



## ŞİZOAFFEKTİF BOZUKLUK TANISI OLAN BİREYLERDE İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMA İLE İLİŞKİLİ BİR FAKTÖR OLARAK DİNİ BAŞA ÇIKMA

Ayşe ERDOĞAN KAYA<sup>1\*</sup>

<sup>1</sup>Hitit University, Çorum Erol Olçok Training and Research Hospital, Department of Psychiatry, 19030, Çorum, Türkiye

**Özet:** Ağır ruhsal hastalıklarda toplumsal damgalanma sık karşılaşılan bir durum olup damgalanmanın içselleştirilmesi bireylerin ruhsal durumunu, tedavi uyum ve seyrini etkileyen bir durum olarak karşımıza çıkmaktadır. Bundan dolayı damgalanma ile ilişkili faktörleri ortaya koymak önemlidir. Bu araştırmadaki amacımız şizoaffektif bozuklukta dini başa çıkmanın içselleştirilmiş damgalanma ile olan ilişkisini ortaya koymaktır. Toplum ruh sağlığı merkezi tarafından ayaktan takip edilen ve araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan şizoaffektif bozukluk tanılı hastalarda Dini Başa Çıkma Ölçeği ve Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDO) uygulanmış ve elde edilen sonuçlar istatistiksel olarak analiz edilmiştir. Pozitif dini başa çıkma ile içselleştirilmiş damgalanma toplam skoru, yabancılaşma ve kalıp yargıların onaylanması alt boyutu arasında anlamlı ve negatif bir korelasyon saptanmıştır. Negatif dini başa çıkma ile içselleştirilmiş damgalanma ölçeği toplam skoru, yabancılaşma, kalıp yargıların onaylanması ve algılanan ayrımcılık alt boyutları arasında anlamlı ve pozitif bir korelasyon saptanmıştır. Ayrıca negatif ve pozitif dini başa çıkma arasında istatistiksel olarak anlamlı ve güçlü bir negatif korelasyon saptanmıştır. İçselleştirilmiş damgalanmanın ilişkili olduğu faktörlerden olumlu veya olumsuz dini başa çıkma tutumlarının tedavi sürecinde ele alınması, hasta ile görüşmede bu tutumların saptanması, bunların içselleştirilmiş damgalanmaya etkisinin araştırılması, psikoterapötik müdahalelerin parçası olarak tedavi sürecine katkıda bulunabilir.

**Anahtar kelimeler:** Damgalanma, Dini başa çıkma, İçselleştirilmiş damgalanma, Şizoaffektif bozukluk


### Religious Coping as a Factor Associated with Internalized Stigma in Individuals with Schizoaffective Disorder

**Abstract:** Social stigmatization is a common situation in severe mental illnesses, and internalization of stigma emerges as a situation that affects individuals' mental state, treatment compliance and course. Therefore, it is important to reveal the factors associated with stigma. Our aim in this research is to reveal the relationship between religious coping and internalized stigma in schizoaffective disorder. The Religious Coping Scale and the Internalized Stigma in Mental Illness Scale (ISMI) were applied to schizoaffective disorder patients who were followed up by the community mental health center and met the inclusion criteria, and the results were statistically analyzed. There was a significant and negative correlation between positive religious coping and internalized stigma total score, alienation and stereotype endorsement subscale. A significant and positive correlation was found between negative religious coping and internalized stigma scale total score, alienation, stereotype endorsement and perceived discrimination subscales. In addition, a statistically significant and strong negative correlation was found between negative and positive religious coping. Addressing the positive or negative religious coping attitudes associated with internalized stigma during the treatment process, identifying these attitudes during the interview with the patient, and investigating their effects on internalized stigma may contribute to the treatment process as part of psychotherapeutic interventions.

**Keywords:** Internalized stigma, Religious coping, Stigmatization, Schizoaffective disorder

\*Sorumlu yazar (Corresponding author): Hitit University, Çorum Erol Olçok Training and Research Hospital, Department of Psychiatry, 19030, Çorum, Türkiye

E mail: dr.ayserdogan@gmail.com (A. ERDOĞAN KAYA)

Ayşe ERDOĞAN KAYA  <https://orcid.org/0000-0002-6780-9301>

Gönderi: 22 Nisan 2023

Received: April 22, 2023

Kabul: 11 Mayıs 2023

Accepted: May 11, 2023

Yayınlanma: 01 Temmuz 2023

Published: July 01, 2023

Cite as: Erdoğan Kaya A. 2023. Religious coping as a factor associated with internalized stigma in individuals with schizoaffective disorder. BSJ Health Sci, 6(3): 383-390.

### 1. Giriş

Şizoaffektif bozukluk, psikotik belirtiler ve duygudurumda alevlenmelerin eşlik ettiği atak dönemleri ve remisyonlarla seyreden, uzun dönemde çoğu zaman işlevselliği önemli ölçüde bozan kronik bir ruhsal hastalıktır (Parker, 2019). Şizoaffektif bozukluk gibi ağır ruhsal hastalıklarda damgalanma yaygın olup bu durum hastalar ve hastaların aile bireyleri için ciddi bir yük oluşturmaktadır (DeLuca, 2020). Damgalama genel

itibariyle, bir bireye karşı aşağılayıcı, saygınlığını zedeleyen, hor görücü bir tavır veya olumsuz davranışlar gösterilmesi olarak tanımlanabilir (Deb ve ark., 2019). Toplumsal damgalanmanın içselleştirilmesi sonucu ortaya çıkan self stigmatizasyon hastaların olumsuz yargıları içselleştirmesi, kendileriyle özdeşleşmesi ve yetersizlik gibi olumsuz duygularla kendisini toplumdan uzak ya da aşağı bir konumda hissetmesidir (Leblebici, 2022). Daha önceki çalışmalarda ağır ruhsal hastalığı olan bireylerde yüksek düzeyde içselleştirilmiş



damgalanmanın; düşük benlik saygısı, sosyal izolasyon, daha olumsuz hastalık seyri ve tedavi ilişkili uyumsuzluk vs. olaylarla sonuçlandığı ve tüm bunlara ek olarak depresif belirtiler ve umutsuzlukla ilişkili olduğu tespit edilmiştir (Abdisa ve ark., 2020). Bu bağlamda damgalanma ve bahsedilen etkileriyle başa çıkmak ağır ruhsal hastalığı olan bireyler için hastalığın kendisiyle mücadelenin yanında ekstra bir zorlayıcı faktör haline gelebilmektedir. Toplumsal ya da içselleştirilmiş damgalanma, ruhsal hastalığın kendisine ait zorluklar ve diğer tüm stresörler, psikiyatrik hastalığı olan bireylerde bu stresörlerle başa çıkma tutumlarının ortaya çıkmasını tetikleyebilmektedir.

