Hicks R, Watt B. Understanding the employment barriers and support needs of people living with psychosis. *Qualitative Report*. 2016; 21(5).
42. Hampson ME, Watt BD, Hicks RE. Impacts of stigma and discrimination in the workplace on people living with psychosis. *BMC Psychiatry*. 2020;20(1):288. Published 2020 Jun 8. doi:10.1186/s12888-020-02614-z
43. Vass V, Morrison AP, Law H, et al. How stigma impacts on people with psychosis: The mediating effect of self-esteem and hopelessness on subjective recovery and psychotic experiences. *Psychiatry Res*. 2015;230(2):487-495. doi:10.1016/j.psychres.2015.09.042
44. Holding JC, TARRIER N, Gregg L, Barrowclough C. Self-esteem and relapse in schizophrenia: a 5-year follow-up study. *J Nerv Ment Dis*. 2013;201(8):653-658. doi:10.1097/NMD.0b013e31829c4ffc
45. İpçi K, Yıldız M, İncedere A, Kiras F, Esen D, Gürcan MB. Subjective Recovery in Patients with Schizophrenia and Related Factors. *Community Ment Health J*. 2020;56(6):1180-1187. doi:10.1007/s10597-020-00616-5
46. Vass V, Sitko K, West S, Bentall RP. How stigma gets under the skin: the role of stigma, self-stigma and self-esteem in subjective recovery from psychosis. *Psychosis*. 2017; 9(3), 235-244.
47. Hendryx M, Green CA, Perrin NA. Social support, activities, and recovery from serious mental illness: STARS study findings. *J Behav Health Serv Res*. 2009;36(3):320-329. doi:10.1007/s11414-008-9151-1
48. Shepherd G, Boardman J & Slade M. Making recovery a reality London: Sainsbury Centre for mental health. 2008; (pp. 1-3).
49. Law H, Shryane N, Bentall RP, Morrison AP. Longitudinal predictors of subjective recovery in psychosis. *Br J Psychiatry*. 2016;209(1):48-53. doi:10.1192/bjp.bp.114.158428
50. Yıldız M. Ruhsal toplumsal beceri eğitimi. Kocaeli: Umuttepe Yayınları; 2019.
51. Temesgen WA, Chien WT, Bressington D. Conceptualizations of subjective recovery from recent onset psychosis and its associated factors: A systematic review. *Early Interv Psychiatry*. 2019;13(2):181-193. doi:10.1111/eip.12698
52. Waite F, Langman A, Mulhall S, et al. The psychological journey of weight gain in psychosis. *Psychol Psychother*. 2022;95(2):525-540. doi:10.1111/papt.12386
53. Galliot G, Sanchez-Rodriguez R, Belloc A, Phulpin H, Icher A, Birmes P. ... & Gozé T. Is clinical insight a determinant factor of subjective recovery in persons living with schizophrenia or schizoaffective disorders?. *Psychiatry Research*. 2022; 316, 114726.

54. Lanyon A, & Petrakis M. An Exploration of the Use and Usefulness of the Questionnaire about the Process of Recovery (QPR). *Journal of Evidence-Based Social Work*. 2023; 20(2), 179-193.
55. Eklund M, Lund K, Argentzell E. The impact of the BEL intervention on levels of motivation, engagement and recovery in people who attend community mental health services [published online ahead of print, 2023 Mar 3]. *Scand J Occup Ther*. 2023;1-11. doi:10.1080/11038128.2023.2184717
56. Eklund M, Brunt D, Argentzell E. Perceived occupational balance and well-being among people with mental illness living in two types of supported housing. *Scand J Occup Ther*. 2020;27(6):450-461. doi:10.1080/11038128.2019.1622771
57. Bejerholm U, Roe D. Personal recovery within positive psychiatry. *Nord J Psychiatry*. 2018;72(6):420-430. doi:10.1080/08039488.2018.1492015
58. Barber JM, Parsons H, Wilson CA, Cook CCH. Measuring mental health in the clinical setting: what is important to service users? The Mini-Service user Recovery Evaluation scale (Mini-SeRvE). *J Ment Health*. 2017;26(6):530-537. doi:10.1080/09638237.2017.1340624
59. Battaglia AM, Mamak M, Goldberg JO. The impact of social media coverage on attitudes towards mental illness and violent offending. *J Community Psychol*. 2022;50(7):2938-2949. doi:10.1002/jcop.22807
60. Sabancıoğulları S, Doğan S. Internalized stigma among inpatients with mental illness in Turkey and factors affecting it. *Kuwait Medical Journal*. 2016; 48(1).
61. 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):2150-2161. doi:10.1016/j.socscimed.2010.09.030
62. West ML, Yanos PT, Smith SM, Roe D, Lysaker PH. Prevalence of Internalized Stigma among Persons with Severe Mental Illness. *Stigma Res Action*. 2011;1(1):3-10. doi:10.5463/sra.v1i1.9
63. Asrat B, Ayenalem AE, Yimer T. Internalized Stigma among Patients with Mental Illness Attending Psychiatric Follow-Up at Dilla University Referral Hospital, Southern Ethiopia. *Psychiatry J*. 2018;2018:1987581. Published 2018 Jan 23. doi:10.1155/2018/1987581
64. Sevinik H, Arslan FT. Determination of internalized stigma and social functioning level in schizophrenia patients. *Journal of Psychiatric Nursing*. 2020;11(3), 173-180.
65. Pitkänen A, Hätönen H, Kuosmanen L, Välimäki M. Patients' descriptions of nursing interventions supporting quality of life in acute psychiatric wards: a qualitative study. *Int J Nurs Stud*. 2008;45(11):1598-1606. doi:10.1016/j.ijnurstu.2008.03.003
66. Schneider B, Scissons H, Arney L, et al. Communication between people with schizophrenia and their medical professionals: a participatory research

- project. *Qual Health Res.* 2004;14(4):562-577. doi:10.1177/1049732303262423
67. Harris B, Panozzo G. Barriers to recovery-focused care within therapeutic relationships in nursing: Attitudes and perceptions. *Int J Ment Health Nurs.* Published online May 29, 2019. doi:10.1111/inm.12611
 68. King IM. *Conceptual System and Theory of Goal Attainment.* Pearson New International Edition. 2014; 252.
 69. Alligood MR. *Nursing theorists and their work-e-book.* Elsevier Health Sciences. 2017; 8(7), 85.
 70. Watson J. *Nursing: The philosophy and science of caring.* *Nursing administration Quarterly.* 1979; 3(4), 86-87.
 71. Thompson L, McCabe R. The effect of clinician-patient alliance and communication on treatment adherence in mental health care: a systematic review. *BMC Psychiatry.* 2012;12:87. Published 2012 Jul 24. doi:10.1186/1471-244X-12-87
 72. Priebe S, McCabe R, Bullenkamp J, et al. Structured patient-clinician communication and 1-year outcome in community mental healthcare: cluster randomised controlled trial. *Br J Psychiatry.* 2007;191:420-426. doi:10.1192/bjp.bp.107.036939
 73. Wong EC, Collins RL, Breslau J, Burnam MA, Cefalu MS, Roth E. Associations between provider communication and personal recovery outcomes. *BMC Psychiatry.* 2019;19(1):102. Published 2019 Mar 29. doi:10.1186/s12888-019-2084-9
 74. Levinson W, Lesser CS, Epstein RM. Developing physician communication skills for patient-centered care. *Health affairs.* 2010; 29(7), 1310-1318.
 75. Milton AC, Mullan BA. Communication of a mental health diagnosis: a systematic synthesis and narrative review. *Journal of Mental Health.* 2014; 23(5), 261-270.
 76. Goffman E. *Stigma: Notes on the management of spoiled identity.* Simon and schuster. 2009.
 77. Herek GM. Hate crimes and stigma-related experiences among sexual minority adults in the United States: prevalence estimates from a national probability sample. *J Interpers Violence.* 2009;24(1):54-74. doi:10.1177/0886260508316477
 78. Karidi MV, Stefanis CN, Theleritis C, Tzedaki M, Rabavilas AD, Stefanis NC. Perceived social stigma, self-concept, and self-stigmatization of patient with schizophrenia. *Compr Psychiatry.* 2010;51(1):19-30. doi:10.1016/j.comppsy.2009.01.001
 79. Terzi Ş. Üniversite öğrencilerinin psikolojik dayanıklılıkları ve algıladıkları sosyal destek arasındaki ilişki. *Turkish Psychological Counseling and Guidance Journal.* 2008; 3(29), 1-11

