



**ŞİZOFRENİ HASTALARINDA DAMGALANMANIN  
İŞLEVSEL İYİLEŞMEYE ETKİSİ**

**Meltem ÇAPAR**

**Hemşirelik Anabilim Dalı**

**Hemşirelik Yüksek Lisans Programı**

**Tez Danışmanı  
Yrd. Doç. Dr. Funda KAVAK**

**Yüksek Lisans Tezi -2018**

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

**ŞİZOFRENİ HASTALARINDA DAMGALANMANIN İŞLEVSEL  
İYİLEŞMEYE ETKİSİ**

**Meltem ÇAPAR**

**Hemşirelik Anabilim Dalı**

**Hemşirelik Yüksek Lisans Programı**

**Yüksek Lisans Tezi**

**Tez Danışmanı**

**Yrd. Doç. Dr. Funda KAVAK**

**MALATYA**

**2018**

## KABUL VE ONAY SAYFASI

İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Hemşirelik Yüksek Lisans Programı çerçevesinde yürütülmüş olan; **Meltem ÇAPAR**'ın "**Şizofreni Hastalarında Damgalanmanın İşlevsel İyileşmeye Etkisi**" konulu bu çalışması, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 16/01/2018

  
Prof. Dr. Behice ERCİ  
İnönü Üniversitesi  
Jüri Başkanı

  
Doç. Dr. Nermin GÜRHAN  
Gazi Üniversitesi  
Üye

Yrd. Doç. Dr. Funda KAVAK  
İnönü Üniversitesi  
Tez Danışmanı  
Üye

### ONAY

Bu tez, İnönü Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri üyeleri tarafından kabul edilmiş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun ...../...../2018 tarih ve 2018/..... sayılı Kararıyla da uygun görülmüştür.

Prof. Dr. Yusuf TÜRKÖZ  
Enstitü Müdürü

## İÇİNDEKİLER

ÖZET .....	vi
ABSTRACT .....	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	viii
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	ix
TABLolar DİZİNİ .....	x
1. GİRİŞ .....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Şizofreni Tanımı.....	3
2.2. Şizofreninin Oluş Nedenleri.....	3
2.3. DSM-V'e Göre Şizofreni Tanı Ölçütleri.....	5
2.4. Şizofreninin Belirtileri.....	6
2.4.1. Genel Görünüm ve Davranış.....	6
2.4.2. Konuşma ve İlişki Kurma .....	7
2.4.3. Duygulanım-Duygudurum Bozuklukları .....	7
2.4.4. Bilişsel Süreçler (Bilinç ve Yönelim) .....	8
2.4.5. Algı Bozuklukları .....	8
2.4.6. Düşünce Bozuklukları .....	8
2.4.7. Bedensel ve Fizyolojik Belirtiler.....	9
2.5. Şizofreni Tedavisi .....	9
2.6. Şizofreni ve Damgalanma .....	10
2.7. Şizofreni ve İşlevsellik .....	11
2.8. Şizofrenide Hemşirelik Bakımı .....	12
3. MATERYAL/METOT .....	14
3.1. Araştırmanın Şekli.....	14
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	14
Şekil 3.1. Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi .....	14
3.3. Araştırmanın Evren ve Örnekleme .....	14
3.4. Araştırmanın Değişkenleri .....	15
3.5. Verilerin Toplanması.....	15
3.6. Veri Toplama Araçları .....	15

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi.....	17
3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri.....	17
4. BULGULAR .....	18
5. TARTIşMA .....	26
6. SONUÇ VE ÖNERİLER .....	31
KAYNAKLAR.....	32
EKLER .....	37
EK-1. Özgeçmiş .....	37
EK-2. Tanıtıcı Özellikler Formu .....	38
EK-3. Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği .....	39
EK-4. Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ).....	46
EK-6. Kurum İzin Formu .....	48

## TEŐEKKÜR

Yüksek Lisans eğitiminin boyunca ve tezimin tüm aşamalarında benden desteğini ve emeğini esirgemeyen, bu çalışmamı değerli bilgi ve katkılarıyla yöneten değerli hocam Sayın Yrd. Doç. Dr. Funda KAVAK'a, çalışmamın her aşamasında ve istatistiksel değerlendirmede destek veren ve yol gösteren değerli hocam Sayın Prof. Dr. Behice ERCİ'ye, çalışmanın uygulanmasında sağladıkları yardım ve destek için araştırmanın yapıldığı polikliniklerde çalışan tüm sağlık personeline, değerli katılımlarıyla çalışmama katkıda bulunan tüm hastalara, yüksek lisans eğitiminin boyunca benden yardım ve desteklerini esirgemeyen, tanıdığım günden beri hayatıma hep anlam katan sevgili arkadaşlarım Seda DEMİRBAĞ'a ve Emirhan ÇİFTÇİ'ye, geçmişten bugüne her zaman yanımda olan, bana cesaret ve güç veren, benden sevgi ve desteğini esirgemeyen Anneme, Babama ve Kardeşlerime

TÜM KALBİMLE TEŐEKKÜR EDERİM...

## ÖZET

### Şizofreni Hastalarında Damgalanmanın İşlevsel İyileşmeye Etkisi

**Amaç:** Bu araştırma şizofreni hastalarında damgalanmanın işlevsel iyileşmeye etkisini belirlemek amacıyla kesitsel olarak yapılmıştır.