Daha önceki araştırmalarda ruhsal hastalığı olan bireylere ait birçok başa çıkma stratejisi tanımlanmış olup, bu başa çıkma tutumlarından biri de dini başa çıkma stratejileridir (Serfaty ve ark., 2020). Pozitif dini başa çıkma, zorlayıcı yaşam olaylarının olumlu perspektiften değerlendirilmesi ve iş birliğine yatkın tutumlarla Tanrı'dan manevi destek arayışı ile ortaya çıkarken, negatif dini başa çıkma ise, zorlayıcı ve olumsuz durumlarla karşılaşıldığında Tanrı ile daha güçsüz bir bağ ve zaman zaman isyan içeren duygu ve düşüncelere eşlik eden dini çabayla belirli bir tutumdur (Kızılgeçit ve ark., 2021). Dini başa çıkma stratejilerinin, ruhsal hastalıklardaki niteliği, sıklığı, şiddeti daha önce birçok çalışmayla ortaya konmuş olup bu tutumların ilişkili olduğu etmenler gün geçtikçe daha fazla ayrıntılandırılmaya çalışılmaktadır. Din ve ruh sağlığı ilişkisine dayanan literatür incelendiğinde, pozitif dini başa çıkma stratejilerinin daha fazla kullanılmasının ruhsal açıdan iyilik hali ile ilişkili olduğu, olumsuz Tanrı algısı ve yaşanan zorlukları Tanrı'nın bir cezası olarak görme gibi negatif dini başa çıkma tutumlarının ise ruh sağlığı açısından işlevsel olmadığı tespit edilmiştir (İşcan, 2021). Negatif dini başa çıkma tutumlarının sıklıkla depresyon, anksiyete ve stresle ilişkili olduğu daha önceki araştırmalarda tespit edilen bir bulgudur (Francis ve ark., 2019; O'Brien ve ark., 2019). Dini başa çıkma tutumlarına karşı henüz tanımlanmış bir psikoterapötik müdahale şekli bulunmamakla birlikte bu konuda deneyimli manevi destek ekipleri tarafından düzenlenecek olan grup ya da bireysel eğitimlerin hatalı dini bilgi ve tutumları düzeltici etkisi olabilir.

Ruhsal hastalıklarda içselleştirilmiş damgalanma ve dini başa çıkma tutumları ayrı ayrı birçok kez araştırılmış olsa da özellikle ağır ruhsal hastalığa sahip bireylerde işlevselliği ve tedavi uyumunu yordayan içselleştirilmiş damgalanmanın tam olarak hangi faktörlerle ilişkili olduğu hala tartışma konusudur (Angın, 2021). Bu araştırmadaki amacımız, içselleştirilmiş damgalanmanın pozitif ve negatif dini tutumlarla ilişkisinin olup olmadığını ortaya koymaktır. Hipotezimiz içselleştirilmiş damgalanma ile olumsuz Tanrı algısının hakim olduğu negatif dini başa çıkma tutumlarının pozitif korelasyon göstereceğidir.

## 2. Materyal ve Yöntem

### 2.1. Araştırmanın Örneklemi

Toplum ruh sağlığı merkezinde şizoaffektif bozukluk tanısıyla ayaktan takip edilen 67 hasta arasından araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan 51 hasta çalışmaya dahil edildi. Araştırmaya dahil edilme kriterleri; DSM-V tanı kriterlerine göre şizoaffektif bozukluk tanı kriterlerini karşılıyor olmak, 18-65 arasında ve okuma yazma biliyor olmak, hastalığın remisyon döneminde olmak, araştırmaya katılmaya gönüllü olmaktır. Dışlama kriterleri ise; alkol ve madde kullanım bozukluğu, mental retardasyon ya da eşlik eden ek ruhsal ya da nörolojik hastalığa sahip olmak, 18 yaş altı 65 yaş üstü olmak, şizoaffektif bozukluğun akut alevlenme belirtilerini taşımak (duygudurum nöbetleri ya da aktif psikotik bulgular), okuma yazma bilmiyor olmak, araştırmaya katılmayı kabul etmemek.

### 2.2. Araştırmanın Şekli

Çalışmaya dahil olan katılımcıların ilk olarak sosyodemografik ve klinik özellikleri kaydedilmiştir. Katılımcıların tanıları deneyimli bir psikiyatrist tarafından SCID-5-CV (DSM-5 Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme) kullanılarak yeniden değerlendirilmiş ve doğrulanmıştır. Öz bildirim ölçekleri klinisyen ile görüşmenin sonunda uygulanmıştır. Araştırmaya dahil edilen hastalara "Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ)" ve "Dini Başa Çıkma Ölçeği" uygulanmıştır.

### 2.3. Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ)

Ritsher ve arkadaşları tarafından 2003 yılında geliştirilmiştir ve 29 maddeden oluşmaktadır. İçselleştirilmiş damgalanmaya ait alt boyutları içeren öz bildirim ölçeğidir (Ritsher ve ark., 2003). Ölçeğin Türkçe adaptasyon çalışması 2007 yılında Ersoy ve Varan tarafından gerçekleştirilmiştir (Ersoy ve Varan, 2007). Yabancılaşma, kalıp yargıların onaylanması, algılanan ayrımcılık, sosyal geri çekilme ve damgalanmaya karşı direnç alt boyutlarına sahiptir. Bu ölçek, maddelerin her birinin 1-4 arası puanlandığı dörtlü likert tipi ölçektir. Total skor beş alt boyutun puanlarının toplanmasıyla oluşmaktadır ve ölçekten alınabilecek toplam puan en yüksek 116 olup yüksek toplam ölçek skoru hastaların içselleştirilmiş damgalanmasının daha şiddetli olduğu anlamına gelmektedir (Ersoy ve Varan, 2007).

### 2.4. Dini Başa Çıkma Ölçeği

Bireylerin karşılaştıkları zorlayıcı anlarda kullandıkları dini başa çıkma tutumlarını ve yoğunluğunu gösteren likert tipi bir ölçek olup Abu-Raiya ve ark. (2008) tarafından geliştirilmiştir (Abu Raiya ve ark., 2008). Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ekşi ve Sayın (2016) tarafından gerçekleştirilmiştir (Ekşi ve Sayın, 2016). Ölçekte pozitif ve negatif dini başa çıkma puanları ayrı ayrı hesaplanmakla birlikte olumlu dini başa çıkma alt ölçeği 7 ile 28 arasında, olumsuz dini başa çıkma alt ölçeği ise 3 ile 12 arasında puanlanmaktadır. Dörtlü likert tipi formatında hazırlanan ölçekten alınan düşük puanlar, bireylerde ilgili dini başa çıkma tarzının düşük olduğu

anlamına gelirken, yüksek puanlar ise o başa çıkma tarzının fazla olduğuna işaret etmektedir (Ekşi ve Sayın, 2016).