80. 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):155-164. doi:10.1002/wps.20040
81. Sibitz I, Amering M, Unger A, et al. The impact of the social network, stigma and empowerment on the quality of life in patients with schizophrenia. *Eur Psychiatry*. 2011;26(1):28-33. doi:10.1016/j.eurpsy.2010.08.010
82. Świtaj P, Chrostek A, Grygiel P, Wciórka J, Anczewska M. Exploring Factors Associated with the Psychosocial Impact of Stigma Among People with Schizophrenia or Affective Disorders. *Community Ment Health J* 2016;52(3):370-378. doi:10.1007/s10597-014-9800-1
83. Arslantaş H, Gültekin BK, Söylemez A, Dereboy, F. Bir üniversite hastanesi psikiyatri polikliniğine ilk kez başvuran hastaların damgalamayla ilgili inanç, tutum ve davranışları. *Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2010.
84. Girma E, Möller-Leimkühler AM, Müller N, Dehning S, Froeschl G, Tesfaye M. Public stigma against family members of people with mental illness: findings from the Gilgel Gibe Field Research Center (GGFRC), Southwest Ethiopia. *BMC Int Health Hum Rights*. 2014;14:2. Published 2014 Feb 21. doi:10.1186/1472-698X-14-2
85. Forthal S, Fekadu A, Medhin G, Selamu M, Thornicroft G, Hanlon C. Rural vs urban residence and experience of discrimination among people with severe mental illnesses in Ethiopia. *BMC Psychiatry*. 2019;19(1):340. Published 2019 Nov 5. doi:10.1186/s12888-019-2345-7
86. Adu P, Jurcik T, Dmitry G. Mental health literacy in Ghana: Implications for religiosity, education and stigmatization. *Transcult Psychiatry*. 2021;58(4):516-531. doi:10.1177/13634615211022177
87. Wang YC, Lin YT, Liu CM, et al. Stigmas toward psychosis-related clinical features among the general public in Taiwan. *Asia Pac Psychiatry*. 2020;12(1):e12370. doi:10.1111/appy.12370
88. Monnapula-Mazabane P, Petersen I. Mental health stigma experiences among caregivers and service users in South Africa: a qualitative investigation. *Curr Psychol*. 2023;42(11):9427-9439. doi:10.1007/s12144-021-02236-y
89. Corrigan PW, Powell KJ, Michaels PJ. The effects of news stories on the stigma of mental illness. *J Nerv Ment Dis*. 2013;201(3):179-182. doi:10.1097/NMD.0b013e3182848c24
90. Vahabzadeh A, Wittenauer J, Carr E. Stigma, schizophrenia and the media: exploring changes in the reporting of schizophrenia in major U.S. newspapers. *J Psychiatr Pract*. 2011;17(6):439-446. doi:10.1097/01.pra.0000407969.65098.35
91. Bilgin Koçak M, Rifat Şahin A, Güz H, Böke Ö, Sarısoy G, Karabekiroğlu A. The Relationship Between Suicide Attempts and Ideation with Depression, Insight, and Internalized Stigmatization in Schizophrenia. *Alpha Psychiatry*.

- 2021;23(1):18-25. Published 2021 Dec 30.
doi:10.1530/alphapsychiatry.2021.212167
92. Singh OP. Suicide Attempts in Schizophrenia and Their Relationship to Depression, Insight and Stigma. *Alpha Psychiatry*. 2021;23(1):26. Published 2021 Dec 30. doi:10.1530/alphapsychiatry.2022.2201011
 93. Asken MJ, Grossman D, Christensen LW. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013. Archibald, Herbert C., and Read D. Tuddenham. "Persistent Stress Reaction after Combat: A 20-Year Follow-Up." *Archives of General Psy. Therapy*. 2007 45(10), 2317-25.
 94. 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. doi:10.1016/j.psychres.2006.03.007
 95. Lysaker PH, Yanos PT, Outcalt J, Roe D. Association of stigma, self-esteem, and symptoms with concurrent and prospective assessment of social anxiety in schizophrenia. *Clin Schizophr Relat Psychoses*. 2010;4(1):41-48. doi:10.3371/CSRP.4.1.3
 96. González-Sanguino C, Muñoz M. Predictors of Implicit and Explicit Internalized Stigma in a Sample With Different Mental Illness Diagnoses. *J Nerv Ment Dis*. 2022;210(9):665-671. doi:10.1097/NMD.0000000000001516
 97. Cechnicki A, Angermeyer MC, Bielańska A. Anticipated and experienced stigma among people with schizophrenia: its nature and correlates. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2011;46(7):643-650. doi:10.1007/s00127-010-0230-2
 98. Cast AD, Burke PJ. A theory of self-esteem. *Social forces*. 2002;80(3), 1041-1068.
 99. Orth U, Robins RW. The development of self-esteem. *Current directions in psychological Science*. 2014; 23(5), 381-387.
 100. Sowislo JF, Orth U. Does low self-esteem predict depression and anxiety? A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychol Bull*. 2013;139(1):213-240. doi:10.1037/a0028931
 101. Steiger AE, Allemand M, Robins RW, Fend HA. Low and decreasing self-esteem during adolescence predict adult depression two decades later. *J Pers Soc Psychol*. 2014;106(2):325-338. doi:10.1037/a0035133
 102. O'Connor RC, Pirkis J, Cox GR. *The International Handbook of Suicide Prevention*. 2020;(2nd ed.).
 103. Damian RI, Robins RW. *Self-Esteem Across the Lifespan: Issues and Interventions*, edited by Mary H. Guindon: (2010). New York, NY: Routledge. 2011; 387 pages.
 104. Zhang TM, Wong IY, Yu YH, 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):911-918. doi:10.1007/s00127-018-1646-3
105. García-Mieres H, Lysaker P, Leonhardt BL. A Comparison of Personal Recovery in Adults with Early Psychosis and Prolonged Schizophrenia. *Psicothema*. 2022;34(1):35-40. doi:10.7334/psicothema2021.142
 106. Harrison CL, Fowler D. Negative symptoms, trauma, and autobiographical memory: an investigation of individuals recovering from psychosis. *J Nerv Ment Dis*. 2004;192(11):745-753. doi:10.1097/01.nmd.0000144693.12282.11
 107. Tarrier N, Wykes T. Is there evidence that cognitive behaviour therapy is an effective treatment for schizophrenia? A cautious or cautionary tale?. *Behav Res Ther*. 2004;42(12):1377-1401. doi:10.1016/j.brat.2004.06.020
 108. Ritsner M, Kurs R, Gibel A, Hirschmann S, Shinkarenko E, Ratner Y. Predictors of quality of life in major psychoses: a naturalistic follow-up study. *J Clin Psychiatry*. 2003;64(3):308-315. doi:10.4088/jcp.v64n0313
 109. Ponce-Correa F, Caqueo-Urizar A, Berrios R, & Escobar-Soler C. Defining recovery in schizophrenia: A review of outcome studies. *Psychiatry Research*. 2023; 115134.
 110. Cella M, Swan S, Medin E, Reeder C, Wykes T. Metacognitive awareness of cognitive problems in schizophrenia: exploring the role of symptoms and self-esteem. *Psychol Med*. 2014;44(3):469-476. doi:10.1017/S0033291713001189
 111. Ow CY, Lee BO. Relationships between perceived stigma, coping orientations, self-esteem, and quality of life in patients with schizophrenia. *Asia Pac J Public Health*. 2015;27(2):NP1932-NP1941. doi:10.1177/1010539512469246
 112. Hacioglu Yildirim M, Alantar Z, Yildirim EA. The relationship between working status and symptoms, quality of life and self-esteem in patients with schizophrenia in Turkey. *Int J Soc Psychiatry*. 2014;60(7):646-655. doi:10.1177/0020764013511791
 113. Killackey E, Allott K, Jackson HJ, et al. Individual placement and support for vocational recovery in first-episode psychosis: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2019;214(2):76-82. doi:10.1192/bjp.2018.191
 114. Modini M, Tan L, Brinchmann B, et al. Supported employment for people with severe mental illness: Systematic review and meta-analysis of the international evidence. *The British Journal of Psychiatry*. 2016;209(1):14-22. doi:10.1192/bjp.bp.115.165092
 115. Nuechterlein KH, Subotnik KL, Ventura J, et al. Enhancing return to work or school after a first episode of schizophrenia: the UCLA RCT of Individual Placement and Support and Workplace Fundamentals Module training. *Psychological Medicine*. 2020;50(1):20-28. doi:10.1017/S0033291718003860
 116. Catty J, Lissouba P, White S, et al. Predictors of employment for people with severe mental illness: results of an international six-centre randomised

- controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*. 2008;192(3):224-231. doi:10.1192/bjp.bp.107.041475
117. Silván-Ferrero, P., Holgado, P. F., Jiménez, J., & Pérez-Garín, D. (2022). Benefits of employment in people with mental illness: Differential mediating effects of internalized stigma on self-esteem. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 32(1), 119-134.
 118. Stubbs B, Firth J, Berry A, et al. How much physical activity do people with schizophrenia engage in? A systematic review, comparative meta-analysis and meta-regression. *Schizophr Res*. 2016;176(2-3):431-440. doi:10.1016/j.schres.2016.05.017
 119. Vancampfort D, Firth J, Schuch FB, et al. Sedentary behavior and physical activity levels in people with schizophrenia, bipolar disorder and major depressive disorder: a global systematic review and meta-analysis. *World Psychiatry*. 2017;16(3):308-315. doi:10.1002/wps.20458
 120. Rosenbaum S, Tiedemann A, Sherrington C, Curtis J, Ward PB. Physical activity interventions for people with mental illness: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Psychiatry*. 2014;75(9):964-974. doi:10.4088/JCP.13r08765
 121. Uchino BN. Understanding the Links Between Social Support and Physical Health: A Life-Span Perspective With Emphasis on the Separability of Perceived and Received Support. *Perspect Psychol Sci*. 2009;4(3):236-255. doi:10.1111/j.1745-6924.2009.01122.x
 122. Vancampfort D, Probst M, Sweers K, Maurissen K, Knapen J, De Hert M. Relationships between obesity, functional exercise capacity, physical activity participation and physical self-perception in people with schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand*. 2011;123(6):423-430. doi:10.1111/j.1600-0447.2010.01666.x
 123. Young D, Ng PYN, Cheng D, Hong LC. Effects of physical activity intervention for Chinese people with severe mental illness. *Research on Social Work Practice*. 2019; 29(7), 796-807.
 124. Goyal A, Gopal S, Venkataraman L, Rangaswamy T, Tharoor H. Psychometric properties of Tamil version of Body Weight Image and Self Esteem questionnaire (BWISE) in severe mental illness in a South Indian population [published correction appears in *Asian J Psychiatr*. 2019 Aug;44:160]. *Asian J Psychiatr*. 2019;41:28-33. doi:10.1016/j.ajp.2019.03.003
 125. Türkoğlu Dikmen SN, Yüksel A, Bahadır-Yılmaz E. The effect of medication adherence on psychosocial adjustment to body weight, image, and self-esteem in patients with schizophrenia. *Perspect Psychiatr Care*. 2022;58(4):2505-2512. doi:10.1111/ppc.13086
 126. Al-Halabi S, Garcia-Portilla MP, Saiz PA, et al. Psychometric properties of the Spanish version of the Body Weight, Image and Self-Esteem Evaluation Questionnaire in patients with severe mental disorders. *Compr Psychiatry*. 2012;53(8):1237-1242. doi:10.1016/j.comppsy.2012.04.001

127. İpçi K, Yildiz M, İncedere A, Kiras F, Esen D, Gürcan MB. Subjective Recovery in Patients with Schizophrenia and Related Factors. *Community Ment Health J.* 2020;56(6):1180-1187. doi:10.1007/s10597-020-00616-5
128. Morrison AP, Shryane N, Beck R, et al. Psychosocial and neuropsychiatric predictors of subjective recovery from psychosis. *Psychiatry Res.* 2013;208(3):203-209. doi:10.1016/j.psychres.2013.05.008
129. Leonhardt BL, Huling K, Hamm JA, et al. Recovery and serious mental illness: a review of current clinical and research paradigms and future directions. *Expert Rev Neurother.* 2017;17(11):1117-1130. doi:10.1080/14737175.2017.1378099
130. Obi EE. Surgical considerations in skin of colour: minimizing pathological scars. *Clin Exp Dermatol.* 2022;47(8):1429-1437. doi:10.1111/ced.15147
131. Motimele MR, and Ramugondo EL. "Violence and healing: Exploring the power of collective occupations." *International Journal of Criminology and Sociology* 3. 2014; 388
132. World Health Organization. Recovery practices for mental health and well-being: WHO QualityRights Specialized training: course slides. In *Recovery practices for mental health and well-being: WHO QualityRights Specialized training: course slides.* 2019.
133. Noiseux S, St-Cyr Tribble D, Leclerc C, et al. Developing a model of recovery in mental health. *BMC Health Serv Res.* 2009;9:73. Published 2009 May 1. doi:10.1186/1472-6963-9-73
134. Slade , Amering M, Oades L. Recovery: an international perspective. *Epidemiology and Psychiatric Sciences.* 2008;17(2), 128-137.
135. Eisenstadt P, Monteiro VB, Diniz MJ, Chaves AC. Experience of recovery from a first-episode psychosis. *Early Interv Psychiatry.* 2012;6(4):476-480. doi:10.1111/j.1751-7893.2012.00353.x
136. Windell DL, Norman R, Lal S, Malla A. Subjective experiences of illness recovery in individuals treated for first-episode psychosis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2015;50(7):1069-1077. doi:10.1007/s00127-014-1006-x
137. Carter L, Read J, Pyle M, Law H, Emsley R, Morrison A. Causal beliefs in people experiencing psychosis: The relationship to treatment accessed and the perceived helpfulness of treatment. *Psychol Psychother.* 2018;91(3):332-344. doi:10.1111/papt.12163
138. Lam MM, Pearson V, Ng RM, Chiu CP, Law CW, Chen EY. What does recovery from psychosis mean? Perceptions of young first-episode patients. *Int J Soc Psychiatry.* 2011;57(6):580-587. doi:10.1177/0020764010374418
139. Weijers JG, Ten Kate C, Debbané M, Bateman A, W, De Jong S, Selten JPC, Eurelings-Bontekoe EHM. Mentalization and psychosis: A rationale for the use of mentalization theory to understand and treat non-affective psychotic disorder. *Journal of Contemporary Psychotherapy.* 2020; 50, 223-232.
140. Ertem MY, Duman ZÇ. The effect of motivational interviews on treatment adherence and insight levels of patients with schizophrenia: A randomized

- controlled study. *Perspect Psychiatr Care*. 2019;55(1):75-86. doi:10.1111/ppc.12301
141. Windell D, Norman R, Malla AK. The personal meaning of recovery among individuals treated for a first episode of psychosis. *Psychiatr Serv*. 2012;63(6):548-553. doi:10.1176/appi.ps.201100424
 142. Bourdeau G, Lecomte T, Lysaker PH. Stages of recovery in early psychosis: Associations with symptoms, function, and narrative development. *Psychol Psychother*. 2015;88(2):127-142. doi:10.1111/papt.12038
 143. Erim BR, Boztaş H, Yıldız M, Uygun E. The Factors Affecting the Relationship between Remission Status and Employment in Chronic Schizophrenia Patients. *Psychiatry Investig*. 2019;16(11):860-867. doi:10.30773/pi.2019.0087
 144. Mathew ST, Nirmala BP, Sagar K J V. Measuring subjective recovery in people with schizophrenia and exploring its relationship with symptom severity, functioning, and well-being. *Indian Journal of Health and Wellbeing*. 2019; 10(4-6), 98-102.
 145. Mitsunaga-Ohmuro N, Ohmuro N. Longitudinal changes in personal recovery in individuals with psychotic disorders through hospitalisation in a psychiatric ward: preliminary findings. *BMC Psychiatry*. 2021;21(1):340. Published 2021 Jul 8. doi:10.1186/s12888-021-03347-3
 146. Chien WT, Chan ZC. Chinese translation and validation of the questionnaire on the process of recovery in schizophrenia and other psychotic disorders. *Res Nurs Health*. 2013;36(4):400-411. doi:10.1002/nur.21549
 147. Hasson-Ohayon I, Mashlach-Eizenberg M, Lysaker PH, Roe D. Self-clarity and different clusters of insight and self-stigma in mental illness. *Psychiatry Res*. 2016;240:308-313. doi:10.1016/j.psychres.2016.04.060
 148. Albert N, Bertelsen M, Thorup A, et al. Predictors of recovery from psychosis Analyses of clinical and social factors associated with recovery among patients with first-episode psychosis after 5 years. *Schizophr Res*. 2011;125(2-3):257-266. doi:10.1016/j.schres.2010.10.013
 149. Jahn DR, DeVyllder JE, Drapalski AL, Medoff D, Dixon LB. Personal Recovery as a Protective Factor Against Suicide Ideation in Individuals With Schizophrenia. *J Nerv Ment Dis*. 2016;204(11):827-831. doi:10.1097/NMD.0000000000000521
 150. Amado I, Moualla M, Jouve J, et al. Employment, Studies and Feelings: Two to Nine Years After a Personalized Program of Cognitive Remediation in Psychiatric Patients. *Front Psychiatry*. 2020;11:609. Published 2020 Jul 3. doi:10.3389/fpsy.2020.00609.
 151. American Psychiatric Nursing Association. About Psychiatric Nursing [Internet]. 2023 [Erişim Tarihi 11.03.2023]. Erişim adresi: <https://www.apna.org/psych-nurse-faqs/>.