**Materyal ve Metot:** Araştırma Eylül 2016-Haziran 2017 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırmanın evrenini Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'nde polikliniğe kayıtlı toplam 4000 şizofreni hastası oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini belirlemek için yapılan güç analizi ile 0.05 yanılma düzeyi, 0.08 etki büyüklüğü ve 0.95 evreni temsil etme yeteneği ile örneklem büyüklüğü 250 olarak belirlenmiştir. Hastalar basit rastgele örnekleme yöntemi ile seçilmiştir. Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından oluşturulan Hasta Tanıtım Formu, Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği (ŞİLÖ), Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ) kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde; yüzdelik dağılım, aritmetik ortalama, standart sapma, bağımsız gruplarda *t* testi, Mann Whitney U testi, Kruskal Wallis, ANOVA, Korelasyon kullanılmıştır.

**Bulgular:** Araştırmaya katılan hastaların ŞİLÖ alt boyut ve toplam puan ortalamalarının düşük olduğu tespit edilmiştir. Hastaların RHİDÖ alt boyut ve toplam puan ortalamalarının yüksek olduğu saptanmıştır. Hastaların ŞİLÖ alt boyut ve toplam puan ortalamaları ve RHİDÖ alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak negatif yönde önemli ilişki olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ).

**Sonuç ve Öneriler:** Şizofreni hastalarında damgalanma düzeyinin yüksek, işlevsel iyileşme düzeyinin düşük olduğu bulunmuştur. Hastalarda damgalanma düzeyi arttıkça işlevsel iyileşme düzeyinde azalma olduğu tespit edilmiştir. Şizofreni hastalarında damgalanma düzeyinin azaltılması ve işlevsel iyileşme düzeyinin artırılması için sağlık çalışanlarına eğitim verilmesi önerilebilir.

**Anahtar Kelimeler:** Damgalanma, İşlevsel İyileşme, Şizofreni

## ABSTRACT

### Effect of Stigmatization on Functional Recovery in Patients with Schizophrenia

**Aim:** This cross-sectional study was conducted to determine the effect of stigma on functional recovery in patients with schizophrenia.

**Material and Method:** The study was carried out between September 2016 and June 2017. The study population consisted of 4000 patients with schizophrenia registered in the outpatient clinic of the Mental Health Hospital in the Province of Elazığ, Turkey. As a result of the power analysis performed, the sample size of the study that reflect population was determined to be 250 patients, with a 0.95 test power, 0.08 degree of impact, and 0.05 error level. Patients were selected with the simple random sampling method. Patient Information Form, Functional Recovery Scale in Schizophrenia (FRSS) and Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI) Scale were used for data collection. Percentage distribution, arithmetic mean, standard deviation, independent samples t-test, Mann Whitney U test, Kruskal-Wallis, ANOVA and correlation analysis were used in the evaluation of the data.

**Results:** It was determined that the mean FRSS sub-scale and total scores of the patients participating in the study were low. The mean ISMIS sub-scale and total scores of the patients were high. There was a statistically significant negative relationship between FRSS mean sub-scale and total scores and mean ISMIS sub-scale and total scores of the patients ( $p < 0.05$ ).

**Conclusion:** It was found that the level of stigmatization was high and the level of functional recovery was low patients with schizophrenia. It was revealed in the patients that the level of functional recovery decreases as the level of stigmatization increases. It may be advisable to provide training to healthcare professionals in order to reduce the level of stigmatization and increase the level of functional recovery in patients with schizophrenia.

**Keywords:** Functional Recovery, Schizophrenia, Stigmatization



## SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

- DSM** : The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
- RHİDÖ** : Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği
- ŞİLÖ** : Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği



## ŞEKİLLER DİZİNİ

**Şekil 3.1.** Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi..... 14



## TABLÖLAR DİZİNİ

<b>Tablo 3.1.</b> Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği (ŞİLÖ) ve Alt Boyutları.....	16
<b>Tablo 3.2.</b> Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ) ve Alt Boyutları.....	17
<b>Tablo 4.1.</b> Hastaların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Dağılımı .....	18
<b>Tablo 4.2.</b> ŞİLÖ Alt Boyut ve Toplam Puanından Alınan Puanlar ve Ortalamları .....	19
<b>Tablo 4.3.</b> RHİDÖ Alt Boyut ve Toplam Puanından Alınan Puanlar ve Ortalamları .....	19
<b>Tablo 4.4.</b> Hastaların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre ŞİLÖ Alt boyut ve Ölçek Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	20
<b>Tablo 4.5.</b> Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre RHİDÖ Alt Boyut ve Ölçek Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	22
<b>Tablo 4.6.</b> ŞİLÖ Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamaları ile RHİDÖ Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	25

# 1. GİRİŞ

Şizofreni; pozitif (düşünce ve davranışlarda bozulma vb.), negatif (toplumdan geri çekilme, içe kapanma vb.) belirtilerin olduğu; bilişsel, algısal ve davranışsal bozukluğa yol açan önemli ruhsal hastalıklardan biridir (1, 2). Genç yaşta ortaya çıkan ve erkeklerde kadınlara göre daha çok görülen şizofreni Dünya’da 21 milyondan fazla insanı etkilemektedir. Ülkemizde görülme oranı ise %08.9’dur (2-4).

Günümüzde erken tanı ve uygun tedavi ile şizofreni hastalarının %25’inin büyük oranda, %50’sinin ise orta düzeyde düzelme göstererek bağımsız veya toplumsal destekli hayatlarını sürdürdükleri bilinen bir gerçektir (5). Şizofrenide ilaç tedavisi fonksiyonel iyileşmeden çok semptomları azaltıcı etkiye sahip olduğu için tedaviye ek olarak psikoterapiler, sosyal beceri eğitimleri, bilişsel davranışsal terapiler önemli rol oynamaktadır (6).