### 2.5. İstatistik Analiz

Sonuçlar IBM SPSS 22 paket programı ile analiz edildi. Tanımlayıcı istatistikler, Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk normal dağılım testleri kullanıldı. Çalışmanın örneklem sayısının az olması nedeniyle non-parametrik testler tercih edilmiştir. Ortalamaların kıyaslanmasında Mann-Whitney U testi, kategorik değişkenlerin değerlendirilmesinde Pearson Chi-Square testi ve Fisher's Exact test, korelasyon değerlendirmesinde ise Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır.  $P < 0,05$  ise anlamlı olarak kabul edilmiştir (Önder, 2018).

### 3. Bulgular

Çalışmamıza toplum ruh sağlığı merkezinde ayaktan takip edilen 67 şizoaffektif bozukluk tanılı hastadan, çalışmaya dahil edilme kriterlerini sağlayan 51 hasta katılmıştır. Katılımcıların 21'i kadın 30'u erkek olup, ortalama yaşları  $46,82 \pm 10,77$ , kliniğimizdeki ortalama takip süreleri  $7,41 \pm 2,79$  yıl olarak saptanmıştır. Katılımcıların 27'si bekar, 24'ü evliydi. 16 katılımcı bir işte çalışmaktayken 25 katılımcı çalışmıyordu. Tüm katılımcıların içselleştirilmiş damgalanma ölçeği toplam skor ortalaması  $62,80 \pm 10,11$ , yabancılaşma alt boyut skoru ortalaması  $11,41 \pm 5,17$ , kalıp yargıların onaylanması alt boyut skoru ortalaması  $17,29 \pm 5,50$ , algılanan ayrımcılık alt boyut skoru ortalaması  $15,57 \pm 4,86$ , damgalanmaya karşı direnç alt boyut skoru ortalaması  $12,67 \pm 4,83$ , sosyal geri çekilme alt boyut skoru ortalaması  $9,43 \pm 5,07$  olarak saptandı. Dini başa çıkma ölçeği sonuçlarında pozitif dini başa çıkma

skoru ortalaması  $13,57 \pm 6,23$ , negatif dini başa çıkma skoru ortalaması  $8,55 \pm 3,55$  olarak bulundu. 30 katılımcı sigara kullanmaktaydı, 4 katılımcıda ise madde kullanım öyküsü mevcuttu. Katılımcıların yaşı ve içselleştirilmiş damgalanma ölçeği toplam skorları normal dağılım göstermekteyken diğer parametreler normal dağılım göstermiyordu. Hastaların cinsiyete göre kıyaslanan verileri Tablo-1'de, çalışma durumuna göre kıyaslanan verileri ise Tablo-2'de sunulmuştur. Hastaların medeni durumlarının diğer parametreler ile ilişkisi incelendiğinde ise anlamlı istatistiksel bulgu saptanamamıştır.

Hastaların yaşı ile dini başa çıkma ölçeği ve içselleştirilmiş damgalanma ölçeği skorları arasındaki korelasyon ilişkisi değerlendirilmiş; yaş ile yabancılaşma ( $r: -0,228$   $P=0,108$ ), algılanan ayrımcılık ( $r: -0,255$   $P=0,071$ ), sosyal geri çekilme ( $r: -0,222$   $P=0,117$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte zayıf bir negatif korelasyon saptanmış, diğer ölçek skorları ile herhangi bir belirgin korelasyon saptanamamıştır.

Pozitif dini başa çıkma skoru ile içselleştirilmiş damgalanma ölçeği toplam skoru ( $r: -0,433$   $P=0,002$ ), yabancılaşma alt ölçek skoru ( $r: -0,414$   $P=0,003$ ) ve kalıp yargıların onaylanması alt ölçek skoru ( $r: -0,634$   $P < 0,001$ ) arasında anlamlı ve negatif bir korelasyon saptanmıştır. Negatif dini başa çıkma skoru ile içselleştirilmiş damgalanma ölçeği toplam skoru ( $r: 0,433$   $P=0,001$ ), yabancılaşma alt ölçek skoru ( $r: 0,508$   $P < 0,001$ ), kalıp yargı alt ölçek skoru ( $r: 0,513$   $P < 0,001$ ) ve algılanan ayrımcılık alt ölçek skoru ( $r: 0,349$   $P=0,012$ ) arasında anlamlı ve pozitif bir korelasyon saptanmıştır. Ayrıca negatif ve pozitif dini başa çıkma skorları arasında ( $r: -0,633$   $P < 0,001$ ) istatistiksel olarak anlamlı ve güçlü bir negatif korelasyon saptanmıştır.

**Tablo 1.** Cinsiyetlere göre demografik veriler ve ölçek skorlarının kıyaslanması

	Kadın (n=21)	Erkek (n=30)	P
Yaş	48,29±10,78	45,80±10,83	0,305
Medeni Durum	Bekar: %47,6 (n=10) Evli: %52,4 (n=11)	Bekar: %56,7 (n=17) Evli: %43,3 (n=13)	0,524
İş	Çalışıyor: %14,3 (n=3) Çalışmıyor: %85,7 (n=18)	Çalışıyor: %43,3 (n=13) Çalışmıyor: %56,7 (n=17)	0,028
Sigara Kullanımı	Var: %28,6 (n=6) Yok: %71,4 (n=15)	Var: %80,0 (n=24) Yok: %20,0 (n=6)	<0,001
Madde Kullanım Öyküsü	Var: %0 (n=0) Yok: %100 (n=21)	Var: %13,3 (n=4) Yok: %86,7 (n=26)	0,134*
Takip Süresi	7,76±3,05	7,17±2,61	0,568
Yabancılaşma	13,76±4,88	9,77±4,78	0,005
Kalıp Yargıların Onaylanması	18,52±4,48	16,43±6,03	0,104
Algılanan Ayrımcılık	14,14±5,94	16,57±3,72	0,263
Damgalanmaya Karşı Direnç	13,00±4,74	12,43±4,96	0,677
Sosyal Geri Çekilme	8,76±4,95	9,90±5,18	0,109
İçsel Damgalama Toplam	66,71±8,53	60,07±10,35	0,012
Dini Başa Çıkma Pozitif	14,14±6,54	13,17±6,09	0,799
Dini Başa Çıkma Negatif	8,76±3,43	8,40±3,67	0,851