152. Jacobson R. *Essais de linguistique générale*, Trad. et préfacé par N. Ruwet, Les Éditions de Minuit.1963. Paris. (Akt. Öztürk A. İletişim sistemleri ve iletişim teorisi. Selçuk İletişim.1999;1(1), 58-69.
153. Ishikawa H, & Kiuchi T. Health literacy and health communication. *BioPsychoSocial Medicine*.2010; 4, 1-5.
154. Arnold C. Theory based perspectives and contemporary dynamics. interpersonal relationships: professional communication skills for nurses.(Eds: C. Arnold, K Boggs Underman). 2015;1-22.
155. Peden AR, Staal J, Rittman M, and Gullett DL. Nursing theories and nursing practice. (Eds: Marilyn E. Parker, Marlane C. Smith). FA Davis .2019; 6(76-81).
156. Boyd MA, Forchuk C. *Communication and the Therapeutic Relationship. Psychiatric nursing: Contemporary practice*. (Ed. 8). Philadelphia: Wolters Kluwer, 2018.
157. Videbeck S, Videbeck S. *Psychiatric-mental health nursing*. Lippincott Williams & Wilkins. 2013; 8(235- 237).
158. T.C. Cumhurbaşkanlığı mevzuat bilgi sistemi. Hemşirelik yönetmeliği [İnternet]. 2024 [Erişim Tarihi 03.02.2024]. Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/yonetmelik/7.5.13830-ek-2%20ve%203.htm>.
159. Gilbert H, Rose D, Slade M. The importance of relationships in mental health care: a qualitative study of service users' experiences of psychiatric hospital admission in the UK. *BMC Health Serv Res*. 2008;8:92. Published 2008 Apr 25. doi:10.1186/1472-6963-8-92
160. Hartley S, Raphael J, Lovell K, Berry K. Effective nurse-patient relationships in mental health care: A systematic review of interventions to improve the therapeutic alliance. *Int J Nurs Stud*. 2020;102:103490. doi:10.1016/j.ijnurstu.2019.103490
161. Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi. Bölümlerimiz [İnternet]. 2023 [Erişim Tarihi 17 Aralık 2023]. Erişim adresi: https://www.hastane.hacettepe.edu.tr/psikiyatri-anabilim-dali_86.html.
162. Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi. Kurumsal. Dışkapı Hastanesi Tanıtım [İnternet]. 2023 [Erişim Tarihi 17 Aralık 2023]. Erişim adresi: <https://diskapieah.saglik.gov.tr/TR-325423/diskapi-hastanesi-tanitim.html>.
163. Kostakoğlu A, Batur S, Tiryaki A, & Göğüş A. Reliability and validity of the Turkish version of the positive and negative syndrome scale pozitif ve negatif Sendrom Ölçeğinin PANSS Türkçe Uyarlamasının Geçerlik ve Güvenilirliği. *Türk Psikoloji Dergisi*.1999; 14.
164. Kay S. R, Fiszbein A, & Opler LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*.1987; 13(2), 261-276.
165. Gremigni P, Sommaruga M, Peltenburg M. Validation of the Health Care Communication Questionnaire (HCCQ) to measure outpatients' experience of

- communication with hospital staff. *Patient Educ Couns.* 2008;71(1):57-64. doi:10.1016/j.pec.2007.12.008
166. Kalkan EC, ve Atlı-Özbaş A. Sağlık Bakımı İletişim Anketi'nin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *THDD.*2021; 2(1), 42-53.
167. Ersoy MA, & Varan A. Ruhsal hastalıklarda içselleştirilmiş damgalanma ölçeği Türkçe formu'nun güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi.* 2007; 18(2), 163-171.
168. Ritsher JB, Otilingam PG, Grajales M. Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Res.* 2003;121(1):31-49. doi:10.1016/j.psychres.2003.08.008
169. Nugent WR, & Thomas JW. Validation of a clinical measure of self-esteem. *Research on Social Work Practice.* 1993; 3(2), 191-207.
170. Lecomte T, Corbière M, Laisné F. Investigating self-esteem in individuals with schizophrenia: relevance of the Self-Esteem Rating Scale-Short Form. *Psychiatry Res.* 2006;143(1):99-108. doi:10.1016/j.psychres.2005.08.019
171. Tukuş L. The Self Esteem Rating Scale-Short Form (Benlik Saygısı Değerlendirme Ölçeği-Kısa Formu) Türkçe güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. 2010.
172. Giffort D, Schmook A, Woody C, Vollendorf C, & Gervain M. Construction of a scale to measure consumer recovery. Springfield, IL: Illinois Office of Mental Health. 1995; 10, 15487760500339360.
173. Corrigan PW, Giffort D, Rashid F, Leary M, Okeke I. Recovery as a psychological construct. *Community Ment Health J.* 1999;35(3):231-239. doi:10.1023/a:1018741302682
174. Corrigan PW, Salzer M, Ralph RO, Sangster Y, Keck L. Examining the factor structure of the recovery assessment scale. *Schizophr Bull.* 2004;30(4):1035-1041. doi:10.1093/oxfordjournals.schbul.a007118
175. Guler C, & Gurkan A. Validity and reliability of the Turkish version of the Recovery Assessment Scale. *Neurological Sciences.* 2019;32, 309-319. doi:10.14744/DAJPNS.2019.0004
176. Hayes AF, Preacher KJ. Quantifying and Testing Indirect Effects in Simple Mediation Models When the Constituent Paths Are Nonlinear. *Multivariate Behav Res.* 2010;45(4):627-660. doi:10.1080/00273171.2010.498290
177. Hayes AF, Rockwood NJ. Regression-based statistical mediation and moderation analysis in clinical research: Observations, recommendations, and implementation. *Behav Res Ther.* 2017;98:39-57. doi:10.1016/j.brat.2016.11.001
178. Montoya AK, Hayes AF. Two-condition within-participant statistical mediation analysis: A path-analytic framework. *Psychol Methods.* 2017;22(1):6-27. doi:10.1037/met0000086

179. Hayes AF, Preacher KJ. Statistical mediation analysis with a multicategorical independent variable. *Br J Math Stat Psychol.* 2014;67(3):451-470. doi:10.1111/bmsp.12028
180. Özçelik EK, & Yıldırım A. Schizophrenia patients' family environment, internalized stigma and quality of life. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemşireleri Derneği.* 2018; 9(2).
181. Çapar M, Kavak F. Effect of internalized stigma on functional recovery in patients with schizophrenia. *Perspect Psychiatr Care.* 2019;55(1):103-111. doi:10.1111/ppc.12309
182. Yıldırım T, Kavak Budak F. The relationship between internalized stigma and loneliness in patients with schizophrenia. *Perspect Psychiatr Care.* 2020;56(1):168-174. doi:10.1111/ppc.12399
183. Olçun Z, Şahin Altun Ö. The Correlation Between Schizophrenic Patients' Level of Internalized Stigma and Their Level of Hope. *Arch Psychiatr Nurs.* 2017;31(4):332-337. doi:10.1016/j.apnu.2017.03.001
184. Altun ÖŞ, Özer D, Güngör Z, Şahin F. Investigation of the Relationship Between Internalized Stigma and Happiness Levels of Individuals Diagnosed with Schizophrenia. *Florence Nightingale J Nurs.* 2023;31(3):145-151. doi:10.5152/FNJJN.2023.22249
185. Kim EY, Jang MH. The Mediating Effects of Self-Esteem and Resilience on the Relationship Between Internalized Stigma and Quality of Life in People with Schizophrenia. *Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci).* 2019;13(4):257-263. doi:10.1016/j.anr.2019.09.004
186. Dikeç G, & Kutlu Y. Bir Grup Şizofreni Hastasında Tedaviye Uyum ve Etkileyen Etmenlerin Belirlenmesi. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemşireleri Derneği.* 2014; 5(3).
187. Koçak Z, & Taylan HH. Şizofreni hastalarında içselleştirilmiş damgalanmanın yaşam kalitesi üzerindeki etkisi. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi.* 2018; 78(6): 621-640.
188. Lee, J. W., & Park, H. S. (2017). Impact of internalized stigma, anger expression style, and mental health service satisfaction on self-esteem in inpatients with schizophrenia. *Journal of Korean Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 26(2), 143-150.
189. Kaşlı S, Al O, Bademli K. Internalized stigmatization and subjective recovery in individuals with chronic mental illness. *Int J Soc Psychiatry.* 2021;67(5):415-420. doi:10.1177/0020764020960762
190. Wood L, Byrne R, Burke E, Enache G, Morrison AP. The impact of stigma on emotional distress and recovery from psychosis: The mediatory role of internalised shame and self-esteem. *Psychiatry Res.* 2017;255:94-100. doi:10.1016/j.psychres.2017.05.016

