



İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

**Şizofreni Hasta Yakınlarına Uygulanan Kabul ve Kararlılık
Terapisi Temelli Psikoeğitimin Damgalanma Düzeylerine
Etkisi**

Doktora Tezi

Gamze ÇİNÇİNOĞLU

Haziran 2024



İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
PSİKIYATRİ HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

**Şizofreni Hasta Yakınlarına Uygulanan Kabul ve Kararlılık
Terapisi Temelli Psikoeğitimin Damgalanma Düzeylerine
Etkisi**

Doktora Tezi

Gamze ÇİNÇİNOĞLU

Danışman

Prof. Dr. Ayşe OKANLI

Haziran 2024

TEZ JÜRİSİ ONAYI

Gamze Çinçinoğlu tarafından hazırlanan "Şizofreni Hasta Yakınlarına Uygulanan Kabul ve Kararlılık Terapisi Temelli Psikoeğitimin Damgalanma Düzeylerine Etkisi" başlıklı bu Doktora Tezi, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı'nda hazırlanmış ve jürimiz tarafından kabul edilmiştir.

JÜRİ ÜYELERİ

İMZA

Tez Danışmanı:

Prof. Dr. Ayşe OKANLI
İstanbul Medeniyet Üniversitesi

Üyeler:

Prof. Dr. Hülya BİLGİN
İstanbul Üniversitesi

Doç. Dr. Nesrin İLHAN
İstanbul Medeniyet Üniversitesi

Doç. Dr. Sevil YILMAZ
İstanbul Üniversitesi

Dr. Öğretim Üyesi Nurten ASLAN IŞIK
İstanbul Medeniyet Üniversitesi

Tez Savunma Tarihi: 03 / 06 / 2024

BEYANLAR

Yazım ve Kaynak Gösterme Kılavuzu Beyanı

Danışmanlığımda yazılan bu tezin APA yazım ve kaynak gösterme kılavuzunda belirtilen kurallara uygun olarak yapılandırıldığı ve bu kılavuzun metin içi kaynak gösterme standartlarının bu tezde tutarlı olarak uygulandığı tarafımdan incelenerek teyit edilmiştir.

İmza

Prof. Dr. Ayşe OKANLI

Etik İlkelere Sadakat Beyanı

Hazırladığım bu tezin tamamen kendi çalışmam olduğunu, akademik ve etik kuralları gözeterek çalıştığımı ve her alıntıya kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

İmza

Gamze ÇİNÇİNOĞLU

ÖZET

Şizofreni Hasta Yakınlarına Uygulanan Kabul ve Kararlılık Terapisi Temelli Psikoeğitimin Damgalanma Düzeylerine Etkisi

ÇİNÇİNOĞLU, Gamze

Doktora Tezi, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı

Danışman: Prof. Dr. Ayşe OKANLI

Haziran 2024

Bu tez çalışması şizofreni hasta yakınlarına uygulanan kabul ve kararlılık terapisi temelli psikoeğitimin damgalanma düzeyine etkisini belirlemek amacıyla yapıldı. Araştırma, randomize kontrollü deneysel bir araştırma olarak gerçekleştirildi. Araştırma <https://clinicaltrials.gov/> adresine kayıt edilmiştir (ClinicalTrials.gov Identifier: NCT06368011).

Araştırma Nisan 2023 Temmuz 2023 tarihleri arasında Ankara'da bulunan T.C. Sağlık Bakanlığı Dr. Nafiz Körez Sincan Devlet Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde takip edilen şizofreni hastalarının yakınlarından 18 girişim 18 kontrol grubu olacak şekilde toplamda 36 birey ile gerçekleştirildi. Girişim grubuna 8 hafta süre ile kabul ve kararlılık terapisi temelli psikoeğitim uygulandı. Kontrol grubuna herhangi bir eğitim uygulanmadı. Verilerin toplanmasında; Kişisel Bilgi formu, Damgalama Ölçeği (DÖ), Şizofreni Hasta Yakınları İçin Damgalama Ölçeği (ŞHYDÖ) kullanıldı. Veri toplama araçları kabul ve kararlılık terapisi temelli psikoeğitim etkinliği öncesinde, sonrasında ve 1 ay sonrasında olmak üzere her iki gruba da üç kez uygulandı. Verilerin analizinde Ki-Kare, Fisher Exact testi, t- testi, One Way Anova testi yapıldı.

Girişim ve kontrol grubunun ön test ve son test ŞHYDÖ puanları arasında anlamlı fark bulunmadı. İzlem ölçümlerinde ise girişim grubunun ŞHYDÖ puanlarının kontrol grubuna göre anlamlı olarak azalma gösterdiği saptandı ($p<0,05$). Girişim ve kontrol grubundaki hasta yakınlarının ön test DÖ puanları arasında anlamlı olarak fark bulunmadı. Girişim grubunun etiketleme alt boyutu dışında DÖ ön test puanları son test ve izlem ölçümlerinde anlamlı olarak azalma gösterdi ($p<0,05$).

Sonuç olarak, şizofreni tanılı hastaların yakınlarına uygulanan Kabul ve Kararlılık Terapisi (ACT) temelli psikoeğitimin damgalanma düzeylerini düşürdüğü belirlendi. Çalışma, ACT'in şizofreni ailelerinde damgalanma ile başa çıkmada etkili bir yöntem olduğunu göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Kabul ve kararlılık terapisi, şizofreni, aile, damgalama, hemşirelik

ABSTRACT

The Effect of Acceptance and Commitment Therapy-Based Psychoeducation on Stigmatization Levels of Schizophrenia Patient Relatives

CINCINOGLU, Gamze

Ph. D. Thesis, Department of Psychiatric Nursing

Supervisor: Prof. Dr. Ayşe OKANLI

June 2024

This thesis study was conducted to determine the effect of acceptance and commitment therapy-based psychoeducation on the stigmatization level of relatives of schizophrenia patients. The study was conducted as a randomized controlled experimental research with pretest-posttest, follow-up measurement, experimental and control groups. The study was registered at <https://clinicaltrials.gov/> (ClinicalTrials.gov Identifier: NCT06368011).

The study was conducted between April 2023 and July 2023 with a total of 36 individuals, including 18 intervention and 18 control groups, from the relatives of schizophrenia patients who were followed up at the Ministry of Health Dr. Nafiz Körez Sincan State Hospital Community Mental Health Center in Ankara, Turkey. The intervention group received acceptance and commitment therapy-based psychoeducation for 8 weeks. No education was applied to the control group. Personal Information Form, Stigmatization Scale (SS), Stigmatization Scale for Relatives of Patients with Schizophrenia (SSRS) were used for data collection. Data collection tools were administered to both groups three times: before, after and one month after the psychoeducation activity based on acceptance and commitment therapy. Chi-Square, Fisher Exact test, t-test, One Way Anova test were used to analyze the data.

There was no significant difference between the pre-test and post-test scores of the intervention and control groups. In the follow-up measurements, it was found that the scores of the intervention group showed a significant decrease compared to the control group ($p<0.05$). There was no significant difference between the pre-test DS scores of the relatives of the patients in the intervention and control groups. Except for the labeling subscale, the pretest scores of the intervention group showed a significant decrease in the posttest and follow-up measurements ($p<0.05$).

As a result, it was determined that Acceptance and Commitment Therapy (ACT)-based psychoeducation applied to the relatives of patients diagnosed with schizophrenia reduced their stigmatization levels. The study shows that ACT is an effective method for dealing with stigmatization in schizophrenia families.

Keywords: Acceptance and commitment therapy, schizophrenia, family, stigma, nursing

Canım kızım Neva'ya ithaf ediyorum...

TEŞEKKÜR

Doktora eğitimime başladığım günden itibaren her koşul ve durumda ilgi ve desteğini esirgemeyen, tez çalışmamın her aşamasında desteği ve gösterdiği anlayışın yanı sıra bu çalışmamdan dikkate değer sonuçlar elde edebilmem adına titizlikle ilgilenen, hayata bakış açımı geliştiren, kişisel ve akademik özelliklerini örnek aldığım, akademik kariyerin yanı sıra anlayışı, hakkaniyeti ve insana verdiği değer ile beni her daim doğruya ve iyiye yönlendiren, 6 Şubat depremleri sonrasında beni hiç yalnız bırakmayan, varlığını her daim yüreğimde hissettiğim çok kıymetli Hocam ve Danışmanım Prof. Dr. Ayşe OKANLI'ya

Tez izleme Komitesinde yer alarak bilimsel bilgi ve deneyimleri ile bu çalışmanın yürütülmesinde katkıları olan kıymetli hocalarım Doç. Dr. Nesrin İlhan, Doç. Dr. Emine YILMAZ'a

Doktora eğitimim boyunca bilgi ve deneyimleri ile akademik gelişimime ışık tutan ve katkıda bulunan değerli hocalarım Prof. Dr. Aynur AYTEKİN ÖZDEMİR, Prof. Dr. Ayşe ÇİL, Dr. Öğr. Üyesi Hacer ATAMAN, Dr. Öğr. Üyesi Cemile SAVCI'ya,

Doktora eğitimimin bana kazandırdığı değerli doktora arkadaşlarım Esra Bekircan, Vesile Adıgüzel, Kübra Tan' a

Çalışmaya katılmayı kabul eden ve benden yaşantılarını esirgemeyen çalışma süresince güldüğümüz, bolca dertleştığımız, sevgili aile üyelerine,

Çalışmanın ortaya çıkmasında benden deneyimlerini esirgemeyen Dr. Nafiz Körez Sincan Devlet Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezi çalışanlarına,

Hayattaki en büyük şansım olduğuna inandığım, en zor zamanlarında elimi bırakmayan, kolumdan tutup kaldıran, hayatımın her anında beni anlayan dinleyen en büyük destekçim iyi ki hayatımda olan canım eşim Mehmet'e, bana annelik gibi muhteşem duyguyu yaşatan, canım kızım Neva'ya ve bana her koşulda destek olan tüm aileme sonsuz teşekkür ederim...

Gamze ÇİNÇİNOĞLU

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	II
ABSTRACT	III
İÇİNDEKİLER.....	VI
TABLolar LİSTESİ.....	VIII
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	IX
KISALTMALAR VE SİMGELER.....	X
1.GİRİŞ.....	1
2.GENEL BİLGİLER	5
2.1. Şizofreninin Tanımı.....	5
2.2. Şizofreni Tanı ve Sınıflandırma DSM V.....	6
2.3. Şizofreni ve Aile.....	7
2.4. Damgalamanın Tanımı	8
2.5. Damgalamanın Bireyler Üzerindeki Etkileri.....	10
2.6. Damgalama türleri.....	11
2.6.1. Yapısal/kamusal damgalama	11
2.6.2. Sosyal damgalama (Toplum Damgası).....	12
2.6.3. İçselleştirilmiş damgalama.....	13
2.7. Damgalamanın Ruh Sağlığı Açısından Önemi	15
2.8. Ruhsal Hastalıkların Damgalanmasına Etki Eden Faktörler.....	15
2.8.1. Sosyo-Demografik Değişkenler.....	16
2.8.2. Kültür	17
2.8.3. Hastalığın Türü ve Bilgi Durumu	18
2.8.4. Dinî İnançlar ve Dindarlık	19
2.9. Şizofrenide Hemşirelik Bakımı.....	19
2.10. Damgalanmayı Önlemede Psikiyatri Hemşiresinin Rolü.....	21
2.11. Şizofreni Hastalarının Ailelerinde Damgalanma ve Damgalama ile Mücadele	23
2.12. Kabul ve Kararlılık Terapisi.....	25
2.12.1. Kabul ve Kararlılık Terapisinin Bileşenleri.....	31
3.GEREÇ VE YÖNTEM	36
3.1. Araştırmanın Amacı ve Türü.....	36
3.1.1. Araştırmanın Hipotezleri	36
3.1.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	36
3.1.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	36

3.1.4. Araştırmaya dahil edilme kriterleri	37
3.1.5. Araştırmadan çıkarılma kriterleri.....	37
3.2. Girişim ve Kontrol Grubunun Belirlenmesi.....	37
3.3. Veri Toplama Araçları.....	38
3.3.1. Kişisel Bilgi Formu (Ek-5)	38
3.3.2. Şizofreni Hastalarının Yakınları İçin Damgalama Ölçeği (ŞHYDÖ) (Ek-6)	38
3.3.4. Psikoeğitim Sonrası Değerlendirme Formu (Ek-8)	39
3.4. Verilerin Toplanması.....	39
3.4.1. Psikiyatri Hemşireliği Girişimi	42
3.4.2. Girişim Grubuna Uygulanan Psikiyatri Hemşireliği Girişimi	42
3.4.3. ACT Temelli Psikoeğitim Programının Geliştirilmesi	42
3.4.4. Psikoeğitimin Amaçları	42
3.5. Araştırmanın Sınırlılığı ve Genellebilirliği	43
3.6. Araştırmanın Değişkenleri	43
3.7. Verilerin İstatistiksel Analizi	43
3.8. Araştırmanın Etik Yönü:	44
4.BULGULAR	45
5.TARTIŞMA	54
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	59
KAYNAKÇA	61
Ek 1: Etik Kurul Onay Formu	74
Ek 2: Kurum İzni.....	75
Ek 3: Kabul ve Kararlılık Terapisi (ACT) Temel Eğitimi Katılım Belgesi	76
Ek 4: Ölçek Kullanım İzni	77
Ek 5: Kişisel Bilgi Formu.....	78
Ek 6: Şizofreni Hastalarının Yakınları İçin Damgalanma Ölçeği (ŞHYDÖ)	79
Ek 7: Damgalama Ölçeği	80
Ek 8: PSİKOEĞİTİM DEĞERLENDİRME FORMU.....	81
Ek 9: Kabul ve Kararlılık Terapisi (ACT) Temelli Psikoeğitim Program	82
Ek 10: Araştırmacının Deneyimi.....	85
Ek 11: ÖZGEÇMİŞ	86

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1. Hasta Yakınlarının Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı	45
Tablo 2. Girişim ve Kontrol Grubunun Şizofreni Hasta Yakınları İçin Damgalanma Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	47
Tablo 3. Girişim ve Kontrol Grubunun Damgalama Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	50
Tablo 4. Psikoeğitim Değerlendirmelere Göre Dağılım	53

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. ACT'nin psikolojik süreçlerinin hexaflex modeli	32
Şekil 2. Araştırmanın Girişim ve Kontrol Grubu Consort Akış Şeması	41

KISALTMALAR VE SİMGELER

ACT: Kabul ve Kararlılık Terapisi

BDT: Bilişsel Davranışçı Terapi

DÖ: Damgalama Ölçeği

İB : İşlevsel Bağlamsalcılık - Functional Contextualism

RFT: Relational Frame Theory (İlişkisel Çerçeve Kuramı)

SS: Stigmatization Scale

SSRS: Stigmatization Scale for Relatives of Patients with Schizophrenia

ŞHYİDÖ: Şizofreni Hasta Yakınları İçin Damgalama Ölçeği

TRSM: Toplum Ruh Sağlığı Merkezi

1. GİRİŞ

Günümüz modern dünyasında hızla artış gösteren ruh sağlığı sorunlarından biri şizofrenidir. Şizofreni dünya çapında yaklaşık 24 milyon kişiyi yani her 300 kişiden 1'ini (% 0,32) etkilemektedir. Şizofreni algılama, düşünme, duygular, iletişim, davranış ve benlik algısındaki bozulmalarla karakterize bir hastalıktır. Ayrıca şizofreni kişisel, ailevi, sosyal, eğitimsel ve mesleki işlevsellik dahil olmak üzere bireyin yaşamının tüm alanlarını etkileyebilmektedir. Şizofreni hastalarında insan hakları ihlali, ayrımcılık ve damgalama çok yaygındır (Vigo et al., 2016; WHO, 2022). Toplumumuzda fiziksel rahatsızlıklar (şeker, tansiyon vb) hastalık olarak kabul edilirken ruhsal bozukluklar hastalık olarak kabul görmemektedir (Taşkın, 2007). Bu nedenle toplum içerisinde ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik yapılan tanımlamalar önyargıya bağlı olarak değişiklik göstermektedir (Overton & Medina, 2008).

Damgalama ile damgalanan birey ya da grubun farklı olduğu vurgulanır. Bu farklılık sebebiyle de damgalanmış bireylere olumsuz özellikler atfedilir. Damgalamanın temelinde önyargı ve olumsuz inançlar yer almaktadır (Çam & Bilge, 2007). Önyargı ve olumsuz inançlar sebebiyle damgalama gerçekleşir ve damgalamanın sonucunda da ayrımcılık görülür (Bilge ve Çam, 2010). Pek çok durum ve olguda damgalama görülse de erken çağlardan beri en fazla ayrımcılık ve damgalamaya maruz kalan kesim ruhsal hastalığa sahip olan bireylerdir (Taşkın, 2007). Şizofreniye yönelik ayrımcılık ve damgalama evrensel bir sorundur. Fakat bu sorun sadece şizofreni hastalarını değil, beraberinde hastaların aile üyelerini de olumsuz olarak etkilemektedir. (Corrigan, et al., 2004; Park & Park, 2014). Toplum bu önyargılı ve ayrımcı bakış açısını sadece hasta bireye değil aynı zaman da ebeveyn, eş, kardeş ve arkadaş gibi hasta ile ilişkisi olan diğer bireylere de yöneltmektedir. Böylece ruhsal hastalıkların hasta bireyin kendisi kadar hastanın ailesini de etkilediği bilinmektedir (Köroğlu & Hocaoglu, 2019).

Ailelerin yaşadığı damgalanma deneyimi yaşamı tüm yönleriyle etkileyen kompleks bir deneyimdir. Toplumumuz ruhsal hastalığı olan bireylerin ailelerinin, alışılmışın dışında olduklarını, aile üyelerinin de ruhsal hastalıktan etkilendiğini ve aile içinde problemlili davranışların olduğunu düşünmektedir. Aile üyeleri damgalanma deneyiminin sonucu olarak duygusal boyutta korku, utanç, değersizlik, endişe, hayal kırıklığı, yalnızlık, çaresizlik, umutsuzluk, suçluluk ve üzüntü gibi duygular deneyimlemektedirler. Sosyal boyutta ise aile üyeleri sosyal ilişkilerden kaçınma, sosyal destek sistemlerinin

kısıtlanması, hastalığı gizleme, görmezden gelinme, izolasyon yaşamaktadırlar (González-Torres et al., 2007; Sarıkoç vd., 2015; Krupchanka et al., 2016; Rezayat et al., 2019). Bu nedenle aile üyeleri için damgalanma; suçlanma, diğerlerinin kaçınıcı yaklaşımları ve eleştirel yorumlar, psikolojik distres, sosyal içe kapanma ve umutsuzlukla sonuçlanmaktadır (Koschorke et al., 2017). Utanç duygusu ise aile üyelerinin hastalığı kabulünü olumsuz etkilemektedir (Paul & Nadkarni, 2017). Bu nedenle damgalamanın aile üzerindeki etkisinin azaltılması önemlidir.

Ruhsal hastalığa yönelik olan damgalanma sebepleri arasında şu etkenler tanımlanmıştır. Birincisi, dışarıda bırakma ve korku; ruhsal hastalığı olan bireylerden korkulmalıdır ve bu sebeple toplumun dışında tutulmalıdırlar. İkincisi, otoriterlik; ruhsal hastalığı olan bireyler sorumsuzdur, bu sebeple kararlar diğerleri tarafından verilmelidir. Üçüncüsü, yardımseverlik; şiddetli ruhsal hastalığı olan kişiler çocuk gibidirler ve bakıma ihtiyaçları vardır. Ruhsal hastalığı olan bireyler ve aileleri hastalıklarının nedeni için sorumlu olarak görülmektedir. Sonuç olarak bu tutumlar ayrımcı davranışlara öncülük etmektedir (Rüsch et al., 2005). Bir kültüre ait bu tür yaygın klişeler bir kez öğrenildikten sonra unutulmadığı bilinmektedir (Devine, 1989). Bu inançlardan ve düşüncelerden kurtulmaya yönelik doğrudan çabalar, bu düşüncelerde paradoksal artışlarla sonuçlanabilmektedir (Wenzlaff & Wegner, 2000). Bu, belirli basmakalıp düşünce ve inançları doğrudan ortadan kaldırmaya çalışmak daha az verimli olabilmektedir. Bunun yerine ise; bu duygu ve düşüncelerin sıklığı ya da içeriği değiştirmenin daha etkili bir strateji olabileceğini düşündürmektedir (Rüsch et al., 2005).

Bugüne kadar yapılan damgalama müdahale araştırmaları, büyük ölçüde, eğitim, olumlu teması teşvik etme ya da damgalamayı protesto etme gibi müdahaleler ile damgalamayı azaltmaya odaklanmıştır (Corrigan & Penn 1999). Damgalanmayı uzun vade de azaltmanın etkili bir biçimi olarak eğitim ya da protesto kullanımını destekleyen az kanıt vardır (Langer et al., 1976; Macrae et al., 1994). En güçlü kanıt, damgalayıcılar ile damgalananlar arasında olumlu bağlamda bireysel bir temas kurmaya odaklanan müdahaleler olarak bulunmuştur (Link et al., 2002; Couture et al., 2006).

Üçüncü dalga olarak adlandırılan davranışçı terapilerin içerisinde kabul edilen Kabul ve Kararlılık Terapisi, temel amacı danışanların sürekli iyi hissetmeye çabalararak değil, değer doğrultusunda yaşam sürdürmeleri noktasında onlara yardımcı olmaya dayanan

bir psikoterapidir. Kabul ve Kararlılık Terapisi, farkındalık ve kabulle beraber bunların ardından değişim için harekete geçmeyi de önemsemektedir (Yavuz, 2015; Hayes et al., 2011). Farkındalık ve kabullenme stratejileri, duygular, düşünceler ve eylemler arasındaki ilişkiyi değiştirmenin bir yolunu sağlar. Kabul ve Kararlılık Terapisi ACT, sorunlu duygu ve düşüncelerin kendilerini değiştirme girişimlerinden ziyade duygu, düşünceler ve davranış arasındaki ilişkiye odaklanmaktadır (Hayes et al., 1999; Hayes et al., 2004).

Şizofreni hastalarının aile üyelerinin üzerindeki damgalamanın etkisinin azaltılması önemlidir. Damgalamaya ile mücadelede uygulamayı seçtiğimiz yol olan ACT'de hasta yakınlarına, düşünme şekillerini değiştirmeye çalışmak yerine düşüncelerini dikkatli bir şekilde izlemeleri ve duygularını tam olarak hissetmeleri ve ardından onları değerli yönleri taşıyacak açık eylemlere odaklanmaları öğretilir (Hayes et al., 2006).

Türkiye’de hemşirelik alanında şizofreni ailelerinde damgalama ile ilgili çalışmalara bakıldığında ACT tekniğinin kullanıldığı bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu durum bu çalışmanın özgün yönünü ortaya koymaktadır. Psikiyatri hemşireleri damgalama ile ilgili psikoeğitim verirken ACT’den yararlanabilirler. Hemşireler şizofreni aile üyelerine ACT temelli müdahaleler uygulayarak bu kişilerin damgalanma düzeylerini azaltabilir ve bu kişilerin kendilerini daha değerli hissetmelerini sağlayabilirler. Hastaların ailelerinin damgalanma sürecinde desteklenmesi ve normal yaşantılarına devam edebilmesi için ACT’in kabul ve kendinelik yaklaşımlarını kullanarak, damgalanmaya bağlı olarak ortaya çıkan bireylerin can sıkıcı düşünceler, hoş gitmeyen duygular, acı verici hatıralar ya da rahatsız edici deneyimler arasındaki ilişki değiştirilebilir. Hasta yakınları ile bireysel ya da grup halinde ACT temelli psikoeğitimin; bireylere acı veren düşünce ve duyguların birey üzerindeki etkisini azaltılarak damgalanma ile başa çıkabilme becerisi kazandırılabilceği öngörülmektedir.

AMAÇ

Bu tez çalışması şizofreni hasta yakınlarına uygulanan kabul ve kararlılık terapisi temelli psikoeğitimin damgalanma düzeyine etkisini belirlemek amacıyla yapıldı.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Şizofreninin Tanımı

Şizofreni, etiyolojisi bilinmeyen, sıklıkla genç yaşta başlayan, yıkıcı psikopatolojik etkileri olan, ruhsal durumun tüm alanlarında semptomlar gösteren, prognozu hastalar arasında değişen ciddi bir ruhsal hastalıktır (Sadock et al.; 2016). Genetik veya çevresel faktörlerin ya da her ikisinin neden olduğu beyin gelişimindeki bozulmalardan kaynaklanan, duygudurum, biliş, algı ve davranışı etkileyen farklı etkileri olabilen psikiyatrik bir hastalıktır (Binbay, 2010). Şizofreni; kişinin günlük yaşamının bozulduğu, algılama ve yorumlama yeteneğine yabancılaştığına, kendi dünyasına kapandığına inandığı, belirgin engellerin olduğu psikotik bir hastalıktır. (Çam & Engin, 2020).

Şizofreninin gelişimi dört aşamaya ayrılır: hastalık öncesi dönem, ilk semptom dönemi (prodromal dönem), aktif psikotik dönem (şizofreni) ve rezidüel dönem. Şizofreni belirtilerinin görüldüğü dönem aktif psikotik dönem iken, rezidüel dönem ise negatif belirtilerin devam ettiği, akut belirtilerin olmadığı veya önemsiz olduğu, alevlenmelerin meydana geldiği dönemdir (Ofraz & Yıldırım, 2020). Şizofreni en sık görülen ruhsal bozukluklardan biri olmasına rağmen hastalığın doğası belirsizdir. Bu nedenle sendrom ya da şizofreni spektrumu olarak adlandırılmaktadır. Hastalığın en iyi bilinen semptomları uzun yıllardan beri anlatılmaktadır (Sadock & Sadock, 2016).

Şizofreni erken yaşta başlayan, bireyin gerçeklerden ve kişilerarası ilişkilerden uzaklaşarak, içine kapandığı, duyuş, düşünüş ve davranışlarda önemli bozuklukların görüldüğü, tüm yaşam boyu süren, kişiyi ve aynı zamanda ailesini olumsuz yönde etkileyen, sık sık hastane yatışına sebep olan ve kişinin yaşam kalitesinde ciddi sorunlara yol açan kronik ağır bir rahatsızlıktır (Öztürk & Uluşahin, 2015). Şizofreni, birçok ruhsal belirtileri içermesi sebebiyle psikiyatride en çok dikkat çeken hastalıklardan biri olarak önemini korumaktadır (Köroğlu & Güleç, 2007). Yapılan araştırmalar şizofreni hastalığının beyinde kimyasal ve yapısal değişikliklere yol açtığını göstermektedir. Hastalık her bireyde farklı semptomlar ile kendini göstermekte, bir diğer deyişle şizofreni hastalığının kişiye özgü belirtileri olduğu bilinmektedir (Öztürk & Uluşahin, 2015).

Şizofreni hastalığı, ergenlik dönemi ya da genç yetişkinlikte başlayıp ve hastanın profesyonel ve sosyal hayatını büyük ölçüde etkilemektedir (Mahmoud & Zaki, 2015). Şizofreni hastalığının erkeklerde daha sık görüldüğü bildirilmiştir (Orrico-Sánchez et al.,

2020). Araştırmalara göre ilk belirtilerin erkeklerde kadınlara göre daha erken yaşlarda başladığı bulunmuş olup kadınlarda 25-35 yaş, erkeklerde ise 15-25 yaş aralığında en sık görülmektedir (Townsend, 2016; Öztürk & Uluşahin, 2018; Summakoglu & Ertugrul, 2018). Her sosyoekonomik düzeydeki kişilerde ve her toplumda şizofreni görülebilmektedir. Yapılan araştırmalara göre bekar olan kişilerde ve sosyoekonomik düzeyini düşük olan toplumlarda daha sık görüldüğü belirtilmiştir (Koroğlu, 2013; Öztürk ve Uluşahin, 2015; Summakoglu ve Ertugrul, 2018).

Şizofreni hastalığının nedeni yüzyıla aşkın süredir pek çok çalışma yapılmasına ve birkaç risk faktörü bulunmasına rağmen hala tam olarak belirlenememiştir. Bununla beraber stresli olaylar ve genetik etkenlerin hastalığın ortaya çıkmasında rol oynadığına inanılan yaygın düşünceler arasındadır (Patel et al., 2014; Turan, 2016; Summakoglu ve Ertugrul, 2018). Uzmanlar tarafından şizofreni hastalığının tek bir nedene bağlı olmadığı; aksine psikososyal stres, genetik yatkınlık, fizyolojik ve çevresel faktörler, biyokimyasal fonksiyon bozukluğu, düşük doğum ağırlığı ve anormal fetal gelişimi, gestasyonel diyabet, D vitamini eksikliği, preeklamsi, maternal yetersiz beslenme ve aşırı stres gibi birçok nedene bağlı olarak ortaya çıkan bir hastalık olduğu düşünülmektedir (Patel et al., 2014; Davis et al., 2016; Townsend, 2016; Öztürk & Uluşahin, 2015).

2.2. Şizofreni Tanı ve Sınıflandırma DSM V

Şizofrenide yaygın olarak kullanılan tanı ölçütü olan DSM V kriterleri aşağıda gösterilmiştir.

A. Aşağıdaki belirtilerden ikisinden (ya da daha çoğundan) her biri, bir aylık (ya da başarıyla tedavi edilmişse daha kısa) bir sürenin önemli bölümünde bulunur.

Bunlardan en az birinin (1), (2) ya da (3) olması gerekir.

1. Hezeyanlar
2. Halüsinasyonlar
3. Dezorganize konuşma
4. Dezorganize veya katatonik davranış
5. Negatif belirtiler

B. Bozukluğun başlangıcından beri geçen zamanın önemli bir kesiminde; mesleki, kişiler

arası ilişkiler ya da öz bakım gibi, bir ya da birden çok ana alanda işlevselliğin bozulmasıdır.

C. Bu bozukluğun süregiden belirtileri en az altı ay sürmesi ve bu sürede A tanı ölçütünü karşılayan en az bir aylık belirtileri içermelidir.

Şizoduygulanımsal (şizoaffektif) bozukluk ya da psikotik özelliklere sahip olan depresif veya bipolar bozukluk dışlanmalıdır. Çünkü;

1. Açık evre belirtileriyle eşzamanlı olarak majör depresyon ya da mani dönemleri ortaya çıkmamıştır ya da

2. Açık evre belirtilerinin olduğu sırada duygudurum dönemleri ortaya çıkmışsa bile, bunlar hastalığın açık ve artakalan dönemlerinin toplam süresinin az bir kesiminde bulunmuştur.