Damgalanma; bireyin bulunduğu toplum üyeleri tarafından dışlanması, olumsuz söz ve davranışlara maruz kalmasıdır (7). Ruhsal hastalığı olan bireyler toplumda diğer hastalıklara göre daha fazla damgalanmayla karşı karşıya kalmaktadır (8). Ruhsal hastalığı olan bireyler bazen toplum tarafından damgalanmaya maruz kalmamalarına rağmen kendilerini bu hastalıktan dolayı damgalanmış olarak görüp kendi içlerinde damgalanma düşüncesi ve hisleri oluşturabilmektedirler (9). İçselleştirilmiş damgalanma olarak tanımlayacağımız bu kavram bireyde düşük öz saygı, utanma, kendini toplumdan geri çekme, soyutlama ve kendini dışlamayla sonuçlanabilmektedir. Yılmaz ve ark. 63 şizofreni hastasında yapmış olduğu çalışmada hastalarda içselleştirilmiş damgalanmanın yüksek olduğu bulunmuştur (8). Assefa ve ark. 212 şizofreni hastasında yapmış olduğu çalışmada hastalarda damgalanmanın yüksek olduğu saptanmıştır (7).

Damgalanma tedavinin sürecini olumsuz etkileyip tedavinin gecikmesine ve tedaviye sebep olmakla birlikte bireyin tedaviye uyum sağlamasını engelleyebilmektedir (10, 11). Damgalanma ile mücadele etmenin en etkili yolu, toplumu ruh sağlığı bozuk hastalara yaklaşım konusunda eğiterek damgalanma oranını en aza indirebilmek, hastaları ise içinde bulunduğu durumdan kurtarmak için onlara damgalanmayla baş etme yollarına yönelik eğitim verebilmektir (8).

Şizofreni bilişsel ve duyuşsal alanın yanı sıra bireyin aile ve içinde yaşadığı toplumda işlevsellik alanında da bozulmayla seyreden bir rahatsızlıktır (12). İşlevsellik; bireyin günlük yaşam becerilerini ve toplumsal rolünü sürdürürken kendi kendine

yetebilmesi olarak tanımlanabilmektedir (13, 14). Şizofrenide işlevsellik hastalığın belirtilerinin yanı sıra duygusal ve bilişsel fonksiyonlar, çevresel etmenlerden de etkilenmektedir (15). Şizofreni hastalarında genellikle işlevselliğin iş, eğitim, kişilerarası ilişkiler, öz bakım gibi alanlarında bozulmalar meydana gelmektedir. Bu bozulmalar bireylerin sosyal ilişkilerinde, sosyal rollerini tamamlamalarında, bireysel ve sosyal ihtiyaçlarını karşılamada ve yaşam kalitesinde azalmaya neden olabilmektedir (16-18). Clark şizofreni hastalarında yapmış olduğu çalışmada bu hastaların işlevselliğinin düşük olduğunu saptamıştır (6). Kavak ve Ekinci şizofreni hastalarında yapmış olduğu çalışmada hastaların işlevsellik düzeylerinin düşük olduğu bulunmuştur (14). Şizofrenide işlevselliğin artırılması için psikososyal beceri eğitimleri, sosyal beceri eğitimleri, grup terapileri, aile eğitimleri, mesleki rehabilitasyon hizmetleri uygulanmaktadır. Bu uygulamalar ile hastanın hem bireysel ihtiyaçlarını karşılanmakta hem de aile ve toplumsal rollerini sürdürürken iyileşmesine katkı sağlanmaktadır (16, 17).

Dünyada ve Türkiye’de bu konu ile ilgili yapılmış sınırlı sayıda çalışma vardır. Bu araştırmanın sonuçlarının psikiyatri hemşireliği alanında yapılabilecek uygulamalara katkı sağlayacağı umulmaktadır.

Bu araştırma şizofreni hastalarında damgalanmanın işlevsel iyileşmeye etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Araştırmada şu sorulara cevap aranmaktadır:

- Şizofreni hastalarında yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, gelir düzeyi, ailede ruhsal hastalık öyküsü ile damgalanma ve işlevsel iyileşme arasında ilişki var mıdır?
- Şizofreni hastalarında damgalanma işlevsel iyileşmeyi etkiler mi?

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Şizofreni Tanımı

Şizofreni, genellikle genç yaşlarda başlayan, kişinin duygu, düşünce, davranış ve algılamalarında bozukluklara yol açan, bireyin kendisine ait dünyası içinde yaşadığı, ilerleyici ruhsal bir bozukluktur. Bu belirtiler nedeniyle şizofreni hastaları diğer kişilerle iletişim kurmakta zorlanabilir, günlük aktivitelerden ve toplumdan uzaklaşıp kendilerini soyutlayabilirler (19, 20).

Tüm toplumlarda şizofreni görülme oranı sıktır. Şizofreni hastalığı Dünya’da her 100 kişiden birini etkilemektedir. Şizofreninin toplumda görülme sıklığı yaklaşık % 1’dir. Hastalık her toplumda görülebilir. Hastalığın kadın ve erkekte görülme oranı eşittir (20, 21).

### 2.2. Şizofreninin Oluş Nedenleri

Şizofreninin kesin nedeni tam olarak bilinmemektedir. Hastalığın oluş nedeni olarak kalıtımla birlikte, başka tetikleyici etkenlerin de araya girmesiyle ortaya çıkabileceği düşünülmektedir.

**1-Genetik:** Şizofreni genetiğinde genel kabul gören ‘‘stres diatez modeline göre’’ şizofrenide genetik yatkınlığın olduğunu, çevresel etkenlerin hastalığın ortaya çıkışını etkilediğini ileri sürmektedir. Bir çok genin birlikte çalışarak çevrenin de etkisiyle hastalığı ortaya çıkarması da olasıdır. Bozukluğun fenotipinin ancak yıllar sonra çevre ile etkileşimi sonucu ortaya çıktığı kabul edilmektedir (19, 22).