8. EKLER

EK-1. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS)

| POZİTİF BELİRTİLER | | | | | | | |
|----------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| P1. Sanrılar | | | | | | | |
| P2. Düşünce dağınıklığı | | | | | | | |
| P3. Varsanılar | | | | | | | |
| P4. Taşkınlık | | | | | | | |
| P5. Büyüklük Duyguları | | | | | | | |
| P6. Şüphecilik ve kötülük görme | | | | | | | |
| P7. Düşmanca Tutum | | | | | | | |
| POZİTİF BELİRTİLER TOPLAM PUANI | | | | | | | |
| NEGATİF BELİRTİLER | | | | | | | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| N1. Duygulanımda Küntleşme | | | | | | | |
| N2. Duygusal İççekilme | | | | | | | |
| N3. İlişki Kurmada Güçlük | | | | | | | |
| N4. Pasif Biçimde Kendini Toplumdan çekme | | | | | | | |
| N5. Soyut Düşünme Güçlüğü | | | | | | | |
| N6. Konuşmanın Kendiliğinden ve Akıcılığının Kaybı | | | | | | | |
| N7. Stereotipik Düşünme | | | | | | | |
| NEGATİF BELİRTİLER TOPLAM PUANI | | | | | | | |
| GENEL PSİKOPATOLOJİ | | | | | | | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| G1. Bedensel Kaygı | | | | | | | |
| G2. Anksiyete | | | | | | | |
| G3. Suçluluk Duyguları | | | | | | | |
| G4. Gerginlik | | | | | | | |
| G5. Manyerizm | | | | | | | |
| G6. Depresyon | | | | | | | |
| G7. Motor Yavaşlama | | | | | | | |
| G8. İşbirliği Kuramama | | | | | | | |
| G9. Olağandışı Düşünce İçeriği | | | | | | | |
| G10. Yönelim Bozukluğu | | | | | | | |
| G11. Dikkat Azalması | | | | | | | |
| G12. Yargılama ve İçgörü Eksikliği | | | | | | | |
| G13. İrade Bozukluğu | | | | | | | |
| G14. Dürtü Kontrolsüzlüğü | | | | | | | |
| G15. Zihinsel Aşırı Uğraş | | | | | | | |
| G16. Aktif Biçimde Sosyal Kaçınma | | | | | | | |
| GENEL PSİKOPATOLOJİ TOPLAM PUANI | | | | | | | |
| PANSS GENEL TOPLAM PUANI | | | | | | | |

EK-2. Hasta Bilgi Formu**1. Yaşınız (belirtiniz):****2. Cinsiyetiniz:**

Kadın () Erkek () Belirtmek istemiyorum ()

3. Medeni Durumunuz:

Evli () Bekar () Belirtmek istemiyorum ()

4. Eğitim Durumunuz:

İlkokul () İlköğretim () Ortaöğretim () Lisans () Lisansüstü ()

5. Çalışıyor Olma Durumunuz:

Çalışıyorum () Çalışmıyorum ()

6. Ekonomik Durumunuz:

Gelir giderden az () Gelir gidere eşit () Gelir giderden fazla ()

7. Birlikte yaşadığınız kişileri belirtiniz:

Yalnız yaşıyorum ()

Annemle ()

Babamla ()

Eşimle ()

Çocuklarımla ()

Dedemle ()

Ninemle (babaanne/anneanne) ()

Diğer akrabalarımla ()

Arkadaşlarımla ()

Bakımevinde yaşıyorum ()

Sokakta yaşıyorum ()

Diğer (belirtiniz):

8. İlk olarak hastalığınıza tanı konmasının üzerinden ne kadar süre geçti? (belirtiniz):

EK-3. Sağlık Bakımı İletişim Anketi

Sayın Katılımcı,

Şu anda almakta olduğunuz sağlık hizmetiyle ilgili sağlık çalışanlarının iletişimlerine yönelik görüşünüzü değerlendirme amacıyla geliştirilmiş ve aşağıda verilmiş olan soruları cevaplandırmanızı rica ediyoruz. Bu anketteki sorular, hizmet alma sürecinizde sadece sizinle en son iletişime geçen sağlık çalışanı ile ilgilidir. Lütfen her bir soruyu dikkatlice okuyunuz ve yaşadığınız duruma en uygun cevabı, 1 ile 5 arasında derecelendirerek tüm soruları yanıtlayınız. 1; maddede söz edilen yaklaşımın size hiçbir şekilde gösterilmediğini, 5 ise en üst düzeyde gösterildiğini ifade etmektedir. İşbirliğiniz ve samimi yanıtınız için teşekkür ederiz.

| | HİÇ BİR ŞEKİLDE | KISMEN | YETERİNCE | OLDUKÇA | EN ÜST DÜZEYDE |
|----------------------------------------------------------------|-----------------|--------|-----------|---------|----------------|
| 1. Sağlık çalışanı, gözlerimin içine bakarak konuştu. | | | | | |
| 2. İhtiyaçlarıma saygı duyulduğunu hissettim. | | | | | |
| 3. Ne yapmam gerektiği açık ve anlaşılır bir biçimde söylendi. | | | | | |
| 4. Ne yapmam gerektiği saldırgan bir biçimde söylendi. | | | | | |
| 5. Bilgiler bana açık bir şekilde verildi. | | | | | |
| 6. Sorularım sert bir ses tonu ile cevaplandı. | | | | | |
| 7. Bana nazik davranıldı. | | | | | |
| 8. Bana aceleyle getirilerek davranıldı. | | | | | |
| 9. Sağlık çalışanı, beni içtenlikle/gülümseyerek karşıladı. | | | | | |
| 10. Sağlık çalışanı, sorunumu çözebildi. | | | | | |
| 11. Sağlık çalışanı, zor koşullarda bile durumu yönetebildi. | | | | | |
| 12. Sağlık çalışanı, sakin kalma becerisi gösterdi. | | | | | |
| 13. Sağlık çalışanı, mahremiyetime saygı gösterdi | | | | | |

EK-4. Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma leği

Bu testte sık sık geçen ‘‘ruhsal hastalık’’ terimi, en geniş anlamda kullanılmıştır. Her bir cümleyle 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 cümleyle ne ölçüde katıldığınızı ya da katılmadığınızı belirtiniz.

Her cümle için rakamlardan sadece bir tanesini işaretleyiniz.

| | Kesinlikle aynı fikirde değilim | Aynı fikirde değilim | Aynı fikirdeyim | Kesinlikle aynı fikirdeyim |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------------------|-----------------|----------------------------|
| 1. Ruhsal bir hastalığım olduğu için kendimi bu dünyada bir yabancı gibi hissediyorum. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Ruhsal hastalığı olan kişiler saldırgan olmaya eğilimlidirler. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Ruhsal bir hastalığım olduğu için insanlar bana farklı davranıyorlar. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Reddedilmemek için, ruhsal hastalığı olmayan kişilere yaklaşmaktan kaçınıyorum. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Ruhsal bir hastalığım olduğundan dolayı utanıyorum. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Ruhsal hastalığı olan kişiler evlenmemelidir. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Ruhsal hastalığı olan kişiler topluma önemli 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 davranmamama 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 |
| 12. Halk arasındaki ruhsal hastalıklarla ilgili olumsuz düşünceler, benim ‘‘normal’’ yaşamın dışında kalmama neden oluyor. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. Ruhsal hastalığı olmayan kişilerle birlikteyken, kendimi sanki o ortama ait değilmiş ve yetersizmişim gibi hissediyorum. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. Ruhsal hastalığı açıkça anlaşılan biriyle toplum içinde birlikte görülmek beni rahatsız etmez. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. Sırf ruhsal hastalığımdan dolayı insanlar bana sık sık ne yapmam gerektiğini söyleyip, sanki çocukmuşum gibi davranırlar | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. Ruhsal hastalığım olduğu için kendimden memnun değilim. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. Ruhsal hastalığımla hayatımı berbat etti. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. İnsanlar görünüşümden ruhsal bir hastalığımla ilgili olduğunu anlayabilirler. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. Ruhsal hastalığımdan dolayı benimle ilgili çoğu kararı başkalarının vermesine ihtiyaç duyarım. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20. Ailemi ve arkadaşlarımı utandırmamak için sosyal ortamlardan uzak dururum. | 1 | 2 | 3 | 4 |

| | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|
| 21. Ruhsal hastalığı olmayanların beni anlamaları mümkün değildir. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22. Sırf ruhsal hastalığım olduğu için insanlar beni göz ardı eder ya da pek ciddiye almazlar. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 23. Ruhsal hastalığım olduğu için topluma hiçbir katkı olamaz. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 24. Ruhsal bir hastalıkla yaşamak beni mücadelecı bir insan yaptı. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 25. Ruhsal bir hastalığım olduğu için kimse bana yakınlaşmak istemez. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 26. Genel olarak, hayatı istediğim şekilde yaşayabiliyorum. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 27. Ruhsal hastalığıma rağmen, iyi ve dolu dolu yaşadığım bir hayatım var. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 28. İnsanlar ruhsal bir hastalığım olduğu için hayatta fazla başarılı olamayacağımı düşünüyorlar. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 29. Akıl hastalarıyla ilgili olumsuz yaygın inanışlar benim durumum dikkate alındığında hiç de yanlış sayılmaz. | 1 | 2 | 3 | 4 |

EK-5. Benlik Saygısı Değerlendirme Ölçeği-Kısa Formu

Aşağıdaki cümleler kendiniz hakkında hissettiklerinizi ölçmek için düzenlenmiştir. Size uygun şıkkı işaretleyiniz.