Mann-Whitney U testi ve Pearson Chi-Square testi kullanılmıştır, \*=Fisher's Exact test

**Tablo 2.** Çalışma durumuna göre demografik veriler ve ölçek skorlarının kıyaslanması

	Çalışıyor ( n=16)	Çalışmıyor ( n=35)	P
Yaş	47,19±11,57	46,66±10,56	0,927
Cinsiyet	Kadın= %18,8 (n=3) Erkek: %81,2 (n=13)	Kadın= %51,4 (n=18) Erkek: %48,6 (n=17)	0,028
Medeni Durum	Bekar: %68,8 (n=11) Evlili: %31,2 (n=5)	Bekar: %45,7 (n=16) Evlili: %54,3 (n=19)	0,126
Sigara Kullanımı	Var: %62,5 (n=10) Yok: %37,5 (n=6)	Var: %57,1 (n=20) Yok: %42,9 (n=15)	0,718
Madde Kullanım Öyküsü	Var: %25,0 (n=4) Yok: %75,0 (n=12)	Var: %0 (n=0) Yok: %100 (n=35)	0,007*
Takip Süresi	7,75±3,02	7,26±2,70	0,441
Yabancılaşma	9,75±4,37	12,17±5,38	0,216
Kalıp Yargıların Onaylanması	16,94±4,91	17,46±5,81	0,683
Algılanan Ayrımcılık	14,38±4,37	16,11±5,03	0,078
Damgalanmaya Karşı Direnç	12,50±5,65	12,74±4,50	0,918
Sosyal Geri Çekilme	8,06±4,34	10,06±5,31	0,148
İçsel Damgalama Toplam	59,69±9,10	64,23±10,35	0,135
Dini Başa Çıkma Pozitif	11,38±5,21	14,57±6,46	0,133
Dini Başa Çıkma Negatif	8,19±3,35	8,71±3,67	0,439

Mann-Whitney U testi ve Pearson Chi-Square testi kullanılmıştır, \*=Fisher's Exact test

#### 4. Tartışma

Bu analitik kesitsel çalışmada, bir toplum ruh sağlığı merkezinde takipli şizoaffektif bozukluk tanılı bir grup hastada içselleştirilmiş damgalanmanın dini başa çıkma tutumları ile ilişkisi araştırılmıştır. Ayrıca bulguların bazı sosyodemografik özelliklerle ilişkisi incelenmiştir. Epidemiyolojik çalışmalarda şizoaffektif bozukluk sıklığının cinsiyete göre dağılımı incelendiğinde kadınların daha yoğun olduğu gözlenmiştir (Abrams ve ark., 2008). Bizim örneklemimizde ise erkek cinsiyetin baskın olduğu görülmektedir. Bu durum örneklem sayımızın kısıtlı olmasıyla ilişkili olabilir. Ayrıca çalışmamızda erkek katılımcılarda sigara kullanımının ve aktif çalışma durumunun anlamlı olarak daha fazla olduğu saptanmış, bu bulgularımızın literatür ile uyumlu olduğu gözlenmiştir (Boşgelmez ve Yıldız, 2017). Herhangi bir işte çalışan hastalarda çalışmayanlara göre madde kullanım öyküsü oranının anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu durum daha önceki araştırmalarda saptandığı gibi sosyal çevrenin etkisi ya da maddi olanaklarla ilişkili olabilir (Gökler ve Koçak, 2008). Çalışmamızda elde edilen bulgulara göre yabancılaşma, algılanan ayrımcılık ve sosyal geri çekilme alt boyutlarına işaret eden içselleştirilmiş damgalanmanın yaşla birlikte azaldığı, diğer alt boyutların ve toplam içselleştirilmiş damgalanma skorunun ise yaşla ilişkili olmadığı gözlenmiştir. Şizoaffektif bozukluğun genellikle şizofreni ve bipolar bozuklukla benzer şekilde geç ergenlik ve genç erişkin çağda başladığı bilinmektedir (Esen Danacı ve ark., 2021). Kimlik oluşumu yani kendini değerli hissetme, yeteneklerinin farkına varma, başarılı olma, beğenilme, kabul görme, sevilme, bedensel özelliklerini benimseme, kısaca benlik saygısının yerleşmesi; büyük ölçüde ergenlik ve genç erişkinlik döneminde oluşmaktadır (Conner ve ark., 2010). Bu dönemde bireylere şizoaffektif bozukluk

tanısının konması kimlik oluşumu sürecinde bocalamaya ve yetersizlik duygusuna neden olabilmekte, kişinin kendi kendini damgalamasına yol açabilmektedir (Lysaker ve Davis, 2004). Hastalığın tanısının net olarak ortaya konması, tedavi süreci ile belirtilerin kontrol altına alınma imkanı, hastalığın daha iyi tanınması ve kabullenilmesi, sosyal hayatın ve çevrenin bireyin uyumuna göre yeniden şekillenmesi ile içselleştirilmiş damgalanma zaman içinde ve yaşla azalabilmektedir (Conner ve ark., 2010). İçselleştirilmiş damgalanmanın yaşla ilişkisinin aydınlatılabilmesi için daha kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Çalışmamızda kadınlarda içselleştirilmiş damgalanma toplam skoru ve yabancılaşma alt boyutunun, erkeklere göre anlamlı olarak daha fazla olduğu saptanmıştır. Ayrıca kalıp yargıların onaylanması da kadınlarda daha fazla gibi görünmektedir. Sosyal geri çekilmenin ise erkeklerde daha fazla olduğu gözlenmiştir. Tel H. ve arkadaşlarının ayaktan izlenen psikiyatri hastalarında içselleştirilmiş damgalanmayı araştırdıkları çalışmasında, kadınlarda yabancılaşma alt boyutunun bizim çalışmamızla benzer şekilde daha yüksek saptandığı gözlenmiştir. İçselleştirilmiş damgalanmanın diğer alt boyutları ise erkeklerde daha fazla saptanmıştır (Tel ve Pınar, 2012). Yunanistan'da yürütülen bir başka çalışmada psikiyatri hastalarında içselleştirilmiş damgalanmanın cinsiyetle ilişkili olmadığı tespit edilmiştir (Paraskevoulakou ve ark., 2017). Birkaç başka çalışmada da cinsiyet, etnik köken ve eğitim düzeyinin içselleştirilmiş damgalanma ile ilişkisi saptanmamıştır (West ve ark., 2011; Barlati ve ark., 2022). Toplumumuzda kadın bireylerin sosyal yönden ve iş hayatında daha geri planda kalması, içselleştirilmiş damgalanmanın yüksek saptanmasında ve düşük benlik saygısında etkili olabilir. Bunun yanında erkek bireyler zaten ataerkil toplumlarda daha fazla değer gördüğünden içselleştirilmiş damgalanma açısından da kadınlara göre

avantajlı sayılabilirler.