**2-Enfeksiyonlar:** Doğum komplikasyonlarındaki fazlalık, doğumların mevsimselliği, bazı nöropatolojik değişikliklerin önceden geçirilmiş enfeksiyonlarla ilgili olması ve immün sistemdeki sıkıntılar enfeksiyonun hastalığa neden olabileceğinin bir kanıtıdır (22).

**3-Gelişimsel Yetersizlik:** Çocukluk dönemindeki nöromotor ve sosyal beceri eksikliği, dil ve konuşma güçlükleri, akademik performans sorunları, silik nörolojik işaretler, motor gelişme gecikmesi, sosyal uyum sorunları ve bilişsel bozukluklar ile erişkin yaşamdaki şizofreni arasında bağlantı olduğu ileri sürülmektedir.

Şizofreni hastalarında intrauterin beslenme sorunları, doğum komplikasyonları belirgin olarak fazlalık göstermektedir. Şizofreni hastalarının doğum kiloları ve baş çevreleri daha düşüktür. Bazı araştırmalarda yaşamın ilk yılında D vitamini kullanımı ile

erkeklerde şizofreni olasılığının azaldığı bulunmuştur. Kadınlarda ve diğer psikozlarda böyle bir bağlantı bulunmamaktadır. Şizofrenide genetik bozukluklar, enfeksiyonlar, anneden çocuğa geçen immün yanıtlar ve bazı komplikasyonların sinir büyüme faktörlerinin oluşumunu ve hücre gelişimini etkilediği kabul edilmektedir. Bu etkiler ile sonuçta nörotrafik faktörler değişmekte bu da şizofreniye neden olmaktadır (19-21).

**4-Nörodejeneratif Görüş:** Şizofreninin de demans gibi nörodejeneratif bir hastalık olduğu tahmin edilmektedir. Hastalarda tedavinin uzun sürmesi, geçirilen her atakta tedavinin güçleşmesi, hastalığın uzun ve ilerleyici bir süreçte iyileşeceğini düşündürmektedir.

İlk atakta hastalık süresi uzun olan örnekler tedaviye daha zor yanıt vermektedir. Tedaviye yanıt vermeyen durumlarda bu gözlemlerin yapılması hastalığın sebebinde önemli bir etken olmaktadır (22, 23).

**5-Anatomik Anormallikler:** Beyin görüntüleme teknolojilerinin kullanılması ile şizofreni olan bireylerde yapısal beyin anormallikleri görülmektedir. Ventriküllerde büyüme en yaygın bulgu olup sulkuslarda büyüme ve beyincikte küçülme de belirtilen anatomik değişikliklerdendir. MR (Manyetik rezonans görüntüleme) ile yapılan çalışmalar şizofreni hastalarında beyincik ve kafatası içi ölçülerinde bir küçülme olasılığını ortaya çıkarmıştır. Şizofrenideki beyindeki değişiklikler mikroskobik olarak incelendiğinde beyin belirli alanındaki hücrelerinde bir dağınıklık ve düzensizlik olduğu ortaya konmuştur. Hücrelerin bu dağınıklığı sağlam kişilerin beyin hücrelerindeki normal dizilimlerle karşılaştırılmıştır. Bazı araştırmalar beyin bu hücrelerinde meydana gelen değişikliğin hamileliğin ikinci üç ayında meydana geldiğini ve annenin bu dönemde karşılaştığı influenza virüsüyle ilişkili olabileceğini öne sürmüşlerdir (23).

**6-Nörotransmitter Sistemleri:** Beyin biyokimyası ile ilgili araştırmalarda beyinde haberci rolü üstlenen nörotransmitter maddelerden biri olan dopamin aktivite artışının hastalığın oluşumunda rol oynadığı belirtilmektedir. Şizofreni hastalarının beyinleri üzerinde yapılan ölüm sonrası araştırma sonuçlarında beyinlerin yaklaşık üçte ikisinde dopamin reseptörlerinin ortalama sayısında önemli artış gözlemlendiği bildirilmiştir (22, 23).

Son yıllarda yapılan araştırmalarda ise dopaminin yanında serotonin-norepinefrin, noradrenalin, GABA (Gama aminobutirik asit) düzeylerinde normal değerlerden sapmalar olduğu belirlenmiştir. Hastalığın nedeni olarak bazı hastalarda dopamin bazı hastalarda serotonin düzeyindeki değişiklikler rol oynamaktadır (21, 22).

**7-Beyin Elektriksel Aktivitesi:** EEG (Elektroensefalografi) kayıtları bazı şizofreni hastalarında olgularda önemli bozukluklar göstermektedir.

**8-Hastalık Öncesi Kişilik:** Şizofreni hastaları hastalık öncesi dönemde genellikle içe kapanık, sessiz, arkadaşı az, yalnızlığı tercih eden, garip, ilgileri sınırlı, güvensiz kişilerdir. Aileler sıklıkla çocuklarının hastalık başlamadan önce sessiz, içe dönük, arkadaşsız olduğunu belirtmektedirler.

Ayrıca yapılan çalışmalarda şizofreni hastası olan bireylerin ergenlik öncesi sözel ve görsel bilgi, yargılama ve kavramlaştırmada eksikliklerinin olduğunu aynı zamanda bazı bilişsel yetilerinde gelişme hızının normal gelişme hızına oranla az olduğundan dolayı kişiliklerindeki gelişmeyi olumsuz etkilediği belirtilmektedir (19, 23).