D. Rahatsızlık, bir maddenin veya başka bir tıbbi durumun etkilerinden kaynaklanmamalıdır.

E. Otizm spektrum bozukluğu öyküsü veya iletişim bozukluğu öyküsü varsa şizofreni tanısı sadece diğer belirtilerle birlikte en az bir ay boyunca belirgin sanrılar veya halüsinasyonlar bulunması durumunda konulur (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014).

2.3. Şizofreni ve Aile

Ülkemizde şizofreni hastalarının çoğu ailesinin yanında yaşamaktadır (Yıldız vd., 2012). Aile üyeleri yakınlarının şizofreni hastası olduğunu öğrendiklerinde sarsıcı duygular yaşamaktadırlar. Endişe, üzüntü, utanç, korku, suçluluk, kızgınlık gibi duyguların yanı sıra ailelerde şizofreni hastalığını kabullenememe durumu ile birlikte depresyon, kilo kaybı, uykusuzluk, depresyon, gibi sağlık sorunları sıklıkla görülmektedir (Yiğit & Yiğit, 2019).

Şizofrenide, aile üyeleri hastalarının beklentilerini tam olarak bilmediklerinden dolayı kendilerini çaresiz ya da kaygılı hissedebilmektedirler. Aile üyelerinin iyileşmesi konusunda hastalarına yardım edemeyecekleri ya da hastanın iyileşmeyeceği düşüncesi ile çaresizlik duyguları artış göstermektedir. Aileler bu olumsuz duygular nedeniyle kendilerini suçlayabilmektedirler. Bununla beraber, hasta yakınları ve hastalar utanç duyabilir ya da küçük düşmüş hissedebilir ve kendilerini sosyal olarak çevrelerinden izole edebilmektedirler (Moxon & Ronan, 2008).

Ruhsal hastalıklarda duygu, düşünce ve davranışlardaki bozukluk hasta bireyler kadar aileyi de etkilemektedir (Köroğlu & Hocaoglu, 2019). Şizofreni hastasına sahip olan ailelerin yaşadığı güçlükler iki ayrı grupta toplanabilir: Birinci gruptaki güçlükler; hastalarda sosyal

içe çekilme, ilgi azalması, kişiler arası ilişkilerinin sınırlılığıyla ilişkilidir. Diğer gruptaki güçlükler ise hastalar bireylerin baskılanamayan bozuk davranışlarıyla ilgilidir. Yaşanan bu güçlükler ailelerde depresyon, suçluluk, utanma, sıkıntı, toplumsal ilişkilerde azalma, korku, ekonomik güçlükler ve tükenmişlik duygusuna neden olabilmektedir (Kavanagh, 1992).

2.4. Damgalamanın Tanımı

Damga (stigma), "damgalamak" fiilinden türetilen eylem verileridir. Damgalanma kavramı, damgalanan fiilin fiili sürecinden türetilen isimdir (Sevim, 2018). Damgalama kişinin kendi üzerinde bıraktığı bir iz, bir yara izi, kişisel bir leke, ahlaki bir aşağılamadır vb. Markalaşma kavramı ilk olarak köleleri ve serserileri kesici aletler kullanarak vücutlarına noktalı kalıcı işaretler koyarak toplumun diğer sınıflarından ayırmak için kullanılmıştır (Thornicroft, 2014). Öte yandan Goffman, bu işaretleri ilk kullananların Yunanlılar olduğunu, bu işaretleri kendi ahlaki statüleriyle bağdaşmayan özellikleri ortaya çıkarmak için kullandıklarına ve insanları kötü insan olarak değerlendirdiklerine inandıklarını söylüyor (Thornicroft, 2014).

Goffman, *Notes on Identity Management for Impaired Identities* adlı kitabında damgalama teorisinin sabit bir nitelik olmadığını, bir ilişki olarak görüldüğünü belirtmektedir. Goffman, damgalanmanın oluşabilmesi için normal ve anormal anlamların verilmesi gerektiğini vurguladı. Yine Goffman'a göre kişide var olan niteliklerin bir "damgaya" dönüştürülmesi durumu, karşıdaki kişinin kimliğinin ve özelliklerinin bizim zihinlerimiz ve beklentilerimizle uyumsuz olması anlamına gelir. Başka bir deyişle damgalama; sıfatlar ile yaygın olarak benimsenen fikirler arasındaki ilişkinin nasıl ortaya çıktığıdır (Goffman, 2020). Damgalama, sosyal yaşamda insanlara utanç verici inançları açıkça aktaran ve uygulayan mesajların ürünü gibi görünmektedir. Utanç, diğer şeylerin yanı sıra bir iletişim biçimi olarak da tanımlanmaktadır (Hekimoğlu Tunç, 2021).

Toplumsal yaşamda kendine yer bulanlar, insanları bölmenin kendi sıradan yollarını geliştirirler. Yani en basit tabirle birileri birilerini sınıflandırıyor. Bu durumda başkalarını etiketlemek, kısacası sosyal kimliklerinde damgalamak kaçınılmazdır. Toplumsal yaşamda damgalanma; din, dil, ırk, mezhep, ideoloji, siyasi ideoloji vb. nedenle kişi veya gruplara yönelik ayrımcılığı ifade etmektedir. Bu gibi nedenlerle ötekileştirmeyi ya da ayırtırmayı tercih ediyor. Buna ek olarak, başkalarının anlayış eksikliğinden dolayı da damgalanma ortaya çıkabilir. Damgalanmanın en büyük nedeni stereotipler ya da toplumsal önyargılardır (Demir, 2019).

Damgalamaya maruz kalan bir kişinin yaşamına ve kendilerini anlamlandırma noktasında nasıl bir etkisinin olduğunu söylemek oldukça güçtür. Bununla birlikte damgalamaya maruz kalan veya kalacakların kimliklerinin yeniden değişimi oldukça güç olup zaman alacaktır (Turgut, 2021). Modern olarak damgalama, toplumsal yaşam içerisinde kimilerini tanımlamak, değersizleştirmek veya toplumun geri kalan kesimlerinden onları ayırt etmek için kullanılmaktadır. Dolayısıyla damgalama, sosyal hayatın sosyal bir pratiği olmaktadır. Damgalama kendi iç dinamikleri içerisinde olumsuzluklara neden olan negatif bir tutumu barındırmaktadır (Sezgin vd., 2020).

Coleman'a (1986) göre damgalama, bir dizi yapılar üzerinden gerçekleşen ve toplumun sosyal ilişkilerini yansıtan bir durumdur. Ayrıca tarihsel dönemler içerisinde baskın grupların azınlıklar üzerinde kurmuş olduğu egemenliklerle ilgili olarak damgalamanın gerçekleştiğini ifade eden Coleman, damgalamanın bilişsel ve fiziksel davranışları etkilediğini söylemektedir. Tüm bunlarla ilgili damgalamanın istenmeyen davranışlara eşdeğer bir görüntüsünün olduğunu ise ayrıca vurgulamaktadır. Farklı bir şekilde damgalama, kişilerin duygularında farklılıkları beraberinde getirmektedir ki duygu farklılıkları ilerleyen aşamada tıbbi müdahalelere neden olmaktadır (Whitehead vd., 2001).

Damgalamayı önyargılar ve olumsuz inançlar oluşturmaktadır. Kişiler çocukluk döneminden itibaren çevresini ve ailesini gözlemleyerek, olaylara karşı bakış açısı geliştirerek değer yargılarını şekillendirmektedir (Yaman & Güngör, 2013). Çocukluk döneminden itibaren gözlemlenilen davranış, söz ve yargılamalar, ön yargıların benimsenmesini kolaylaştırmaktadır (Özmen & Erdem, 2018). Yetişkinlik dönemine gelindiğinde ise yaşanan olaylara ve kişilere karşı farkında olmadan önyargılar edinilmektedir (Yaman & Güngör, 2013).

Damgalanma, kişilerin kendisini önemsiz hissetmesine sebep olmaktadır. Damgalamanın kişilerin benlik saygısını ve sosyal kabulünü azalttığı, kişilerarası ilişkilerini sınırlandırmasına sebep olduğu bildirilmektedir. Damgalamanın kişilerin profesyonel destek almasına engel olarak, yalnızlığa ve kendine zarar vermesine sebep olabilecek rahatsızlıkların sürecini uzattığı ve intihar girişimlerini arttırdığı bilinmektedir (Pitakchinnapong & Rhein, 2019). Damgalamanın, bireylerin hayat standartlarını iyileştirecek olanaklar, gelir kaybı, iş bulmakta zorluk, tedaviye uyum sorunları gibi birden fazla kişisel değer duyguları açısından olumsuz etkileri olduğu bilinmektedir (Corrigan et al., 2013).

Kişiler birden çok sebeple damgalanmaya maruz kalabilmektedir. Tüberküloz, kanser, cinsel

yolla bulaşan hastalıklar, lepra, epilepsi, AIDS, alkol ve ilaç bağımlılıkları, damgalanmaya maruz kalan bazı hastalıklardan olup, damgalamanın en çok etkilediği gruplardan biri de psikiyatrik hastalıklardır (Ersoy & Varan, 2007; Çam & Çuhadar, 2011). Kişiler, cinsiyet, deri rengi gibi doğuştan gelen özellikleri, ideoloji, etnik köken, kıyafet, inançlar, gibi sosyokültürel konumları sebebiyle de damgalanmaya maruz kalabilmektedir (Özmen & Erdem, 2018).

2.5. Damgalamanın Bireyler Üzerindeki Etkileri

Damgalamayı ve bireyler üzerindeki etkisini anlamak için insanların deneyimlerini anlamak gerekli olsa da birçok faktör damgalanmaya katkıda bulunabilir. Bu faktörler arasında kültürel nedenler, düşük eğitim düzeyi ve kişisel yaklaşımlar yer almaktadır. Öte yandan her gün yeni teknolojik gelişmeler yaşanmakta, iletişim ağlarının kapladığı dünyada insanların her an yeni uyarı ve görüntülerle karşılaşmasına olanak sağlanmaktadır. Verilerin birden fazla iletişim aracından gelmesi nedeniyle kaygı, insanları her zamankinden daha fazla kategorize etmeye ve ayrımcılığa sevk etmektedir (Yaman & Güngör, 2013).

Damgalama, kişisel utanmaya neden olan bir olaydır. Sosyal izolasyon, yaşam şansının azalmasına ve destek aramaktan kaçınmaya yol açabilir. Ayrıca toplumda ciddi bir sosyal uyum eksikliği olarak tanımlanan olumsuz tutumlar, damgalama ve ayrımcılık da yaygındır. Damgalama ve damgalayıcı inançlar, her düzeyde ruhsal hastalığın tedavisinin önünde önemli engeller oluşturur. Damgalanma hastanın özgürlüğünü veya engelliliğini belirler (Çam & Çuhadar 2011).

Kaynaklara göre algılanan ve yaşanan damgalanma, ruhsal hastalığı olan kişilerde depresyon ve kaygı düzeylerini artırıyor, onların gizlilik ve başa çıkma planı olarak sosyal hayattan daha fazla uzaklaşmalarına neden oluyor, yaşam kalitelerini, öz yeterliliklerini azaltmaktadır (Sibitz et al., 2011; Świtaj et al., 2016; Lysaker et al., 2008; Bekiroğlu & Demiröz, 2020; Gerlinger et al., 2013). Damgalama, başkalarının kendisine ilişkin olumsuz algılarını içerdiğinden, zamanla birey hakkında stereotipler ve etiketler oluşmakta, bu da bireyin bu utanca ilişkin içgörülerinin ve öz farkındalığının yeniden düzenlenmesiyle sonuçlanmaktadır. Bu durumdan sonra "biz", "o" ve "onlar" bireysel farklılıklar yaratır. Bu ayrım, davranışsal düzeyde kişisel stereotiplerle tutarlı duygusal tepkilere ve ardından bu stereotiplerle tutarlı tutumlara yol açmaktadır. Bu tür davranışlar bireyin benliğini benimsemesine, yapılandırmasına ve kendisini başkalarının gördüğü gibi görmesine neden olur (Kapıkıran & Kapıkıran, 2013).

2.6. Damgalama türleri

Literatürde ruhsal hastalığı olan bireylere atfedilen damgalama türlerini tanımlarken pek çok terminolojik farklılığın olduğu tartışılabilir. Bazı çalışmalarda damgalanma türleri; algılanan utanç, kendini damgalama ve yaşanan utanç olmak üzere üç kategoriye ayrılmaktadır (Gerlinger et al., 2013). Bazı çalışmalarda yapısal/kamusal damgalanma, içselleştirilmiş damgalanma ve sosyal damgalanma olmak üzere üç kategoriye ayrılmaktadır (Livingston & Boyd, 2010). Bazı çalışmalarda üç düzeyde ifade edilen damgalanma türleri bir araya getirilerek hem sosyal (algı, deneyim) hem de kişisel damgalanma (içsel utanç/kendini damgalama) düzeylerinde tartışılmaktadır (Bekiroğlu, 2021).

Damgalama konusunda önemli araştırmalar yapan Goffman (1963), damgalama türlerini farklı yönlerden ele almış ve bunları “görünürlük”, “kalıtsallık” ve “kontrol edilebilirlik” olarak sınıflandırmıştır (Özmen & Erdem, 2018).

2.6.1. Yapısal/kamusal damgalama

Yapısal/kamusal damgalama aynı zamanda yaşanan damgalama olarak da ortaya çıkabilir. Yapısal damgalama, devletin toplumdaki belirli gruplara yönelik fırsatları kısıtlamasını, bunun da devlet bütçesinden yeterli pay ayrılmaması nedeniyle fırsat eşitsizliğine ve adaletsizliğe yol açmasını içermektedir (Corrigan et al., 2014). Bu damgalanmanın sonucunda bireylerin eğitim fırsatlarına, istihdama, barınmaya ve sağlık hizmetlerine erişimini engelleyen ayrımcılık ve önyargılar ortaya çıkmaktadır. Kamu kurumları, hastaneler, işyerleri vb. yerlerdeki sorunlar örnek teşkil edebilir. Ruhsal hastalığı olan kişiler çalıştıkları kurumlarda ve başvurdukları sağlık kuruluşlarında kurumsal damgalanmayla karşı karşıya kalmaktadır. Kamusal damgalanmanın sosyal damgalanmanın bir sonucu olduğu söylenebilir (Özmen & Erdem, 2018).

Yapısal ayrımcılık, sosyal damgalamaya göre daha sistematik ve kurumsal bir yapıya sahiptir. Bu bağlamda yapısal ayrımcılık, bir gruba belirli hak ve ayrıcalıkların bilinçli ve kasıtlı olarak reddedilmesidir (Corrigan, et al., 2005). Sonuç olarak, damgalanmış gruplar toplumun kuralları ve düzenlemeleri nedeniyle sistematik olarak ayrımcılığa maruz kalıyor. Bu açıdan bakıldığında önemli olan "kuvvet" unsurudur. “Zor” unsurunun etkin kullanımı ayrımcılığın uygulanmasına yardımcı olmaktadır. İktidar konumunda olan gruplar bu “güç” unsurunu damgalanmış gruplara karşı kullanırlar. Ruhsal bozuklukların sağlık sigortası kapsamından çıkarılması gibi uygulamalar bu tür damgalamalara örnek olarak verilebilir (Avcil vd., 2016).

Yapısal damgalama deneyimsel damgalanma olarak bilinir. Toplumdaki bireylere göre yapısal damgalama, sosyopolitik güçler nedeniyle fırsatların en aza indirilmesi, devlet bütçelerinden yeterli payın ayrılmaması gibi sistemde eşit olmayan fırsat ve adaletsizliklerin yaratılmasıdır (Corrigan et al., 2014). Toplumdaki belirli konumların ve bilimsel sistemlerin damgalanmasını meşrulaştırma olarak görülebilir. Bu, gerçek ayrımcılığın yaşandığı ve kişisel katılımın sınırlı olduğu bir aşamadır (Bos et al., 2013). Örneğin, ruhsal bozukluğu olan kişilerin seçim makamlarında bulunma, oy verme, evlenme ve evlat edinme gibi hakları reddedilir; bu nedenle aslında tam vatandaş olarak kabul edilmezler (Corrigan et al., 2014).

2.6.2. Sosyal damgalama (Toplum Damgası)

Sosyal damgalanma, toplumun ruhsal hastalığı olan damgalanmış kişilerle ilgili stereotipleri doğruladığı, önyargı sergilediği ve bu kişilere karşı ayrımcılık yaptığı zaman ortaya çıkar (Corrigan et al., 2006). Kamusal damgalanmanın sosyal damgalanmanın bir sonucu olduğu söylenebilir (Özmen & Erdem, 2018). En acımasız ve en gelişmiş yapısal ayrımcılık, 1933-1945 yılları arasında Nazi Almanyası'nda, Kalıtsal Hastalıkların Önlenmesi Kanunu'nun yürürlüğe girmesiyle yaşanmış ve psikiyatristlerin gözetiminde yaklaşık 200-260.000 akıl hastalığı olan kişi öldürülmüştür (Haefner, 2010).

Sosyal damgalama, toplumun bir gruba belirli özelliklerden dolayı önceden var olan varsayımlara dayalı olarak gösterdiği tepkiyi kapsar. Ruhsal bozukluklara ilişkin damgalama, sosyal normlara, inançlara ve kültürel kalıplara bağlı olarak değişebilir. Bir toplumsal düzeyde normal kabul edilebilecek davranışlar, farklı düzeylerde damgalanmaya yol açabilmektedir (Karagöl vd., 2013).

Medya aynı zamanda toplumsal damgalanmanın oluşmasında da rol oynuyor. Şiddet eylemi sonrasında failin yaşadığı ruhsal bozukluğun sosyal davranışlar üzerinde etkili olduğunu vurgulayan (Avcil vd., 2016; Angermeyer et al., 2004; Corrigan & Watson, 2002; Soygür & Özalp, 2007). Bu bağlamda damgalanmanın azaltılmasına yönelik araştırmalar, ruhsal bozuklukların bazı temsillerinin medya aracılığıyla kontrol edilmesi gerektiğini vurgulamaktadır (Corrigan, 2000).

Damgalanmayı azaltma araştırması aynı zamanda insanların neden damgalanma yaşadığına da odaklanıyor. Damgalanma, insanların (algılayıcıların) damgalananlara (hedeflere) ilişkin sahip olduğu bilişsel temsillerden kaynaklanır. Bu bilişsel temsiller, damgalayıcı durumlara karşı olumsuz duygusal ve davranışsal tepkileri tetikleyebilir. Algılanan sapkın davranışın

sorumluluğu, hakarete uğrayan bireye yönelik öfke duygularını artırabilir ve bu da olumsuz davranışlara yol açabilir. Bir diğer temsil ise algılanan ciddiyettir. Nasıl ki belirtileri daha şiddetli ve belirgin olan hastalıklar daha çok damgalanıyorsa, damgalanma durumu yani ciddiyeti de buna verilen duygusal ve davranışsal tepkileri etkilemektedir. Üçüncüsü, korkulu veya kaçınma davranışını tetikleyebilecek, durumun algılanan tehlikesidir. Korku ve kaçınma davranışları, ruhsal bozukluğu olan kişilerin öngörülemez bir yapıya sahip oldukları ve tehlikeli oldukları inancı ya da bu inancı teşvik eden bazı temsiller nedeniyle ortaya çıkar. Sonuncusu sosyal normları ihlal etme fikridir. Dolayısıyla bu tür düşünceler sosyal reddedilme ve öfkeyle olumlu, sempatiyle ise olumsuz ilişkilidir (Bos et al., 2013). Özellikle sosyal normların ihlali, durumun algılanan ciddiyeti ve buna bağlı tehlikeler ruhsal bozuklukların damgalanmasında önemlidir.

Sosyal damgalanmanın damgalanan birey üzerinde de etkisi vardır. Bir kişinin bir hastalık nedeniyle sosyal damgalanma yaşaması, kendilik algısıyla ilgili bazı olumsuz düşüncelere yol açabilir. Bunun sonucunda kendilerini küçük düşürebilirler. Sosyal damgalanma, sosyal utançla eşleştirilebilir. Sosyal damgalama, halk tarafından benimsenen stereotiplere, önyargılara ve ayrımcı inançlara odaklanır (Simmons et al., 2015). Ailenin veya akrabaların, daha doğrusu toplumun, damgalanmış bir birey veya gruba karşı gösterdiği psikolojik ve sosyal tepki, kabul edilemez bir davranıştır (Balkanlıoğlu, 2012). Sosyal damgalanma içselleştirilmiş utanca yol açabilir (Corrigan, 2010).

2.6.3. İçselleştirilmiş damgalama

İçselleştirilmiş damgalanma, ruhsal hastalığı olan kişiler topluma karşı olumsuz tutum, inanç ve davranışlar benimsediğinde ortaya çıkar. Bu durum kişilerin öz yeterliliklerinin ve öz saygılarının azalmasına yol açarak kişilerin toplumdan uzaklaşmasına neden olmaktadır (Gerlinger et al., 2013). İçselleştirilmiş damgalanma; yalnızca ruhsal hastalık yelpazesinde mevcut olmasada, bulaşıcı hastalıkları olan veya farklı cinsel yönelimleri olan bireyler de bunu deneyimleyebilir (Ferguson et al., 2022). Kendini damgalama, damgalanmış bir gruba ait bireylerin toplumsal önyargıyı içselleştirmeleri ve bunu kendilerine yöneltmeleri durumunda ortaya çıkmaktadır (Çiftçi vd., 2013).

Kendini damgalama ya da içselleştirilmiş utanç, kişinin kendisi hakkında olumsuz, basmakalıp düşünce ve davranışların ortaya çıkmasıdır. Önemli önyargıların bir kişinin davranışını etkilediği görülmektedir. Kişide ortaya çıkan duygusal tepkilerin sıklıkla düşük öz-yeterlik ve özsaygı ile sonuçlandığı bilinmektedir (Corrigan, 2010). Damgalanan birey

talimatları alır, özümser, toplumun inançlarını içselleştirir ve dolayısıyla olayın kendi içinde var olduğunu anlar (Yıldız vd., 2012). Bireyin kendi tutumlarının, inançlarının ve önyargılarının damgalanmasıdır (Simmons et al., 2015). Bunlar damgalanmayı yaşayan bireylerde ortaya çıkan psikolojik ve sosyal etkilerdir (Bos et al., 2013). Aslında değer verilmeyen bir kişi kendisini toplumun bir üyesi gibi hissetmez ve bu durum onun bir süre sonra çevresindeki insanlardan uzaklaşmasına neden olabilir (Yıldız vd., 2012).

Kendini damgalama süreci, sosyal damgalanmanın farkına varılarak geliştirilebilir ve kendini damgalama süreci, sosyal damgalanmanın ışığında yaşanabilir. Sosyal olarak damgalanmış bireyler bu yargıları kabullenmekte ve bunun sonucunda değersizlik, suçluluk, utanç gibi olumsuz duygular yaşamaktadırlar (Avcil vd., 2016; Karagöl vd., 2013). Ancak sosyal damgalanmadan bağımsız olarak gelişen kendini damgalama süreçlerinin de oluşabileceğinden bahsedildi. Bu nedenle, bir hastalığın etiket olarak teşhis edilmesiyle birlikte kendini damgalama ortaya çıkabilmektedir. Daha doğrusu, kendini damgalama, bireyin nesnel olarak ayrımcılığa uğramadan veya dışlanmadan hastalıklarıyla ilgili olarak etiketlenmesi durumunda toplumun kendisine damgalayıcı bir şekilde davranacağına dair inancı olarak ortaya çıkabilir. Kişilerin, hastalıklarıyla ilgili etiketlenmelerden kaynaklanan içselleştirilmiş utanç düzeyinde, öz saygıları ve önceden var olan stereotipler rol oynayacaktır (Taşkın, 2007; Link & Phelan, 2001). Kendini damgalama düzeyleri, benlik saygısı ve önceden sahip olunan stereotipler arasındaki bağlantı çerçevesinde yapılan araştırmalar, değişkenler arasındaki ilişkiye ışık tutmaktadır. Link ve arkadaşlarının (2001, s. 1621-1625) çalışması, damgalanmanın akıl hastalığı olan kişilerin özsaygıları üzerinde yıkıcı bir etkiye sahip olduğunu buldu. Hayward ve arkadaşlarının (2002, s. 66) bulguları, benlik saygısı ile damgalanma arasındaki ilişkinin çift yönlü olduğunu, bazı kişilerin benlik saygısı düşük olup damgalayıcı inançlara daha duyarlıyken, bazılarının damgalayıcı inançlardan daha fazla etkilendiğini ortaya koymuştur. Bildirim ve düşük özgüven. Ayrıca Beyazyüz ve arkadaşlarının (2015) ruhsal bozukluk tanısı alan bir örneklem grubu üzerinde yaptığı çalışmanın sonuçları, ailesinde ruhsal bozukluk tanısı alan biri bulunanların ruhsal bozukluk düzeylerinin daha düşük olduğunu göstermiştir. Bu sonuç, insanların bir etiket almadan önce bir hastalık hakkındaki stereotiplerinin, etiket aldıktan sonra kendilerini damgalama düzeylerini nasıl etkileyebileceğine bir örnek olarak hizmet edebilir.

Kendini damgalama sürecinde toplumsal damgalamada olduğu gibi stereotipler, önyargılar ve ayrımcılık da etkilidir. İnsanlar kendilerine benzeyen kişilerle ilgili stereotipleri kabul ederler ve bu kabullerin getirdiği önyargıları ve olumsuz duyguları edinirler. Sonuçta

kendilerini toplumdan soyutlayarak özgüvenlerinden ve kendi yeterliliklerinden ödün verirler ya da kendilerine yönelik geliştirdikleri önyargılar nedeniyle gerçekte ulaşabilecekleri hedeflere ulaşamazlar (Yıldız vd., 2012; Avcil vd., 2016; Corrigan et al., 2005). Böylece, kendini markalama süreci; 1) zihinsel hastalık stereotiplerinin farkındalığı, tanınması, 2) anlaşma, stereotiplerin onaylanması, 3) bilinçli ve onaylanmış stereotiplerin hayata geçirilmesi, kullanılması ve 4) zarar verilmesi, bu stereotiplerin özgüveni zayıflatıp zayıflatmadığı. Zihin ya da öz yeterliliğin, baş etme becerilerinin verilmediği durumu etkilemesi şu şekilde açıklanabilir (Çiftçi vd., 2013; Corrigan & Rao, 2012).

Sosyal damgalama ya da etiketleme herkes için kendini damgalamaya yol açmaz; bazı insanlar damgalanmış gruplara mensuptur ve kendilerini damgalamadan hayatlarına devam ederler. Bu durumu akılda tutarak Corrigan & Watson (2002) bireylerin utanca verdikleri tepkileri üç şekilde açıklayan bir model önermişlerdir: 1) Utanç sahibi kişiler kendilerini damgalar ve düşük özsaygıya sahiptirler, 2) göreceli olarak utangaçtırlar. 3) Utanç nedeniyle güçlenirler, kendilerini ve ruhsal bozukluğu olan başkalarını korurlar (Corrigan vd., 2005).

2.7. Damgalamanın Ruh Sağlığı Açısından Önemi

Tıbbi açıdan bakıldığında damgalanmanın insanları tedavi aramaktan ve tedaviye devam etmekten alıkoyan şey olduğu söylenebilir. Kişiler mevcut hastalıkları nedeniyle toplumsal damgalanma yaşıyorlarsa, ya hastalıklarını saklamamakta ve çevrelerinden sosyal destekten mahrum kalmaktadırlar ya da hastalıklarını gizli tutmaktadırlar. Bu durum onları hastalığın yol açtığı zorluklardan ziyade damgalanmayla mücadele etmeye ve kendilerini dış dünyadan izole etmeye zorlamaktadır (Corrigan et al., 2014). Majör depresif bozukluk üzerine yapılan bir araştırma, damgalanmanın yalnızca tedaviye uyumla ilişkili olmadığını, aynı zamanda insanları olumsuz duygular yaşamaya tetikleyerek özgüvenin azalmasına yol açtığını ortaya çıkardı (Tong et al., 2020). Başka bir çalışmada ise; kendini damgalamanın düşük öz-yeterlik ve düşük özsaygı ile ilişkili olduğu, kendini damgalamanın sosyal damgalanmanın bir sonucu olduğu ve toplumsal farkındalığın artırılması ve hastalara fayda sağlanması için araştırmalar yapılması gerektiği belirtilmiştir (Pasmatzi et al., 2016).

2.8. Ruhsal Hastalıkların Damgalanmasına Etki Eden Faktörler

Ruhsal bozuklukların damgalanması, insanların onları nasıl gördüğüyle yakından ilgilidir. Bu bağlamda yaşamı etkileyen faktör ve değişkenlerin araştırılması damgalanma sürecinin anlaşılmasına yardımcı olabilir. Damgalamaya ilişkin teori ve yöntemlere yer verilirken,

ruhsal bozukluklara yönelik damgalamayı etkileyen faktörlere de kısaca değinilecek, ancak açıklık getirmek adına bunlar bu bölümde daha ayrıntılı olarak sunulacaktır.

2.8.1. Sosyo-Demografik Değişkenler

Yaş, cinsiyet, eğitim, ırk ve sosyal sınıf gibi sosyodemografik değişkenlerin ruhsal bozukluklara yönelik damgalama üzerindeki etkisi kabul edilse de bunların doğrudan etkisine ilişkin tek bir baskın görüş bulunmamaktadır. Literatürde değişkenlere ilişkin farklı görüşlerle karşılaşılabilir.