Elleuch ve ark. (2021)'nin şizofreni ve şizoaffektif bozukluk tanısı olan hastalar üzerinde yürüttüğü çalışmada içselleştirilmiş damgalanma skorunun, bizim çalışmamıza göre daha yüksek saptandığı, içselleştirilmiş damgalanma arttıkça depresif belirtilerin arttığı ve yaşam kalitesi memnuniyetinin azaldığı gözlenmiştir. Bizim çalışmamızda örneklemimizdeki hastaların toplum ruh sağlığı merkezinde takipli ayaktan hastalar olması, bu çatı altındaki hastaların tedavi takipleri dışında çeşitli aktivitelerle topluma katılmasının hedeflenmesi, benzer hastalarla bir araya gelme ve sosyal paylaşımın daha fazla olması gibi nedenler içselleştirilmiş damgalanmanın daha düşük saptanmasına neden olmuş olabilir.

Araştırmamızda herhangi bir işte çalışmayan hasta grubunda içselleştirilmiş damgalanma toplam skoru ile sosyal geri çekilme ve algılanan ayrımcılığın daha fazla olduğu gözlenmiştir. Bu durum istatistiksel olarak anlamlı bulunmasa da örneklem sayısının daha geniş olması halinde bu farkın anlamlılık kazanacağı öngörülmektedir. Hong Kong'da şizofreni hastaları ile yapılan bir araştırmada katılımcıların çalışma durumu ile içselleştirilmiş damgalanma arasındaki ilişki araştırılmış, çalışan bireylerde damgalanmaya karşı direnç daha yüksek saptanırken, kalıp yargıların onaylanma düzeyi daha düşük saptanmıştır. Buna rağmen toplam içselleştirilmiş damgalanma skoru ile doğrudan ilişki saptanmamıştır (Sum ve ark., 2021). Çalışan bireylerin sosyal çevre ile iç içe olması ve işlevselliğın daha yüksek olması, öz yeterliliğın yüksek algılanmasına ve içselleştirilmiş damgalanmanın daha az olmasına neden olmuş olabilir.

Çalışmamızda yaş ve olumlu/olumsuz dini baş etme tutumu arasında ilişki saptanmamıştır. Psikotik ya da şizoaffektif bozukluk tanılı hastalarda dini baş etmenin yaşla ilişkisinin araştırıldığı çalışma sayısı yetersizdir. Bununla birlikte depresyonu olan bireylerde dini baş etme tutumlarının yaşla arttığı gözlenmiştir (Amadi ve ark., 2016). Çalışmamızda cinsiyetler arasında olumlu ya da olumsuz dini baş etme tutumlarının farklılık göstermediğı gözlenmiştir. Literatür incelendiğinde kadınların dini baş etme tutumlarını daha fazla kullandıkları ve dindarlık ölçütlerinin daha fazla olduğuna işaret eden bulgular gözlenmiştir (Koenig, 2004; Amadi ve ark., 2016). Bununla birlikte cinsiyete göre şizoaffektif bozukluk tanılı hastalarda olumlu ve olumsuz dini baş etme tutumlarının araştırıldığı çalışmaya rastlanmamıştır. Ayrıca araştırmamızda çalışmayan hastalarda pozitif dini tutumların daha fazla kullanıldığı saptanmıştır. Bu bulgumuz literatür ile uyumludur. Literatür incelendiğinde düşük mesleki statüdeki grupların ve çalışmayanların olumlu dini baş etme özelliklerini daha fazla kullandıkları tespit edilmiştir (Koenig, 2004; Schieman, 2010). Bazı toplumlarda kadınların daha kısıtlı bir sosyal çevrede ve geleneksel ortamlarda bulunması, çalışma oranlarının daha düşük olması, olaylar karşısında duygusal ve soyut yorumları daha sık kullanmaları dini

baş etme yöntemlerine daha yatkın olmalarına neden olabilir. Erkeklerin ise dış dünya ile daha iç içe olması, teknolojik ilerlemelerle birlikte erkek bireylerin bilgiye daha kolay ulaşması, zorlayıcı yaşam olaylarını daha somut nedenlerle açıkladıkları bir dünya görüşü benimsemelerine ve dini baş etme yöntemlerinden uzaklaşmalarına neden olabilir.

Çalışmamızda olumlu dini başa çıkma tutumlarının içselleştirilmiş damgalanma genel skoru, yabancılaşma ve kalıp yargılarının onaylanması ile negatif yönde ilişkili olduğu saptanmıştır. Olumsuz dini başa çıkmanın ise daha yüksek damgalanma düzeyine işaret eden içselleştirilmiş damgalanma genel skoru, yabancılaşma, kalıp yargılarının onaylanması ve algılanan ayrımcılık skorlarıyla pozitif yönde ilişkili olduğu saptanmıştır. Literatürde içselleştirilmiş damgalanma ve dini başa çıkma tutumlarının arasındaki ilişkinin incelendiğı çalışmalar yetersizdir. Bununla birlikte farklı dini baş etme tarzlarının ruh sağlığına etkisini inceleyen çeşitli çalışmalar mevcuttur (Pargament ve ark., 1988). Malezya'da psikiyatrik hastalarla yapılan bir çalışmada olumsuz dini başa çıkma tutumunun, psikiyatrik semptomlar, anksiyete bozukluğu veya majör depresyon ve daha yüksek stres düzeyi ile anlamlı şekilde ilişkili olduğu saptanmıştır (Nurasikin ve ark., 2013). Amerika'da psikotik hastalarla yürütölen bir çalışmada olumsuz dini başa çıkma; intihar düşüncesi, daha fazla depresif belirti ve kaygı ile ilişkilendirilmiştir. Olumlu dini başa çıkma ise, tedavi süresince depresyon ve kaygıda önemli ölçüde daha fazla azalma ve refahta artış ile ilişkilendirilmiştir. Olumsuz dini başa çıkmanın psikotik semptomlarla ilişkili olmaması da dikkat çekicidir. Yani Tanrı tarafından terk edilme veya cezalandırılma hissini içerebilen olumsuz dini başa çıkmanın kendi başına sanrıların veya halüsinasyonların alevlenmesiyle değil, daha çok umutsuzluk ve karamsarlıkla ilişkili olduğu ve bunun da intiharı kolaylaştırdığı saptanmıştır (Rosmarin ve ark., 2013).