**9-Bilişsel Bozukluklar:** Şizofreni hastalarında temelde bilişsel alan olmak üzere bunun yanında nörofizyolojik, nöropsikolojik işlevler ve bunlarla bağlantılı olan beyin merkezlerinde de bozukluklar ortaya çıkmaktadır. Bu hastalarda uyaranların beyne iletilmesinde bir yetersizlik olduğu, bu nedenle beyne çok fazla bilgi iletildiği, fakat hastanın bu bilgileri uyum amacıyla ayıklayamadığı ve bütünleştiremediği görülmektedir.

Şizofreni hastalarında gözlenen biliş ve bilgi işleme sürecindeki kusurlar hastalığın yol açtığı yeti yitiminin önemli bir kısmını oluşturmaktadır (20). Bu nedenle karar verme, yargılama, dikkat, planlama, problem çözme, yaratıcılık, olumsuz etkilere karşı koyabilme, tepkilerin denetimi ve zihinsel esneklik gibi alanlarda bozulmalar meydana gelmektedir (20, 22).

**10-Psikososyal-sosyokültürel faktörler:** Şizofreni hastalığının ortaya çıkmasında organik nedenlerin yanı sıra psikolojik, toplumsal ve çevresel etkenler de önemli rol oynamaktadır. Şizofreni hastalarında ego gelişimi tamamlanamadığından, dürtülerin sağlıklı bir biçimde denetimi ve değerlendirilmesi yeterli olmamaktadır. Şizofreniye yatkınlık yaratan etkenlerle düşük sosyo-ekonomik düzeyde daha sık karşılaşılmaktadır (19, 23).

### **2.3. DSM-V'e Göre Şizofreni Tanı Ölçütleri**

**A.** Hastalığın tanısı için aşağıdaki belirtilerden iki tanesinden her birinin bir ay boyunca görülmesi gerekir.

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

1. Hezeyanlar
2. Hallüsinasyonlar
3. Konuşmada dağınıklık



4. Davranışlarda bozulma veya katatonik davranış

5. Negatif semptomlar

**B.** Bu bozukluğun başlangıcından beri hastanın iş, kişilerarası ilişkiler, işlevsellik düzeyi, kendine bakma hastalık öncesinde sahip olduğundan daha düşüktür.

**C.** Bu bozukluk en az 6 ay sürer.

**D.** Şizofren bozukluk ya da psikoz özellikleri gösteren hastalıklar dışlanır.

**E.** Bu bozukluk, bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojisiyle alakalı etkenlerine bağlanamaz (24).

## **2.4. Şizofreninin Belirtileri**

### **2.4.1. Genel Görünüm ve Davranış**

Şizofreni çok değişik belirtiler gösteren bir hastalık olduğu için tipik bir genel görünüm tanımlanamaz. Şizofreni hastalarının toplumdaki kurallara, buldukları toplum içindeki kültürel yapıya uyum sağlayamadıkları görülmektedir. Hastaların çoğunda olaylar karşısında belirgin vurdumduymazlık, ilgisizlik, çekingen görünüm, taşkınlık ya da donakalım görülebilmektedir (19-21). Çok süreğen hastalar bakımsız, dağınık görünebilirler. Şizofreni hastalarının davranış biçimlerinde öngörülemezlik, olaylar karşısında olağan dışı tepkiler verme ve tutarsız davranışlar sergileme gözlenmektedir. Hastalığın belirtileriyle birlikte çevreye karşı ilgisizlikte artma, bireyin günlük fiziksel ve sosyal aktivitelerinde ve kendi kendine yetebilme gücünde azalma meydana gelebilmektedir (22, 23).

Kronik şizofreni hastaları bazen tuhaf, uygun olmayan ve amaçsız hareket ve davranışları tekrarlayıp süreğen haline getirebilmektedirler. Bu hastalarda garip yüz, göz hareketleri (manyerizm), kalıplaşmış yineleyici el, kol ve amaca yönelik olmayan beden hareketleri (sterotipi), hasta kendisinden istenmediği halde gördüğü hareketleri tekrar etme hareketi (ekopraksi), belli bir durum karşısında donmuş gibi kalma (katatoni), saldırgan ve ajite davranışlar, işbirliği yapmama, söylenen ve istenene karşı direnme ve tutum alma (negativizm) görülmektedir (19-21, 23).

Hareketi başlatma ve sürdürmede yetersizlik yaşayan şizofreni hastaları; kendi öz bakım ve temizlikle ilgili işlevleri yerine getirirken, aile yaşamındaki ilişkilerinde, sosyal ilişkilerinde, düzenli bir iş ya da okul yaşamını sürdürebilme kabiliyetlerinde ve kendi kendine yetebilme düzeyinde toplumsal ve bireysel rolünü yerine getirirken bir takım sıkıntılar yaşadıkları belirtilmektedir. Bu hastalarda dürtü kaybı yaşandığından birden

ortaya çıkan ve bazen de yineleyici öz kıyım girişimleri olabilmektedir. Hastaların %40'ının özkıyım girişiminde bulunduğu ve %10'unun bu yolla yaşamlarını yitirdikleri ifade edilmektedir (19, 23, 25).

#### **2.4.2. Konuşma ve İlişki Kurma**

Düşünce bozukluğunun görüldüğü şizofreni hastalarında genellikle konuşma bozukluklarına da rastlanmaktadır. Hastalar konuyla ilgili olmayan cümleler kurarken sorulara yandan ve uygunsuz cevap verebilmektedirler. Hastalarda kendi kendine konuşma, çocuksuluk, çok konuşma, dilde bulunmayan yeni kelimeler uydurma (neolojizm), konuşma yankılanması (ekolali), teğetsel konuşma, klang çağrışım (kafiyeli konuşma), konuşmada bloklar oluşması, konuşmada yoksullaşma, konuşmada düzensizlik ve dağınıklık, konuşma hızının düşünme hızına ulaşamaması (alogia), konuşmada hızlanma, yavaşlama, kalıplaşmış yinelemeler (stereotipi), anlamsız konuşmalar (sözcük salatası), mantık dışılık, hiç konuşmama (mutizm) gibi aşırı konuşmadan hiç konuşmamaya varan değişiklikler gibi belirtiler görülebilmektedir (19, 22, 24, 25).