Damgalama söz konusu olduğunda, özellikle "güç" bağlamında sosyal sınıf ön plana çıkıyor. Bu bağlamda sosyal sınıfın damgalanma üzerindeki etkisi özellikle Link ve Phelan'ın kavramsallaştırmasında ayrıntılı olarak tartışılmaktadır. Üst sosyal sınıflardan gelen ve iyi eğitilmiş kişilerin ruhsal hastalığı olan kişilere karşı hoşgörülü bir tutum sergiledikleri görülmektedir. Araştırmalar sosyoekonomik düzeyi düşük veya orta olan kişilerin ve kırsal kesimde yaşayanların ruhsal bozuklukları damgalama olasılığının daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur (Dessoki & Hifnawy, 2009). Daha çok kırsal kesimde yaşayan insanların geleneksel şifa yöntemlerine başvurdukları da tespit edilmiştir (Kırpınar, 1992). Oban ve Küçük'ün (2011) lise öğrencileriyle yaptığı çalışmada sosyoekonomik düzey ile damgalanma arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Damgalamayı etkileyen bir diğer demografik değişken ise yaştır. Araştırmalar, ileri yaşın, hastalığın daha az anlaşılması, tedaviye direnç ve yaşla birlikte toleransta azalma ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Genç olmak, daha fazla bilgiye sahip olmak, yeniliğe açık olmak ve ruhsal hastalığı olan kişilerle sosyal etkileşimde bulunma olasılığının daha yüksek olması anlamına gelir. Ancak literatürde yaş ile damgalanma arasındaki bağlantıya ilişkin tutarlı bir bilgi bulunmamaktadır. Araştırma sonuçları yaşlıların gençlere göre hastalıkları damgalama olasılığının daha yüksek olduğunu kanıtlasa da bunun tersinin doğru olduğu ve yaşın belirleyici bir faktör olmadığı da ortaya çıkmıştır (Kaya & Ünal, 2006).

Cinsiyet, araştırmaya dahil edilen bir diğer demografik değişkendir. Araştırmalar erkeklerin ruhsal bozukluğu olan kişilere karşı kadınlara göre daha baskıcı, otoriter ve kısıtlayıcı davrandıklarını ortaya koymuştur (Leong & Zachar, 1999; Hinkelman & Granello, 2003; Morrison et al., 1993). Avcil (2014) ruhsal hasta yakınları ile yaptığı çalışmada, erkek hastaların yakınları tarafından daha çok damgalandığı ve tehlikeli olarak algılandığı sonucuna varmıştır. Hirai ve Clum'un (2000) ölçek geliştirme çalışmasından elde edilen bulgular,

cinsiyet ve yaş değişkenlerinin ruhsal bozukluklara ilişkin inançları ve tedavi tercihlerini etkilediğini ortaya koymuştur. Araştırma, popüler inanışla tutarlı olarak kadınların tedaviler ve hastalıkların nedenleri konusunda erkeklerden daha geleneksel inançlara sahip olduğunu ortaya çıkardı. Ancak farklı sonuçlara sahip çalışmalar da mevcuttur. Dolayısıyla Angermeyer ve Dietrich (2006, s. 174) bu çalışmaları incelediklerinde cinsiyet ve damgalanma eğilimlerine ilişkin tutarsız sonuçlara ulaşmışlardır. Cinsiyet yalnızca damgalanma eğilimlerini etkileyen demografik bir faktör değildir.

Eğitim, ruhsal bozuklukların damgalanmasında dikkate alınan değişkenlerden biridir. Her ne kadar diğer demografik değişkenlerde olduğu gibi bu değişken üzerinde de bir görüş birliği olmasada, daha fazla eğitime sahip kişilerin daha olumlu tutumlar sergileyeceğine inanılmaktadır (Angermeyer & Dietrich, 2006). Diğer demografik değişkenlerde olduğu gibi bu değişkende de birbiri ile çelişen bulgular olması eğitimin de tek başına etkili bir değişken olmadığını göstermektedir.

2.8.2. Kültür

Ruhsal bozuklukların damgalanmasında demografik değişkenlerin yanı sıra dikkate alınması gereken en önemli faktörlerden biri de kültürdür. İnsan hayatını şekillendiren kültür sayesinde bireyler hayatlarına anlam katmaktadır. Özellikle hastalıklara ilişkin atıflarımız çoğunlukla kültürel inançlarımızdan kaynaklanmaktadır. Bu bakımdan hastalığın kültürel olarak nasıl kodlandığı veya anlaşıldığı etiyoloji, tedavi ve damgalama açısından önemlidir.

Kavramın tanımı içerisinde dahi “düzensizlik” kavramının tanımları ve yaklaşımları üzerinde kültürün etkisi dikkat çekicidir. Hastalık kavramlarının oluşumunda ve aralarındaki ayrımların kaynaklarında kültürel farklılıklar vurgulanmaktadır. Hastalık, tıbbi model çerçevesinde öncelikli olarak teşhis amacıyla kullanılan bir kavramdır. Ancak bu rahatsızlık daha kişisel ve kültürel bir biçimde ortaya çıkmaktadır (Candansayar & Coşar, 2001). Yukarıdaki tanıma göre hastalık, hastalığın kendisinin ontolojik varlığını vurgulaması nedeniyle tüm kültürlerde bir hastalık olarak kabul edilir, ancak hastalıklar kültürden kültüre farklılık gösterebilir (Cimilli, 2007). Budak (2000) ruhsal hastalık kavramını tartışırken “düzensizlik” tanımının ideolojik ve politik tuzaklara düşme tehlikesine dikkat çekmektedir. Rahatsızlık kavramının tanımı kültürden kültüre ve hatta aynı kültür içinde değerlendirilebilecek sosyal sınıf ve demografik değişkenlere göre değişmektedir. Bu bakımdan rahatsızlık kavramı tanımlanırken onu tanımlayan nedenlerin açıklanması yükleme modeli üzerinden ele alınmaktadır (Candansayar & Coşar, 2001).

Kültürel etkilenmenin bir örneğini DSM-5'te çoklu kişilik bozukluğu başlığı altında yer alan “ele geçirme, sahip olma (possession)” tanımında görmek mümkündür (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014). Tanım gereği kültürel ve dini uygulamalar geniş çapta kabul görüyor, normal kabul ediliyor ve hastalık olarak görülmemelidir; bu da kültürün önemini gösteren bir açıklamadır. Bazı toplumlarda “düzensiz” sayılan davranışlar, bazılarında “normal” kabul edilebilmektedir. Bir kültürdeki semptomların farklı değerlendirilmesi, farklı tedavilerin kullanılmasına yol açabilir. Raporlara göre dengesizlik ve anormallik olarak tanımlanan bazı davranışlar toplumda tıbbi sorun olarak görülmezken, İslam dünyasında bu hastalıklar fiziksel belirtiler gösteriyorsa fark ediliyor ve bedensel etkilerine göre tedavi ediliyor.

2.8.3. Hastalığın Türü ve Bilgi Durumu

Eğitim sonrasında dikkate alınması gereken bir diğer değişken ise hastalık türü ve bilgi durumudur. Damgalayıcı tutumlarla mücadelede ruhsal bozukluklar hakkında bilgi sahibi olmanın veya ruhsal bozukluğu olan kişilerle temasın ve ruhsal bozukluğun türünün (psikopatoloji türü) etkili olduğu öne sürülmektedir.

Korkuları azaltmanın ve tehlikeli olduğuna inanmanın ruhsal bozukluklar hakkında doğru bilgi vermekten daha faydalı olduğuna inanılıyor. Corrigan ve arkadaşları (2002) ruhsal bozukluğu olan kişilerin tehlikeli olduğu ve kişisel olarak sorumlu tutulması gerektiği inancının nasıl değiştirilebileceğini ele aldıkları çalışmalarında; bilgi, eğitim ve hastalarla iletişimin bu değişimde rol oynadığını bulmuşlardır. Bu inançlar olumlu bir rol oynadı. Ancak İngiltere'de yapılan bir araştırma, örneklem grubunun hastalık hakkında iyi veya yeterli bilgiye sahip olmasına rağmen damgalanmaya yatkın olduklarını ve şizofreni olgusuna karşı tutumlarının değişmediğini ortaya çıkarmıştır (Crisp et al., 2000).

Arıkan ve arkadaşlarının (2000) üniversite öğrencileri arasında yaptığı araştırmada, ruhsal bozukluğu olan kişilerin günlük hayata ve ekonomiye katkısı görünür olduğunda damgalanmanın azalacağı sonucuna varılmıştır. Bu sonuçtan yola çıkarak sosyal etkileşim ve sosyal aktivitelere katılımın hastalık damgasını azaltmada daha büyük bir etkiye sahip olduğu sonucuna varılabilir. Ancak Arkar ve Eker (1992) hasta yakınları üzerinde yaptıkları bir çalışmada, ruhsal hastalığa maruz kalmanın damgalanma üzerinde bir etkisi olmadığını, ancak psikopatoloji türünün etki ettiğini bulmuşlardır. Araştırmalar, ruhsal bozukluğu olan ya da yaşamış kişilerle temasın damgalanmayı azaltmada olumlu etkisi olabileceğini (Angermeyer & Dietrich, 2006), ancak olumsuz etkileri de olabileceğini göstermektedir (Taşkın, 2007).

Bu bakımdan ruhsal bozukluğu olan kişilerle iletişim kurmaktan ziyade kişilerin hangi tür psikopatolojiye sahip olduğu daha önemli görünmektedir. Ruhsal bozukluğun türü aynı zamanda hastalıkla ilgili damgalanmanın ve damgalayıcı tutumların boyutunu da etkiler. Bazı ruhsal bozuklukların belirtilerinin daha şiddetli ve belirgin olması damgalayıcı tutumları tetikleyebilmektedir. Özellikle tehlikeli ve öngörülemez olarak tanımlanan hastalıklarda daha fazla sosyal mesafe ve damgalayıcı tutumlar gözlemlendi. Angermeyer ve Matschinger (2003) araştırma sonrasında şizofreni vakalarının depresyon vakalarına göre daha ciddi ruhsal bozukluklar olarak görüldüğü ve tehlikeli olarak görüldüğü sonucuna varmıştır. Çalışma aynı zamanda depresyonun, bir hastalık etiketi olup olmadığına bakılmaksızın, şizofreniye göre kamuoyunda daha fazla kabul gördüğünü de buldu. İngiltere'de yapılan bir araştırmada yedi farklı hastalık türünden en tehlikelisinin şizofreni olduğu ortaya çıkmıştır (Crisp et al., 2000). Özellikle şizofreniyi bir hastalık olarak inceleyen ve diğer bozukluklarla karşılaştıran çalışmalarda şizofreninin diğer bozukluklara göre daha tanınmış, daha tehlikeli ve daha damgalanmış olduğu bulunmuştur (Angermeyer & Dietrich, 2006; Çam & Bilge, 2007).

Ruhsal bozukluğun türüne ilişkin dikkate alınabilecek bir diğer faktör ise hastalığın nedenine ilişkin inançlardır. Hastalığın biyolojik nedenlerden mi yoksa psikososyal nedenlerden mi kaynaklandığı gibi sorular daha fazla öfke ve sosyal mesafe ile ilişkilendirilerek insanların hastalıktan sorumlu tutulmasına yol açmaktadır. Bağ ve arkadaşları (2006) tarafından yapılan bir çalışmada, hastalığı biyolojik nedenlere bağlamak ile genetik ve sosyal mesafe arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur. Ruhsal bozuklukların nedenlerine ilişkin inançlar aynı zamanda hastalığın nasıl tedavi edildiğini de etkileyebilir.

2.8.4. Dinî İnançlar ve Dindarlık

Ruhsal bozukluklara yönelik damgalamayı etkileyen bir diğer faktör ise dini inanç ve inanışlardır. Dinin, özellikle ruhsal bozuklukların nedenleri ve tedavilerine ilişkin inançların güçlü bir etkisi vardır. Tarih boyunca benimsenen yaklaşımdan da anlaşılacağı üzere hastalık çoğu zaman Allah'ın insana verdiği bir ceza olarak düşünülmüş ya da hastalık günaha kefareti olarak görülmüştür. Ayrıca hastalığın nedeninin doğaüstü güçlere (ruh, nazar, büyü gibi) atfedilmesi, bu yöntemlere uygun tedavi rejimlerinin kullanılmasına yol açmaktadır.

2.9. Şizofrenide Hemşirelik Bakımı

Şizofreni tanısı alan kişiler gerçeklikle tutarlı olmayan davranışsal, entelektüel, algısal ve duygusal işlevlere sahiptir. Bu hastalık toplumun büyük bir kısmında zihinsel ve sosyal

bozulmaya neden olmaktadır (Çam & Engin, 2020). Şizofreni tanısı alan hastaların gerçeklik yönelimi zamanla bozulmakta, bu nedenle hastaların sosyal izolasyon, aileye ve çevreye güvensizlik, kararsız duygular, kendilerine zarar vereceğine dair inanç gibi düşüncelerinde, yorumlarında ve yargılamalarında bozukluklar yaşanmaktadır. Olumsuz duygu ve davranışlar ortaya çıkacaktır. Başvuru yapan hastalar biliş, düşünce süreçleri ve içerikteki çarpıklıklar nedeniyle tedaviyi reddedebilir ve tedavi ekibine zulmedebilir (Aktaş vd., 2020).

Nüksün önlenmesi, hastaneye yatışların en aza indirilmesi, ilaç ve tedaviye uyumun artırılması, hastaların ilaçlar ve yan etkileri konusunda bilgilendirilmesi, ailelere taburculuk eğitimi ve psikososyal destek verilmesi hastalık yönetiminde önemli adımlardır. Sağlık profesyonelleri ruh sağlığının sağlanması ve sürdürülmesinde önemli bir rol oynamaktadır. Bu noktada hastalarla en fazla etkileşime giren sağlık ekibinde yer alan psikiyatri hemşireleri önemli bir rol oynamaktadır (Yıldırım & Hacıhasanoğlu Aşılar, 2019).

Ruh sağlığı hemşireleri şizofreni hastalarının rehabilitasyonunda psikososyal müdahalelerin sağlanmasında önemli rol oynamaktadır. Hassas ve savunmasız hasta gruplarına yönelik psikiyatrik bakımın amacı, kişilerin benlik saygısını arttırmak, hastaların geleceğe umutla bakarak başa çıkma tutumlarını geliştirmek ve sosyal ilişkilerini düzenlemeye yardımcı olmaktır (Gürhan, 2016).

Hastaların psikiyatrik tedavinin yanı sıra psikososyal tedaviye de ihtiyacı vardır. Bakım planlarını hasta ihtiyaçlarına göre ve hasta odaklı bir yaklaşımla belirleyin. Hastanın düşünce, duygu ve davranışlarının, kişilerarası ve sosyal becerilerinin değerlendirilmesi, izlenmesi, hastalara uygun hemşirelik tanımlarının belirlenmesi, müdahalelerin uygulanması ve değerlendirilmesi gerekmektedir (Summakoğlu & Ertuğrul, 2018).

Hemşireler, bireylerin en yüksek refah düzeylerine ulaşmalarını desteklemek için hedefe yönelik planlar geliştirmelidir. Hasta ile etkili terapötik iletişim kurmak, aile bireylerini tedavi planına dahil ederek güvenli bir ortam oluşturmak, damgalamayı ortadan kaldırmak ve baş etme tutumlarını geliştirmek, intihar riskini değerlendirmek ve uygun plan ve gözlemler geliştirmek hemşirelerin yatarak bakım hizmeti verirken yerine getirmesi gereken önemli görevlerdir. Akut aşama Sorumluluklardan biri iyileşmeyi hızlandırmak için proaktif adımlar atmaktır. En önemlisi bireyleri hastalıklarla baş etme konusunda güçlendirmek hemşirelerin yerine getirmesi gereken önemli sorumluluklardan biridir (Elder vd., 2013).

Hemşireler hastaların yaşamdaki anlam duygusunu geliştirmeli, duygusal ve fiziksel

semptomlarının hafifletilmesine yardımcı olmalı, bakım kalitesini ve ruh sağlığını geliştirmelidir. Hemşirelik uygulamalarında insanların yaşamın belirli evrelerinde çeşitli zorluklarla karşılaşabileceği bilinmeli ve bireyin iyilik halinin değerlendirilmesi, sürdürülmesi ve geliştirilmesinin önemli bir yere sahip olduğu unutulmamalıdır (Townsend, 2016).

2.10. Damgalanmayı Önlemede Psikiyatri Hemşiresinin Rolü

Damgalanma, akıl hastalığı olan kişilerin bakımında önemli bir sorun teşkil etmektedir. Ruhsal hastalığı olan kişiler damgalanma nedeniyle sağlık kuruluşlarından yardım almayı geciktirmektedir. Damgalanma nedeniyle yardıma ulaşamama, hastalığın kronikleşmesine ve seyrinin kötüleşmesine yol açabilmektedir (Oban & Küçük, 2011). Psikiyatri hemşireleri ilgili kişi ve kurumlarla multidisipliner işbirliği sağlamalı ve ruhsal hastalığı olan hastaların ruh sağlığı hizmetlerinden yararlanmalarını arttırmalıdır (Bostancı, 2005). Tedavi yoluyla topluma entegre olmaları beklenen bu hastalar, damgalanma nedeniyle toplumdan dışlanmış ve izole edilmişlerdir (Üstün & Şengün İnan, 2018).

Damgalamayı ortadan kaldırmak için psikiyatri hemşirelerinin öncelikle ruhsal hastalıkların erken tanımlanmasında rol alması, erken tanı ve tedaviye yönelik hemşirelik girişimlerinin planlanması ve sağlanması gerekmektedir (Albayrak, 2019). Psikiyatri hemşirelerinin hastalara yönelik tutum ve yaklaşımının topluma uygun rol model olması önceliklerden biridir. Bu nedenle hemşirelerin öncelikle kendi tutumlarını incelemeleri ve tutumlarının ruhsal hastalığı olan hastaları nasıl etkilediğini değerlendirmeleri gerekmektedir (Çam & Çuhadar, 2011; Sarıkoç, 2011).

Psikiyatri hemşireleri bakım verdikleri hastalarda damgalanmayla nasıl baş edeceklerini bilmelidirler (Kök, 2014). Ruhsal hastalığı olan kişiler ve aileleri arasında damgalanmaya ilişkin endişeler belirlenmeli ve bu konuyu ele almak için uygun eğitim sağlanmalıdır (Albayrak, 2019). Psikiyatri hemşireleri toplumun ve toplumu yönlendiren meslek gruplarının ruhsal hastalığı olan kişilere yönelik tutumlarını değerlendirmeli, damgalanma konusunda farkındalık yaratmaya çalışmalı, olumsuz inançlarını olumlu yönde değiştirmeye çalışmalı ve onları bilgilendirmelidir (Açıkgöz & Akkuş, 2018; Bayrak, 2019).

Şizofreni hastalarda belirtileri kontrol altına alan ve ilaca bağlı yan etkileri azaltan tedavilerin kullanımı arttırılmalıdır (Bilge & Çam 2010). Akıl hastalığına yönelik damgalamayı azaltmak ve akıl hastalığına yasal erişimi arttırmak için kamu yasa ve politikalarının değiştirilmesinde

aktif rol oynamalı ve ülkemizde bir Ruh Sağlığı Yasası oluşturmalıdır. Ülkemizdeki sağlık eğitimi gözden geçirilmeli ve ruhsal hastalıklara yönelik bilgi, tutum, inanç ve davranışları değiştirmeye yönelik yeni eğitim programları müfredata eklenmelidir (Bilge & Çam, 2010). Psikiyatri hemşireleri damgalanmayı araştırarak ve damgalamayı azaltıcı müdahaleler geliştirip uygulayarak damgalanmayı azaltma hareketine liderlik etmelidir (Pinto-Foltz & Logsdon, 2009).

Ruh sağlığı hemşireleri, şizofreni hastalarının ve ailelerinin iyileşmesine ve damgalanmanın azaltılmasına yardımcı olur; rol ve sorumlulukları arasında sosyal izolasyonun önlenmesi, fırsat eşitliğinin sağlanması ve adil kaynak dağılımının sağlanması yer alır (Townsend, 2016). Ruh sağlığı hemşiresi, bu rol ve sorumlulukları doğrultusunda; şizofreni hastalarının ve ailelerinin yeniden topluma kazandırılması ve damgalanmalarının azaltılması, damgalanma karşıtı programlar geliştirilmesi ve hastaların eğitilmesi amacıyla STK'lar, toplum liderleri, haber medya kuruluşları, dernekler ve işverenlerle birlikte çalışır. Akıl hastalığı hakkında topluluk. (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011). Buna ek olarak ruh sağlığı hemşireleri, içselleştirilmiş damgalanma düzeylerini ve ilişkili faktörleri belirleyerek, şizofreni hastalarının ve ailelerinin iyileşmesini ve ailelerinin iyileşmesini azaltmak için psikososyal müdahaleler geliştirip uygulayarak şizofreni hastalarına ve ailelerine hizmet verebilirler.

Psikiyatrik bakımın amaçlarından biri de şizofreni tanısı alan kişilerin iş yaşamına katılım işlevlerini en üst düzeye çıkarmalarına yardımcı olmaktır (Tel & Pınar, 2012). İşgücü piyasasında şizofreni tanısı alan kişilerin durumlarının iyileştirilmesi için çeşitli uzmanlık alanlarından doktorlarla (birinci basamak doktorları, psikiyatristler, meslek doktorları) ve diğer sağlık profesyonelleriyle (örneğin psikologlar ve mesleki terapistler) yakın ilişki içinde ortaklıklar kurulmalıdır. Psikiyatri hemşireleri, hastaların sosyal işlevselliğini geliştirmeye yönelik artan farkındalık ve inisiyatif, problem çözme becerileri ve sosyal beceri eğitimlerini içeren psikoeğitim ve rehabilitasyon programları geliştirmeli ve uygulamalıdır. Ayrıca şizofreni hastalarının mesleki rollerini etkili bir şekilde sürdürebilmeleri için istihdam edilmelerinin önündeki engellerin de araştırılması gerekmektedir (Bouwman ve ark. 2015). Bu engellerden biri olan sosyal damgalanma konusunda araştırmalar yapmaktadır. Damgalamayı azaltmada eğitimin önemine defalarca değinildi. Bir araştırmada hemşireler, doktorlar, öğretmenler, din adamları, köy muhtarları ve polis gibi toplum liderleri olan meslek gruplarının damgalamayı ortadan kaldırma konusunda eğitim alması gerektiği belirtilmektedir (Bilge & Çam, 2010). Ortaya çıkan ayrımcılık, hemşirelerin; Psikiyatri hemşirelerinin diğer sağlık profesyonelleri, hasta ve hasta yakınları tarafından kurulan

dernekler, STK'lar, medya, meslek kuruluşları ve resmi kurumlarla birlikte hareket etmesi gerekmektedir. Bu amaçla toplum ve işverenler, şizofreni hastalarının damgalanmasını ve ayrımcılığa uğramasını önlemek için şizofreni açıklama eğitimlerini planlamalı ve uygulamalıdır. Şizofreni tanısı alan bireylerin hastalıkları dışında da işlev görmelerine yardımcı olmak için, hastaları ve toplumu bir araya getiren kuruluşlarla birlikte, oluşturdukları çalışmaları CMSM'de veya evde sergileyecek programlar geliştirilmelidir. Öte yandan işverenlerin ve meslektaşların şizofreni tanısı alan çalışanların güçlendirilmesi konusunda bilgilendirilmesi, ayrımcılık ve damgalanmanın önlenmesi ve kişisel yaşamın iyileştirilmesi açısından önemli bir adımdır.

2.11. Şizofreni Hastalarının Ailelerinde Damgalanma ve Damgalama ile Mücadele

Damgalanma korkusunun en çok yaşandığı hastalıklar ruhsal hastalıklardır. Ruhsal hastalıkların korkulacak bir durum olarak görülmesi ve yeterli bilgi bulunmaması nedeniyle hastalar sosyal olarak dışlanabilmekte ve olumsuz tutumlarla karşı karşıya kalabilmektedir (Köroğlu & Hocoğlu, 2017). Şizofreni hastalarına yönelik damgalanma, hastaların ve ailelerinin yaşamlarını olumsuz yönde etkilemekte ve hastaların engelliliğini arttırmaktadır. Ailenin özellikle yakın çevresi ve akrabaları tarafından hakarete uğradığı görülebiliyor. Aileler hastalıktan dolayı kendilerini suçlayarak bu suçu taşıdıklarını kabul etmekte ve kendilerini toplumdan soyutlayarak hastalığın etkileriyle baş etmeye çalışmaktadırlar (Doğan, 2002). Aileler ve hastaların bakım verenleri, ailedeki rol ve işlevlerin bozulması, hastalık ve hastanın geleceği ile ilgili belirsizlik, hastayı yalnız bırakma korkusu, bilgi eksikliği ve hastadan utanma gibi psikolojik, fiziksel ve maddi zorluklarla ve stres etkenleriyle mücadele etmektedir (Kaya & Öz, 2019). Toplum, verilen destekle hastalığın iyileşmeyeceğini, hatta olumlu yönde değişmeyeceğini varsayıyor ve aileleri bu süreçte daha da bitkin bırakıyor. İnsanların hastalık hakkında doğrudan iletişiminin ve doğru bilgilendirilmesinin şizofreni hastalarına yönelik genel tutumu değiştirebileceği ve onların damgalanmalarını azaltarak topluma katılımlarını azaltabileceği öne sürülmektedir (Köroğlu & Hocoğlu, 2017).

Şizofreniye yönelik ayrımcılık ve damgalama evrensel bir sorundur. Ancak bu sorun sadece şizofreni tanısı almış olan bireyi değil, bireyin aile üyelerini, arkadaşlarını ve içinde bulundukları toplumu da olumsuz olarak etkilemektedir (Corrigan et al., 2004; Park & Park, 2014; Avcil vd., 2016). Bir ailede, aile üyelerinden biri ruhsal hastalık tanısı aldıktan sonra, aile içinde bildirilen duygular genellikle şok, üzüntü, yas, inkar, suçluluk, damgalanma

korkusu, utanç “rezil olma”, şaşkınlık, başarısızlık, öfke ve rahatlamadır (Bilge & Çam, 2010). Yaşanan bu duygular aile üyelerini hasta bireyi ve hastalığını gizlemeye ya da hastayı reddetme durumuna kadar götürebilir (Doğan, 2002).

Şizofreni tanılı hastası olan ailelerin, hasta bireyin damgalanmasından dolayı olarak etkilendikleri, toplum tarafından dışlanma, alay ve merak konusu olma, eleştirel yorumlara maruz kalma, ruhsal hastalığın ortaya çıkışından ve yönetilememesinden sorumlu tutulma ve suçlu olarak atfedilme deneyimledikleri belirlenmiştir (Corrigan, 2000; Angermeyer et al., 2003). Ayrıca aileler, ailenin bir parçası olan hasta bireyin durumunda sorumlu olduklarını düşünerek kendilerini suçlarlar; bir yandan da sanki hastalarının gizlenmesi gereken bir kusuru ya da suçu varmış gibi toplum içinde saygınlıklarını kaybettiklerini düşünür ve saygınlıklarını korumak için hastalarının durumunu gizlemeye çalışırlar (Yıldız vd., 2012). Hasta ailelerinin yaşadığı damgalanma deneyimi hayatı bütün yönleriyle etkileyen kompleks bir deneyimdir. Toplum ruhsal hastalığı olan bireylerin ailelerinin, alışılmışın dışında olduklarını, hastalığın diğer aile üyelerini de etkilediğini ve aile içinde problemlili davranışların olduğunu düşünmektedir (Park vd., 2015).

Şizofreni hastası olan aileler damgalanmanın sonucu olarak duygusal boyutta hayal kırıklığı, değersizlik, yalnızlık, üzüntü, utanç, endişe, korku, umutsuzluk, suçluluk ve çaresizlik gibi duygular deneyimlemektedirler (Krupchanka et al., 2016). Bununla beraber şizofreni hastalığının çeşitli şekillerde beraberinde getirdiği damgalama, aile üyeleri üzerinde, aile ilişkilerinin zarar görmesi, sosyal ilişkilerin kesintiye uğraması ve benlik saygısında azalma olarak kendini göstermektedir (Soygür vd., 2007). Ayrıca damgalama olgusunun aileler üzerinde etkisi, işe alma konusunda gösterilen isteksizlik, sağlık hizmetinden yararlanma ve sigortalanma gibi durumlarda adaletsizliğe uğrama, yasalar karşısında zor durumda kalma, sosyal ortamlara dahil olma konusunda engellerle karşılaşma gibi kendini farklı şekillerde de gösterebilmektedir (Üçok, 2017). Yine toplumsal damgalamanın sonucu olarak aile üyeleri toplumsal ilişkilerden çekilerek, durumlarını başkalarından gizleyerek, kendilerini toplumun dışına çıkarırlar (Corrigan et al., 2009; Yıldız vd., 2012).

Hastalar ve aile üyeleri her gün akıl hastalıklarıyla ilgili damgalamayla karşı karşıya kalıyor. Pek çok kişi, özellikle şizofreni hastaları olmak üzere, ruhsal sağlık sorunları olan kişilerin tehlikeli olduğuna inanmaktadır (Dziegielewski & Leon, 2001). Ailelerin yaşadığı damgalama ve kendini suçlamanın benzersiz dinamiklerini anlamak onlar için önemlidir. Aile üyeleri, özellikle de ebeveynler, danışanın hastalığından kendilerini sorumlu hissedebilirler,

bu nedenle aile üyelerinin endişelerini gidermeleri ve diğer ruhsal bozukluklar veya şizofreninin karmaşık nedenleri hakkında eğitim almaları gerekebilir (Dziegielewski & Leon, 2001). Ailelerin hastalık hakkında tam olarak bilgilendirilmesi durumunda konuyla ilgili endişeleri azalabilir ve suçluluk duygusu önlenabilir.

Şizofreni tanısı alan bireyler ve aileleriyle çalışırken psikososyal müdahaleler şu amaçlarla uygulanmaktadır: Ailelere hastalık ve tedavi hakkında bilgi vermek, aile içi iletişim örüntülerini geliştirmek, ailenin problem çözme becerilerini arttırmak, aileyi geliştirmek başa çıkma stratejileri aileleri sosyal aktivitelere katılmaya teşvik etmektedir (Magliano et al., 2007: 383-384). Yapılan araştırmalarda şizofreni hastalarının tedavisinde tıbbi müdahalenin yanı sıra aile müdahalesinin de çok önemli olduğu, aile müdahalesinin aile işlevselliğini ve sağlık profesyonelleri ile işbirliğini geliştirerek tedavi uyumunu artırabileceği ortaya konmuştur (Doğan vd., 2020). Aile müdahalesi yoluyla ailelere genellikle hastalık ve tedavi bilgileri sağlanır ve iletişim ve problem çözme becerileri öğretilir (Glynn et al., 2006). Aile müdahale programları, ailelerin bakım veren rollerini yerine getirmelerini, etkili baş etme stratejileri geliştirmelerini, iletişim becerilerini geliştirmelerini ve problem çözme becerilerini geliştirmelerini sağlamak için tasarlanmıştır (Saunders, 2003).