Pozitif dini başa çıkmanın daha önceki araştırmalarda da tespit edildiğı gibi ruhsal açıdan daha iyi olma haliyle olan bağlantısının çeşitli sebepleri olabilir. Örneğın olumlu dini başa çıkmada Tanrı'nın sığınılacak bir liman olarak görülmesi, en güçlü destekçi olarak bilinmesi, zorlayıcı yaşam olaylarının onun tarafından sunulduğu ve sonucunda ödüllendirmenin olacağı bir imtihan olarak kabul edilmesi, çevredeki insanlar tarafından damgalansa bile bireyin iç dünyası için umut vaat eden spiritüel durumların varlığıyla ilişkili gibi görünmektedir. Olumsuz Tanrı algısı ve Tanrı'nın cezalandırıcı özelliğının baskın olarak algılanması ise, ruhsal hastalığı olan bireylerde sadece insanlar tarafından değil, Tanrı tarafından da damgalanma hissi oluşturabilir. Bunun sonucunda bireyler negatif dini başa çıkmadaki ceza beklentisi sebebiyle oluşan çaresizlik ve umutsuzluk hissi ile daha kırılğan hale gelebilir.

Araştırmalar zorlayıcı yaşam olayları ve hastalıkların neden ortaya çıktığının anlamlandırılması ve bunların çözümünü karşısında dini düşüncelerin, genel baş etme

süreçlerine dahil olduğunu göstermektedir (Balk, 1983; Yazıcı ve ark., 2016). Ayrıca, başa çıkma sürecinin bir parçası olarak din çift yönlü bir role sahiptir. Yani zorlayıcı yaşam olayları karşısında başa çıkma sürecinde dini tutumlar olumlu veya olumsuz katkıda bulunabilir. Tersine karşılaşılan yaşam olayları dini inançtaki değişimleri doğurabilir (örneğin ciddi bir kayıp sonrası olumlu/olumsuz dini inanışta artma ya da azalma gibi) (Pargament ve ark., 1992). Daha yüce bir güce olan inanç; kişinin dünyadaki amacına ilişkin varoluşsal soruları ele alır, kişinin yaşamı boyunca meydana gelen olaylara anlam vermesine ve bireylerin yaşam ve ölümün doğasını anlamalarına yardımcı olur. Bu bağlamda dini inanç, kişinin olaylar karşısında olumlu veya olumsuz bir dini görüşü benimsemesine bağlı olarak, baş etme sürecinde olumlu veya olumsuz yönde etkili olabilir (Emmons, 2005). Olumsuz dini başa çıkma tutumları zararlı görünse de, insanların olumlu sonuçlar deneyimlemesini sağlayabilir. Yani bazı olumsuz dini başa çıkma biçimleri, aslında büyümeye giden yoldaki ruhsal mücadeleleri temsil edebilir. Her ne kadar olumsuz dini başa çıkma biçimlerini kullandığını bildiren bireyler daha fazla depresyon, kaygı, sıkıntı deneyimleseler de olumsuz dini başa çıkma, bazı insanlar için nispeten zararlı olabilir, bazıları için önemsiz olabilir ve bir kısmı için de büyüme kaynağı olabilir (Pargament ve ark., 1998). Din ve Tanrı algısı bireylerin aldığı dini eğitim, çevre ve kültürün etkisi gibi birçok faktörden etkilenebilir. Dini tutumların ruh sağlığına etkisi tartışılırken kültürel farklılıklar ve o dine ait perspektifin de ele alınması önemlidir. Bazı dini bakış açıları sorumluluklardan kaçınan (örneğin tedavi olma sorumluluğu) tam teslimiyetçi ve kaderci bir yaklaşım ön plandayken; bazılarında sorgulayıcı, bağımsız karar almayı teşvik edici görüşler hakimdir. Dini baş etme tutumlarının ruhsal etkileri ele alınırken bireylerin ait oldukları kültür ve dine özgü yaygın görüşlerin dikkate alınması önemlidir (Bhui ve ark., 2008).

Psikoterapi uygulayıcıları ve ruh sağlığı profesyonelleri, özellikle geleneksel psikiyatrik müdahaleler çekici değilse veya kültürel olarak kabul edilemezse, baş etme stratejilerini desteklemenin hastalarda dayanıklılığı ve adaptasyon yetisini artırabileceğini ve iyileşmeyi destekleyebileceğini belirtmektedir (Lazarus, 1993). İçsel damgalanmanın azaltılmasına yönelik psikoterapötik müdahalelerde ruh sağlığı çalışanları tarafından dini yaklaşımların kullanılması tartışılması gereken bir konu olarak karşımıza çıkmaktadır. Örneğin Müslümanlar için acı ve talihsizlikler, neticesinde ödülle karşılık bulan bir imtihan olarak görülmektedir. Bu nedenle Müslüman toplumlarda karşılaşılan stresli yaşam olayları karşısında dini bir başa çıkma olarak teslimiyet ve sabır içinde bulunma teşvik edilmekte, üstelik bu durum Müslümanlığın yaygın olduğu toplumlarda dini uygulamadan ayırt edilemeyen yaygın bir kültürel uygulama halini almaktadır. Çoğu Avrupa ülkesinde ise ruh sağlığı bakımı ve psikoterapi uygulamalarında dini içerik veya teknikler yer almamaktadır. Bu durum dini başa çıkmanın dışlanması gerektiğine dair kanıtları

yansıtmaktan ziyade, kullanılan yöntemlerin sadece kanıta dayalı yaklaşımlarla elde edildiği daha seküler bir toplumda üretildiğini gösterebilir. Psikoterapötik uygulamaların ait oldukları kültürün ürünleri olduğu ve kültürlerin iyileştirme geleneklerini yansıtacakları göz ardı edilmemesi gereken bir konudur (Bhui ve ark., 2008). Şizoaffektif bozukluğun neden olduğu bilişsel yıkım zaman içinde soyutlamanın ve yargılamanın bozulmasına yol açarak hastalıkla ilişkili dini baş etme tutumlarının kullanılmasını etkileyebilir. Hastalığın doğasındaki depresif epizodların ya da rezidüel depresif belirtilerin neden olduğu karamsarlık, değersizlik ve suçluluk düşünceleri olumsuz dini baş etme tutumlarının artmasına ve dolaylı olarak içselleştirilmiş damgalanmanın derinleşmesine neden olabilir. Bu hasta grubunda psikoterapötik müdahalelerde dini tutumlar ele alınırken bu etkilerin de göz önünde bulundurulmasının önemli olduğunu düşünmekteyiz.