#### **2.4.3. Duygulanım-Duygudurum Bozuklukları**

Şizofrenide genel olarak bir duygu azalmasından ve küntlüğünden söz edilebilmektedir. Bu hastaların olaylara olan duygusal tepkisi az ya da yoktur. Hastalar vurdumduymaz, aldırılmaz, duygusuz, soğuk, ilişki kurulması güç olan bireyler gibi görülebilmektedirler. Ancak bütün bu belirtiler onların tümünden duygusuz olduklarını, acı çekmediklerini, sıkıntılarının olmadığını göstermemektedir. Birçok şizofreni hastasında öncelikle başlangıç dönemlerinde aşırı bunaltı görülmektedir (19, 26).

Kimi hastalarda ise paniğe benzer sıkıntılı bir durum bulunmaktadır. Dünya yıkılıyormuş, benliği parçalanıyormuş gibi düşüncelere kapılan hastanın bunaltısı tarif edilemeyecek derecede olabilmektedir. Zamanla duygularda küntleşme, sığılık, yüzeyleşme belirgin hale gelmektedir. Kimi hastalarda ise acayip, yersiz, anlamsız gibi görünen gülme, ağlama, taşkınlık ve duygulanımda uygunsuzluk görülmektedir. Bu şekilde hastanın verdiği duygusal tepkilerin içinde bulunduğu duruma ya da düşünce içeriğine uygun olmaması hali görülmektedir (20-22).

#### **2.4.4. Bilişsel Süreçler (Bilinç ve Yönelim)**

Şizofrende bilinç ve yönelim genellikle bozulmamıştır. Bu hastalarda dikkati toparlayabilme ve sürdürülebilirlik, akıl yürütme, sorunları çözebilme, öğrenme ve karmaşık düşünsel işlemleri anlamlandırabilme gibi bilişsel işlevlerde yetersizlikler sık olarak görülmektedir (19, 20).

#### **2.4.5. Algı Bozuklukları**

Şizofrenide sık görülen algı bozuklukları varsanılar (halüsinasyon) ve yanılsamalar (illüzyon) olarak ortaya çıkmaktadır. En sık işitme varsanıları görülmektedir. Bunlar genellikle olumsuz sözler, küfürler; yön verici komutlar (as kendini, öldür gibi); kendi aralarında konuşarak hastadan üçüncü şahıs olarak söz eden sesler (Ahmet korkağın teki gibi), yaptığı eylemleri tanımlayıcı sesler ( yürüyorsun, gülüyorsun), kendi düşüncelerinin kulağına ses olarak gelmesi bazen de uğultu, haykırmalar, gülmeler şeklinde işitilmektedir. Dokunma varsanılarında ise hasta bedenine elektrik veriliyor, kolu bacağı kesiliyor şeklinde bir uyarı olmadan dokunulma hissetmesi şeklinde ortaya çıkmaktadır.

Ayrıca görme, tat ve koku varsanılarına da rastlanmaktadır. Görme varsanılarında hasta gerçek dışı bir şekilde nesnelere hareket ettiğini görmektedir. Koku ve tat varsanılarında ise hastanın olmayan tat ve kokuları kötü bir şekilde algılaması gerçekleşmektedir (20, 21, 25).

#### **2.4.6. Düşünce Bozuklukları**

**A. Düşünce Sürecindeki Bozukluklar:** Bu bozukluklar iki grup altında toplanmaktadır:

**1. Negatif Yapısal Düşünce Bozukluğu:** Konuşmanın ve konuşma miktarının azalması şeklinde kendini göstererek düşünce biçim bozukluğu meydana gelmektedir.

**2. Pozitif Yapısal Düşünce Bozukluğu:** Kimi zamanda konuşma miktarı toplumsal olarak kabul edilen ortalamanın üzerinde olmaktadır. Basınçlı konuşma, fikir uçuşması, enkoherans, mantıksızlık, düşüncelerde sapma, düşüncenin dağılması, klang çağırışım, bloklar, neolojizm, ekolali, perseverasyon gibi düşünce süreç bozuklukları ortaya çıkmaktadır (25).

**B. Düşünce İçeriğindeki Bozukluklar:** Şizofrenide görülen en temel düşünce içeriği bozukluğu sanrılardır. Sanrı gerçeğe ilişkisi olmayan ve mantıklı tartışma ile değiştirilemeyen düşünce demektir. En sık karşılaşılan sanrı türü kötülük görme sanrıları

olmaktadır. Bunun yanında erotomanik, büyüklük, küçüklük, nihilistik, somatik, alınma, kıskançlık, günahkârlık, suçluluk, dinsel, referans, kontrol edilme, zihin okunması, düşünce yayımlanması, düşünce sokulması sanrıları da sık gözlenmektedir (19, 20).

#### **2.4.7. Bedensel ve Fizyolojik Belirtiler**

Başka bir hastalık yoksa şizofrenisi olan hastalarda fizik muayene bulguları genel olarak normal biçimde gözlenmektedir. Şizofrenide uykusuzluk sıklıkla bulunmakla birlikte hastalar bu konuda pek yakınmamaktadırlar. İlaç kullanmayan hastalarda uykuya ilgili en önemli sorun uykuya dalma güçlüğü ve sık uyanma olmaktadır. İlaç kullanan hastalarda ise şişmanlama, hareketlerde yavaşlama, uyku hali, kan basıncında düşme sık gözlenmektedir (25, 26).