Olumlu Boyutlar

1) Diğer insanlarla birlikteken onların benimle olmaktan hoşnut olduklarını hissederim.

a)Hiçbir zaman b)Nadiren c)Zamanın az bir kısmında d)Bazı zamanlar
e)Zamanın önemli bir kısmında f)Çoğu zaman g)Her zaman

2) İnsanların benimle konuşmaktan gerçekten hoşlandıklarını hissederim.

a)Hiçbir zaman b)Nadiren c)Zamanın az bir kısmında d)Bazı zamanlar
e)Zamanın önemli bir kısmında f)Çoğu zaman g)Her zaman

3) Arkadaşlarımın beni ilgi çekici bulduklarını hissederim.

a)Hiçbir zaman b)Nadiren c)Zamanın az bir kısmında d)Bazı zamanlar
e)Zamanın önemli bir kısmında f)Çoğu zaman g)Her zaman

4) İnsanların benimle birlikteken iyi zaman geçirdiklerini hissederim.

a)Hiçbir zaman b)Nadiren c)Zamanın az bir kısmında d)Bazı zamanlar
e)Zamanın önemli bir kısmında f)Çoğu zaman g)Her zaman

5) Arkadaşlarım bana çok değer verir.

a)Hiçbir zaman b)Nadiren c)Zamanın az bir kısmında d)Bazı zamanlar
e)Zamanın önemli bir kısmında f)Çoğu zaman g)Her zaman

6) İnsanlarla geçinme konusunda kendime güvenirim.

a)Hiçbir zaman b)Nadiren c)Zamanın az bir kısmında d)Bazı zamanlar
e)Zamanın önemli bir kısmında f)Çoğu zaman g)Her zaman

7) Başka insanlar üzerinde iyi bir izlenim bıraktığımı hissederim.

a)Hiçbir zaman b)Nadiren c)Zamanın az bir kısmında d)Bazı zamanlar
e)Zamanın önemli bir kısmında f)Çoğu zaman g)Her zaman

8) İyi bir espri anlayışım olduğumu hissederim.

a)Hiçbir zaman b)Nadiren c)Zamanın az bir kısmında d)Bazı zamanlar
e)Zamanın önemli bir kısmında f)Çoğu zaman g)Her zaman

9) Çok becerikli bir kişi olduğumu hissederim.

a)Hiçbir zaman b)Nadiren c)Zamanın az bir kısmında d)Bazı zamanlar
e)Zamanın önemli bir kısmında f)Çoğu zaman g)Her zaman

10) İstedğim zaman yeni ilişkiler başlatabileceğime dair güvenim tamdır.

a)Hiçbir zaman b)Nadiren c)Zamanın az bir kısmında d)Bazı zamanlar
e)Zamanın önemli bir kısmında f)Çoğu zaman g)Her zaman

Olumsuz Boyutlar

1) Başka biri olmayı isterdim.

- a)Hiçbir zaman b)Nadiren c)Zamanın az bir kısmında d)Bazı zamanlar
e)Zamanın önemli bir kısmında f)Çoğu zaman g)Her zaman

2) Başka insanlara göre kendimi daha aşağıda hissedirim.

- a)Hiçbir zaman b)Nadiren c)Zamanın az bir kısmında d)Bazı zamanlar
e)Zamanın önemli bir kısmında f)Çoğu zaman g)Her zaman

3) Başkalarına aptal gibi görüldüğümü hissedirim.

- a)Hiçbir zaman b)Nadiren c)Zamanın az bir kısmında d)Bazı zamanlar
e)Zamanın önemli bir kısmında f)Çoğu zaman g)Her zaman

4) Bu şekilde biri olduğum için kendime kızırım.

- a)Hiçbir zaman b)Nadiren c)Zamanın az bir kısmında d)Bazı zamanlar
e)Zamanın önemli bir kısmında f)Çoğu zaman g)Her zaman

5) Başkalarının benden çok daha iyi şeyler yaptığını hissedirim.

- a)Hiçbir zaman b)Nadiren c)Zamanın az bir kısmında d)Bazı zamanlar
e)Zamanın önemli bir kısmında f)Çoğu zaman g)Her zaman

6) Kendimden utanırım.

- a)Hiçbir zaman b)Nadiren c)Zamanın az bir kısmında d)Bazı zamanlar
e)Zamanın önemli bir kısmında f)Çoğu zaman g)Her zaman

7) Başkaları gibi olabilseydim o zaman kendimi daha iyi hissedirdim.

- a)Hiçbir zaman b)Nadiren c)Zamanın az bir kısmında d)Bazı zamanlar
e)Zamanın önemli bir kısmında f)Çoğu zaman g)Her zaman

8) Başka insanlarla birlikteken ortadan kaybolmayı isterdim.

- a)Hiçbir zaman b)Nadiren c)Zamanın az bir kısmında d)Bazı zamanlar
e)Zamanın önemli bir kısmında f)Çoğu zaman g)Her zaman

9) Yaptığım şeylerde başarısız olabileceğimi hissedirim.

- a)Hiçbir zaman b)Nadiren c)Zamanın az bir kısmında d)Bazı zamanlar
e)Zamanın önemli bir kısmında f)Çoğu zaman g)Her zaman

10) Başkalarına kıyasla daha fazla itilip kakıldığımı hissedirim.

- a)Hiçbir zaman b)Nadiren c)Zamanın az bir kısmında d)Bazı zamanlar
e)Zamanın önemli bir kısmında f)Çoğu zaman g)Her zaman

EK-6. İyileşme Değerlendirme Ölçeği

Aşağıda 24 cümle ve her bir cümlenin yanında cevaplarını işaretlemeniz için 1'den 5'e kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar uygun olduğunu belirtmek için o cümlenin yanındaki rakamlardan **yalnız bir tanesini** daire içine alarak işaretleyiniz. Bu şekilde 24 cümlenin her birine bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz.

| | | Kesinlikle Katılmıyorum | Katılmıyorum | Emin Değilim | Katılıyorum | Kesinlikle Katılıyorum |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|--------------|-----------------|-------------|---------------------------|
| 1 | İyileşmek istiyorum | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2 | Nasıl iyileşeceğim ya da iyi kalacağım konusunda kendime ait fikirlerim var | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3 | Hayatta ulaşmak istediğim hedeflerim var | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4 | Hedeflerime ulaşabileceğime inanıyorum | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5 | Bir yaşam amacım var | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6 | Kendimi önemsemediğim zamanlarda bile çevremdeki insanlar beni önemser | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7 | Korkularım, hayatımı istediğim şekilde yaşamamı engellemez | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8 | Hayatta başıma her ne gelirse gelsin üstesinden gelebilirim | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9 | Kendimi seviyorum | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10 | İnsanlar beni gerçekten tanısalar, severler | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11 | İdealimdeki kişi olma yolunda kendime güveniyorum | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12 | İyi şeylerin er ya da geç gerçekleşeceğine inanırım | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13 | Geleceğimden umutluyum | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14 | Kendim için yeni uğraşlar (hobiler) edinirim | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15 | Ruhsal hastalığımın belirtileri ile baş etmek artık hayatımın en önemli konusu olmaktan çıktı | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16 | Ruhsal hastalığımın belirtileri yaşamımı giderek daha az etkiliyor | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | | |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| 17 | Hastalık belirtilerimle daha iyi baş edebildiğim için hayatımda giderek daha az sorunla karşılaşıyorum | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18 | Yardım isteyeceğim zamanları bilirim | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19 | Yardım istemekten çekinmem | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20 | İhtiyacım olduğunda yardım isterim | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21 | Stresimle baş edebilirim | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22 | Çevremde güvenebileceğim insanlar var | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23 | İyileşeceğime inanmadığımda bile çevremdeki insanlar buna inanır | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24 | Çevremde beni destekleyen insanların olması önemlidir (tanıdık, arkadaş, dost) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