Gamble'a (2004) göre ailelerle işe yarayan müdahalelerin uygulanması, bireylere ve bakım verenlere kendilerine değer verildiğini hissettirmekle başlar. Sonrasında aileye gerekli bilgilerin verilmesi ve yaşadıkları duyguların normal olduğu, bu durumdaki bireylerin de benzer duygular yaşayabileceğinin anlatılması gerekir. Buraya ve şimdiye odaklanmak, geçmişe odaklanmak ve geçmiş davranışlar veya başa çıkma stratejileri için aileyi suçlamak yerine, mevcut durumlar ve gelecekteki hedefler üzerinde çalışmak anlamına gelir. Aile müdahalesinde problem çözme yaklaşımını kullanmak, gerçekçi hedefler belirleyerek sorunun objektif olarak tanımlanmasına yardımcı olur. Aile içindeki iletişim becerilerinin geliştirilmesi önemlidir çünkü bu, aile üyelerinin birbirlerini daha iyi anlamalarına yardımcı olacaktır. Başa çıkma becerilerini geliştirmek ve stres azaltma tekniklerini öğretmek, bireyleri bağımsız hale getirebilir ve sosyal destek ağlarının kurulmasına yardımcı olabilir. Buna ek olarak, kendileriyle çalışan profesyonellerin aile üyelerine rol model oluşturması, çatışmaları yönetmesi ve ekip çalışmasını anlaması da aileler için büyük fayda sağlar.

2.12. Kabul ve Kararlılık Terapisi

Kabul ve Kararlılık Terapisi (ACT), kişinin değer ve hedefleriyle uyumlu eylemlere

girişirken, kişinin düşüncelerini ve duygularını kabul etmesinin önemini vurgulayan terapötik bir yaklaşımdır. Kabul ve Kararlılık Terapisi (ACT), radikal davranış okulundan kaynaklanan bilimsel olarak kanıtlanmış bir yaklaşımdır. Kökleri işlevsel bağlamsalcılığa ve RFT olarak bilinen dil ile biliş arasındaki ilişkiye dayanmaktadır. ACT, üzücü deneyimlerin kabulünü teşvik etmeye, psikolojik esnekliği arttırmaya ve değer odaklı davranış değişikliğini kolaylaştırmaya odaklanır. Bilişsel Davranışçı Terapiler (BDT) içinde kendi kendini yöneten, üçüncü dalga bir yaklaşım olan ACT, kendisini geleneksel BDT okullarından çeşitli şekillerde ayırır. ACT, düşüncelerin, duyguların ve duyumların içeriğine ve biçimine doğrudan değinmek yerine, bu içsel deneyimlerin işlevini ve bireylerin bunlarla olan ilişkisini dönüştürmeyi amaçlamaktadır. Bu, kişisel farkındalık, kabullenme ve bilişsel ayrışma gibi tekniklerle elde edilir. ACT, bu stratejileri kullanarak, yaşamdaki kaçınılmaz acı verici deneyimlerle karşı karşıya kalındığında nafile ve yorucu kaçınma taktiklerinden kaynaklanan acıyı hafifletmeyi amaçlamaktadır (Hayes et al., 2003).

Üçüncü dalga olarak bilinen davranış terapisinin en son dalgası, işlevsel analiz, beceri geliştirme ve doğrudan şekillendirme gibi temel davranışsal tekniklere yeniden vurgu yapmaktadır (Hayes et al., 2004). Bu terapiler, düşünce ve duyguların içeriğini değiştirmeye odaklanmak yerine, bunların meydana geldiği bağlamı değiştirerek davranış değişikliği sağlamayı amaçlamaktadır. Bu terapi grubunu kategorize etmek zor olsa da, Hayes ve meslektaşları üçüncü dalga davranışsal terapilerin çoğunun farkındalık tekniklerinin yanı sıra kabullenme, bilişsel ayrışma, diyalektik ve değerleri de içerdiğine dikkat çekiyor (Hayes et al., 2004). Bu tekniklerin amacı sorunlu düşünce veya duyguları değiştirmek değil, onları gerçekliği yansıtmayan öznel deneyimler olarak kabul etmektir. Bu perspektifte, bu değişimin doğası geleneksel bilişsel davranışçı terapilerde gözlemlenenden farklı olsa da, kabule değişim eşlik eder. Danışanların düşüncelerinin içeriğini değiştirmeye çalışmak yerine, düşünceleriyle olan ilişkilerini dönüştürmeleri teşvik edilir.

Üçüncü dalga bilişsel-davranışçı terapilerden Kabul ve Kararlılık Terapisi (ACT), hümanist ve davranışsal yaklaşımları farkındalıkla birleştiren davranışsal bir psikoterapi yöntemi olarak karşımıza çıkmaktadır (Ögel, 2015). ACT felsefesini işlevsel bağlamsalcılık yaklaşımından alırken, teorik çerçevesini ilişkisel çerçeve teorisinden almaktadır (Yavuz, 2015). ACT'nin temel ilkesi esneksizliğin psikopatolojinin ve mutsuzluğun temel nedeni olduğudur (Harris, 2016). Teoriye göre bireyler duygusal kaçınma stratejilerine başvurduklarında kaçınmaya olan inançları güçlenmekte ve sonuçta kaçınmanın kendisi

danışan için bir kaçınma nesnesi haline gelmektedir (Hayes et al., 2003). ACT, bireylerin içsel deneyimlerini kabul etmelerini, onları değiştirmeye ya da onlara karşı savaşılmaya çalışmadan onları olduğu gibi kabul etmelerini ve kendi değerleriyle uyumlu davranışları benimsemelerini içerir (Harris, 2016).

Kabul ve kararlılık terapisi uygulaması, bireyleri amaçlı bir varoluşa yönlendirmeyi amaçlayan bir dizi tekniği kapsar. Bu teknikler arasında kabulü teşvik etmek, bilişsel kalıplardan uzaklaşmak, bağlamsal öz farkındalığı beslemek, şimdiki anla esnek bir bağlantı kurmak, kişisel değerlerle uyum sağlamak ve bu değerlerle uyumlu davranışlara bağlılık yer alır. Bu süreçlerin her birinde terapist, danışanın acılarına ve istenmeyen deneyimlerden kaynaklanan zorluklara empati ve nezaketle yaklaşır. Kabul ve kararlılık terapisinin nihai hedefi, bireylerin içsel deneyimleriyle ilgili olarak öz şefkat geliştirmelerine yardımcı olurken aynı zamanda temel değerleriyle uyumlu yapıcı davranışlar repertuarının gelişimini teşvik etmektir (Luoma et al., 2017).

ACT, 1982 yılında Steven Hayes'in bir makalesiyle kurulduğu günden bu yana çeşitli alan ve konularda araştırma desteği topladı. Başlangıçta kronik ağrı hastalarında kullanılan ACT, daha sonra depresyon, anksiyete, bağımlılıklar, travma ve işyeri performansı gibi sorunları ele alacak şekilde genişledi. ACT, 3. Dalga Bilişsel Davranışçı Terapiler şemsiyesi altında yer almakla birlikte, felsefi ve bilimsel temellerinin yanı sıra dilbilim ve bilişsel bilimle olan bağlantıları sayesinde kendisini geleneksel Bilişsel Davranışçı Terapiden ayırmaktadır. Sonuçta Kabul ve Kararlılık Terapisi, insan davranışını anlamak için "işlevsel bağlamsal" bir yaklaşım benimser (Coyne et al., 2011).

Kabul ve Kararlılık Terapisi (ACT), psikolojik olayların izole olaylar olmadığı, daha ziyade birbiriyle bağlantılı olduğu ve durumsal ve tarihsel bağlamdan etkilendiği önermesi üzerinde çalışır. Bilişsel-davranışsal modeller mekanik bir yaklaşımı takip ederken, ACT davranışları daha geniş bağlamlarında anlamamanın önemini vurgulamaktadır. ACT, davranışların çeşitli alanlarda farklı işlevlere hizmet ettiğini ve davranış değişikliğinin en iyi şekilde bağlamsal faktörlerle elde edilebileceğini kabul ederek, davranış kendi benzersiz bağlamı içinde yönetmenin ve düzenlemenin önemini vurgular. Bu bağlamsal anlam, bireyin öğrenme geçmişi ve karmaşık bir şekilde dahil olan dil süreçleri tarafından şekillendirilir (Coyne et al., 2011).

Kabul ve Kararlılık Terapisinin (ACT) temel amacı, belirli olayları kapsayan insan davranışına ilişkin kapsamlı bir anlayış sunmak ve aynı zamanda tahmin ve değişim için araçlar sağlamaktır. ACT, bunları belirli bir teşhisin belirtileri olarak görmek yerine, davranışsal tepkilerin birey için nasıl etkili bir şekilde işlediğine odaklanan pratik bir yaklaşım benimser. ACT, bilişlerin doğasına ve ilerlemesine dalmak yerine, düşünceleri etkileyen, yapılandıran ve birbirine bağlayan bağlamsal olayları inceler. Davranışın kendisini çevreleyen koşullardan etkilendiğini kabul ederek ACT, bireylerin ilgili bağlamsal faktörlerin doğrudan yönetimi yoluyla davranışlarını değiştirme yeteneğini vurgular.

Biliş alanında, bir ACT terapistinin birincil odağı, kişinin düşüncelerinin spesifik içeriğinden ziyade terapisinin kendi süreci veya işlevinde yatmaktadır. Bunun dikkate değer bir örneği Borkovec ve arkadaşlarının (1998) kaygı üzerine yaptıkları araştırmada bulunabilir. Bu bilim adamları, genel anksiyete bozukluğu olan bireylerde endişelenme sürecinin, istenmeyen fizyolojik reaksiyonlardan geçici olarak kaçınmak gibi belirli amaçlara hizmet ettiğini ileri sürmektedir (Borkovec et al., 1990). Ancak uzun vadede kaygı, bireylerin stres yaratan psikolojik olaylarla yüzleşmesini ve bunları duygusal olarak işlemesini, ayrıca stres etkenleriyle baş etmek için etkili stratejiler geliştirmesini engeller. Endişelerin gerçek içeriği (yani endişe duyulan belirli konular), mevcut temel sorunla karşılaştırıldığında daha az öneme sahiptir. Sonuç olarak, bir ACT terapisti, bir birey için belirli bir düşünce dizisinin işleyişini derinlemesine inceleyebilir ve bu tür davranışlara girilerek kişinin ne kazanacağı veya kaybedeceği açısından bu düşünce dizisinin işlevselliğini analiz edebilir.

"Bu davranış hangi işleve hizmet ediyor?" ACT'nin felsefi çerçevesinin merkezinde yer alır ve psikopatolojiyi anlamak ve değerlendirmek için çıkarımlara sahiptir. ACT, davranışın yalnızca dış görünümüne odaklanmak yerine, hizmet ettiği temel amacı veya işlevi vurgular. Belirli bir kişi için neyin işe yaradığını değerlendirirken "hangi amaç için?" sorusunu sormak önemlidir. Başka bir deyişle, ACT öncelikli olarak davranışı tanımlama ve kişisel değerlerle uyumlu hale getirmeyle ilgilenir. Semptomların azalması ACT'nin bir yan ürünü olarak ortaya çıksa da, birincil amaç bu değildir. Bunun yerine ACT, bireylerin değerlerine uygun yaşamalarına yardımcı olmayı amaçlıyor ve bu da çoğu zaman kaygı ve depresyon gibi semptomların azalmasına yol açıyor. Sonuç olarak, psikolojik sağlığın ölçüsü, yalnızca semptomların azaltılmasına odaklanmak yerine, bireyin kişisel ilgi alanlarında ne kadar iyi çalıştığını da kapsayacak şekilde genişledi (Coyne et al., 2011).

"İlişkisel Çerçeve Teorisi" teorisine dayanarak, dil ve biliş, olayların keyfi olması ve çağrışımların oluşmasına izin vermesi kavramına dayanmaktadır. Başlangıçta bu ilişkiler, boyut ve şekil gibi keyfi olmayan fiziksel özelliklere dayanıyordu. Ancak insan dili ve bilişinin kendine özgü özelliklerinin bir sonucu olarak soyut özelliklere dayalı çağrışımlar oluşmaya başlamıştır (Hayes, 2004). Hayvanlar ve insanlar fiziksel özelliklere dayalı olarak ilişkiler kurabilirken, soyut ilişkiler kurabilme yeteneği insanlara özgüdür. Bu farklı insan yeteneği, ilişkisel çerçeve teorisinde "keyfi olarak uygulanabilir ilişkisel yanıt verme" olarak anılır (Hayes & Hayes, 1992).

Kaygıyı tetikleyen durumlardan kaçınarak kaygının tamamen ortadan kaldırıldığı düşünülebilir. Ancak bu çabalara rağmen kaygılı düşünceler devam etmektedir. Başa çıkabilmek için bireyler bu düşüncelerden uzaklaşmaya, onları daha olumlu düşüncelerle değiştirmeye ya da sadece bunları düşünmemeye çalışabilirler. Ancak düşüncelerini kontrol etmeye çalışırken bile kendilerini bilişsel başa çıkma stratejilerinin ve öğrenme sürecinin etkililiğiyle boğuşurken bulurlar. Bu düşünceleri yönlendirme çabalarında daha odaklanmış ve kararlı hale gelirler. Ancak bu stratejiler başarısız olduğunda kendinden şüphe duymaya başlar ve bu da kendi kırıklıkları, kusurları ve algılanan başarısızlıkları hakkında sorulara yol açar. Sonuç olarak kaygıları daha da yoğunlaşır (Coyne et al., 2011).

Açıklanan süreç, psikopatolojinin gelişmesinde ve sürmesinde önemli bir rol oynayan ACT varsayımlarının iki temel yönünün bir örneği olarak hizmet vermektedir. İlk unsur, sözel süreçlere dayalı olarak davranışın aşırı veya yanlış düzenlenmesini ifade eden bilişsel füzyondur. Belirli deneyimlerden türetilen ilişkisel bağlantılar kurmayı içerir. Daha geniş anlamda bilişsel füzyon, kişinin kendi düşünce ve inançlarını mutlak gerçek olarak kabul etme eğilimini kapsar. Örneğin, yanlışlıkla tehdit edici olmayan bir durumu düşmanca algılayan bir genç, kendi öz değerinin doğru bir yansıması olarak "Ben başarısızım" inancını içselleştirebilir. Bilişsel içerikle birleştğinde bu kaynaşma, bireylerin çevrelerindeki ortamla etkili bir şekilde etkileşime geçmesini engelleyerek, uyarlanabilir bir şekilde tepki verme yeteneklerini engeller. Sözel veya bilişsel unsurların algılanan gerçekliği nedeniyle bireyler bu deneyimlere karşı yaygın bir kaçınma modeli benimseyebilir. Deneyimsel kaçınma olarak bilinen bu model, ACT tarafından açıklanan ikinci unsuru temsil etmektedir.

Belirli deneyimlerden kaçınma eylemi bazen aşırı kişisel maliyetlere yol açmaksızın sınırlı bir ölçüde veya kısa bir süre için uygulanır. Kaçınmanın bu şekilde kullanılması herhangi bir

doğal sorun yaratmaz. Örneğin aşı sırasında korkuyu yenmek için dikkat dağıtma tekniklerinden yararlanan çocuklar bu yaklaşımdan olumlu sonuçlar elde edebilir. Bununla birlikte, bireyler bilişsel veya sözel deneyimlerin yönetimine aşırı derecede öncelik verdiklerinde, bunun uyumsuz davranış kalıplarının gelişmesine katkıda bulunduğuna inanılmaktadır. Deneyimsel rahatsızlıktan kaçınmaya yönelik bu yoğun eğilim, dikkati yönetilemeyen psikolojik durumların düzenlenmesine yöneltmekte ve böylece bireyin daha anlamlı eylemlerde bulunmasını engellemektedir. Sonuç olarak bu durum bireyin genel işleyişinde bir düşüşe yol açabilir (Coyne et al., 2011).

Ergenlerde anksiyete psikopatolojisinin gelişimi, deneyimsel kaçınma olarak bilinen kendi kendini düzenleyen bir mekanizmayı içerebilir. Bu mekanizma, duygu, düşünce, bedensel duyular ve anılar gibi öznel olayların hoş olmayan durumlar olarak algılanma eğilimini ifade eder. Sonuç olarak bireyler, bu hoş olmayan olayların biçimini ve sıklığını değiştirerek kaçınmaya veya kaçmaya çalışırlar (Hayes et al., 1996). Araştırmalar, daha yüksek düzeyde deneyimsel kaçınmanın psikopatolojiyle, özellikle de kaygı bozukluklarıyla bağlantılı olduğunu göstermiştir (Chawla & Ostafin, 2007). Yatarak tedavi gören ergenlerle yapılan bir araştırma, yüksek düzeyde deneyimsel kaçınma ile kaygı psikopatolojisi arasında güçlü bir ilişki olduğunu ortaya çıkardı; kaygı bozukluğu olan ergenlerin çoğunluğu aynı zamanda depresif bozukluklar da yaşıyor (Venta et al., 2012). Ayrıca, klinik olmayan ergenlerle yapılan başka bir araştırma, deneyimsel kaçınmanın tam tersi olan deneyimsel kabulün, bir yıllık bir sürenin ardından artan olumlu duygulanım ve tahmin edilen üzüntü ve korku duygularıyla ilişkili olduğunu bulmuştur (Ciarrochi et al., 2011).

Kabul ve Kararlılık Terapisi (ACT), psikolojik esnekliği ve refahı geliştirmek için birlikte çalışan çeşitli bileşenlerden oluşur. Bu bileşenler üç ana alana ayrılabilir: kabullenme, farkındalık ve bağlılık. İlk bileşen olan kabullenme, zor düşünceleri, duyguları ve hisleri değiştirmeye veya onlardan kaçınmaya çalışmadan kabul etmeyi ve kucaklamayı içerir. Bireyler bu deneyimlerle mücadele etmek yerine, onlara yer açmaya ve doğal bir şekilde gelip gitmelerine izin vermeye teşvik edilir. İkinci bileşen olan farkındalık, anda tam olarak mevcut olmayı ve kişinin düşüncelerine, duygularına ve fiziksel duyularına yargılamadan dikkat etmesini vurgular. Yargılayıcı olmayan bir farkındalık geliştirerek bireyler, içsel deneyimlerine dair daha iyi bir anlayış geliştirebilir ve bunlara daha kasıtlı ve uyarlanabilir bir şekilde yanıt verebilir. Üçüncü bileşen olan bağlılık, kişinin kendi değerlerini tanımlamasını ve anlamlı bir yaşam sürmeye yönelik kararlı eylemlerde bulunmasını içerir.

Bu bileşen, kişinin değerleriyle uyumlu hedefler belirlemeye ve rahatsızlık veya engellerle karşılaştığında bile bu hedeflere ulaşmak için tutarlı adımlar atmaya odaklanır (Yavuz, 2015; Ögel, 2015).

ACT, kabullenmeyi, farkındalığı ve bağlılığı bütünleştirerek, bireylerin yaşamın zorluklarına ve taleplerine uyum sağlama ve bunlara etkili bir şekilde yanıt verme yeteneği olan psikolojik esnekliği geliştirmelerine yardımcı olmayı amaçlamaktadır. Bu bileşenler aracılığıyla bireyler, kendileri ve başkalarıyla daha şefkatli ve kabul edici bir ilişki geliştirebilir, şu anda var olma ve o anla meşgul olma yeteneklerini geliştirebilir ve değerli ve tatmin edici bir yaşam için anlamlı eylemlerde bulunabilir.

2.12.1. Kabul ve Kararlılık Terapisinin Bileşenleri

Bireylerin olumsuz duygu ve düşüncelerle nasıl ilişki kurduğuna odaklanılarak geliştirilen ACT, Bireylerin bu olumsuzlukları değiştirmeye veya ortadan kaldırmaya çalışmadan etkili bir şekilde yönetmelerine olanak tanıyan stratejiler kullanır (Hayes et al., 2004). ACT müdahalelerinin amacı psikolojik olayları değiştirmek ya da ortadan kaldırmak değil, bireyin bu olaylarla ilişkisini değiştirmek ve bunların günlük yaşam üzerindeki etkisini arttırmaktır (Hayes et al., 2006). ACT'e göre bireylerin duygu ve düşünceleriyle çatışmaya girmeden uyum içinde yaşamalarına rehberlik eden altı temel ilke vardır: kabullenme, şimdiki ana odaklanma, bilişsel ayırma, bağlamsal öz farkındalık, değerler ve kararlı eylem (Tirch et al., 2014).

ACT'nin temel amacı, psikolojik esnekliği artırmak, bireylerin kişisel önem taşıyan alanlarda hedeflerini etkili bir şekilde takip etmelerini sağlamaktır. ACT, deneyimsel kaçınma ve bilişsel katılımı, bireylerin kendi değerleriyle uyumlu davranışlarda bulunmalarını engelleyen zararlı süreçler olarak tanımlar. Aslında ACT temel bir soruyu ortaya koyuyor: Danışan, mücadeleleri ile arzu ettiği değişiklikler arasındaki ayrımı tüm kalbiyle ve açık bir şekilde benimseyecek mi? Bunu başarmak için ACT, kabullenme ve farkındalığa dayalı davranış değişikliği olarak kategorize edilebilecek altı psikolojik süreci güçlendirmeye odaklanır (Luoma et al., 2007).

Psikolojik esneklik, içsel deneyimlerden etkilenmek yerine kişinin değerleri ve mevcut bağlamla uyumlu bilinçli davranış seçimini kapsayan optimal psikolojik işleyişin temel taşı olarak hizmet eder (Bond et al., 2006; Hayes et al., 2004). Bu kavram birbiriyle bağlantılı altı

süreç tarafından desteklenmektedir: kabullenme, bilişsel ayrıştırma, şimdiki an farkındalığı, bağlamsal öz algı, kişisel değerlerle uyum ve değer odaklı eylemlere bağlılık (Luoma et al., 2010). Bu süreçler, psikolojik esnekliği artırmayı ve anlamlı davranış değişikliğini kolaylaştırmayı amaçlayan Kabul ve Kararlılık Terapisinin (ACT) temelini oluşturur (Gould et al., 2018; Hayes et al., 2006).



Şekil 1. ACT'nin psikolojik süreçlerinin hexaflex modeli (Kaynak: Coyne ve diğerleri, 2011)

Yaklaşık otuz yıllık kapsamlı araştırmalardan sonra, psikolojik esnekliğin altı temel bileşeni, kabul, ayrışma, bağlam olarak benlik, şimdiki ana esnek dikkat, değerler ve kararlı eylem olarak tanımlandı (Hayes et al., 2011). Bu süreçler, bireyin sürekli değişen ve sıklıkla zorlu yaşam koşullarına etkili bir şekilde uyum sağlama yeteneğini belirlemede çok önemlidir (Hayes ve diğerleri, 2011). Psikolojik esneklik modeli öncelikle bireyin işlevselliğini artırmaya ve davranışsal dönüşümü teşvik etmeye odaklanır. Altıgenin sol tarafındaki süreçler farkındalık ve kabul süreçleri olarak adlandırılırken, sağ taraftaki süreçler ise bağlılık ve davranış değişikliği veya davranışsal aktivasyon süreçleri olarak bilinmektedir (Hayes et al., 2011).

Kabullenme, herhangi bir değiştirme veya kaçınma niyeti olmaksızın, istenmeyen unsurların farkındalığını ve kabulünü teşvik ederek deneyimsel kaçınmayı önlemek için geçerli bir seçenek olarak hizmet eder. Örneğin, kronik fiziksel ağrıyla uğraşırken, bir ACT terapisti bireyin dikkatini ağrının kendisine yönlendirebilir veya dikkat dağıtıcı şeylere başvurmak

yerine onu şiddetini tam olarak tanımaya teşvik edebilir. Bu yaklaşım, psikolojik iyi oluşun, duyguların etkili bir şekilde yönetilmesi ve semptomların azaltılması olarak anlaşılmasına katkıda bulunur ve sonuçta psikososyal işlevselliğin iyileşmesine yol açar (Barlow, 2000). Psikolojik esneklik modelinde deneyimsel kaçınmanın karşıtı olarak kabul, kişisel değerlerle uyumlu eylemleri teşvik etmenin bir yolu olarak savunulmaktadır (Wilson et al., 2001). Kabul ve kararlılık terapisinde kabul hem hoş hem de acı verici deneyimlerin aktif olarak benimsenmesini, bunların esnek bir şekilde var olmasına izin verilmesini gerektirir (Yavuz, 2015). Basitçe söylemek gerekirse, içsel deneyimleri, onları değiştirmeye veya direnmeye yönelik nafile girişimlere girişmeden, oldukları gibi benimsemeyi içerir (Hayes et al., 1999).

Kabullenmeyi benimsemek için kişinin zorlu kişisel durumlarla veya bunları tetikleyebilecek karşılaşmalarla karşılaşma olasılığını memnuniyetle karşılayan bir zihniyet benimsemesi gerekir. Bu psikolojik yaklaşım, mevcut anla alıcı, açık, uyarlanabilir ve yargılamadan uzak bir şekilde aktif olarak meşgul olmayı seçmeyi gerektirir (Hayes et al., 2012).

Kabullenme, bireyin iç dünyasında var olan düşünce ve duyguların onaylanması veya benimsenmesiyle karıştırılmamalı, onlara teslim olmak olarak görülmemelidir. Daha ziyade kabul, bu düşünce ve duygulara karşı mücadeleden isteyerek ve aktif olarak vazgeçmeyi, onlarla barışmayı ve iç dünyada onlara yer açmayı gerektirir (Harris, 2016). İçsel deneyimlerden kaçınma ve direnme, yalnızca bu deneyimlerin artmasına ve artmasına hizmet eder (Işık vd., 2013). Kabullenmeye karşı mücadeleyi serbest bırakarak bireyler kendi içlerinde acı veren anılara, duygulara yer açabilirler. Sonuç olarak kabullenme, içsel deneyimlerin rolünü kaçınılan olaylardan merakla gözlemlenmeye doğru değiştirir (Harris, 2009). Kabullenmeyi hayata yaklaşımlarına dahil etmeden, bireylerin deneyimsel kaçınmaya girişme olasılıkları daha yüksektir. Deneyimsel kaçınma, hayallere dalma, dikkati dağıtma, madde bağımlılığı ve dürtüsel harcama gibi çeşitli şekillerde ortaya çıkabilir (Zettle, 2007).

Şimdiki an farkındalığı kavramı, mevcut zaman diliminde meydana gelen psikolojik ve çevresel olayların sürekli, yargılamadan tanınması olarak tanımlanabilir. Belirli deneyimlerden kaçmak ya da önemsiz gibi göstermek yerine, bireyler şimdiki anla tam olarak ilgilenmeye ve dış dünyayla sürekli bir bağlantı kurmaya teşvik edilir. Bu metodolojinin davranıştaki uyarlanabilirliği arttırdığına, bireylerin yalnızca içsel durumlardan etkilenmek yerine gerçek durumlara ve dış koşullara daha verimli bir şekilde yanıt vermelerine olanak sağladığına inanılmaktadır (Tirch et al., 2014).

Bilişsel ayrışma, düşünceleri değiştirmeye, bastırmaya veya ortadan kaldırmaya çalışmak gibi bilişsel kontrol stratejilerine alternatif bir yaklaşım sunar (Yadavaia, 2013). Kabul ve kararlılık terapisine göre bireyler düşüncelerine kapılma eğilimindedir (Blackledge, 2007). Bilişsel davranışçı terapiden farklı olarak bu terapi, işlevsel olmayan düşünceleri değiştirmek yerine, bu düşünceleri merakla gözlemlemenin, onların baskın olmasına izin vermeden sadece "düşünceler" olarak kabul etmenin daha etkili olduğunu öne sürmektedir (Hayes, 2004). Bilişsel ayrışmanın amacı, bireyin düşünceleriyle olan ilişkisini, bu düşüncelerin gerçek içeriğini değiştirmeye çalışmadan dönüştürmektir. Bilişsel ayrışma yoluyla birey ile düşünceleri arasında bir mesafe duygusu kurulur (Harris, 2008). Bilişsel ayrışma, sözlü olayların davranış düzenlemesi üzerindeki etkisini azaltarak bireylerin davranış repertuarını genişletir. Sonuç olarak bireylerin hayatlarındaki gereksiz sınırlamalar azalmakta ve düşüncelerinin içeriğine daha az yön verilmektedir (Yadavaia, 2013). Bir kelime anlamından kopuk, yalnızca bir kelime olarak algılandığında, bağlamından kopuk hale gelir ve dolayısıyla kelime ile sonraki davranış arasındaki bağ zayıflar. Hayes ve arkadaşlarına (1999) göre davranışları kelimelerin değerlendirilmesinden ayırmak mümkündür. Bilişsel çözülme sayesinde bireyler düşüncelerini gözlemleyebilir ve onlara kapılmadan onların geçmesine izin verebilirler.

Mevcut olma durumu, bireyin düşünceleri tarafından tüketilmesinin aksine, mevcut deneyimlerinin bilinçli farkındalığını gerektirir (Harris, 2016). Kişinin dikkatini kasıtlı ve uyarlanabilir bir şekilde şimdiki ana yönlendirmesini içerir (Yadavaia et al.; 2014). Kişinin şimdiki an ile bağlantısını güçlendirmek, kişinin iç dünyası ve dış deneyimlerinin daha derin bir bütünleşmesini teşvik eder (Harris, 2016). An'da esnek olma isteğini benimsemek, kişinin eylemlerini kişisel değerleriyle uyumlu hale getirir (Yavuz, 2015).

Bilişsel ayrışma, sözel süreçlerin önemini azaltarak, şimdiki anla esnek bir şekilde bağlantı kurma yeteneğini geliştirebilir (Graham, 2016). Ek olarak, kabul bileşeni şu andaki zorlu duygusal karşılaşmalara ilişkin farkındalığın geliştirilmesinde önemli bir rol oynamaktadır (Yadavaia et al., 2014). Anlık temas deneyimleri sayesinde bireyler davranışsal esnekliği geliştirebilir, eylemlerini değerleri ile uyumlu hale getirebilir ve sorunlu davranışlar yerine işlevsel davranışlarla meşgul olma kapasitesini geliştirebilirler (Harris, 2016).