### 5. Sonuç

İçselleştirilmiş damgalanma, ağır ruhsal bozukluğu olan hasta grubunda daha olumsuz prognoz ve tedavi uyumunun belirleyicilerinden biridir. İçselleştirilmiş damgalanmanın ilişkili olduğu faktörlerden olumlu veya olumsuz dini başa çıkma tutumlarının tedavi sürecinde ele alınması önemlidir. Hasta ile görüşme sürecinde bu tutumların saptanması, bunların içselleştirilmiş damgalanmaya etkisinin araştırılması, bireyin içinde bulunduğu sosyal ve kültürel duruma uygun olarak ele alınması, dini başa çıkma tutumları aktif olan hastalarda psikoterapötik müdahalelerin parçası olarak tedavi sürecine katkıda bulunabilir. İçselleştirilmiş damgalanma ve dini baş etme arasındaki ilişkinin tam olarak aydınlatılması, dini başa çıkma tutumlarının aktif olarak bulunduğu hastalarda tedavi ve müdahale hedeflerinin belirlenmesi için daha kapsamlı araştırmalara ihtiyaç vardır.

### Kısıtlılıklar

Çalışmamızın kesitsel bir araştırma olması, içselleştirilmiş damgalanma ve dini tutumlar arasındaki nedenselliğin yönü hakkında yorum yapmayı zorlaştırmaktadır. Araştırmamız yalnızca şizoaffektif bozukluk tanılı hasta grubunu kapsamaktadır. Kısıtlı örneklem sayısı olması, tek merkezden örneklemle çalışılmış olması, bireylerin inanç durumları, kognitif ve metakognitif özellikleri, olumsuz yaşam olayları gibi içselleştirilmiş damgalanma ve dini başa çıkmayı etkileyen diğer etmenlerin araştırılmamış olması, çalışmanın sadece Müslümanlığın yaygın olduğu popülasyondaki hastalar üzerinde yapılmış olması çalışmamızın kısıtlılıklarındandır. Olumlu ve olumsuz dini başa çıkmanın yordayıcıları olan diğer başa çıkma kalıpları, etnik ve dini köken, aile ve çevre yapısı gibi diğer etmenlerin araştırılmamış olması da kısıtlılıklar arasında sayılabilir.

## Katkı Oranı Beyanı

Yazarın katkı yüzdesi aşağıda verilmiştir. Yazar makaleyi incelemiş ve onaylamıştır.

	A.E.K.
K	100
T	100
Y	100
VTI	100
VAY	100
KT	100
YZ	100
KI	100
GR	100
PY	100
FA	100

K= kavram, T= tasarım, Y= yönetim, VTI= veri toplama ve/veya işleme, VAY= veri analizi ve/veya yorumlama, KT= kaynak tarama, YZ= Yazım, KI= kritik inceleme, GR= gönderim ve revizyon, PY= proje yönetimi, FA= fon alımı.

## Çatışma Beyanı

Yazar bu çalışmada hiçbir çıkar ilişkisi olmadığını beyan etmektedir.

## Etik Onay/Hasta Onamı

Çalışmamız için Hitit Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından etik kurul onayı alınmıştır (onay tarihi: 01 Nisan 2023, onay numarası: 2023-47). Çalışmaya katılan gönüllülerden yazılı bilgilendirilmiş onam formu alınmıştır. Çalışma Dünya Tıp Birliği Helsinki Bildirgesi ilkelerine uygun olarak düzenlenmiştir.

## Kaynaklar

- Abdisa E, Fekadu G, Girma S, Shibiru T, Tilahun T, Mohamed H, Wakgari A, Takele A, Abebe M, Tsegaye R. 2020. Self-stigma and medication adherence among patients with mental illness treated at Jimma University Medical Center, Southwest Ethiopia. *Int J Mental Health Syst*, 14(1): 1-13.
- Abrams DJ, Rojas DC, Arciniegas DB. 2008. Is schizoaffective disorder a distinct categorical diagnosis? A critical review of the literature. *Neuropsychiatr Dis Treat*, 4(6): 1089-1109.
- Abu Raiya H, Pargament KI, Mahoney A, Stein C. 2008. A psychological measure of Islamic religiousness: Development and evidence for reliability and validity. *Int J Psychol Religion*, 18(4): 291-315.
- Amadi KU, Uwakwe R, Ndukuba AC, Odinka PC, Igwe MN, Obayi NK, Ezeme MS. 2016. Relationship between religiosity, religious coping and socio-demographic variables among out-patients with depression or diabetes mellitus in Enugu, Nigeria. *Afr Health Sci*, 16(2): 497-506.
- Angın Y. 2021. Covid-19 pandemi sürecinden geçerken sağlık çalışanlarında dini başa çıkma ve psikolojik sağlamlık ilişkisi üzerine bir araştırma. *Cumhuriyet İlahiyat Derg*, 25(1): 331-345.
- Balk D. 1983. Adolescents' grief reactions and self-concept perceptions following sibling death: A study of 33 teenagers. *J Youth Adolesc*, 12(2): 137-161.
- Barlatti S, Morena D, Nibbio G, Cacciani P, Corsini P, Mosca A, Deste G, Accardo V, Turrina C, Valsecchi P, Vita A. 2022. Internalized stigma among people with schizophrenia: Relationship with socio-demographic, clinical and medication-related features.