EK-7. Etik Kurul İzin Yazısı

Tarih: 22/02/2023 18:23
Sayı: E-16969557-030.01.04.
00002664364

00002664364

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

KURUL KARARI

| <u>OTURUM TARİHİ</u> | <u>OTURUM SAYISI</u> | <u>KARAR SAYISI</u> |
|---------------------------------|----------------------|-----------------------------------|
| 24.01.2023 | 2023/01 | 2023/01-60 |
| Araştırma Numarası : GO 22/1274 | | Değerlendirme Tarihi : 13.12.2022 |

Üniversitemiz Hemşirelik Fakültesi öğretim üyelerinden Dr. Öğr. Üyesi Melike Ayça Ay KAATSIZ'ın sorumlu araştırmacı olduğu, Fatma ALTUN'un yüksek lisans tezi olan, GO 22/1274 kayıt numaralı "*Psikotik Belirtileri Olan Hastaların, Sağlık Çalışanlarının İletişimine Yönelik Değerlendirmeleri ile İçselleştirilmiş Stigma, Benlik Saygısı ve Özne İyileşme Düzeylerinin İlişkisi*" başlıklı proje önerisi araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, idari izinlerin tamamlanması kaydıyla 01 Şubat 2023 – 01 Şubat 2024 tarihleri arasında geçerli olmak üzere etik açıdan **uygun bulunmuştur**.

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

Prof. Dr. Nüket
PAKSOY ERBAYDAR
Kurul Başkanı

Prof. Dr. Güzide Burça
AYDIN
Kurul Üyesi

Prof. Dr. Mehmet Özgür
UYANIK
Kurul Üyesi

Prof. Dr. Ayşe KİN
İŞLER
Kurul Üyesi

Prof. Dr. Sibel
PEHLİVAN
Kurul Üyesi

İZİNLİ
Prof. Dr. Burcu Balam
DOĞU
Kurul Üyesi

Prof. Dr. Tolga
YILDIRIM
Kurul Üyesi

İZİNLİ
Prof. Dr. Hande GÜNEY
DENİZ
Kurul Üyesi

Doç. Dr. Betül ÇELEBİ
SALTIK
Kurul Üyesi

Doç. Dr. Merve BATUK
Kurul Üyesi

Doç. Dr. Gülten IŞIK
KOÇ
Kurul Üyesi

Dr. Öğr. Üyesi Müge
DEMİR
Kurul Üyesi

Dr. Öğr. Üyesi Burcu
Ersöz ALAN
Kurul Üyesi

Av. Buket ÇINAR
Kurul Üyesi

Evrakın elektronik imzalı surefine <https://www.turkiye.gov.tr/hu-ebys> adresinden 7b394468-5034-4f74-9a45-f571667832fa k
Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu'na uygun olarak Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır.

EK-8. Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi İzin Yazısı

T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
H.Ü.Sağlık Hizmetleri Birimi Yönetim Kurulu Başkanlığı
Erişkin Hastanesi Başhekimliği

Tarih: 06/04/2023 17:52
Sayı: E-27043162-000-00002786752



00002786752

Sayı : E-27043162-000-00002786752
Konu : Uygulama İzni Hakkında

6.04.2023

HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

İlgi : 08/03/2023 tarihli ve E-51986023-100-00002730596 sayılı yazınız.

İlgi yazınız değerlendirilmiş olup, Fakülteniz Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Dr. Öğr. Üyesi Melike Ayça AY KAATSIZ'ın sorumlu araştırmacısı, yüksek lisans programı öğrencisi Fatma ALTUN'un yardımcı araştırmacısı olduğu "Psikotik Belirtileri Olan Hastaların, Sağlık Çalışanlarının İletişimine Yönelik Değerlendirmeleri ile İçselleştirilmiş Stigma, Benlik Saygısı ve Öznel İyileşme Düzeyinin İlişkisi" başlıklı tez çalışmasını Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda yapma talebi uygun bulunmuştur.

Bilgilerinizi saygılarımla rica ederim.

Doç. Dr. Aysun ANKAY YILBAŞ
Erişkin Hastanesi Başhekimisi V.

Ek:

- 1- Uygulama İzni Hk
- 2- Uygulaması İzni (Fatma Altun) Hk

Bu belge güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu: 97FD7E9F-CE49-4139-A8E7-85318DB6B2B1

Belge Doğrulama Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/hu-ebys>

Adres: H.Ü. Erişkin Hastanesi Başhekimliği Sıhhiye/ANKARA

Bilgi için: Nuriye YAVUZER

E-posta: Elektronik Ağ: www.hacettepe.edu.tr

Müdür Yardımcısı

Telefon: (312) 305 1101 Faks:

Telefon: i

Kep:



EK-9. Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi İzin Yazısı



T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Tarih: 15/03/2023 14:07
Sayı: E-799-00002747306



00002747306

Sayı : E-41303261-799-211392327
Konu : Fatma ALTUN (Tez Çalışması)

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi : 09.03.2023 tarihli ve E-210962192 sayılı Ankara İl Sağlık Müdürlüğü Eğitim ve Tescil Birimi Yazısı

İlgide kayıtlı yazı ile Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi yüksek lisans öğrencisi Fatma ALTUN'un Dr. Öğrt. Üyesi Melike Ayça AY KAATSIZ danışmanlığında "Psikotik Belirtileri Olan Hastaların, Sağlık Çalışanlarının İletişimine Yönelik Değerlendirmeleri ile İçselleştirilmiş Stigma, Benlik Saygısı ve Öznel İyileşme Düzeyinin İlişkisi" konulu çalışmasının uygulamasının Hastanemizde yapılmasına ilişkin talep yazısı incelenmiş olup anılan çalışmanın Kurumumuzda hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, çalışma sonucunun Bakanlığımızın bilgisi dışında ilan edilmemesi, başka bir amaçla kullanılmaması, başka makam ve kişilere verilmemesi şartıyla çalışmanın yapılması uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Dr. Öğr. Üyesi Burhan KURTULUŞ
Başhekim V.

Dağıtım:
Gereği
Hacettepe Üniversitesi Rektörlüğüne

Bilgi
Ankara İl Sağlık Müdürlüğü Evrak Birimi
(Eğitim Tescil Birimi)

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge doğrulama kodu: F31142DE-411B-48C4-9B57-CCA4DD43192C

Belge doğrulama adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys>

Ziraat Mah. Şehit Ömer Halisdemir Cad. No: 20 06110 Dışkapı/ANKARA 06110
Telefon No: 03125962000
e-Posta: [Internet Adresi: https://www.saglik.gov.tr/](https://www.saglik.gov.tr/)
Kep Adresi:

Bilgi için: Gülcan YÜKSEL
Hemşire

Telefon No:



EK-10. Aydınlatılmış Onam Formu

PSİKOTİK BELİRTİLERİ OLAN HASTALARIN, HEMŞİRELERİN İLETİŞİMİNE YÖNELİK DEĞERLENDİRMELERİNİN İÇSELLEŞTİRİLMİŞ STİGMA, BENLİK SAYGISI VE ÖZNEL İYİLEŞME DÜZEYİNE ETKİSİ İSİMLİ ÇALIŞMA İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Sevgili Katılımcı,

“Psikotik belirtileri olan hastaların, hemşirelerin iletişimine yönelik değerlendirmelerinin içselleştirilmiş stigma, benlik saygısı ve öznel iyileşme düzeyine etkisi” başlıklı bu araştırma, Hacettepe Üniversitesi Psikiyatri Hemşireliği AD Yüksek Lisans Öğrencisi Fatma ALTUN tarafından Hacettepe Üniversitesi Psikiyatri Hemşireliği AD Öğretim Üyesi Dr. Öğr. Üyesi Melike Ayça AY KAATSIZ danışmanlığında yapılmaktadır. Araştırma psikotik belirtileri olan hastaların, hemşirelerin iletişimine yönelik değerlendirmelerinin, içselleştirilmiş damgalama, benlik saygısı ve öznel iyileşme düzeyine etkisini incelemek amacıyla planlanmıştır. Sizin yanıtlarınızdan elde edilecek sonuçlarla hemşirelerin iletişiminin psikotik belirtileri olan hastalar tarafından nasıl algılandığı ve bu algının hastaların kendilerine yönelik damgalamalarına, benlik saygılarına ve öznel iyileşmelerine ne gibi etkileri olduğu belirlenecek ve bu yolla, iletişimin iyileştirici bir araç olarak kullanılmasını sağlayacak müdahale çalışmalarına katkı sağlaması 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 “bilimsel amaçlar için” kullanılacaktır. Çalışmaya katılmamayı tercih edebilirsiniz veya anketi doldururken istemezseniz son verebilirsiniz.