Bağlamsal benlik olarak bilinen kendini gözlemleme, bireylerin herhangi bir anda kendi farkındalıklarının farkındalığını sürdürmelerini sağlayan psikolojik bir durumdur (Hayes,

2008; Yadavaiaet al., 2014). Bireylerin, deneyimlerinin gelgitlerine kapılmadan düşüncelerini, duygularını, bedenlerini ve rollerini gözlemleyebilecekleri bir bakış açısı görevi görür (Harris, 2016). Benliğin bu yönü, diğer yönleri değişse bile yaşam boyunca sabit kalır. Ancak bireyler değerlendirmelere veya tanımlara aşırı bağlandıklarında başarısızlıkların ve eksikliklerin olumsuz etkilerine karşı savunmasız hale gelirler (Graham, 2016). Bağlamsal benliğin düşüncelerden, duyumlardan, duygulardan ve deneyimlerden farklı olduğunu belirtmek önemlidir; bireyin temel özü değildir (Ögel, 2015). Kabul ve kararlılık terapisi, içsel deneyimlerin bireylerde meydana gelen ayrı olaylar olduğunu ve bunları tanımlamaması gerektiğini vurgulayarak bu ayrılığın altını çizer. Bunun yerine bireylerin kendi içsel deneyimlerinin dikte etmediği, değerlerine uygun bir yaşam sürmeleri teşvik edilmektedir (Yavuz, 2015).

Gözlemleyen benlik kavramı, benliğin düşüncelerden daha fazlasını kapsadığının ve onlardan farklı olduğunun kabulüyle ilgilidir. Bireylerin düşüncelerinin, duygularının ve dışsal karşılaşmalarının sürekli akışına tanıklık edebilecekleri değişmeyen bakış açısıdır. Benliği, düşüncelerin, duyguların ve fizyolojik tepkilerin ortaya çıkıp kaybolması için bir fon olarak algılayan bireyler, bir kopukluk ve perspektif duygusu kazanır. Bu da deneyimlere olan bağlılıklarını azaltır ve davranışlarında uyum sağlamayı teşvik eder (Trosper et al., 2009).

Bireyler, kendileri için önemli olan belirli alanlara karşılık gelen değerlere sahiptirler. Hedeflerden farklı olarak değerler ulaşılabilecek bir şey değildir; daha ziyade sürekli ve karmaşık bir davranış zincirini motive eden yol gösterici ilkeler olarak hizmet ederler. Davranışlar bu değerlerle uyumlu olduğunda, değer verilen alanla ilişkili bazı yararlı psikolojik niteliklere sahip olabilirler (Hayes, 2006). Değerler, birey için neyin derinden önemli olduğunu, kalbinde neyin değerli olduğunu ve hayatta uğruna çabaladığı amacı temsil eder (Harris, 2016). Anın içinde olma, kabullenme, ayrışma ve bağlamsal kendine müdahale gibi uygulamalar, bireylerin eylemlerinde esneklik geliştirmesine olanak tanıyarak değerlerine uygun yaşamalarını sağlar (Yavuz, 2015). Bu müdahaleler, günlük yaşamın taleplerinden uzaklaşarak bireylerin kendileri için gerçekten neyin önemli olduğu konusunda netlik kazanmalarına yardımcı olur (Yavuz & Terzioğlu, 2019).

Değerler, yaşamda bizim için gerçekten önemli olan yollara doğru bizi yönlendiren içsel pusulamız olarak hizmet ederken, hedefler de uğruna çabaladığımız belirli başarıları ve başarıları temsil eder. Bir bitiş noktası olan hedeflerden farklı olarak değerler, belirli bir

hedefe veya dönüm noktasına ulaştıktan sonra bile eylemlerimizi şekillendirmeye devam eden devam eden davranış kalıplarıdır. Örneğin, birisi hayatı boyunca sürekli olarak kendine şefkat gösterme yönünde çalışabilir. Yalnızca ayrışmaya veya kabule odaklanan teknikler bu anlayış olmadan etkili olmayacağından, kabul ve kararlılık terapisinde kişinin değerlerini tanımlaması ve netleştirmesi çok önemlidir. Bu terapötik süreç sayesinde danışanların kendi değerlerine ilişkin farkındalık geliştirmeleri ve bu değerlere uygun davranışlarda bulunmaları desteklenir (Yadavaia et al., 2014).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Türü

Bu çalışmanın amacı, şizofreni hasta yakınlarına uygulanan Kabul ve Kararlılık Terapisi (ACT) temelli psikoeğitimin damgalanma düzeyine etkisini belirlemektir. Öntest- sontest, izlem ölçümlü girişim ve kontrol gruplu deneysel nitelikte bir araştırmadır. Yapılan çalışma <https://clinicaltrials.gov/> adresine kayıt edilmiştir (ClinicalTrials.gov Identifier: NCT06368011).

3.1.1. Araştırmanın Hipotezleri

H₀: Kabul ve kararlılık terapisi temelli psikoeğitim, şizofreni hasta yakınlarının damgalama düzeylerini azaltmada etkili değildir.

H₁: Kabul ve kararlılık terapisi temelli psikoeğitim, şizofreni hasta yakınlarının damgalama düzeylerini azaltmada etkilidir.

3.1.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Ankara’da bir devlet hastasına bağlı Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde takip edilen şizofreni tanısı almış hastaların yakınları ile Nisan 2023 Temmuz 2023 tarihleri arasında gerçekleştirildi.

3.1.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, T.C. Sağlık Bakanlığı Dr. Nafiz Körez Sincan Devlet Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezine kayıtlı olup aktif olarak tedaviye devam eden şizofreni hastalarının yakınları oluşturmuştur. Araştırmaya, bu birime kayıtlı olan şizofreni

hastalarının yakınlarından araştırmacı tarafından belirlenen araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan, psikoegitim programına katılmayı kabul eden hasta yakınları alınmıştır. Örneklem büyüklüğü ‘G. Power-3.1.9.7’ kullanılarak, Independent sample t testi’ne göre %95 güven düzeyinde hesaplanmıştır. Analiz sonucunda $\alpha=0.05$ düzeyinde, standardize etki büyüklüğü daha önce yapılan çalışmalarda 1.35 olarak bulunmuş ve 0.95 teorik power ile girişim grubu 16, kontrol grubu 16 olmak üzere minimum örneklem sayısı 32 olarak hesaplanmıştır (Lee et al., 2022). Şizofreni hasta yakınlarının herhangi bir sebepten dolayı araştırmadan ayrılabilceği düşünülerek kayıp payı da her gruba 2 kişi eklenerek her grupta 18’er kişi olmak üzere örneklemin toplam 36 şizofreni hasta yakınından oluşması planlanmıştır. Örneklem için yeterli hasta yakını sayısı belirlendikten sonra randomizasyon yapıldı. Araştırmaya dahil edilen hasta yakınları randomize olarak girişim ve kontrol gruplarına atandı. Psikoegitim süresinde her iki grupta da örneklemin kaybı olmamıştır ve çalışma 36 hasta yakını ile tamamlanmıştır.

3.1.4. Araştırmaya dahil edilme kriterleri

- DSM-V tan ölçütlerine göre şizofreni tanısı konulan hastanın yakını olmak (primer bakım verici)
- Hasta ile birlikte yaşıyor olmak (hastasıyla haftada en az 35 saat ve üzeri birlikte olan aile üyesi olması)
- Okuma yazma biliyor olmak
- 18 yaş ve üzeri olmak
- Herhangi bir ruhsal hastalık tanısı almamış olmak
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak,

3.1.5. Araştırmadan çıkarılma kriterleri

- Sekiz oturumluk eğitim programının, herhangi bir oturumuna katılmamış olmak
- Eğitim programının telafi oturumuna katılmamış olmak
- Ön test, son test ve izlem testinden herhangi birine katılmamış olmak

3.2. Girişim ve Kontrol Grubunun Belirlenmesi

3.3. Veri Toplama Araçları

Araştırmada Kişisel Bilgi Formu, Şizofreni Hasta Yakınları İçin Damgalama Ölçeği (ŞHYDÖ), Damgalama Ölçeği (DÖ) ve Psikoeğitim Değerlendirme Formu kullanılmıştır.

3.3.1. Kişisel Bilgi Formu (Ek-5)

Araştırmada hasta yakınlarının sosyodemografik özellikleri belirlemek için araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan kişisel bilgi formu kullanılmıştır. Bu formda yaş, cinsiyet, hasta ile yakınlık derecesi, hasta ile birlikte yaşama durumu ve hastalığı kabullenme durumunu belirlemeye yönelik kapalı uçlu olarak hazırlanan 6 sorudan oluşmaktadır.

3.3.2. Şizofreni Hastalarının Yakınları İçin Damgalama Ölçeği (ŞHYDÖ) (Ek-6)

ŞHYDÖ Yıldırım ve arkadaşları (2021) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek 3'lü likert tipte, evet:3 bazen:2 hayır:1 şeklinde cevaplanmakta ve puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek min. puan 17, max. puan 51'dir. ŞHYDÖ 17 soru ve 5 alt boyuttan oluşmaktadır. Sosyal izolasyon ve yetersizlik alt boyutu 1, 2, 3, 4, 9, 15 kaçınma ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt boyutu: 5, 6, 7 toplumsal negatif ayrımcılık alt boyutu: 8, 10, 11 gizleme ve utanma alt boyutu: 12, 13, 14 olumsuz içselleştirme alt boyutu: 16, 17 maddelerini içermektedir. Ölçek hem toplam puan hem de alt ölçek puanları üzerinden yorumlanmakta olup, ölçek ve alt ölçeklerden alınan puan yükseldikçe damgalanmanın o derecede çok olduğunu ifade etmektedir. Güvenirlik çalışmasında ölçeğin Cronbach's Alpha katsayısı 0,90 olarak bulunmuştur. Şizofreni Hastalarının Yakınları İçin Damgalama Ölçeğinin Cronbach's Alpha iç tutarlılık katsayıları sosyal izolasyon ve yetersizlik, kaçınma ve kişilerarası ilişkilerde bozulma, toplumsal negatif ayrımcılık, gizleme ve utanma, olumsuz içselleştirme alt boyutları için sırasıyla 0,87; 0,80; 0,76; 0,71; 0,69 olarak hesaplanmıştır (Yıldırım vd., 2021). Bu araştırmada ŞHYDÖ ölçeğinin güvenilirliği Cronbach's Alpha=0,839 olarak yüksek bulunmuştur. ŞHYDÖ ölçeğinin Cronbach's Alpha iç tutarlılık katsayıları sosyal izolasyon ve yetersizlik, kaçınma ve kişilerarası ilişkilerde bozulma, toplumsal negatif ayrımcılık, gizleme ve utanma, olumsuz içselleştirme alt boyutları için sırasıyla 0,82; 0,79; 0,76; 0,81; 0,82 olarak bulunmuştur.

3.3.3. Damgalama Ölçeği (DÖ) (Ek-7)

Yaman ve Güngör tarafından 2013 yılında geliştirilen ölçek 5'li likert tipi olarak hazırlanmıştır. Kesinlikle katılmıyorum: 1, Katılmıyorum: 2, Kısmen katılıyorum: 3, Katılıyorum: 4, Tamamen Katılıyorum: 5 şeklinde cevaplanmakta ve puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek puan 22-110 arasında olup, 55 puanın altında alan bireylerin damgalama eğiliminin düşük, 55 puanın üzerinde alan bireylerin ise damgalama eğiliminin yüksek olduğu söylenebilir. Damgalama Ölçeği 22 madde ile 4 boyuttan oluşmaktadır ve ters puanlanmış madde yoktur. Ayrımcılık ve dışlama alt boyutu 10,17,18,19,20,21, etiketleme alt boyutu 3,4,5,7,8,9, psikolojik sağlık alt boyutu 11,12,13,15,16, önyargı alt boyutu 1,2,6,14,22 maddelerini içermektedir. Güvenirlilik çalışmasında ölçeğin Cronbach's Alpha katsayısı 0,84 olarak bulunmuştur. Damgalama Ölçeğinin Cronbach's Alpha iç tutarlılık katsayıları ayrımcılık ve dışlama, etiketleme, psikolojik sağlık, önyargı alt boyutları için sırasıyla 0,77;0,68; 0,66; 0,54 olarak bulunmuştur (Yaman ve Güngör, 2013a). Bu araştırmada Damgalama ölçeğinin güvenirliliği Cronbach's Alpha=0,827 olarak yüksek bulunmuştur. Damgalama Ölçeğinin Cronbach's Alpha iç tutarlılık katsayıları ayrımcılık ve dışlama, etiketleme, psikolojik sağlık, önyargı alt boyutları için sırasıyla 0,81; 0,80; 0,78; 0,81 olarak bulunmuştur.

3.3.4. Psikoeğitim Sonrası Değerlendirme Formu (Ek-8)

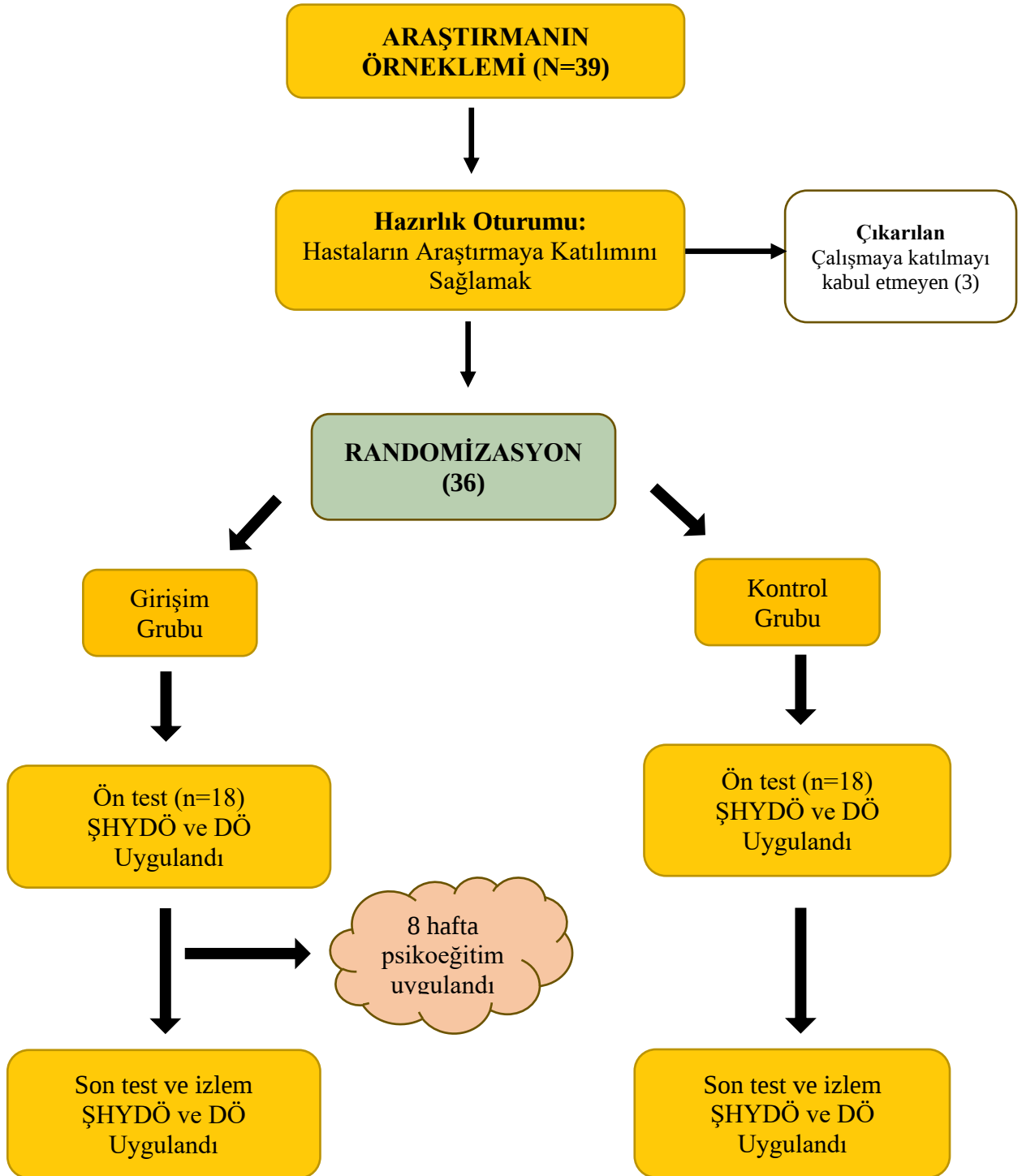
Araştırmacı tarafından geliştirilmiş olan ve eğitim sonrası şizofreni hasta yakınlarının ruhsal hastalıklara yönelik damgalanma konusunda kendilerini nasıl hissettiklerini, eğitimin beklentilerini karşılayıp karşılamadığını, eğitim anlaşılır olup olmadığını, eğitim sürecinin yeterli olup olmadığını ve eğitim süreci ve içeriği nasıl bulduklarını belirlemeye yönelik olarak hazırlanan kapalı ve açık uçlu 6 sorudan oluşmaktadır.

3.4. Verilerin Toplanması

Psikoeğitim süreci başlamadan önce girişim ve kontrol grubundaki hasta yakınlarına kişisel bilgi formu ve ölçekler (ŞHYDÖ, DÖ) uygulanmıştır. Girişim grubuna ACT temelli psikoeğitim programı uygulanmıştır. Psikoeğitim programı, 8 oturum halinde her oturum süresi yaklaşık 90 dakika sürecek şekilde gerçekleştirilmiştir. Kontrol grubuna ise herhangi bir girişim yapılmamıştır. Girişim grubuna verilen psikoeğitimden sonra girişim ve kontrol grubuna ölçekler tekrar uygulanmıştır. Ayrıca girişim grubunun psikoeğitim değerlendirme

formunu doldurması istenmiştir. Girişim grubuna 1 aylık izlem çalışmasından sonra tekrar ölçekler (ŞHYDÖ, DÖ) uygulanmış ve değerlendirilmiştir.

ARAŞTIRMANIN UYGULAMA PLANI



Şekil 2. Araştırmanın Girişim ve Kontrol Grubu Consort Akış Şeması

3.4.1. Psikiyatri Hemşireliği Girişimi

Grup danışmanlığını uygulayacak olan araştırmacı uygulamaya başlamadan önce Bağlamsal Bilimler & Psikoterapiler Derneği tarafından verilen 40 saatlik ACT eğitim programına katılmıştır (EK-6). Araştırmada öncelikli olarak Dr. Nafiz Körez Sincan Devlet Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezine kayıtlı şizofreni hastalarının dosyaları incelenerek, hasta ve hasta yakınlarına ait bilgiler araştırma kriterlere uygunluk açısından değerlendirilmiştir.

3.4.2. Girişim Grubuna Uygulanan Psikiyatri Hemşireliği Girişimi

Psikoeğitim, girişim grubundaki bireylerden oluşan 8-10 kişilik iki ayrı gruba 90 dakika süren 8 oturum şeklinde gerçekleştirilmiştir. Grup oturumları araştırmacının liderliğinde, TRSM’de, haftada bir kere yapılmıştır. Toplamda psikoeğitim telafi oturumlarla birlikte 10 hafta sürmüştür. Oturumlar, psikoeğitim için uygun koşullara sahip olan (bir masa ve yeteri kadar sandalye, yazı tahtası, bilgisayar, tepegöz) TRSM’nin çok amaçlı eğitim salonunda yapılmıştır.

3.4.3. ACT Temelli Psikoeğitim Programının Geliştirilmesi

Kabul ve kararlılık terapisine yönelik literatür taraması yapılarak güncel olan çalışmalar takip edilmiştir. ACT’in felsefesi ve temelleri hakkında detaylı bir araştırma yaparak yerli ve yabancı çalışmalar okunmuştur. Bu araştırma da kullanılacak olan metaforları belirlemek için sosyal ağlar üzerinde detaylı bir ACT araştırması yapılmıştır. ACT’in yanısıra şizofreni, şizofreni ailesi ve damgalama kavramları içinde literatür taraması yapılmıştır. Psikoeğitim içeriği uzman görüşüne sunularak hazırlanmıştır (Ek-9).

3.4.4. Psikoeğitimin Amaçları

Şizofreni hasta yakınları üzerinde ACT temelli psikoeğitimin etkisini öngörmeye çalışmıştır. Psikoeğitimin sonunda çalışmaya katılan şizofreni hasta yakınlarının damgalama düzeylerinin anlamlı düzeyde azalacağı varsayılmaktadır. Psikoeğitimin amaçları;

- Damgalamayı, nedenlerini ve belirtilerini tanıyabilmek
- ACT hakkında genel bilgi sahibi olmak
- Yaratıcı umutsuzluğu tanımak
- An’da olma becerisi geliştirmek

- Ruhsal hastalıklara yönelik damgalama ile baş etmede bilişsel ayrışma becerilerini kullanabilmek
- Zihnin düşüncelerden ayrışmasına yönelik becerileri geliştirmek
- Bağlamsal benliğin tanıtılması
- Bağlamsal benliği deneyimleyebilmek
- Düşüncelerin gerçek doğasını görebilme becerisi kazandırmak
- Ruhsal hastalıklara yönelik damgalama ile ilgili hoş gitmeyen acı veren düşünce ve duyguların kabul edilmesi
- Asıl sorunun düşünce ve duygular değil de bu düşünce ve duyguları kontrol etmeye çalışmak olduğuna yönelik farkındalık kazandırmak
- Değerler ile ilgili farkındalık kazandırmak
- Değer ve hedef ayırımını yapabilme becerisi kazandırma
- Psiko-eğitimin sonunda olumlu duygularla ayrılabilme

3.5. Araştırmanın Sınırlılığı ve Genellebilirliği

Araştırma Ankara ilindeki bir Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde yapılmıştır. Bu yüzden bu çalışmanın sonucu çalışma grubuna genellenebilir.

3.6. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler;

- Şizofreni Hasta Yakınları İçin Damgalama Ölçeği Puanı
- Damgalama Ölçeği Puanı

Bağımsız Değişkenler;

- ACT Temelli Psikoeğitim Programı

3.7. Verilerin İstatistiksel Analizi

Araştırmada elde edilen veriler bilgisayar ortamında SPSS 22.0 istatistik programı aracılığıyla değerlendirilmiştir. Araştırmaya katılan çalışanların tanımlayıcı özelliklerinin belirlenmesinde frekans ve yüzde analizlerinden, ölçeğin incelenmesinde ortalama ve standart sapma istatistiklerinden faydalanılmıştır. Araştırma değişkenlerinin normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemek üzere Kurtosis (Basıklık) ve Skewness (Çarpıklık) değerleri incelenmiştir. İlgili literatürde, değişkenlerin basıklık çarpıklık değerlerine ilişkin

sonuçların +1.5 ile -1.5 (Tabachnick ve Fidell, 2013), +2.0 ile -2.0 (George, ve Mallery, 2010) arasında olması normal dağılım olarak kabul edilmektedir. Değişkenlerin normal dağılım gösterdiği belirlenmiştir. Verilerin analizinde parametrik yöntemler kullanılmıştır.

Bağımsız gruplarda kategorik değişkenlerin oranları arasındaki farklar Ki-Kare ve Fisher exact testleri ile analiz edilmiştir. İki bağımsız grup arasında niceliksel sürekli verilerin karşılaştırılmasında bağımsız gruplar t-testi kullanılmıştır. Grup içi ölçümlerin karşılaştırılmasında tekrarlı ölçümler Anova testi ve tamamlayıcı bonferroni testi kullanılmıştır.

3.8. Araştırmanın Etik Yönü:

Araştırma için Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul’undan 01/09/2022 tarih ve Karar No: 27 sayılı protokol no ile etik onay alındı (EK-1). Ayrıca araştırmanın Dr. Nafiz Körez Sincan Devlet Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezi’nde yapılabilmesi için kurumdan yazılı izin alındı (Ek-2). Araştırmaya katılan hasta yakınlarından sözlü ve yazılı onam alındı. Verileri toplamaya başlamadan önce katılımcılara araştırmadan istedikleri zaman ayrılacakları belirtilerek “Özerklik” ilkesi, araştırma yayınlansa bile katılımcıların adının ve kimlik bilgilerinin kesinlikle gizli kalacağı ve bilgilerin 3. Kişilerle paylaşılmayacağı açıklanarak “Gizliliğin Korunması” etik ilkesine uyulmasına özen gösterildi

4. BULGULAR

Tablo 1. Hasta Yakınlarının Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı

		Girişim		Kontrol		Toplam		p
		n	%	n	%	n	%	
Cinsiyet	Kadın	15	%83,3	9	%50,0	24	%66,7	$X^2=4,500$ $p=0,038$
	Erkek	3	%16,7	9	%50,0	12	%33,3	
Ruhsal Bozukluğu Olan İnsan Varlığı	Evet	17	%94,4	18	%100,0	35	%97,2	$X^2=1,029$ $p=0,500$
	Hayır	1	%5,6	0	%0,0	1	%2,8	
Yakınlık Derecesi	Annem	0	%0,0	8	%44,4	8	%22,2	$X^2=12,549$ $p=0,014$
	Babam	0	%0,0	1	%5,6	1	%2,8	
	Kardeşim	2	%11,1	2	%11,1	4	%11,1	
	Eşim	4	%22,2	2	%11,1	6	%16,7	
	Çocuğum	12	%66,7	5	%27,8	17	%47,2	
Hastayla Birlikte Yaşama Durumu	Evet	16	%88,9	15	%83,3	31	%86,1	$X^2=0,232$ $p=0,500$
	Hayır	2	%11,1	3	%16,7	5	%13,9	
Hastanın Teşhisini Kabullenme Durumu	Evet	10	%55,6	16	%88,9	26	%72,2	$X^2=5,162$ $p=0,076$
	Hayır	1	%5,6	0	%0,0	1	%2,8	
	Kısmen	7	%38,9	2	%11,1	9	%25,0	
		Ort	Ss	Ort	Ss	Ort	Ss	p
Yaş		55,670	10,776	52,110	14,278	53,890	12,597	0,405
Ki-Kare Analizi; Bağımsız Gruplar T-Testi								

Girişim ve kontrol grubu tanımlayıcı özelliklerine göre karşılaştırıldığında gruplar cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermektedir. ($X^2=4,500$; $p=0,038<0.05$). Girişim grubunda 15'inin (%83,3) kadın, 3'ünün (%16,7) erkek; kontrol grubunda 9'unun (%50,0) kadın, 9'unun (%50,0) erkek olduğu görülmektedir.

Gruplar ruhsal bozukluğu olan insan varlığına göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($X^2=1,029$; $p=0,500>0.05$). Ailede ruhsal bozukluğu olan insan varlığı durumunun

girişim grubunda 17'sinin (%94,4) evet, 1'inin (%5,6) hayır; kontrol grubunda 18'inin (%100,0) evet olduğu görülmektedir.

Gruplar yakınlık derecesine göre anlamlı farklılık göstermektedir. ($X^2=12,549$; $p=0,014<0.05$). Girişim grubunda 2'sinin (%11,1) kardeşi, 4'ünün (%22,2) eşi, 12'sinin (%66,7) çocuğu; kontrol grubunda 8'inin (%44,4) annem, 1'inin (%5,6) babam, 2'sinin (%11,1) kardeşim, 2'sinin (%11,1) eşim, 5'inin (%27,8) çocuğum olduğu görülmektedir.

Gruplar hastayla birlikte yaşama durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($X^2=0,232$; $p=0,500>0.05$). Girişim grubunda 16'sının (%88,9) evet, 2'sinin (%11,1) hayır; kontrol grubunda 15'inin (%83,3) evet, 3'ünün (%16,7) hayır olduğu görülmektedir.

Gruplar hastanın teşhisini kabullenme durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($X^2=5,162$; $p=0,076>0.05$). Girişim grubunda 10'unun (%55,6) evet, 1'inin (%5,6) hayır, 7'sinin (%38,9) kısmen; kontrol grubunda 16'sının (%88,9) evet, 2'sinin (%11,1) kısmen olduğu görülmektedir.

Hasta Yakınlarının yaş ortalaması gruba göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Tablo 2. Girişim ve Kontrol Grubunun Şizofreni Hasta Yakınları İçin Damgalanma Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Gruplar	Girişim (n=18)		Kontrol (n=18)		t ^a	p
	Ort	Ss	Ort	Ss		
ŞHYDÖ Öntest	29,000	4,627	26,890	8,021	0,967	0,340
ŞHYDÖ Sontest	23,500	3,634	26,830	7,950	-1,618	0,115
ŞHYDÖ İzleme (1 Ay)	20,560	3,222	26,670	8,232	-2,933	0,008
F^b	28,881		0,188			
p	0,000		0,675			
Bonferroni	1>2,3; 2>3					
Etakare	0,629					
İzolasyon ve Yetersizlik Öntest	10,670	2,000	8,940	3,226	1,925	0,063
İzolasyon ve Yetersizlik Sontest	8,000	1,782	9,000	3,325	-1,124	0,269
İzolasyon ve Yetersizlik İzleme (1 Ay)	7,390	1,461	9,280	3,357	-2,189	0,039
F^b	18,235		1,206			
p	0,000		0,290			
Bonferroni	1>2,3					
Etakare	0,518					
Kaçınma ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma Öntest	4,500	1,249	4,560	2,202	-0,093	0,926
Kaçınma ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma Sontest	3,890	0,758	4,440	2,175	-1,023	0,318
Kaçınma ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma İzleme (1 Ay)	3,220	0,548	4,280	1,904	-2,261	0,035
F^b	9,881		1,502			
p	0,002		0,240			
Bonferroni	1>2,3; 2>3					
Etakare	0,368					
Toplumsal Negatif Ayrımcılık Öntest	4,500	1,654	4,390	2,033	0,180	0,858
Toplumsal Negatif Ayrımcılık Sontest	4,000	1,138	4,390	2,033	-0,708	0,484
Toplumsal Negatif Ayrımcılık İzleme (1 Ay)	3,390	0,502	4,500	2,007	-2,278	0,034
F^b	5,237		1,000			
p	0,015		0,331			
Bonferroni	1>3; 2>3					
Etakare	0,236					
Gizleme ve Utanma Öntest	4,780	1,060	4,670	1,645	0,241	0,811
Gizleme ve Utanma Sontest	4,170	0,786	4,670	1,645	-1,164	0,256
Gizleme ve Utanma İzleme (1 Ay)	3,500	0,786	4,560	1,617	-2,491	0,020
F^b	12,117		0,386			
p	0,000		0,542			
Bonferroni	1>3; 2>3					
Etakare	0,416					
Olumsuz İçselleştirme Öntest	4,560	1,097	4,330	1,237	0,570	0,572
Olumsuz İçselleştirme Sontest	3,440	1,042	4,330	1,237	-2,332	0,026
Olumsuz İçselleştirme İzleme (1 Ay)	3,060	0,938	4,060	1,259	-2,703	0,011
F^b	13,158		1,512			
p	0,000		0,236			
Bonferroni	1>2,3					
Etakare	0,436					
^a Bağımsız Gruplar T-Testi; ^b Tekrarlı Ölçümler Anova Testi						

^aBağımsız Gruplar T-Testi; ^bTekrarlı Ölçümler Anova Testi

Girişim ve kontrol grubunun ŞHYDÖ öntest puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan fark yoktur ($p>0,05$). Son testte kontrol grubunun ŞHYDÖ puan ortalaması ile girişim

grubunun puan ortalaması arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark yoktur ($p>0,05$). İzlem testinde girişim grubunun ŞHYDÖ puan ortalaması, kontrol grubuna göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,05$).