#### **2.5. Şizofreni Tedavisi**

Şizofreni tedavisinde diğer kronik hastalıkların tedavisinde yaşanan güçlüklerden daha fazlası karşımıza çıkmaktadır. Bu duruma hastalığın nedenlerinin bilinmemesi, hastanın toplumsal ve kendi içindeki damgalanmaya maruz kalması, kendi kendine yetebilme düzeyinde azalma meydana gelmesi gibi birçok faktör neden olmaktadır. Şizofreni hastasının tedaviye uyumunun zayıf olması bireyin işlevselliğinde, hastalığın seyrinde ve atakların tekrarlanma sıklığı üzerinde olumsuz etki bırakmaktadır (26, 27). Tedavide temel amaç hastalık belirtilerini hastanın yaşamını olumsuz yönde etkilemeyecek şekilde iyileştirmek ve bunu devam ettirmektir. Bu amaçla şizofrenide öncelikle ilaç tedavisine başvurulmaktadır (27).

Şizofrenide ilaç tedavisinin amacı belirtileri kontrol altına almak, tekrarları önlemek, remisyonu sağlamak, uzun dönemde hastanın işlevselliğini kazandırarak iyileşme düzeyinde artış sağlamaktır. Şizofrenide tedavinin süreklilik taşıması gerekmektedir (19, 26). Şizofreni hastalarının yardıma gereksinim duymaları bu hasta grubu için sadece hastane ve poliklinik tedavisinin yeterli kalmayacağını, aileyi de tedavi sürecine dahil eden daha geniş ve toplumsal ağırları kullanan tedavi girişimlerinin de olması tedaviye olumlu yönde katkı sağlayacaktır. Şizofreni için en uygun tedavi şekli ilaç tedavisini çeşitli ruhsal ve toplumsal girişimlerle bütüncül hale getirmektir (25, 27). Bunun için ilaç tedavisin yanında ek olarak aile terapileri, grup terapileri, davranış terapileri, psikososyal tedaviler, toplum tedavisi, psikososyal beceri eğitimleri, bilişsel davranışçı terapiler, EKT (Elektro konvülsif terapi) hastalığın tedavisinde önemli rol oynamaktadır (19, 22).

## 2.6. Şizofreni ve Damgalanma

Damgalanma; bireyin ya da bir grubun toplumdaki üyeler tarafından itibarını zedeleyen ve onların dışlanıp küçük görülmesine sebep olan olumsuz söz, işaret, davranış ve tutumla karşı karşıya kalmasıdır (28). Ruhsal hastalığı olan bireyler fiziksel hastalığı olanlardan daha fazla damgalanmayla karşı karşıya kalmaktadırlar. Dünya genelinde ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve tutumlar çoğunlukla olumsuzluk teşkil etmektedir. Bu sebepten dolayı hastanın kendisi ve ailesi hastalığı saklama çabası içine düşmektedirler. Ruhsal hastalıklarda duygu, düşünce ve davranışlarda meydana gelen değişiklikler, birçok kültürde normal düzeyden sapma olarak kabul edilerek içinde yaşanılan toplum tarafından benimsenmemektedir (19, 26).

Damgalanma kişiler arası ilişkilerde ayrımcılığa neden olmaktadır. Ayrımcılık toplumdaki birey ya da grupların diğerlerini damga ve önyargı sebebiyle bazı hak ve menfaatlerden mahrum bırakmasıdır. Bu nedenle damgalanma bazen hastalığın kendisi kadar tehlikeli olmaktadır. Damgalanma nedeniyle ruhsal bozukluğu olan kişiler kendileri ile ilgili konularda konuşmamayı tercih ederler. Şizofreni hastaları hastalıklarını nadiren tartışmakla birlikte çoğunlukla kendilerini izole etmiş, yalnız ve kendilerinin anlaşılmamış olduklarını düşünerek yaşamaktadırlar (28, 29).

Damgalanma, hastalığın belirtilerinin dışında hastanın baş etmek durumunda kaldığı bir süreçtir. Bazı psikiyatrik rahatsızlıklarda damgalanma oranı diğerlerine göre daha fazla olmaktadır. Özellikle şizofreni gibi çok ağır ruhsal hastalıklarda damgalanma oranı yüksek olmaktadır. Şizofreni hastaları toplum tarafından genellikle tehlikeli ve tahmin edilemeyen davranış sergileyen, sorumluluk sahibi olmayan bireyler olarak düşünülmektedirler (29, 30). Bunun yanında şizofreni hastalığının belirtilerine ek olarak kullanılan ilaçların bazı yan etkileri de hastaları olumsuz yönde etkileyip; istenmeyen fiziksel görünüm, tutum ve davranış sergilemelerine neden olmaktadır. Şizofrenide tedavi sürecini olumsuz etkileyen ve hastalıkla baş edebilmede en önemli sorunlardan biri damgalanma problemidir (9, 29).

Bazen birey toplum tarafından damgalanmaya maruz kalmamasına rağmen kendi içinde kendini damgalanmış olarak görüp bunu içselleştirmektedir (9). İçselleştirilmiş damgalanma dediğimiz bu süreç bireyin kendini toplumdaki diğer bireylerden yetersiz görmesine, zayıf hissetmesine ve kendini toplumdaki sosyal olarak geri çekmesine, utanç, değersizlik, suçluluk gibi olumsuz duyguları yaşamasına sebep olmaktadır (30, 31). Bu, birey için toplumun bireye yaptığı damgalanmadan daha olumsuz bir durum olup bireyin

yoğun bir utanma duygusu yaşamasına sebep olmaktadır. Çünkü damgalanmayı kendisiyle içselleştirmiş olan birey, yalnızca toplumun damgalayıcı olumsuz tavır ve düşüncelerini kabul etmez bununla birlikte bu süreç içinde kendini toplumdan soyutlar. Bu yüzden de toplumdaki bireylerle olan etkileşimi azaldığından onlardan göreceği destek seviyesinde azalma meydana gelecektir (29, 30).