Anket formlarının hiçbirine adınızı ve soyadınızı yazmayınız.

Anketimiz **5 bölümden** oluşmaktadır. Toplamda **20-30 dk** zamanınızı alacağı öngörülen bu çalışmada öncelikle demografik verileri değerlendirmek için **“Hasta Bilgi Formu”** nu yanıtlamanız istenmektedir. Daha sonra **“Sağlık Bakımı İletişim Anketi”**, **“Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği”**, **“Benlik Saygısı Değerlendirme Ölçeği-Kısa Formu”** ve **“İyileşme Değerlendirme Ölçeği”** ni yanıtlayarak anketimizi bitirmiş olacaksınız. Yanıtlarınızı, soruların altında yer alan seçenekler arasından uygun olanı daire içine alarak belirtiniz.

Katılımınız için teşekkür ederiz.

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

Dr. Öğr. Üyesi Melike Ayça AY KAATSIZ
Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fak. Psikiyatri Hemşireliği AD Öğretim Üyesi
Telefon: 03123051580; Mail: m.ayca@hacettepe.edu.tr
Yüksek Lisans Öğrencisi Hemşire Fatma ALTUN
Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enst. Psikiyatri Hemş. Yüksek Lisans Programı Öğrencisi
Telefon: [03123051580](tel:03123051580); Mail: f.altun@hacettepe.edu.tr

Çalışmaya katılmayı kabul ediyorsanız aşağıdaki kutucuğu X ile işaretleyiniz.

Kabul ediyorum.

EK-11. Sağlık Bakımı İletişim Anketi Kullanım İzni

Re: Sağlık Bakım İletişim Anketi Kullanım İzni Hakkında



Can Kalkan

19.11.2022 18:02



Kime: FATMA ALTUN



SBİA ve Değerlendirme.docx
18,48 KB

Sayın Fatma ALTUN,

Sağlık Bakımı İletişim Anketi'ni çalışmanızda kullanabilirsiniz. Ekte, ölçeğin kendisini ve değerlendirme yönergesini iletiyorum. Araştırmanıza katkı sağlamaktan onur duyar, iyi çalışmalar dilerim.

Saygılarımla.

Uzm. Hem. Eren Can KALKAN

FATMA ALTUN şunları yazdı (19 Kas 2022 13:57):

Sayın Eren Can Kalkan,
Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği programında,
Dr. Öğr. Üyesi Melike Ayça Ay Kaatsız danışmanlığında yüksek lisans yapmaktayım.
Tez çalışmamda psikotik belirtileri olan hastalarda sağlık çalışanlarının iletişimini ele
almayı planlıyoruz. Bu doğrultuda, 2021 yılında geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını
yaptığımız "Sağlık Bakım İletişim Anketi'ni" izniniz dahilinde kullanmayı

EK-12. Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği Kullanım İzni

Re: Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği Kullanım İzni Hakkında



Mehmet Akif Ersoy

09:22



Kime: FATMA ALTUN



ölcek - İRHDÖ.pdf
208,47 KB

selam
ölçek ekte kolay gelsin

FATMA ALTUN · 19 Kas 2022 Cmt, 14:03 tarihinde şunu yazdı:

Sayın hocam,
Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği programında, Dr. Öğr. Üyesi Melike Ayça Ay Kaatsız danışmanlığında yüksek lisans yapmaktayım. Tez çalışmamda psikotik belirtileri olan hastaların içselleştirilmiş damgalama düzeylerini ele almayı planlıyoruz. Bu doğrultuda, 2021 yılında geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yaptığımız "Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği"ni izniniz dahilinde kullanmayı düşünüyoruz. Ölçeğin kullanım izni ile birlikte ölçeğin bir kopyasını sizden rica edebilir miyim?

Yanıtınız için şimdiden çok teşekkür ederim.
Saygılarımla,

*Hemş. Fatma ALTUN
Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek lisans öğrencisi*

*Fatma ALTUN, RN
Hacettepe University Faculty of Nursing
Psychiatric Nursing Department, Graduate Student
06100, Sıhhiye/Ankara/Turkey*

EK-13. Benlik Saygısı Değerlendirme Ölçeği-Kısa Formu Kullanım İzni**Re: Benlik Saygısı Değerlendirme Ölçeği-Kısa Formu Kullanım İzni Hakkında**

Levent Tukuş

14:56



Kime: FATMA ALTUN

Kısa ölçeği psikotik bozukluğu olan hastalarda kullanabilirsiniz Fatma Hemşirehanım.Çok saygılar sunarım

FATMA ALTUN 25 Kas 2022 Cum, 10:20 tarihinde şunu yazdı:

Sayın hocam,

Tez çalışmamda psikotik belirtileri olan hastaların benlik saygısı algılarını ele almayı planlıyoruz. Hasta grubunu Şizofreni, Şizoafektif bozukluk tanımlı hastalar oluşturacak. Bu doğrultuda, "Benlik Saygısı Değerlendirme Ölçeği-Kısa Formu" nu izniniz dahilinde kullanmayı düşünüyorum. Ölçeğin kullanım izni ile birlikte ölçeğin bir kopyasını sizden rica edebilir miyim?

Yanıtınız için şimdiden çok teşekkür ederim.
Saygılarımla,

Hemş. Fatma ALTUN

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek lisans öğrencisi

Fatma ALTUN, RN

Hacettepe University Faculty of Nursing

EK-14. İyileşme Değerlendirme Ölçeği Kullanım İzni

Re: İyileşme Değerlendirme Ölçeği Kullanım İzni Hakkında



Cansu Güler

21:55



Kime: FATMA ALTUN

Tüm ekleri [kaydet](#)



1584704388-en.pdf
148,55 KB



İYİLEŞME DEĞERLENDİRME...
17,98 KB



İYİLEŞME DEĞERLENDİRME...
125,15 KB

Merhaba Fatma Hanım,

Dr. Öğr. Üyesi Ayça Gürkan hocam ile birlikte geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yürütmüş olduğumuz İyileşme Değerlendirme Ölçeği'ni araştırmanızda kullanabilirsiniz. Ölçek ve ölçek ile ilgili bilgilerin yer aldığı kaynakları ekte gönderiyorum. Aklınıza takılan olursa sormaktan çekinmeyiniz. Çalışmanızda başarılar dilerim.

Ar. Gör. Cansu Güler

Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı
48000 Kötekli Menteşe/Muğla
Fax: 0(252) 211 1880

EK-15. Dijital Makbuz



Dijital Makbuz

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

Gönderinizin ilk sayfası aşağıda gönderilmektedir.

Gönderen: Fatma Altun
 Ödev başlığı: Fatma Altun- YL Tez
 Gönderi Başlığı: Psikotik belirtileri olan bireylerin sağlık çalışanlarının iletişi...
 Dosya adı: Fatma_tez-_21.02.docx
 Dosya boyutu: 112.53K
 Sayfa sayısı: 47
 Kelime sayısı: 12,347
 Karakter sayısı: 90,111
 Gönderim Tarihi: 22-Şub-2024 12:19ÖÖ (UTC+0300)
 Gönderim Numarası: 2300921452



EK-16. Orjinallik Raporu

Psikotik belirtileri olan bireylerin sağlık çalışanlarının iletişimine yönelik değerlendirmeleri ile içselleştirilmiş damgalanma, benlik saygısı ve öznel iyileşme düzeylerinin ilişkisi

ORJİNALLIK RAPORU

| | | | |
|-------------------|---------------------|------------|------------------|
| % 12 | % 11 | % 6 | % 5 |
| BENZERLİK ENDEKSİ | İNTERNET KAYNAKLARI | YAYINLAR | ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ |

BİRİNCİL KAYNAKLAR

| | | |
|----------|-----------------------------------------------------------------|-------------|
| 1 | acikbilim.yok.gov.tr İnternet Kaynağı | % 1 |
| 2 | acikerisim.medipol.edu.tr İnternet Kaynağı | % 1 |
| 3 | toad.halileksi.net İnternet Kaynağı | % 1 |
| 4 | dergipark.org.tr İnternet Kaynağı | <% 1 |
| 5 | burkonturizm.com İnternet Kaynağı | <% 1 |
| 6 | www.phdernegi.org İnternet Kaynağı | <% 1 |
| 7 | www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı | <% 1 |
| 8 | www.researchgate.net İnternet Kaynağı | <% 1 |

9. ÖZGEÇMİŞ

1. Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı: Fatma ALTUN