Hasta yakınlarının gruba göre izolasyon ve yetersizlik izleme ölçümleri anlamlı farklılık göstermektedir ($t_{(34)}=-2.189$; $p=0.039<0,05$). **Kontrol grubunda;** izolasyon ve yetersizlik izlem ölçümleri ($\bar{x}=9,280$), girişim grubunda izolasyon ve yetersizlik izleme ölçümlerinden ($\bar{x}=7,390$) yüksek bulunmuştur. Hasta yakınlarının izolasyon ve yetersizlik öntest, izolasyon ve yetersizlik sontest ölçümleri gruba göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Girişim grubunda; izolasyon ve yetersizlik öntest ölçümüne göre izolasyon ve yetersizlik sontest, izolasyon ve yetersizlik izleme ölçümündeki düşüş anlamlıdır ($p<0,05$). **Kontrol grubunda;** ölçümler arasındaki değişim anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Hasta yakınlarının gruba göre kaçınma ve kişilerarası ilişkilerde bozulma izleme ölçümleri anlamlı farklılık göstermektedir ($t_{(34)}=-2.261$; $p=0.035<0,05$). Kontrol grubunda kaçınma ve kişilerarası ilişkilerde bozulma izleme ölçümleri ($\bar{x}=4,280$), girişim grubunda kaçınma ve kişilerarası ilişkilerde bozulma izleme ölçümlerinden ($\bar{x}=3,220$) yüksek bulunmuştur. Hasta Yakınlarının kaçınma ve kişilerarası ilişkilerde bozulma öntest, kaçınma ve kişilerarası ilişkilerde bozulma sontest ölçümleri gruba göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). **Girişim grubunda;** Kaçınma ve kişilerarası ilişkilerde bozulma öntest ölçümüne göre kaçınma ve kişilerarası ilişkilerde bozulma sontest, kaçınma ve kişilerarası ilişkilerde bozulma izleme ölçümündeki düşüş anlamlıdır ($p<0,05$). Kaçınma ve kişilerarası ilişkilerde bozulma sontest ölçümüne göre kaçınma ve kişilerarası ilişkilerde bozulma izleme ölçümündeki düşüş anlamlıdır ($p<0,05$). **Kontrol grubunda;** Ölçümler arasındaki değişim anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Hasta yakınlarının gruba göre toplumsal negatif ayrımcılık izleme ölçümleri anlamlı farklılık göstermektedir ($t_{(34)}=-2.278$; $p=0.034<0,05$). Kontrol grubunda toplumsal negatif ayrımcılık izleme ölçümleri ($\bar{x}=4,500$), girişim grubunda toplumsal negatif ayrımcılık izleme ölçümlerinden ($\bar{x}=3,390$) yüksek bulunmuştur. Hasta yakınlarının toplumsal negatif ayrımcılık öntest, toplumsal negatif ayrımcılık sontest ölçümleri gruba göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). **Girişim grubunda;** Toplumsal negatif ayrımcılık öntest ölçümüne göre toplumsal negatif ayrımcılık izleme ölçümündeki düşüş anlamlıdır ($p<0,05$). Toplumsal negatif ayrımcılık sontest ölçümüne göre toplumsal negatif ayrımcılık izleme ölçümündeki düşüş anlamlıdır ($p<0,05$). **Kontrol grubunda;** Ölçümler arasındaki değişim anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Hasta yakınlarının gruba göre gizleme ve utanma izleme ölçümleri anlamlı farklılık göstermektedir ($t_{(34)}=-2.491$; $p=0.020<0,05$). Kontrol grubunda gizleme ve utanma izleme ölçümleri ($\bar{x}=4,560$), girişim grubunda gizleme ve utanma izleme ölçümlerinden ($\bar{x}=3,500$) yüksek bulunmuştur. Hasta yakınlarının gizleme ve utanma öntest, gizleme ve utanma sontest ölçümleri gruba göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). **Girişim grubunda;** Gizleme ve utanma öntest ölçümüne göre gizleme ve utanma izleme ölçümündeki düşüş anlamlıdır ($p<0,05$). Gizleme ve utanma sontest ölçümüne göre gizleme ve utanma izleme ölçümündeki düşüş anlamlıdır ($p<0,05$). **Kontrol grubunda;** Ölçümler arasındaki değişim anlamlı bulunmamıştır($p>0,05$).

Hasta yakınlarının gruba göre olumsuz içselleştirme sontest ölçümleri anlamlı farklılık göstermektedir ($t_{(34)}=-2.332$; $p=0.026<0,05$). Kontrol grubunda olumsuz içselleştirme sontest ölçümleri ($\bar{x}=4,330$), girişim grubunda olumsuz içselleştirme sontest ölçümlerinden ($\bar{x}=3,440$) yüksek bulunmuştur. Hasta yakınlarının gruba göre olumsuz içselleştirme izleme ölçümleri anlamlı farklılık göstermektedir ($t_{(34)}=-2.703$; $p=0.011<0,05$). Kontrol grubunda olumsuz içselleştirme izleme ölçümleri ($\bar{x}=4,060$), girişim grubunda olumsuz içselleştirme izleme ölçümlerinden ($\bar{x}=3,060$) yüksek bulunmuştur. Hasta yakınlarının olumsuz içselleştirme öntest ölçümleri gruba göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). **Girişim grubunda;** Olumsuz içselleştirme öntest ölçümüne göre olumsuz içselleştirme sontest, olumsuz içselleştirme izleme ölçümündeki düşüş anlamlıdır ($p<0,05$). **Kontrol grubunda;** Ölçümler arasındaki değişim anlamlı bulunmamıştır($p>0,05$).

Tablo 3. Girişim ve Kontrol Grubunun Damgalama Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Gruplar	Girişim (n=18)		Kontrol (n=18)		t ^a	p
	Ort	Ss	Ort	Ss		
Damgalama Toplam Öntest	57,444	7,987	61,167	13,605	-1,001	0,324
Damgalama Toplam Sontest	47,000	7,113	60,056	13,471	-3,636	0,001
Damgalama Toplam İzleme (1 Ay)	45,333	9,068	60,778	13,709	-3,986	0,000
F ^b	12,001		2,164			
p	0,000		0,148			
Bonferroni	1>2,3					
Etakare	0,414					
Ayrımcılık ve Dışlama Alt boyutu Öntest	14,611	5,658	13,111	6,192	0,759	0,453
Ayrımcılık ve Dışlama Alt Boyut Sontest	8,889	2,698	12,333	6,269	-2,141	0,040
Ayrımcılık ve Dışlama Alt Boyut İzleme (1 Ay)	8,444	3,312	12,944	6,575	-2,593	0,014
F ^b	16,346		0,911			
p	0,000		0,367			
Bonferroni	1>2,3					
Etakare	0,490					
Etiketleme Alt Boyut Öntest	14,444	3,382	16,556	3,989	-1,713	0,096
Etiketleme Alt Boyut Sontest	14,444	3,034	16,611	4,161	-1,785	0,083
Etiketleme Alt Boyut İzleme (1 Ay)	14,611	4,791	16,278	4,026	-1,130	0,266
F ^b	0,009		0,379			
p	0,982		0,574			
Psikolojik Sağlık Alt Boyut Öntest	14,222	2,211	15,667	3,773	-1,401	0,170
Psikolojik Sağlık Alt Boyut Sontest	10,833	2,936	15,833	3,761	-4,446	0,000
Psikolojik Sağlık Alt Boyut İzleme (1 Ay)	10,778	3,173	16,000	3,726	-4,528	0,000
F ^b	9,532		1,645			
p	0,001		0,217			
Bonferroni	1>2,3					
Etakare	0,359					
Önyargı Alt Boyut Öntest	14,167	2,728	15,833	3,485	-1,598	0,119
Önyargı Alt Boyut Sontest	12,833	3,092	15,278	3,340	-2,279	0,029
Önyargı Alt Boyut İzleme (1 Ay)	11,500	2,618	15,556	2,975	-4,342	0,000
F ^b	4,663		1,654			
p	0,017		0,214			
Bonferroni	1>3					
Etakare	0,215					
aBağımsız Gruplar T-Testi; bTekrarlı Ölçümler Anova Testi						

Girişim ve kontrol grubunun DÖ öntest puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan fark yoktur ($p>0,05$). Son testte kontrol grubunun DÖ puan ortalaması ile girişim grubunun puan

ortalaması arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark vardır ($p<0,05$). İzlem testinde girişim grubunun DÖ puan ortalaması, kontrol grubuna göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,05$).

Girişim grubunda; Damgalama toplam öntest ölçümüne göre damgalama toplam sontest, damgalama toplam izlem ölçümündeki düşüş anlamlıdır ($p<0,05$). **Kontrol grubunda;** ölçümler arasındaki değişim anlamlı bulunmamıştır($p>0,05$).

Hasta yakınlarının gruba göre ayrımcılık ve dışlama sontest ölçümleri anlamlı farklılık göstermektedir ($t_{(34)}=-2.141$; $p=0.040<0,05$). Kontrol grubunda ayrımcılık ve dışlama sontest ölçümleri ($\bar{x}=12,333$), girişim grubunda ayrımcılık ve dışlama sontest ölçümlerinden ($\bar{x}=8,889$) yüksek bulunmuştur. Hasta Yakınlarının gruba göre ayrımcılık ve dışlama izleme ölçümleri anlamlı farklılık göstermektedir ($t_{(34)}=-2.593$; $p=0.014<0,05$). Kontrol grubunda ayrımcılık ve dışlama izleme ölçümleri ($\bar{x}=12,944$), girişim grubunda ayrımcılık ve dışlama izleme ölçümlerinden ($\bar{x}=8,444$) yüksek bulunmuştur. Hasta yakınlarının ayrımcılık ve dışlama öntest ölçümleri gruba göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). **Girişim grubunda;** Ayrımcılık ve dışlama öntest ölçümüne göre ayrımcılık ve dışlama sontest, ayrımcılık ve dışlama izleme ölçümündeki düşüş anlamlıdır ($p<0,05$). **Kontrol grubunda;** Ölçümler arasındaki değişim anlamlı bulunmamıştır($p>0,05$).

Hasta yakınlarının etiketleme öntest, etiketleme sontest, etiketleme izleme ölçümleri gruba göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). **Girişim grubunda;** Ölçümler arasındaki değişim anlamlı bulunmamıştır($p>0,05$). **Kontrol grubunda;** Ölçümler arasındaki değişim anlamlı bulunmamıştır($p>0,05$).

Hasta yakınlarının gruba göre psikolojik sağlık sontest ölçümleri anlamlı farklılık göstermektedir ($t_{(34)}=-4.446$; $p=0.000<0,05$). Kontrol grubunda psikolojik sağlık sontest ölçümleri ($\bar{x}=15,833$), girişim grubunda psikolojik sağlık sontest ölçümlerinden ($\bar{x}=10,833$) yüksek bulunmuştur. Hasta yakınlarının gruba göre psikolojik sağlık izleme ölçümleri anlamlı farklılık göstermektedir ($t_{(34)}=-4.528$; $p=0.000<0,05$). Kontrol grubunda psikolojik sağlık izleme ölçümleri ($\bar{x}=16,000$), girişim grubunda psikolojik sağlık izleme ölçümlerinden ($\bar{x}=10,778$) yüksek bulunmuştur. Hasta yakınlarının psikolojik sağlık öntest ölçümleri gruba göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). **Girişim grubunda;** Psikolojik sağlık öntest ölçümüne göre psikolojik sağlık sontest, psikolojik sağlık izleme ölçümündeki düşüş anlamlıdır ($p<0,05$). **Kontrol grubunda;** Ölçümler arasındaki değişim anlamlı bulunmamıştır($p>0,05$).

Hasta yakınlarının gruba göre önyargı sontest ölçümleri anlamlı farklılık göstermektedir ($t_{(34)}=-2.279$; $p=0.029<0,05$). Kontrol grubunda önyargı sontest ölçümleri ($\bar{x}=15,278$),

girişim grubunda önyargı son test ölçümlerinden ($\bar{x}=12,833$) yüksek bulunmuştur. Hasta yakınlarının gruba göre önyargı izleme ölçümleri anlamlı farklılık göstermektedir ($t_{(34)}=-4.342$; $p=0.000<0,05$). Kontrol grubunda önyargı izleme ölçümleri ($\bar{x}=15,556$), girişim grubunda önyargı izleme ölçümlerinden ($\bar{x}=11,500$) yüksek bulunmuştur. Hasta yakınlarının önyargı ön test ölçümleri gruba göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). **Girişim grubunda;** Önyargı ön test ölçümüne göre önyargı izleme ölçümündeki düşüş anlamlıdır ($p<0,05$). **Kontrol grubunda;** Ölçümler arasındaki değişim anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4. Psikoeğitim Değerlendirmelere Göre Dağılım

Gruplar	Frekans(n)	Yüzde (%)
Psikoeğitim beklentinizi karşıladı mı?		
Evet	14	77,8
Kısmen	4	22,2
Psikoeğitim süreci damgalanma konusunda sizi etkiledi mi?		
Evet	11	61,1
Kısmen	5	27,8
Hayır	2	11,1
Oturumlar yer alan açıklamalar ve egzersizler anlaşılır mıydı?		
Evet	17	94,4
Kısmen	1	5,6
Oturumların süresi psikoeğitimin uygulanması için yeterli miydi?		
Evet	8	44,4
Kısmen	5	27,8
Hayır	5	27,8

Hasta yakınları “psikoeğitim beklentinizi karşıladı mı?” sorusuna göre 14’ü (%77,8) evet, 4’ü (%22,2) kısmen olarak dağılmaktadır.

Hasta yakınları “Psikoeğitim süreci damgalanma konusunda sizi etkiledi mi?” sorusuna göre 11’i (%61,1) evet, 5’i (%27,8) kısmen, 2’si (%11,1) hayır olarak dağılmaktadır. Hasta yakınları “Oturumlar yer alan açıklamalar ve egzersizler anlaşılır mıydı?” sorusuna göre 17’si (%94,4) evet, 1’i (%5,6) kısmen olarak dağılmaktadır.

Hasta yakınları “Oturumların süresi psikoeğitimin uygulanması için yeterli miydi?” sorusuna göre 8’i (%44,4) evet, 5’i (%27,8) kısmen, 5’i (%27,8) hayır olarak dağılmaktadır.

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada, şizofreni tanılı hasta yakınlarına uygulanan ACT temelli psikoeğitimin damgalama düzeylerine etkisi incelendi. Çalışmada girişim grubunda şizofreni hasta yakınları için damgalanma ortalama değerleri ve damgalama ölçeği değerleri zaman içerisinde değişiklik gösterdi. Girişim grubunda bulunan şizofreni hasta yakınlarının kontrol grubunda bulunanlara göre Şizofreni Hasta Yakınları İçin Damgalanma Ölçeğinden almış oldukları toplam son test ve izlem testinde ortalama değerlerinin anlamlı düzeyde düşüş gösterdiği tespit edildi. Girişim grubunda Şizofreni Hasta Yakınları İçin Damgalanma Ölçeği öntest puanı 29,00 (4,62) iken son testte 23,50 (3,63) ve izlem testinde 20,56'ya (3,22) düşmüştür. Bu durum şizofreni hasta yakınlarının damgalanma düzeylerinin azaldığını göstermektedir. Ayrıca girişim grubunda Şizofreni Hasta Yakınları İçin Damgalanma Ölçeği'nin İzolasyon ve yetersizlik alt boyutundaki düşüş anlamlı bulunmuştur. Girişim grubunun ACT temelli psikoeğitime katılması ve gruptaki üyelerin birbirleriyle paylaşımda bulunmalarının bu duruma katkısı olabileceğini düşündürmektedir. Kaçınma ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt boyutundaki girişim grubundaki düşüş anlamlıdır. Girişim grubunda toplumsal negatif ayrımcılık alt boyutundaki değişimin izlem testinde anlamlı olduğu bulunmuştur. Gizleme ve utanma alt boyutundaki değişim girişim grubunda izlem testinde anlamlı bulunmuştur. Girişim grubundaki hasta yakınlarının olumsuz içselleştirme alt boyutundaki değişimin son test ve izlem testinde anlamlı olduğu saptandı (Tablo 4). Girişim grubundaki katılımcıların kontrol grubundakilere göre Damgalanma Ölçeğinden almış oldukları toplam son test ve izlem testinde ortalama değerlerinin anlamlı düzeyde düşüş gösterdiği saptanmıştır. Girişim grubunda Damgalama Ölçeği öntest puanı 57,44 (7,98) iken son testte 47,00 (7,13) ve izlem testinde 45,33'e (9,06) düşmüştür. Bu durum girişim grubundaki katılımcıların damgalama düzeylerinin azaldığını göstermektedir. Ayrıca girişim grubunda Damgalama Ölçeği'nin Ayrımcılık ve dışlama alt boyutundaki değişim son test ve izlem testinde anlamlı bulunmuştur. Aynı şekilde psikolojik sağlık alt boyutu ile önyargı alt boyutunun son test ve izlem testindeki düşüşün anlamlı olduğu tespit edilmiştir (Tablo 5). Bu bulgular ACT temelli psikoeğitimin uygulanan girişim grubunun kontrol grubuna göre damgalanma düzeylerini azaltacağına ilişkin hipotezi (H1) destekler niteliktedir. Bu durumun özellikle ACT temelli psikoeğitim programında yer alan kabul, yaratıcı umutsuzluk, ayrışma, anda kal, kabul ve bağlamsal benlik oturumlarından kaynaklandığı düşünülmektedir. Şizofreni hasta yakınlarının damgalamaya bağlı olarak oluşturduğu olumsuz düşünce ve duygulara açık olma becerisini geliştirmiş olmalarına

bağlanabilir (Hayes, 2019; Doorley vd., 2020). Ayrıca ayrışma oturumunda hasta yakınları kendilerine yönelik olan damgalama konusundaki düşüncelerin aslında sadece zihnin bir ürünü olduğunu fark edebilme becerisi kazanmalarından kaynaklı olabilir. Hasta yakınları ayrışma yöntemleri ile damgalama ile ilgili sahip oldukları işlevsiz duygu ve düşünceleri uygulama sürecinde nehirde akıntıdaki yaprakların üzerine bırakarak ya da kağıda yazarak somuşturtmanın faydası olduğu bilinmektedir (Nalbant ve Yavuz, 2019). Bağlamsal benlik oturumunda ise hasta yakınları, damgalama konusunda daha esnek bir bakış açısı benimsemiş olabilir (Tarbox vd., 2020). Hasta yakınlarının, kendi kendilerini damgalama eğilimlerini dışarıdan gözlemleyerek, kendilik algılarını daha nesnel bir şekilde değerlendirebilme becerilerinin geliştiğini vurgulamak mümkün olabilir (Aslan ve Türk, 2022).

Derlenen literatür, bu araştırmanın hipotezini destekleyecek şekilde, ACT'nin şizofreni ve diğer ruhsal hastalıklara sahip aile üyelerindeki damgalama tutumlarını azalttığını göstermektedir (Haryanti ve Hartini, 2020; Rahmatnejad vd., 2022). Bir çalışmada, ACT tabanlı kişisel bakım eğitiminin şizofreni tanısı konmuş bireylerin bakımını üstlenenler arasında algılanan damgalamayı azalttığı saptanmıştır. Bu yüzden, ACT'e dayalı olmayan invaziv müdahalelerin, şizofreni tanısı konmuş bireylerin bakımını üstlenenlerin yükünü azaltabileceği öne sürülmüştür. (Rahmatnejad vd., 2022). Başka bir çalışmada, şizofreni hastası olan aile bireylerine yönelik olarak uygulanan ACT'nin, bu kişilerin yakınlarına daha olumlu bir bakış açısı sunarak, hastalığıyla daha kolay başa çıkmalarına ve kabul etmelerine katkı sağladığı tespit edilmiştir. Aynı araştırmanın sonuçlarına göre, ACT'nin şizofreni hastalarına karşı aile bireylerinde mevcut olan olumsuz tutumları azaltma potansiyeline sahip olduğu sonucuna varılmıştır (Haryanti & Hartini, 2020). Ancak şizofreni tanılı aile üyelerinde damgalanma düzeylerini inceleyen araştırmaların literatürdeki sınırlı sayısı göz önüne alındığında, ACT'nin bu konudaki etkilerini değerlendiren daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

Bu bağlamda, mevcut verilen araştırmaların yanı sıra, araştırmamızın hipotezini destekleyen başka bir çalışmada ACT'nin şizofreni tanısı konmuş bireylerde ruhsal hastalıkta kendi kendini damgalama seviyelerini azaltmadaki etkinliği değerlendirilmiştir. Bu çalışmanın sonuçlarına göre, ACT uygulanan şizofreni tanısı konmuş bireylerin, kendini damgalama boyutunun tüm alt boyutlarında (kendine yabancılaşma, klişelerin onaylanması, sosyal geri çekilme ve yabancılaşma) önemli ölçüde azalmanın olduğu saptanmıştır (Chowdhary & Jahan, 2014)

Gul ve Aqeel'in (2020) 35 kişilik gruplarla gerçekleştirdiği araştırmasında, gruplara altı saatlik bir eğitim verilmiştir ve ardından katılımcıların başlangıçta aldıkları ön testlerle benzer sonuçları değerlendirmek amacıyla 12 hafta sonrasında son test oturumları gerçekleştirilmiştir. Çalışmadan elde edilen sonuçlara göre ACT'nin utancı ve damgalanmayı başarılı bir şekilde azalttığı, ayrıca yaşam kalitesini ve zihinsel sağlık düzeyini arttığı tespit edilmiştir (Gul & Aqeel, 2020). Damgalayıcı tutumları azaltmak için MI'lı kişilere yönelik tasarlanan bir çalışmada, 150 dakikalık atölye formatında müdahale gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın sonuçları ACT'in genel damgalamayı azaltmada umut vadeden bir yöntem olduğunu göstermektedir (Kenny & Bizumić, 2016).

Lillis ve arkadaşlarının (2009) obeziteyle ilişkili damgalanmayı azaltmayı hedefledikleri randömize kontrollü bir çalışmada, yoğun bir kilo verme programını tamamlayan katılımcılara kendini damgalama ile ilgili bir ACT uygulanmıştır. Üç aylık bir izleme sürecinde, ACT müdahalesinin kilo ile ilişkili damgalanmada azalmaya yol açtığı görülmüştür. Yine Monteiro ve arkadaşlarının (2015) yaptığı çalışmada da ACT'nin damgalama ile mücadele bir başa çıkma yöntemi olabileceği belirtilmektedir.

Madde bağımlılığı ile ilgili yapılmış bir randömize kontrollü çalışmada, bir günlük ACT uygulamasından ardından katılımcıların damgalanma konusunda müşterilerine karşı başlangıçtan 3 aylık takip sürecine kadar önemli derecede iyileşme gösterdiği ifade edilmektedir. Ayrıca buna ek olarak ACT'nin damgalama üzerindeki etkisine, psikolojik esnekliğin temel bir parçası olan damgalayıcı düşüncelerin inanılabilirliğindeki azalmanın aracılık ettiği ifade edilmektedir (Hayes et al., 2004a).

Farklı kültürel/ırksal gruplara yönelik olarak yapılan başka bir çalışmada 75 dakikalık bir ACT dersinin, 1 haftalık takip sürecinde olumlu davranışsal niyetleri önemli ölçüde geliştirdiği saptanmıştır. Ek olarak, olumlu niyetler üzerindeki ACT'nin etkisine kısmen, damgalanmaya karşı esnekliğin ölçüsündeki değişikliklerin ve kabulün aracılık ettiği ifade edilmektedir (Lillis et al., 2010). Araştırmalar, ACT'in, çeşitli kaygı türleriyle ilişkili olan bireylerin kendi kendini damgalama ve utancını azaltmada etkili bir müdahale yöntemi olduğunu göstermektedir (Luoma vd., 2008; Luoma vd., 2012; Luoma & Platt, 2015)

Şizofreni hastasının aile üyesi olmak, kendilerini damgalanmış hissetmelerine neden olmaktadır (Ewertzon et al., 2012; Lukens et al., 2004; Sin et al., 2012). Aile üyeleri sevdiklerinin hastalığı nedeniyle toplumsal damgalanmaya maruz kalırken, bireyin de

damgalanmasına katkıda bulunabilmektedir. Tekrarlamalar ve sakatlıklarla karakterize kronik bir ruhsal hastalık olan şizofreni, aile ilişkilerine ve zihinsel sağlığa baskı uygular. Bu gerginlik, aile üyelerinin "Keşke hiç doğmasaydı, keşke ölseydi, keşke yollarımız hiç kesişmeseydi" gibi olumsuz duygular ifade etmelerine yol açabilmektedir. Hastalığın etkisi bu tür olumsuz düşünceleri uyandıracak kadar önemlidir. Yıldız ve arkadaşlarına göre (2012), bu duygu ve konuşmalar bireyleri kendi aileleri içinde daha da ötekileştirme potansiyeli taşımaktadır.

Yılmaz (2019), şizofreni veya şizoaffektif bozukluk tanısı alan bireylerin aile üyelerinin karşılaştıkları yük ile kendini damgalama arasındaki ilişkiyi araştırdığı araştırmasında, kendini damgalamayla, hasta yakınlarının yaşadığı yük düzeyini etkileyen önemli bir faktör olarak belirlemiştir. Kendini damgalama deneyimi, sıkıntılarını ve yüklerini ağırlaştıran çok önemli bir ikilem teşkil etmiştir.

Son yıllarda ruhsal hastalıkları çevreleyen damgalamanın bireyler ve onların destek ağları üzerindeki olumsuz etkilerinin ele alınmasına yönelik çalışmalar yapılmaktadır. Bu hastalıklarla ilişkili hem sosyal hem de içselleştirilmiş damgalamayla mücadele etmek için çeşitli çalışmalar yürütülmüştür. (Patten ve diğerleri, 2012; Warman ve diğerleri, 2015; Ahuja ve diğerleri, 2015) Çeşitli çalışmalarda, ruhsal hastalıklarla ilgili video veya film gösteriminin, ruhsal bozukluğa sahip olan kişilerle temas ve eğitimle birlikte toplumun ruhsal hastalıklara yönelik damgalamada olumsuz tutumları azaltmada etkili olduğu saptanmıştır (Patrick et al., 2002; Schulze, et al., 2003). Yapılan araştırmalarda, ruhsal hastalıklara yönelik düzenlenen eğitim programlarının, damgalama üzerinde olumlu etkilerinin olduğu ve ruhsal hastalıkların anlaşılmasını sağladığı tespit edilmiş olup, bu sebeple damgalama karşıtı olan eğitim programların düzenli olarak yapılması önerilmektedir. (Patrick et al., 2002; Schulze, et al., 2003; Ke et al., 2015).

Literatürde damgalamayla azaltma müdahalelerinin hakim odağı öncelikle ruhsal hastalıklardan kişisel olarak etkilenen bireyler üzerinde yoğunlaşmıştır. Bununla birlikte, bu bireylerin aile üyelerinin ve yakın arkadaşlarının da damgalanmanın olumsuz etkilerine maruz kaldıklarını kabul etmek önemlidir (Silver, 2000; Sommer, Steele ve diğerleri, 2010). Bu damgalanmayla mücadele etmek için etkili bir yaklaşım, ruhsal rahatsızlığı olan kişilerin aile üyelerinin karşılaştığı zorlukların yanı sıra damgalanma deneyimlerine ilişkin içgörü kazanmayı içerir. Temelde, ruhsal rahatsızlığı olan bireylerin aile üleriyle iletişim kurarak

ve karşılaştıkları hastalık ve damgalanma hakkında bilgi edinerek damgalanma etkili bir şekilde azaltılabilir. Örneğin, psikiyatri öğrencileri ile ruhsal bozukluğu olan kişilerin aileleri arasındaki etkileşimi kolaylaştırmak, bu ailelerin karşılaştığı zorlukların daha iyi anlaşılmasını teşvik edebilir ve böylece damgalanma azaltılabilir (Larson ve Corrigan, 2010).