- Schizophr Res, 243: 364-371.
- Bhui K, King M, Dein S, O'Connor W. 2008. Ethnicity and religious coping with mental distress. *J Mental Health*, 17(2): 141-151.
- Boşgelmez Ş, Yıldız M. 2017. Cigarette consumption and related factors in schizophrenia, schizoaffective disorder and delusional disorder. *Dusunen Adam: J Psychiatry Neurol Sci*, 30: 233-242.
- Conner KO, Copeland VC, Grote NK, Koeske G, Rosen D, Reynolds CF, Brown C. 2010. Mental health treatment seeking among older adults with depression: the impact of stigma and race. *American J Geriatric Psychiatry*, 18(6): 531-543.
- Deb T, Lempp H, Bakolis I, Vince T, Waugh W, Henderson C. 2019. Responding to experienced and anticipated discrimination (READ): anti-stigma training for medical students towards patients with mental illness—study protocol for an international multisite non-randomised controlled study. *BMC Medical Educ*, 19(1): 1-9.
- DeLuca JS. 2020. Conceptualizing adolescent mental illness stigma: youth stigma development and stigma reduction programs. *Adolescent Res Rev*, 5: 153-171.
- Ekşi H, Sayın M. 2016. The adaptation of Religious Coping Scale into Turkish language: A study of bilingual equivalence, validity and reliability. *AGP Humanities and Social Sciences Conference*, February 4-7, 2016, Berlin, Germany, pp: 172.
- Elleuch S, Smaoui N, Feki R, Bouali MM, Omri S, Charfi N, Thabet JB, Zouari L, Maalej M. 2021. Internalized stigma, depression and quality of life in schizophrenia. *Eur Psychiatry*, 64: 513-514.
- Emmons RA. 2005. Striving for the Sacred: Personal Goals, Life Meaning, and Religion. *Soc Issues*, 61(4): 731-745.
- Ersoy MA, Varan A. 2007. Reliability and validity of the Turkish version of the internalized stigma of mental illness scale. *Turk Psikiyatri Derg*, 18(2): 163-171.
- Esen Danacı A, Balıkcı K, Aydın O. 2021. Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar. In: Esen Danacı A, Böke Ö, Saka MC, Erol A, Ulusoy Kaymak S, editors. *Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar - Temel Kitap*. Türkiye Psikiyatri Derneği, Ankara, Türkiye, pp: 242-261.
- Francis B, Gill JS, Yit Han N, Petrus CF, Azhar FL, Ahmad Sabki Z, Said MA, Ong Hui K, Chong Guan N, Sulaiman AH. 2019. Religious coping, religiosity, depression and anxiety among medical students in a multi-religious setting. *Int J Environ Res Pub Health*, 16(2): 259.
- Gökler R, Koçak R. 2008. Uyuşturucu ve madde bağımlılığı. *Sos Bil Araş Derg*, 3(1): 89-104.
- İşcan H. 2021. Psikolojik iyi oluş özelliklerinin yordayıcısı olarak affetme ve dini başa çıkma ilişkisi. Yüksek Lisans Tezi, Sakarya Üniversitesi, Sakarya, Türkiye, pp: 152.
- Kızılgeçit M, Seçer İ, Karabulut F, Yıldırım M, Angın Y, Dağcı A, Vural M, Kilit N, Çinici M. 2021. Covid-19 Sürecinde Yaşlılarda Ruh Sağlığı ve Dini başa çıkma Uygulamalı Bir Model Geliştirilmesi ve Etkililiğinin Test Edilmesinin Tanıtımı. In: Martı H, Kurt F, editors. *Olağanüstü Durumlarda Manevi Danışmanlık ve Rehberlik*. Diyanet İşleri Başkanlığı Yayınları, Ankara, Türkiye, pp: 249-273.
- Koenig HG. 2004. Religion, spirituality, and medicine: research findings and implications for clinical practice. *South Med J*, 97(12): 1194-1200.
- Lazarus RS. 1993. Coping theory and research: past, present, and future. *Psychosomatic Medic*, 55(3): 234-247.
- Leblebici M. 2022. Ruhsal hastalığa sahip bireylerde içselleştirilmiş damgalanma ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Gelişim Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul, Türkiye, pp: 83.
- Lysaker PH, Davis LW. 2004. Social function in schizophrenia and

- schizoaffective disorder: associations with personality, symptoms and neurocognition. *Health Qual Life Outcomes*, 2(1): 1-6.
- Nurasikin MS, Khatijah LA, Aini A, Ramli M, Aida SA, Zainal NZ, Ng CG. 2013. Religiousness, religious coping methods and distress level among psychiatric patients in Malaysia. *Int J Soc Psychiatry*, 59(4): 332-338.
- O'Brien B, Shrestha S, Stanley MA, Pargament KI, Cummings J, Kunik ME, Fletcher TL, Cortes J, Ramsey D, Amspoker AB. 2019. Positive and negative religious coping as predictors of distress among minority older adults. *Int J Geriatric Psychiatry*, 34(1): 54-59.
- Önder H. 2018. Nonparametric statistical methods used in biological experiments. *BSJ Eng Sci*, 1(1): 1-6.
- Paraskevoulakou A, Vrettou K, Pikouli K, Triantafillou E, Lykou A, Economou M. 2017. Mental Illness Related Internalized Stigma: Psychometric Properties of the Brief ISMI Scale in Greece. *Mater Sociomed*, 29(3): 211-215.
- Pargament K, Kennell J, Hathaway W, Grevengoed N, Newman J, Jones W. 1988. Religion and the problem-solving process: three styles of coping. *J Sci Study Religion*, 27: 90-104.
- Pargament KI, Olsen H, Reilly B, Falgout K, Ensing DS, Van Haitsma K. 1992. God Help Me (II): The relationship of religious orientations to religious coping with negative life events. *J Scie Study Religion*, 31(4): 504-513.
- Pargament KI, Smith BW, Koenig HG, Perez L. 1998. Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. *J Sci Study Religion*, 37(4): 710-724.
- Parker G, 2019. How well does the DSM-5 capture schizoaffective disorder? *Canadian J Psychiatry*, 64(9): 607-610.
- Ritsher JB, Otilingam PG, Grajales M. 2003. Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Res*, 121(1): 31-49.
- Rosmarin DH, Bigda-Peyton JS, Öngür D, Pargament KI, Björgvinsson T. 2013. Religious coping among psychotic patients: Relevance to suicidality and treatment outcomes. *Psychiatry Res*, 210(1): 182-187.
- Schieman S. 2010. Socioeconomic Status and Beliefs about God's Influence in Everyday Life. *Sociol Religion*, 71(1): 25-51.
- Serfaty DR, Cherniak AD, Strous RD. 2020. How are psychotic symptoms and treatment factors affected by religion? A cross-sectional study about religious coping among ultra-Orthodox Jews. *Psychiatry Res*, 293: 113349.
- Sum MY, Chan SKW, Tse S, Bola JR, Chen EYH. 2021. Internalized stigma as an independent predictor of employment status in patients with schizophrenia. *Psychiatr Rehabil J*, 44(3): 299-302.
- Tel H, Pınar ŞE. 2012. Ayaktan izlenen psikiyatri hastalarında içselleştirilmiş damgalama ve benlik saygısı. *J Psychiatric Nurs*, 3(2): 61-66.
- West ML, Yanos PT, Smith SM, Roe D, Lysaker PH. 2011. Prevalence of internalized stigma among persons with severe mental illness. *Stigma Res Action*, 1(1): 3-10.
- Yazici E, Yazici AB, Ince M, Erol A, Erdoğan A, İkiz HS, Kirpınar I. 2016. The search for traditional religious treatment amongst schizophrenic patients: the current situation. *J Psychiat*, 17(3): 174-180.