Amaresha ve diğerleri (2018) şizofren tanısı almış 40'ı deney, 40'ı kontrol grubu olarak atanmış 80 hastanın kardeşi üzerinde gerçekleştirdiği araştırmasında, deney grubuna ihtiyaç temelli kısa psikoeğitim programı uygulamıştır. Uygulama sonrasında ihtiyaç temelli kısa psikoeğitimin hastalık hakkındaki bilgiyi artırabileceğini ve kendini damgalamayı azaltabileceğini göstermiştir. Cassidy ve diğerleri (2001) 5 şizofreni hastasının 101 yakınına 8 haftalık bir psikoeğitim grubu öncesi ve sonrası öz bildirim yöntemiyle değerlendirmişlerdir. Bu kısa psikoeğitim programı, bakıcıların şizofreni hakkındaki bilgilerini artırdı, etkilenen bir akrabayla baş etme konusunda bilgi sağladı ve etkilenen akrabanın sonraki 2 yıl içinde yeniden hastaneye başvurma olasılığının azalmasıyla ilişkilendirilmiştir. McFarlane ve diğerleri (2008) aile psikoeğitimi ve şizofreniye dair yaptıkları literatür incelemesinde 30'dan fazla randomize klinik çalışma, katılımcılar arasında nüksetme oranlarının azaldığını, hastaların iyileşmesinin arttığını ve aile refahının arttığını belirtmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Türkiye’de şizofren hasta yakınlarına damgalama karşıtı kabul ve kararlılık terapisi temelli psikoeğitimin etkililiğinin test edilmesi amacıyla gerçekleştirilen araştırmaya 18 girişim grubu, 18 kontrol grubu olmak üzere 36 şizofreni tanılı hasta yakını gönüllü olarak katıldığı araştırmadan aşağıdaki sonuçlara ulaşıldı:

- Araştırmada girişim ve kontrol grubunun ŞHYDÖ ön test ve son test sonuçları arasında anlamlı farklılık görülmedi. ŞHYDÖ toplam düzeyinde İzleme ölçümlerinde girişim grubunun puanlarının kontrol grubuna göre anlamlı olarak düştüğü saptandı. ŞHYDÖ alt boyutları bazında yapılan değerlendirmede tüm alt boyutlarda girişim ve kontrol grubu arasında ön teste göre son test sonuçlarında anlamlı bir farklılık görülmedi. İzlem ölçümlerinde tüm alt boyutlarda hem ön test, hem de son test sonucuna göre girişim grubunun puanları kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde düşme görüldü. Olumsuz içselleştirme boyutunda ise son testte de girişim grubunun puanlarında kontrol grubuna göre anlamlı olarak düşme görüldü ($p<0,05$).
- Grupların kendi içlerinde yapılan ŞHYDÖ ölçümlerine bakıldığında girişim grubunda tüm boyutlarda ön testten sonra son test ve izleme ölçümlerinde istatistiksel açıdan anlamlı ve olumlu gelişme kaydedilirken($p<0,05$), kontrol grubunda ön test, son test ve izleme ölçümlerinde istatistiksel açıdan herhangi bir gelişme kaydedilmedi. ($p>0,05$).
- Araştırmada şizofreni tanılı hasta yakınlarının psikolojik damgalanma eğilimleri üzerinde psikoeğitimin etkisine bakıldığında kontrol grubuna göre son test ve izlem sonuçlarında anlamlı ve olumlu bir gelişme gözlemlendi ($p>0,05$). Alt boyutlar bazında yapılan değerlendirmede ise ayrımcılık ve dışlama, psikolojik sağlık ve önyargı boyutlarında kontrol grubuna göre anlamlı gelişme görülürken ($p<0,05$), etiketleme boyutunda herhangi bir gelişme gözlenmedi ($p>0,05$).
- Grupların kendi içlerinde yapılan damgalama eğilimi ölçümlerine bakıldığında girişim grubunda etiketleme boyutu dışında ön testten sonra son test ve izleme ölçümlerinde istatistiksel açıdan anlamlı ve olumlu gelişme kaydedildi ($p<0,05$). Kontrol grubunda ön test, son test ve izleme ölçümlerinde istatistiksel açıdan herhangi bir gelişme gözlenmedi ($p>0,05$).

Araştırmaya katılan şizofreni hasta yakınları hem sözel olarak hem de yazılı olarak araştırmanın sonunda katıldıkları eğitimi değerlendirme anketinde elde ettikleri deneyim ve kazanımlarını ifade etmişlerdir. Sonuç olarak ACT temelli psikoeğitimin ruhsal hastalık nedeniyle yaşanan damgalamayı azaltmada ve ruhsal hastalıkları kabullenmede umut vadeden, psikiyatri hemşirelerinin uygulayabileceği bir girişim olduğu sonucuna varılabilmektedir.

Öneriler:

- Eğitim programları geliştirilirken şizofreni ile ilgili temel bilgilerin yanı sıra hastalık ve tedavisine ilişkin güncel araştırma bulgu ve sonuçlarının, ruh sağlığı hizmetleri ve erişilebilirliğine ilişkin bilgilerin, stres yönetimi stratejilerinin, yanısıra damgalanma sorununun dahil edilmesi önerilmektedir.
- Bu araştırma şizofreni tanılı hastaların 36 yakını ile sınırlıdır. Araştırmanın benzerleri daha geniş örneklemeler üzerinde çalışılabilir.
- Psikoeğitim programının sonuçları 1 ay sonra yapılan izlem sonuçlarında görülmüştür. Daha kısa sürede etkisini göstermesine yönelik program geliştirilebilir.
- ACT' in etkinliğinin daha uzun süreli izlemlerle değerlendirilmesi
- ACT' in farklı örneklem ve değişkenlerde etkinliğinin ele alındığı nitel çalışmaların yapılması
- ACT temelli girişimlerin TRSM'lerde çalışan ruh sağlığı hemşireleri ve psikiyatristler, psikologlar ve diğer ruh sağlığı uzmanları tarafından kullanılması
- Araştırmada psikoeğitim programının şizofreni hasta yakınlarının damgalanma sonuçlarını iyileştirme potansiyeline sahip olduğu gösterilmiştir. Ancak metodolojik sınırlamaları göz önüne alındığında, Türkiye'deki birinci basamak sağlık merkezlerinde tanıtılıp uygulanabilmesi için daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

KAYNAKÇA

- Açıkgöz, F. & Akkuş, D. (2018). Ruhsal hastalıklarda damgalama ile mücadele: anahtar rol üstlenen meslekler. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 8(3), 142-146.
- Ahuja, K. K., Dhillon, M., Juneja, A. & Sharma, B. (2017). Breaking Barriers: An Education and Contact Intervention to Reduce Mental Illness Stigma Among Indian College Students. *Psychosocial Intervention*. Article in Press
- Albayrak, E. (2019). Toplum ruh sağlığı merkezine kayıtlı olan hastaların içselleştirilmiş damgalanma ve iyileşme düzeylerinin incelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum, 40.
- Amaresha, A.C., Joseph, B., Agarwal, S.M., Narayanaswamy, J.C., Venkatasubramanian, G., Muralidhar, D., Subbakrishna, D.K. (2015). Assessing the needs of siblings of persons with schizophrenia: A qualitative study from India. *Asian Journal of Psychiatry*, 17, 16-23
- Amerikan Psikiyatri Birliği. (2014). Beşinci Baskı Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı (DSM-V) (Çev. Köroğlu E), Hekimler Yayın Birliği, Ankara.
- Angermeyer, M. C., Buyantugs, L., Kenzine, D. V., & Matschinger, H. (2004). Effects of labelling on public attitudes towards people with schizophrenia: are there cultural differences?. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(6), 420-425.
- Angermeyer, M. C., S. Dietrich, S. (2006). Public Beliefs About and Attitudes Towards People With Mental Illness: A Review of Population Studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 113, 163-179.
- Angermeyer, MC & Matschinger, H. (2003). Akıl hastalığının damgalanması: etiketlemenin zihinsel bozukluğu olan kişilere yönelik halkın tutumu üzerindeki etkileri. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108 (4), 304-309.
- Arıkan, K., Uysal, O., Senocak, M., Dirican, A., Oran, O. & Erdem, İ. (2000). Türkiye'de ruhsal hastalıklarda sosyal ve mesleki sonuçlara ilişkin bilgilerin öğrencilerin tutumlarına etkisi. *İsrail Psikiyatri ve İlgili Bilimler Dergisi*, 37 (4), 320-325.
- Arkar, H., Eker, D. (1992). Influence of having a hospitalized mentally ill member in the family on attitudes toward mental patients in Turkey. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 27, 151-155.
- Aslan, Ş. & Türk, F. (2022). Bilişsel esneklik ve psikolojik esneklik kavramlarının karşılaştırılması. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 14(1), 119-130.
- Avcil, C., Bulut, H., Sayar, G. H. (2016). Psikiyatrik hastalıklar ve damgalama, *Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*. 2(2), 175-202.
- Bag, B., Yılmaz, S., & Kırpınar, I. (2006). Factors influencing social distance from people with schizophrenia. *International Journal of Clinical Practice*, 60(3).

Balkanlıoğlu, M. A. (2013). Alevi-Sünni evliliklerinin aile ilişkileri ile çocuk yetiştirme üzerine etkileri ve sosyal damgalama. *Türk Kültürü ve Hacı Bektaş Velî Araştırma Dergisi*, (62), 163-182.

Barlow, D. H. (2000). Unraveling the mysteries of anxiety and its disorders from the perspective of emotion theory. *American psychologist*, 55(11), 1247.

Bäumel, J., & Pitschel-Walz, G. (2020). Psychoedukation und Angehörigenarbeit bei Schizophrenie. *PSYCH up2date*, 14(02), 111-127.

Baysal, G. Ö. D. (2013). Damgalanma ve ruh sağlığı. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 22(2), 239-251.

Bekiroğlu, S. (2021). Ruhsal hastalığa sahip bireylere yönelik damgalama: Etkileyen faktörlere ve bireyler üzerindeki etkilerine dair kavramsal bir çalışma. *OPUS International Journal of Society Researches*, 17(33), 595-618.

Bekiroğlu, S. & Demiröz, F. (2020). Toplum ruh sağlığı merkezlerinden hizmet alan ağır ruhsal hastalığa sahip bireylerin algıladıkları sosyal damgalamanın incelenmesi, *Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 24(1), 41-52.

Beyazyüz, M., Beyazyüz, E., Albayrak, Y., Baykal, S., & Göka, E. (2015). Bir eğitim araştırma hastanesi psikiyatri polikliniğine başvuran hastalarda içselleştirilmiş damgalanma düzeylerinin bazı tanı grupları, sosyodemografik özellikler ve benlik saygısı ile ilişkisi. In *Yeni Symposium* (Vol. 53, No. 2).

Bilge, A., & Çam, O. (2010). Ruhsal Hastalığa Yönelik Damgalama ile Mücadele. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 9(1).

Binbay, T., Ulaş, H., & Alptekin, K. (2010). Şizofreni epidemiyolojisine Türkiye'den katkı yapmak: nasıl ve neden?. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 13(1), 9-15.

Blackledge, J. T. (2007). Disrupting verbal processes: Cognitive defusion in acceptance and commitment therapy and other mindfulness-based psychotherapies. *The Psychological Record*, 57, 555-576.

Borkovec, T. D., & Hu, S. (1990). The effect of worry on cardiovascular response to phobic imagery. *Behaviour research and therapy*, 28(1), 69-73.

Bos, A. E., Pryor, J. B., Reeder, G. D., & Stutterheim, S. E. (2013). Stigma: Advances in theory and research. *Basic and applied social psychology*, 35(1), 1-9.

Bostancı, N. (2005). Ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik stigma ve bunun azaltılmasına yönelik uygulamalar. *Düşünen Adam*, 18(1), 32-38.

Bouwman, C., de Sonnevile, C., Mulder, C. L., & Hakkaart-van Roijen, L. (2015). Employment and the associated impact on quality of life in people diagnosed with schizophrenia. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 2125-2142.

Budak, S. (2000). Psikoloji Sözlüğü. Ankara: Bilim ve Sanat Yayınları.

Candansayar, S., & Coşar, B. (2001). Kültürlerarası psikiyatri açısından ruh hastalığı kavramı. *Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatry*, 2(1), 21-30.

Chawla, N., & Ostafin, B. (2007). Experiential avoidance as a functional dimensional approach to psychopathology: An empirical review. *Journal of clinical psychology*, 63(9), 871-890.

Ciarrochi, J., Kashdan, T. B., Leeson, P., Heaven, P., & Jordan, C. (2011). On being aware and accepting: A one-year longitudinal study into adolescent well-being. *Journal of adolescence*, 34(4), 695-703.

Corrigan, P. W. (2000). Mental health stigma as social attribution: implications for research methods and attitude change. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 7(1), 48-67.

Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical psychology: Science and practice*, 9(1), 35.

Corrigan, P. W., A. Kerr & L. Knudsen. (2005). The stigma of mental illness: explanatory models and methods for change. *Applied and Preventive Psychology*. 11(3) ,179-190.

Corrigan, P. W., D. Rao. (2012). On the self- stigma of mental illness: stages, disclosure and strategies for change. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 57(8), 464-469.

Corrigan, P. W., Druss, B. G., Perlick, D. A. (2014). The impact of mental illness stigma on seeking and participating in mental health care. *Psychological science in the public interest*, 15(2), 37-70.

Corrigan, P. W., Larson, J. E., Ruesch, N. (2009). Self-stigma and the “why try” effect: impact on life goals and evidence-based practices. *World psychiatry*, 8(2), 75-81.

Corrigan, P. W., Powell, K. J., & Michaels, P. J. (2013). The effects of news stories on the stigma of mental illness. *The journal of nervous and mental disease*, 201(3), 179-82. doi: 10.1097/NMD.0b013e3182848c24.

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

Corrigan, P. W., Watson, A. C., & Barr, L. (2006). The self-stigma of mental illness: Implications for self-esteem and self-efficacy. *Journal of social and clinical psychology*, 25(8), 875-884.

Corrigan, P.W., (2010), “Shapiro JR. Measuring the impact of programs that challenge the public stigma of mental illness, *Clinical psychology review*, 30 (8), 907–922.

Corrigan, P.W., Watson, A.C., Byrne, P., & Davis, K.E. (2005). Mental illness stigma: problem of public health or social justice? *Social Work*, 50(4):363-368. doi: 10.1093/sw/50.4.363.

Coyne, L. W., McHugh, L., & Martinez, E. R. (2011). Acceptance and commitment therapy (ACT): Advances and applications with children, adolescents, and families. *Child and adolescent psychiatric clinics*, 20(2), 379-399.

Crisp, A. H., Gelder, M. G., Rix, S., Meltzer, H. I., & Rowlands, O. J. (2000). Stigmatisation of people with mental illnesses. *The British journal of psychiatry*, 177(1), 4-7.

Çam, O. & Bilge, A. (2007), “Ruh hastalığına yönelik inanç ve tutumlar”, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8, 215-223.

Çam, O., Çuhadar, D. (2011). Ruhsal hastalığa sahip bireylerde damgalama süreci ve içselleştirilmiş damgalama. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2(3), 136-140.

Çam, O., Engin, E. (2020). Ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliği, 2. Baskı. İstanbul: İstanbul Tıp Kitapevi, 411-46.

Çiftçi, A., N. Jones, P. W. Corrigan. (2013). Mental health stigma in the muslim community. *Journal of Muslim Mental Health*. 7.1, 17-32.

Davis, J., Eyre, H., Jacka, F. N., Dodd, S., Dean, O., McEwen, S., ... & Berk, M. (2016). A review of vulnerability and risks for schizophrenia: Beyond the two hit hypothesis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 65, 185-194.

Demir, A. (2019). Damgalama, sapma, suç, engellilik ilişkisi üzerine sosyolojik bir araştırma: “Sinop TSD Örneği” (Derleyen: Ercan Geçgin). Kenardakiler. *Teoriden Uygulamaya Suç ve Sapma Üzerine Sosyolojik Araştırmalar*. Ankara: Heretik Yayınları, 192-195.

Dessoki, H. H., Hifnawy, T. M. S. (2009). Beliefs about mental illness among university students in Egypt. *Europe's Journal of Psychology*. 1, 1-19.

Doğan, O. (2002). Şizofrenik bozukluklarda psikososyal yaklaşımlar. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 3(2):240-8.

Doğan, R., Mercan, N., Yüksel, Ç. (2020). Ruhsal hastalıklarda iyileşme: kavram analizi. *Psikiyatri GÜNCEL Yaklaşımlar*, 12(1), 92-98.

Dziegielewska, S. F., Leon, A. M. (2001). Social work practice and medication use. USA: Sheridan Press.

Elder, R. (2013). *Mental Health Nursing E-Book, Elsevier Health Sciences. Psychiatric and Mental Health Nursing* - Ruth Elder, Katie Evans, Debra Nizette - Google Kitaplar

Ersoy, M. A., Varan, A. (2007). Reliability and validity of the Turkish version of the internalized stigma of mental illness scale. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18(2), 163-271.

Ewertzon, M., Cronqvist, A., Lutzen, K., Andershed, B., 2012. A lonely life journey bordered with struggle: being a sibling of an individual with psychosis. *Issues in mental health nursing*, 33, 157-164.

Gamble, C. (2004). Family intervention. *Psychiatry*, 3(10), 49-53.

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

Glynn, S. M., Cohen, A. N., Dixon, L. B. Niv, N. (2006). The potential impact of the recovery movement on family interventions for schizophrenia: opportunities and obstacles. *Schizophrenia Bulletin*, 32(3), 451-463.

González-Torres, M. A., Oraa, R., Arístegui, M., Fernández-Rivas, A., & Guimon, J. (2007). Stigma and discrimination towards people with schizophrenia and their family members: A qualitative study with focus groups. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 42, 14-23.

Gould, E. R., Tarbox, J., & Coyne, L. (2018). Evaluating the effects of acceptance and commitment training on the overt behavior of parents of children with autism. *Journal of contextual behavioral science*, 7, 81-88.

Graham, C. (2016). Examining the role of self-compassion in acceptance and commitment therapy with a substance abusing population. (*Master's Thesis*). Spalding University.

Gul, M., & Aqeel, M. (2020). Acceptance and commitment therapy for treatment of stigma and shame in substance use disorders: a double-blind, parallel-group, randomized controlled trial. *Journal of Substance Use*, 26(4), 413-419. <https://doi.org/10.1080/14659891.2020.1846803>

Gul, M., & Aqeel, M. (2021). Acceptance and commitment therapy for treatment of stigma and shame in substance use disorders: a double-blind, parallel-group, randomized controlled trial. *Journal of Substance Use*, 26(4), 413-419.

Haefner, H. (2010). Comment on EF Torrey and RH Yolken: "Psychiatric Genocide: Nazi Attempts to Eradicate Schizophrenia" (Schizophr Bull. 2010; 36/1: 26-32) and RD Strous: "Psychiatric Genocide: Reflections and Responsibilities" (Schizophr Bull. Advance Access Publication on February 4, 2010; doi: 10.1093/schbul/sbq003). *Schizophrenia bulletin*, 36(3), 450-454.

Harris, R. (2016). *ACT'i kolay öğrenmek*. Hasan Turan Karatepe ve Kaasım Fatih Yavuz (çev.), İstanbul: Litera Yayıncılık.

Haryanti, A. and Hartini, N. (2020). Reduce stigmatization towards schizophrenic patients using acceptance and commitment therapy. In Proceedings of the 3rd International Conference on Psychology in Health, Educational, Social, and Organizational Settings (ICP-HESOS 2018) - Improving Mental Health and Harmony in Global Community, 261-266.

Hayes, S.C., Strosahl, K.D. & Wilson, K.G. (2003). Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change. New York: Guilford Press.

Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35(4), 639–665.

Hayes, S. C., & Hayes, L. J. (1992). Verbal relations and the evolution of behavioranalysis. *American Psychologist*, 47, 1383-1395.

Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour research and therapy*, 44(1), 1-25.

Hayes, S. C., Masuda, A., Bissett, R., Luoma, J., & Guerrero, L. F. (2004). DBT, FAP and ACT:How empirically oriented are the new behavior therapy technologies? *BehaviorTherapy*, 35(1), 35–54. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80003-0](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80003-0)

Hayes, S. C., Strosahl, K., Wilson, K. G., Bissett, R. T., Pistorello, J., Toarmino, D., et al. (2004a). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *Psychological Record*, 54, 553–578.

Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2011). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*. Guilford press.

Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitmenttherapy: The process and practice of mindful change* (2nd ed.). New York: Guilford Press.

Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V, Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1152.

Hayes, S.C., Bissett, R., Korn, Z., Zettle, R.D., Rosenfarb, I., Cooper, L. ve Grundt, A. (1999). The impact of acceptance versus control rationales on pain tolerance. *ThePsychological Record*, 49(1), 33-47.

Hekimoğlu Tunç, D. (2021). *Bildiğin gibi. Madde Bağımlılarının Damgalama Deneyimleri*. Ankara: Nobel Yayınları.

Hinkelman, L., Granello, D. H. (2003). Biological sex, adherence to traditional gender roles and attitudes toward persons with mental illness: An Exploratory Investigation. *Journal of Mental Health Counseling*. 25(4), 259- 276.

Hirai, M., Clum, G.A. (2000). Development, reliability and validity of the beliefs toward mental illness scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 22(3), 221-236.

Işık, Ş. & Ergüner Tekinalp, B. (2013). *Psikolojik danışmada güncel kuramlar*. Ankara: Pegem Akademi.

Kapıkıran, N., Kapıkıran Ş. (2013). Psikolojik Yardım aramada kendini damgalama ölçeği: geçerlik ve güvenilirlik. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 5 (40), 131- 141.

Karagöl, A., Çalışkan, D., Beyazyüz, M. (2013). Halk sağlığı açısından ruhsal bozukluklarda üç boyutuyla damgalama. *STED*, 22(3), 96-101.

Kavanagh, D.J. (1992). Recent developments in expressed emotion and schizophrenia. *British Journal Psychiatry*, 160, 601-620.

Kaya, Y., Öz, F. (2019). Şizofreni hastalarının genel sosyal işlevsellik düzeyi ve hastalara bakım veren yakınlarının bakım yükü. *Journal of Psychiatric Nursing*. 10(1):28-38.

Kaya, Y., S. Ünal. (2006). Psikotik bir hastalık durumunu açıklama ve çare arama davranışında cinsiyetin rolü. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*.7, 197-203.

Kenny, A., & Bizumić, B. (2016). Learn and ACT: Changing prejudice towards people with mental illness using stigma reduction interventions. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 5(3), 178–185. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2016.06.004>

Kırpınar, İ. (1992). Erzurum numune hastanesi psikiyatri kliniğinde yatan hastalarda ruhsal bozukluklar nedeni ile tıp dışı kişilere başvurma davranışı üzerine bir araştırma. *Düşünen Adam Dergisi*, 5, 24-28.

Kök, H. (2014). Psikiyatri polikliniğinde takip edilen hastalarda içselleştirilmiş damgalanma, benlik saygısı ve algılanan sosyal destek (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara

Köroğlu, A., Hocaoglu, Ç. (2017). Şizofreninin aile üzerine olan etkisi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7(3):170-175.

Köroğlu, E. (2013). Psikiyatri elkitabı (Beşinci Baskı). Ankara: HYB Yayıncılık, 50-55.

Köroğlu, E., Güleç, C. (2007). Psikiyatri temel kitabı. Ankara: HYB Basın Yayın.

Krupchanka, D., Kruk, N., Murray, J., Davey, S., Bezborodovs, N., Winkler, P., Bukelskis, L., & Sartorius, N. (2016). Experience of stigma in private life of relatives of people diagnosed with schizophrenia in the Republic of Belarus. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 51(5), 757–765. <https://doi.org/10.1007/s00127-016-1190-y>

Larson, J. E. & Corrigan, P. W. (2010). Psychotherapy for Self-Stigma among Rural Clients. *Journal of Clinical Psychology: In Session*. 66(5): 524-536.

Leong, F. T., & Zachar, P. (1999). Gender and opinions about mental illness as predictors of attitudes toward seeking professional psychological help. *British Journal of Guidance & Counselling*, 27(1), 123-132.

Lillis, J., Hayes, S. C., Bunting, K., & Masuda, A. (2009). Teaching acceptance and mindfulness to improve the lives of the obese: A preliminary test of a theoretical model. *Annals of behavioral medicine*, 37(1), 58-69.

Lillis, J., Luoma, J., Levin, M. E., & Hayes, S. C. (2010). Measuring Weight Self Stigma: The Weight Self Stigma Questionnaire. *Obesity*, 18, 971–976.

Lincoln, T. M., Arens, E., Berger, C., & Rief, W. (2008). Can antistigma campaigns be improved? a test of the impact of biogenetic vs. psychosocial causal explanations on implicit and explicit attitudes to schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 34(5), 984–994.

Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual review of Sociology*, 27(1), 363-385.

Lukens, E.P., Thorning, H., Lohrer, S. (2004). Sibling perspectives on severe mental illness: Reflections on self and family. *American journal of orthopsychiatry*, 74, 489

Luoma, J. B., & Platt, M. (2015). Shame, self-criticism, self-stigma, and compassion in acceptance and commitment therapy. *Current Opinion in Psychology*, 2, 97–101. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2014.12.016>

Luoma, J. B., Hayes, S. C., & Walser, R. D. (2017). Learning ACT: An acceptance and commitment therapy skills-training manual for therapists (2nd ed.). Oakland, CA: New Harbinger Publications.

Luoma, J. B., Kohlenberg, B. S., Hayes, S. C., & Fletcher, L. (2012). Slow and steady wins the race: a randomized clinical trial of acceptance and commitment therapy targeting shame in substance use disorders. *Journal of consulting and clinical psychology*, 80(1), 43.

Luoma, J. B., Kohlenberg, B. S., Hayes, S. C., Bunting, K., & Rye, A. K. (2008). Reducing self-stigma in substance abuse through acceptance and commitment therapy: Model, manual development, and pilot outcomes. *Addiction research & theory*, 16(2), 149-165.

Lysaker, P. H., Tsai, J., Yanos, P., & Roe, D. (2008). Associations of multiple domains of self-esteem with four dimensions of stigma in schizophrenia. *Schizophrenia research*, 98(1-3), 194-200. doi: 10.1016/j.schres.2007.09.035.

Magliano, L., McDaid, D., Kirkwood, S., & Berzins, K. (2006). sixteen. *EBOOK: Mental Health Policy and Practice Across Europe*, 374-396

Mahmoud, S., Zaki, R. (2015). Internalized stigma of mental illness among schizophrenia patients and their families (comparative study). *Journal of Education and Practice*, 6(12), 82-

Mason-Whitehead, E., & Mason, T. (2007). Stigma and exclusion in healthcare settings. *Multidisciplinary handbook of social exclusion research*, 59-78.

McFarlane, W. R., Dixon, L., Lukens, E., & Lucksted, A. (2003). Family psychoeducation and schizophrenia: A review of the literature. *Journal of marital and family therapy*, 29(2), 223-245.

Monteiro, É. P., Ferreira, G. C. L., Silveira, P. S. D., & Ronzani, T. M. (2015). Terapia de aceitação e compromisso (ACT) e estigma: revisão narrativa. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 11(1), 25-31.

Morrison, M., De Man, A. F., & Drumheller, A. (1993). Correlates of socially restrictive and

authoritarian attitudes toward mental patients in university students. *Social Behavior and Personality: an international journal*, 21(4), 333-338.

Moxon A. M. & Ronan K. R. (2008). Providing information to relatives and patients about expressed emotion and schizophrenia in a community-supportsetting: randomized, controlled trial. *Clinical Schizophrenia and Related Psychoses*, 2 (1), 47-58.

Oban, G., Küçük, L. (2011). Damgalama erken yaşlarda başlar... gençlerde ruhsal hastalıklara yönelik damgalamayla mücadelede eğitimin rolü. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2(3), 141-148.

Orrico-Sánchez, A., López-Lacort, M., Muñoz-Quiles, C., Sanfélix-Gimeno, G., DíezDomingo, J. (2020). Epidemiology of schizophrenia and its management over 8-years period using real-world data in Spain, *BMC Psychiatry*, 20, 149.

Ögel, K. (2015). Farkındalık (ayırısama) ve kabullenme temelli terapiler. Ankara: HYB.

Özmen, S., & Erdem, R. (2018). Damgalamanın kavramsal çerçevesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 23(1), 185-208.

Öztürk, MO., Uluşahin, NA. (2015). Şizofreni. *Ruh sağlığı ve bozuklukları (On beşinci Baskı)*. Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri, 190-200.

Park, S., Kim, M.J., Cho, M.J., Lee, J.Y. (2015). Factors affecting stigma toward suicide and depression: A Korean nationwide study. *International Journal of Social Psychiatry*; 61(8), 811-817. doi: 10.1177/0020764015597015.

Park, S., & Park, K. S. (2014). Family stigma: A concept analysis. *Asian Nursing Research*, 8(3), 165-171.

Pasmatzi, E., Koulterakis, G., & Giaglis, G. (2016). Self-stigma, self-esteem and self-efficacy of mentally ill. *Psychiatrike= Psychiatriki*, 27(4), 243-252.

Patel, K.R., Cherian, J., Gohil, K., Atkinson, D. (2014). Schizophrenia: overview and treatment options. *Pharmacy and Therapeutics P&T*, 39(9), 638-641.

Patten, S. B., Remillard, A., Phillips, L., Modgill, G., Szeto, A. Kassam, A., & Gardner, D. (2012). BMC Medical Education. 12:1-9

Pearlin, L. I., & Bierman, A. (2013). Current issues and future directions in research into the stress process. *Handbook of the sociology of mental health*, 325-340.

Phelan, J. C., Link, B. G., & Dovidio, J. F. (2008). Stigma and prejudice: one animal or two?. *Social science & medicine*, 67(3), 358-367.

Pinto-Foltz, M. D., Logsdon, M. C. (2009). Reducing stigma related to mental disorders: initiatives, interventions, and recommendations for nursing. *Archives of Psychiatric Nursing*, 23(1), 32-40.

Pitakchinnapong, N., Rhein, D. (2019). Exploration of the causation of stigmatization of mental illness in Thailand: perceptions of Thai University students. *Human Behavior, Development and Society*; 20(2), 2-19.

Rahmatnejad, N., Jannati, Y., Mohammad Pour, R. A. and Azimi Lolaty, H. (2022). Effect of self-care training based on acceptance and commitment therapy on perceived stigma and burden of care in caregivers of patients with schizophrenia: A randomized controlled trial. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*, 32(208), 39- 51.

Rüsch N, Angermayer MC, Corrigan PW. (2005). Mental illness stigma: concepts, consequences and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry*, 20, 529-39.

Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan Sadock Psikiyatri Davranış Bilimleri (A. Bozkurt Çev.). İstanbul: Güneş Tıp Kitapevleri, 2016, 1329-1512.

Sarıkoç, G. (2011). Ruhsal sorunları nedeniyle ayaktan izlenen hastaların içselleştirilmiş etiketlenmeleri (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara

Sarıkoç, G., Demiralp, M., Özşahin, A., & Açikel, C. H. (2012). Ruhsal hastalıklarda yardım arama: hasta yakınlarının tutumlarına yönelik bir çalışma. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(1), 32-38.

Saunders, J. C. (2003). Families living with severe mental illness: a literature review. *Issues in Mental Health Nursing*, 24(2), 175-198.

Schulze, B., Richter-Werling, M., Matschinger, H., & Angermeyer, M. C. (2003). Crazy? So what! Effects of a school project on students' attitudes towards people with schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 107(2), 142-150.

Sevim, K. (2018), Üniversite Öğrencilerinde Benlik Saygısı ve Damgalama Eğilimi Arasındaki İlişki. Yayımlanmış Tez: İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul

Sezgin, D., Esen Yıldırım, İ., Sert Karaaslan, Y. (2020). Rolüm Ağır. Obezitede Ayrımcılık ve Damgalama. İstanbul: Kapital Yayınları.

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

Silver, E. (2000). Race, Nighborhood Disadvantage, and Violence among Persons with Mental Disorders: The Importance of Contextual Measurement. *Law and Human Behavior*. 24(4): 449– 456.

Sin, J., & Norman, I. (2013). Psychoeducational interventions for family members of people with schizophrenia: a mixed-method systematic review. *The Journal of clinical psychiatry*, 74(12), 16055.

Soygür, H., & Cankurtaran, E. D. (2007). *Ruh sağlığı: Tarihsel süreç içinde bir bakış; Stigma*

Ruhsal Hastalara Yönelik Tutumlar ve Damgalama, E. Oryal Taşkın (Editör), 41.

Soygür, H. & E. Özalp. (2007). Kitle İletişim Araçları, Ruhsal Hastalıklar ve Damgalama. E. Oryal Taşkın. (Editör). 241-251.

Steele, A., Maruyama, N., & Galynker, I. (2010). Psychiatric Symptoms in Caregivers of Patients with Bipolar Disorder: A review. *Journal of Affective Disorders*. 121(1- 2): 10-21.

Summakoglu, D., & Ertugrul, B. (2018). Şizofreni ve tedavisi. *Lectio Scientifc*, 2(1), 43-61.

Świtaj, P., Chrostek, A., Grygiel, P., Wciórka, J., & Anczewska, M. (2016). Exploring factors associated with the psychosocial impact of stigma among people with schizophrenia or affective disorders. *Community Mental Health Journal*, 52(3), 370-8. doi: 10.1007/s10597-014-9800-1.

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2011). Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinin Kurulması ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı.

Taşkın, E. O. (2007). *Stigma ruhsal hastalıklara yönelik tutumlar ve damgalama*. İzmir: Turkuaz Bilişim-Bilgisayar ve Yayıncılık-Meta Basım, 117-37.

Taşkın, E.O. (2007). Ruhsal Hastalıklarda Damgalama ve Ayrımcılık. *Stigma Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumlar ve Damgalama*. İzmir: Meta Basım Matbaacılık,17-30.

Tel, H., & Ertekin Pınar, Ş. (2012). Ayaktan izlenen psikiyatri hastalarında içselleştirilmiş damgalama ve benlik saygısı. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 3(2), 61-66.

Thornicroft, G. (2014). Toplumun Reddettiği. Ruhsal Hastalığı Olan İnsanlara Karşı Ayrımcılık. Haldun Soygür (Çev.), Ankara: Şizofreni Dernekleri Federasyonu.

Tirch, D., Schoendorff, B., & Silberstein, L. R. (2014). *The ACT practitioner's guide to the science of compassion: Tools for fostering psychological flexibility*. New Harbinger Publications.

Tong, P., Bu, P., Yang, Y., Dong, L., Sun, T., & Shi, Y. (2020). Group cognitive behavioural therapy can reduce stigma and improve treatment compliance in major depressive disorder patients. *Early Interv Psychiatry*, 14(2), 172-178. doi:10.1111/eip.12841

Townsend, M.C. (2016). *Psychiatric Mental Health Nursing Concepts Of Care In Evidence-Based Practice*, 9nd ed. F.A.Davis Company. Philadelphia.

Trosper, S. E., Buzzella, B. A., Bennett, S. M., & Ehrenreich, J. T. (2009). Emotion regulation in youth with emotional disorders: Implications for a unified treatment approach. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 12, 234-254.

Turan, N. (2016). *Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar*. Gürhan, N. (Editör). Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği içinde. Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri, 540-548.

Turgut, S. (2021). Kürt Damgası. Etnik Sınırlar ve Başa Çıkma Stratejileri. İstanbul: İletişim

Yayınları.

Uluşahin, A., Öztürk, O. (2015). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. Ankara: 13. Baskı. Nobel Tıp Kitabevi.

Üçok, A. (2017). Şizofreni, şizofreniform bozukluk ve sanrısız bozukluk., R. Tükel, S. Çakır & E. Ertekin. (Editörler). *Psikiyatri*. İstanbul. Nobel Tıp Kitabevleri, 53-61.

Üstün, B., Şengün İnan, F. (2018) Psikiyatri hemşireliği uygulamasına bir örnek: damgalamayla mücadele eğitim programı. *Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 15(2), 131-135.

Venta, A., Sharp, C., & Hart, J. (2012). The relation between anxiety disorder and experiential avoidance in inpatient adolescents. *Psychological assessment*, 24(1), 240.

Vigo, D., Thornicroft, G., Atun, R. (2016) Estimating the true global burden of mental illness. *Lancet Psychiatry*, 3, 171-178.

Warman, D. M., Phalen, P. & Martin, J. M. (2015). Impact of a Brief Education About Mental Illness on Stigma of OCD and Violent Thoughts. *Journal of ObsessiveCompulsive and Related Disorders*. 5: 16-23.

Wilson, K. G., Hayes, S. C., Gregg, J., & Zettle, R. D. (2001). Psychopathology and psychotherapy. In *Relational frame theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition* (pp. 211-237). Boston, MA: Springer US.

Yadavaia, J. E., Hayes, S. C., & Vilardaga, R. (2014). Using acceptance and commitment therapy to increase self-compassion: A randomized controlled trial. *Journal of contextual behavioral science*, 3(4), 248-257.

Yadavaia, J.E. (2013). Using acceptance and commitment therapy to increase self-compassion: a randomized controlled trial (Doctoral Dissertation). Available from ProQuest Dissertations and Theses Global. (3595782).

Yaman, E. & Güngör, H. (2013). Damgalama (stigma) ölçeği' nin geliştirilmesi, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Değerler Eğitimi Dergisi*, 11(25), 251-270.

Yavuz, F. & Terzioğlu, M. (Ed.). (2019). Radikal değişimler için kısa müdahaleler. İstanbul: Litera Yayıncılık.

Yavuz, K.F. (2015). Kabul ve kararlılık terapisi (Act): genel bir bakış. *Türkiye Klinikleri*, 8(2), 21-7.

Yıldırım, A., & Aşilar, R. H. (2019). Toplumda Ruhsal Bozuklukların Yönetimi ve Hemşirelik. *Türkiye Klinikleri Public Health Nursing-Special Topics*, 5(2), 85-92.

Yıldırım, G., Tambağ, H., & Savaş, N. (2021). Şizofreni hastalarının yakınları için damgalanma ölçeği geliştirme; geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Int J Acad Med Pharm*, 3(2), 115-119.

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

Yılmaz, A. K. (2019). *Şizofreni hasta yakınlarında aile yükü, kendini damgalama ve ilişkili etmenler* (Master's thesis, Kocaeli Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).

Yiğit, İ., & Guzey Yiğit, M. (2019). Psychometric properties of Turkish version of difficulties in emotion regulation scale-brief form (DERS-16). *Current Psychology*, 38, 1503-1511.

Zettle, R. (2007). *ACT for depression: A clinician's guide to using acceptance and commitment therapy in treating depression*. New Harbinger Publications.

Ek 1: Etik Kurul Onay Formu

HMKÜ

GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL

KARAR FORMU

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 27	Tarih: 01/09/2022
	KARAR 27- Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Hatay Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Görevlisi Gamze ÇİNCİNOĞLU'nun "Şizofreni hasta yakınlarına uygulanan kabul kararlılık terapisi temelli psikoeğitimin damgalanma düzeylerine etkisi" isimli çalışması görüşülmüş olup; çalışma gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve etik kurallara uygun bulunmuş olup; çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplanmaya katılan Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir.	
ETİK KURUL ÜYELERİ		
Çalışma Esası:	İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu	
Etik Kurul Başkanı	Prof.Dr.İbrahim Halil ÇERÇİ	

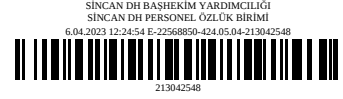
ETİK KURUL ÜYELERİ									
Ünvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki		Katılım		İmza	
Prof.Dr.İbrahim Halil ÇERÇİ Başkan	Veteriner	HMKÜ Veteriner Fakültesi	E	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐		
Prof.Dr.Hülya YALÇIN Başkan Yrd.	Nükleer Tıp	HMKÜ Tıp Fakültesi	K	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐		
Prof.Dr. A.Güler OKYAY Başkan Yrd.	Kadın Hast. Ve Doğum	HMKÜ Tıp Fakültesi	E	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐		
Prof.Dr.Alper ASLAN Üye	Beden Eğitimi	HMKÜ BESYO	E	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒	Katılmadı	
Prof.Dr.Tümay ÖZGÜR Üye	Patoloji	HMKÜ Tıp Fakültesi	K	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐		
Doç.Dr.Cengiz ARLI Üye	Kulak Burun Boğaz	HMKÜ Tıp Fakültesi	E	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐		
Doç.Dr. Fatma ÖZ Üye	Anatomi	HMKÜ Tıp Fakültesi	K	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐		
Doç.Dr Fundagül B. ZORTUK Üye	Diş Hekimi	HMKÜ Diş Hekimliği Fakültesi	K	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒	Katılmadı	
Doç.Dr. Oğuzhan ÖZCAN Üye	Tıbbi Biyokimya	HMKÜ Tıp Fakültesi	E	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒	Katılmadı	
Doç.Dr. Oğuz AKKUŞ Üye	Kardiyoloji	HMKÜ Tıp Fakültesi	E	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐		
Doç.Dr.Sibel SEVİNÇ Üye	Hemşirelik	HMKÜ Sağlık Hiz. YO.	K	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐		

Enver Sedat ÇERÇİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

Ek 2: Kurum İzni



T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Sincan Devlet Hastanesi



Sayı : E-22568850-424.05.04-213042548
Konu : Öğr.Gör. Gamze ÇİNÇİNOĞLU (Tez Çalışması)

06.04.2023

ANKARA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE
(Ankara Eğitim ve Tescil Birimi)

İlgi : 04.04.2023 tarihli ve E-90739940-799-212886347 sayılı yazınız.

İlgi sayılı yazınızda bahsi geçen Mustafa Kemal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik bölümü öğretim görevlisi olup, İstanbul Medeniyet Üniversitesi'nde Psikiyatri Hemşireliği Ana Bilim Dalı'nda Doktora Öğrencisi olan Öğr.Gör. Gamze ÇİNÇİNOĞLU'nun, "Şizofreni Hasta Yakınlarına Uygulanan Kabul Kararlılık Terapisi Temelli Psikoeğitimin Damgalanma Üzerine Etkisi" konulu doktora tez çalışmasını, Hastanemiz Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde yapılmasına yönelik gerekli izin talebi; 24/03/2016 tarih ve 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu ile tanımlanan Sağlık Bakanlığı "Kişisel Sağlık Verilerinin İşlenmesi ve Mahremiyetinin Sağlanması Hakkında Yönetmelik, 21/06/2019 tarih ve 30808 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe giren Kişisel Sağlık Verileri Hakkında Yönetmelik ve 2018/54 sayılı Sağlık Bakanlığı onayı ile yayımlanan Bilgi Güvenliği Politikaları Yönergesi ve ekinde yer alan Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü Bilgi Güvenliği Kılavuzunda yer alan hükümlere uyulması kaydıyla Başhekimliğimizce uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Uzm. Dr. Fatma DURAN
Başhekim

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge doğrulama kodu: 1EBEBBF4-4FE5-463C-AD5C-0CAB2DB68A32

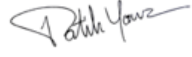
Belge doğrulama adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys>

Gökçek Mahallesi 250. Cd No 2-B Sincan/ANKARA 06000
Telefon No: 03122723971
e-Posta: Internet.Adresi:https://www.saglik.gov.tr/
Kep Adresi:

Bilgi için: Fahrettin KÖSE
Büro Personeli
Telefon No: 03122723971 - 1133



Ek 3: Kabul ve Kararlılık Terapisi (ACT) Temel Eğitimi Katılım Belgesi

 Bağlamsal Bilimler ve Psikoterapiler Derneği	 BİSSEL DAVRANIŞÇI PSIKOTERAPİLER DERNEĞİ bpd • 2010 •
KATILIM BELGESİ	
GAMZE ÇİNCİNOĞLU	
40 (kırk) saatlik Kabul ve Kararlılık Terapisi (ACT) kuramsal ve uygulamalı eğitimini tamamlaması üzerine bu belgeyi almaya hak kazanmıştır.	
18 ARALIK 2021 - 30 OCAK 2022 Eğitim Dönemi	DOÇ.DR. K.FATİH YAVUZ Eğitim KOORDİNATÖRÜ 

Ek 4: Ölçek Kullanım İzni

× Close **Re: ölçek izni**



Halime GÂ'ngÂ'tır <halime_gngr@yahoo.com>
To: You

← ↩ → ...

Fri 4/22/2022 3:49 PM



Merhaba,
Damgalama Ölçeği'ni çalışmanızda kullanabilirsiniz. Çalışmanızda kolaylıklar diler saygılarımı sunarım. Sağlıklı günler dilerim

Dr. Halime GÜNGÖR
Psikolojik Danışman
Bursa İİ MEM ARGE
0539 7049503/ 0224 2252578-123

On Wednesday, April 20, 2022, 02:45:30 PM GMT+3, gamze yıldırım <gamzeyildirim89@hotmail.com> wrote:

merhaba sayın hocam, Damgalanma Ölçeği'nizi çalışmamda kullanmak üzere **izn**inizi istiyorum. Teşekkürler. İyi çalışmalar.

Öğr. Gör. Gamze ÇİNCİNOĞLU

*Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi,
Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Hatay, TÜRKİYE
Tel (iş): 0 (326) 221 33 17 - 18 - 19 (3 Hat)
Faks: 0 (326) 216 06 67*

Ek 5: Kişisel Bilgi Formu

Sayın Katılımcı

Şizofreni hasta yakınlarına uygulanan kabul kararlılık terapisi temelli psikoeğitimin damgalanma düzeylerine etkisinin belirlenmesine yönelik bir araştırma yapmaktayım. Araştırmanın ismi “Şizofreni Hasta Yakınlarına Uygulanan Kabul Kararlılık Terapisi Temelli Psikoeğitimin Damgalanma Düzeylerine Etkisi’nin Belirlenmesi”dir. Sizin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyorum. Bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz.

Katkılarınız için teşekkürler

1.Kişisel Bilgi Formu

1.Yaşınız

2.Cinsiyetiniz () Kadın () Erkek

3. Yakınızda ruhsal bozukluğu olan biri var mı?

() Evet () Hayır

4. Cevabınız evet ise yakınlık dereceniz nedir?

() Annem () Babam () Kardeşim () Eşim () Çocuğum

5. Hastayla birlikte mi yaşıyorsunuz?

() Evet () Hayır

6. Hastanızın teşhisi konulduktan sonra bu durumu kabullenebildiniz mi?

() Evet () Hayır () Kısmen

Ek 6: Şizofreni Hastalarının Yakınları İçin Damgalanma Ölçeği (ŞHYDÖ)

Bu ölçek ruhsal hastalığa sahip olan hasta yakınlarının damgalanmaya yönelik içsel yaşantılarını yansıtan “damgalanmayı” değerlendirmektedir. Bu ifadeleri dikkatlice inceleyerek en doğru şekilde yanıtlamanız oldukça önemlidir. Ankete vereceğiniz yanıtlar araştırmacılar dışında hiç kimse tarafından okunmayacak ve farklı bir amaçla kullanılmayacaktır. Lütfen size uygun olan tek bir kutucuğa X işareti koyarak yanıtlayınız.

ŞİZOFRENİ HASTALARININ YAKINLARI İÇİN DAMGALANMA ÖLÇEĞİ (ŞHYDÖ)	EVET	BAZEN	HAYIR
1. Yakınımın ruhsal hastalığı olduğu için kendimi bu dünyada yabancı gibi hissediyorum			
2. Yakınımın ruhsal hastalığı olduğu için eskisi gibi sosyal değilim			
3. Yakınımın ruhsal hastalığı olduğu için iyi ve doyum verici bir hayat yaşayamıyorum			
4. Yakınımın ruhsal hastalığı olduğu için kendimi ailesinde hastalık olmayan insanlardan daha aşağı hissediyorum			
5. Yakınımın ruhsal hastalığı olduğu için reddedilmemek için diğer insanlara yaklaşımdan kaçınıyorum			
6. Yakınımın ruhsal hastalığı olduğu için kimse benimle yakınlaşmak istemez			
7. Yakınımın ruhsal hastalığı olduğu için komşuluk ilişkilerinde bana farklı davranılır			
8. Yakınımın ruhsal hastalığı olduğu için iş bulma veya işimi muhafaza etme konusunda bana farklı davranılır			
9. Yakınımın ruhsal hastalığı olduğu için topluma bir katkı olamaz			
10. Yakınımın ruhsal hastalığı olduğu için toplu taşıma araçlarında bana farklı davranılır			
11. Yakınımın ruhsal hastalığı olduğu için gittiğimiz hastanelerde bana farklı davranılır			
12. İnsanları sıkmamak için yakınımın hastalığından bahsetmem			
13. Dış görünüşünden hasta olduğu anlaşıldığı için toplum içinde hasta yakınım ile birlikte görünmekten rahatsız olurum.			
14. Yakınımın psikiyatrik bir hastalığı olduğunu saklama gereği duyuyorum			
15. Bu hastalık hayatımı berbat etti			
16. Hasta yakını olmayanların beni anlaması mümkün değil			
17. Akıl hastaları ile ilgili olumsuz yaygın inanışlar benim durumum dikkate alındığında hiçte yanlış sayılmaz			

Ek 7: Damgalama Ölçeği

DAMGALAMA ÖLÇEĞİ

Bu anketlerden elde edilen sonuçlar bilimsel bir çalışmada kullanılacaktır. Sizden istenilen bu ifadeleri okuduktan sonra kendinizi değerlendirmeniz ve sizin için en uygun seçeneğin karşısına çarpı (X) işareti koymanızdır. Her sorunun karşısında bulunan; (1) Kesinlikle katılmıyorum (2) Katılmıyorum (3) Kısmen katılıyorum (4) Katılıyorum (5) Kesinlikle katılıyorum anlamına gelmektedir. Lütfen her ifadeye mutlaka TEK yanıt veriniz ve kesinlikle BOŞ bırakmayınız. En uygun yanıtları vereceğinizi ümit eder katkılarınız için teşekkür ederim.

DAMGALAMA ÖLÇEĞİ (Yaman & Güngör, 2013)		1	2	3	4	5
1	Adli suça karışmış biriyle aynı ortamda çalışmak istemem.					
2	Aynı dünya görüşünü paylaşmayan kişiler birbirine adaletsiz davranır.					
3	Seçme şansım olsa evlilik dışı doğan bir kişiyle çalışmak istemezdim.					
4	Cinsel tercihleri farklı olduğunu düşündüğüm biriyle iletişim kurmak istemem.					
5	Yaşlı personelin iş ortamında verimleri oldukça düşüktür.					
6	Kıdemi fazla olan çalışanlar genç olanlar üzerinde otorite kurmayı sever.					
7	Bayan personel iş ortamında daha fazla sorun çıkarır.					
8	İnsanların kökenine göre farklı tavırlar takınılabılır.					
9	Boşanmış personelin iş ortamına negatif etkileri olabilir.					
10	İş ortamında dini inancı farklı olan birinin bulunması beni rahatsız eder.					
11	Psikolojik yardım alan bireylerin kişilik problemleri vardır.					
12	Psikolojik yardım aldığı bilinen kişilere güven azalır.					
13	Toplum kurallarına aykırı yaşantısı olan bir kişiyle aynı ortamda çalışmaktan rahatsız olurum.					
14	Yaşam tarzı bana uymayan bir kişiyle iş dışında görüşmem.					
15	Performansı kısıkanılan bir kişi iş ortamında yalnız kalır.					
16	Meslektaşlarıyla sosyal paylaşımda bulunamayan bir kişi sorunludur.					
17	Çalışanlar arasında ayırım yapılması doğaldır.					
18	Farklı şivesi olan kişiler küçümsenebilir.					
19	Kılık-kıyafeti aykırı kişiler dışlanmayı hak eder.					
20	Tarzı taşralı olan birinin sosyal kabul görmemesi doğaldır.					
21	Güzel/yakışıklı olan kişiler daha başarılıdır.					
22	İletişime kapalı kişiler sorunludur.					

Ek 8: PSİKOEĞİTİM DEĞERLENDİRME FORMU

	EVET	KISMEN	HAYIR
Psikoeğitim beklentinizi karşıladı mı?			
Psikoeğitim süreci damgalanma konusunda sizi etkiledi mi?			
Oturumlar yer alan açıklamalar ve egzersizler anlaşılır mıydı?			
Oturumların süresi psikoeğitimin uygulanması için yeterli miydi?			

Psikoeğitim süreci sizin için nasıldı?

Psikoeğitimde yapılan egzersizleri nasıl buldunuz?

Ek 9: Kabul ve Kararlılık Terapisi (ACT) Temelli Psikoeğitim Programı

Toplam Süre: 8 Hafta

Oturum Süresi: 90 dk

Sıklık: Haftada 1 gün

Kişi Sayısı: 18

Oturumların Genel İçeriği

OTURUMLAR	GENEL İÇERİK
1. Oturum: Tanışma ve ACT	İlk olarak grup lideri kendini tanıtır ve sonra her bir üyenin kendini tanıtmayı ister. Psikoeğitim süreci hakkında bilgi verilir. Üyelerden ruhsal hastalıklara yönelik damgalama ile ilgili paylaşımda bulunmaları istenir. Damgalama ile ilgili bilgi verilir. ACT hakkında genel bilgi verilir. Oturum özetlenir.
2. Oturum: Yaratıcı Umutsuzluk	Bir önceki oturumun özeti yapılır. Yaratıcı umutsuzluk çalışmaları yapılır. Metaforlar ile (problem çözme makinası, canavarla halat çekme, pano itme metaforu) damgalama ile mücadelede daha önce denenmiş çözüm stratejilerinin etkileri üzerine konuşulur.
3. Oturum: Şimdi ve Burada Kal	Bir önceki oturumun özeti yapılır. Ev ödevleri tartışılır. Anda kalma çalışmaları (nefes egzersizi, farkındalıkla yeme egzersizi, demir atma metaforu) ile katılımcıların anı hissedebilmesi sağlanır. Anda bulunmanın neden gerektiği konusunda kritik yaparak anda kalmanın işlevselliği arttırılmaya çalışılır. Oturum özetlenir. Ev ödevleri verilir.

4. Oturum: Bilişsel Ayırışma	Bir önceki oturumun özeti yapılır. Ev ödevleri tartışılır. Damgalama ile ilgili zihnin düşüncelerle birleşmesine yönelik farkındalık kazanılmasına yönelik etkinlikler (düşünceyi temsil eden eller, dilin otomatikliği) yapılır. Damgalaya ilişkin acı veren düşüncelerin eylem üzerindeki etkilerini azaltmak amacıyla ayırışma becerilerini artırmaya yönelik egzersizler yapılır (akıntıdaki yapraklar, limonlimonlimon..... uygulaması, şöyle bir düşüncem var). Oturum özetlenir. Ev ödevleri verilir.
5. Oturum: Bağlamsal/Gözlemleyen Benlik	Bir önceki oturumun özeti yapılır. Ev ödevleri tartışılır. Bağlamsal/gözlemleyen benlik, tüm yaşam boyunca bireyin bedeni değiştirken, düşünceleri, duygular, hayattaki rolleri değiştirken tüm bu değişimlere tanıklık eden, bu değişimleri izleyen ve kişinin kendisi hiç değişmeyen benlik parçasıdır. Benliğin sürekliliğini ve bütünlüğünü fark etmeleri sağlanır. Duygu ve deneyime rağmen benliğin değişmezliğini anlayabilme becerisi kazandırılır (hava durumu metaforu, satranç takımı uygulaması). Damgalamaya yönelik içsel yaşantılarına, acı verici deneyimlerine rağmen bu benlik parçalarını fark etmeleri sağlanır. Oturum özetlenir. Ev ödevleri verilir.

6. Oturum: Kabul	Bir önceki oturumun özeti yapılır. Ev ödevleri tartışılır. Hoşa gitmeyen duygu ve düşünceleri kabul etme becerisi kazandırılır (kendinelik egzersizi, gemideki canavarlar metaforu, bataklıkta yürüme metaforu). Zihnin çalışma prensibi hakkında bilgi verilir. Damgalama yönelik duygu ve düşüncelerle mücadelenin bırakılması, onlara yer açabilme becerisi kazandırılır. Oturum özetlenir. Ev ödevleri verilir.
7. Oturum: Değerler ve Değer Odaklı Eylemler	Bir önceki oturumun özeti yapılır. Ev ödevleri tartışılır. Temel değer alanları belirlenir. Değer – hedef ayrımı yapılır. Metafor ve egzersizlerle (sihirli değnek metaforu, otobüsteki yolcular metaforu, arabadaki iki çocuk metaforu) katılımcıların yaşamlarını anlamlı kılan temel ilkelerin netleştirilmesi ve değerler doğrultusunda davranış adımlarını belirleyebilme becerisi kazandırılır. Ev ödevleri verilir.
8. Oturum: Psikoeğitim Sürecinin Genel Özeti ve Sürecin Değerlendirilmesi	Oturumların genel özeti yapılır. Uygulama hakkında geri bildirimler alınır. Ev ödevleri tartışılır. Elde edilen kazanımları fark edebilmeleri üzerine tartışılır. Süreçle ilgili geribildirimler alınır. Vedalaşma ile psikoeğitim süreci sonlandırılır.

Ek 10: Araştırmacının Deneyimi

Araştırmayı tasarlarken bir psikiyatri hemşiresi olarak bilgi birikimim ve yeteneklerimle toplumdaki hangi ihtiyacı karşılayabilirim düşüncesi ile zihnim meşguldü. Çevremden aldığım geribildirimler, gözlemlerim ve literatür doğrultusunda şizofreni hastası olan ailelerin damgalanmaya maruz kaldığı ve bu damgalamanın aileleri oldukça zorladığını ve damgalama ile mücadelede çözüm yolları bulunması gerekliliği olduğu yönündeydi. Araştırma konumu belirledikten sonra gerekli izinleri alıp çalışmanın uygulamasına başladım. Uygulamanın ilk haftasında hasta yakınlarının katılımı ve yaklaşımı nasıl olacak, acaba sıkılırlar mı diye kaygım oldukça yüksekti. Bu durumu fark ettiğimde ve yaşamış olduğum 6 Şubat depremlerinde etkisini kendimde azaltmak adına ilk önce ACT’i kendime uyguladım. Psikoeğitim oturumları hem benim hem de hasta yakınları için çok keyifli ve verimli tamamlandı. Her hafta büyük bir heyecanla ve önceki hafta yaptığımız uygulamanın etkilerinin merakı içinde eğitimi gerçekleştirdim. Her oturum sonrasında hem eğitimin verimli geçmesinden ve buna bağlı olarak hasta yakınların dan aldığım geri dönüşler hem de TRSM çalışanlarının çalışmama olan ilgisi ve merakı sayesinde TRSM’den mutlu ayrılıyordum. Uygulamanın hasta yakınlarında olumlu etkisini görmek ve duymak paha biçilemez bir mutluluktu. Her haftanın sonunda iyi ki bu alanı bu konuyu seçmişim diyerek tamamladım. ACT önce kendime sonra hasta yakınlarına çok iyi geldi.

Ek 11: ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı:	Gamze ÇİNÇİNOĞLU
Doğum Yeri:	Hatay
Yabancı Dil:	İngilizce

Eğitim Bilgileri

Derece	Üniversite
Lisans	Balıkesir Üniversitesi
Yüksek Lisans	Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi
Doktora	İstanbul Medeniyet Üniversitesi

Akademik Deneyim

Görevi	Kurum
Hemşire	Altınözü İlçe Sağlık Müdürlüğü
Öğretim Görevlisi	Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi (2019 -)

Ödüller

Poster Bildiri Birincilik Ödülü, Türkiye, Ege Üniversitesi, 2021

Sertifikalar

1. Behavioral And Cognitive Therapy, Academy of Cognitive Therapy, 2020.
2. Acceptance And Commitment Therapy, ACBS, 2021.

Yayınlar

1. Cincinoglu, G., & Tambağ, H. Identification of The Beliefs Toward Stigmatization and Mental Illness Among Relatives Of Schizophrenia Patients. *Co-Editors-in-Chief*, 15.
2. Yıldırım, G., Tambağ, H., & Savaş, N. (2021). Şizofreni hastalarının yakınları için damgalanma ölçeği geliştirme; geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Int J Acad Med Pharm*, 3(2), 115-119.
3. Tambağ, H., Mansuroğlu, S., & YILDIRIM, G. (2018). Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin manevi destek algılarının belirlenmesi: Bir pilot çalışma. *Çağdaş Tıp Dergisi*, 8(2), 159-164.

Bildiriler

1. Çinçinoğlu G., Okanlı A. (2021). Ruh Sağlığı Okuryazarlığı ile Damgalama Arasındaki İlişki. VI. Uluslararası X. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi (Poster Bildiri)
2. Yıldırım G., Tambağ. (2019). Hemşirelik Son Sınıf Öğrencilerinin Mesleki Yetkinlik Algılama Düzeylerinin Belirlenmesi. 3. Ruhsal İyileştirim Kongresi (22-24 Kasım 2019-Kocaeli) (Özet Bildiri/Sözlü Sunum)
3. Yıldırım, G., Tambağ, H. (2019). Şizofreni Hasta Yakınlarının Psikososyal Gereksinimleri ve Hemşirelik. Toplum ve Şizofreni Kongresi (29-30 Haziran-Ankara) (Tam Metin /Poster Bildiri)

4. Tambağ, H., Yıldırım, G. (2019). Şizofreni Hasta Ailelerine Yönelik Damgalama ile Mücadele, Toplum ve Şizofreni Kongresi (29-30 Haziran- Ankara) (Tam Metin /Poster Bildiri)
5. Yıldırım G. (2019). “Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalamada Toplum Ruh Sağlığı. Avrasya 2. Uluslararası Uygulamalı Bilimler Kongresi (12-14 Nisan 2019- Antakya) (Tam Metin Bildiri/Sözlü Sunum)
6. Yıldırım G., Tambağ H. (2018). Hatay İli Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde Takip Edilen Şizofreni Hasta Yakınlarının Damgalanma ve Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlarının Belirlenmesi. 1. Uluslararası 2. Ulusal Halk Sağlığı Hemşireliği Kongresi (23-26 Nisan 2018- Ankara) (Özet Bildiri/Sözlü Sunum)
7. Yıldırım, G., Tambağ, H., & Savaş, N. (2018). Şizofreni hastalarının yakınları için damgalanma ölçeği geliştirme; geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. V Uluslararası ve VII Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi, (20-23 Kasım 2018-Antalya) (Özet Bildiri/Poster Sunum)