İçselleştirilmiş damgalanma, ruhsal hastalığı olan bireylere toplumda var olan damgalanmayla da baş etmelerini zorlaştıracak bir süreç yaşatmaktadır (29). Gerek toplum tarafından damgalanma gerekse kişinin kendini damgalaması bireyin yaşam kalitesini olumsuz şekilde etkileyip; bireyin kendi öz saygısı ve öz yeterliliğinin azalmasına sebep olacaktır (32, 33). Bütün bunlar bireyin hastalığı kabullenmesinde isteksizliğe ve tedaviye uyum sürecini zorlaştırarak tedavinin engellenmesine yol açmaktadır (28). Damgalanmanın en etkili tedavisi toplumu ruhsal sağlığı bozuk hastalıklara yaklaşım konusunda eğiterek, hastaları ise kendi içlerinde oluşturdukları damgalanmaya karşı bu durumdan kurtarmak için baş etme yollarına yönelik eğitim verebilmektir (8).

## **2.7. Şizofreni ve İşlevsellik**

Bireyin kişilerarası ilişkilerini sürdürürken kendi bakımını da yapıp hem toplumsal hem de bireysel rolünü aktif bir şekilde sürdürmesi işlevsellik olarak tanımlanmaktadır (34). Şizofreni hastaları günlük yaşam becerilerini yerine getirmede, toplumsal ve bireysel rolünü sürdürmede bazı zorluklar yaşamaktadır (35). Şizofreninin belirtilerinden biri de bireyin toplum içindeki işlevselliğinde bozulma meydana gelmesidir (36). İşlevsellikte bozulma şizofreni hastalarında hastalık boyunca devam eden unsurlardan biri olup; hastaların aileleri ve toplum için bir yük oluşumuna sebep olmaktadır. Bu nedenle hastanın işlevselliğinin artırılması ve topluma yeniden uyum sağlayarak kendine yetebilme düzeyine getirilmesi tedavideki temel unsurlar arasında yer almaktadır (35, 36). Şizofrenide işlevsellik hastalığın negatif ve pozitif belirtilerinin yanında duygudurum, sosyal davranışlar ve çevresel koşullardan da etkilenmektedir (37).

İşlevselliğin bozulmasıyla bireyin sosyal sorumluluklarını yerine getirmesinde, kişiler arası ilişkilerinde tutarlı bir davranış sergilemesinde, günlük ve sosyal aktivitelerini sürdürmesinde, iş ve mesleki sorumluluklarını yerine getirmesinde ve kendi kendine yetebilme kabiliyetinde azalmalar meydana gelmektedir (38). İşlevselliğin artırılmasıyla hastaların eğitimlerini tamamlayabilmesi, kendini idame edebilecek şekilde bir işte çalışabilmesi, boş zamanlarını değerlendirebilmesi, aile ve toplumsal ilişkilerini

sürdürebilmesi, ev işlerini ve bireysel sorumluluklarını yerine getirebilmesi, gündelik işlerini yapabilmesi amaçlanmaktadır (35, 36, 38).

Sosyal işlevsellik, kişinin; ev, iş, sosyal yaşam ve haz aldığı uygulamalardaki işlevsellik becerisi olarak tanımlanmaktadır. Bu beceride meydana gelen eksiklikler bireyin yaşam kalitesini azaltıp; sosyal, ailesel, boş zaman ve mesleki rol işlevselliğinde bir takım problemlere sebep olmaktadır (35). Sosyal işlevsellik aynı zamanda eş, ebeveyn, arkadaş ve iş arkadaşı rollerindeki yeterlilik ve bunlardan edinilen doyum düzeyinde ele alınmaktadır (36). Şizofreni hastalarında genellikle işlevselliğin iş, eğitim, kişilerarası ilişkiler, öz bakım gibi alanlarında bozulmalar meydana gelmektedir. Bu bozulmalar bireylerin sosyal ilişkilerinde, sosyal rollerini tamamlamalarında, bireysel, sosyal ihtiyaçlarını karşılamada ve yaşam kalitesinde azalmaya neden olabilmektedir (16, 17).

Şizofrenide işlevselliğin artırılmasında ilaç tedavisine ek olarak psikososyal beceri eğitimleri, sosyal beceri eğitimleri, grup terapileri, aile ve toplum eğitimleri, mesleki rehabilitasyon hizmetleri etkili olabilmektedir (17).

## **2.8. Şizofrenide Hemşirelik Bakımı**

Ruh sağlığında bozulma meydana gelen hastaların toplum içinde sergilemiş oldukları tutum ve davranışlardaki bozukluk toplumda onlara karşı farklı bir bakış açısı geliştirmiştir. Toplumdaki bireyler genellikle ruh sağlığı bozuk olan hastalara karşı hoş olmayan, küçümser, yargılayıcı bir tutumla bu insanları karşı karşıya bırakmaktadırlar (19, 35). Ruh sağlığı alanında çalışanların ruhsal hastalıklarla ilgili temel inanışları ve bu hastalıklara sahip kişilerdeki belirtileri anlayıp onların sergileyebilecekleri tutum ve davranışları bilmek, hastalara verilen hizmetin kalitesini ve tedavinin seyrini etkilemesi açısından önem arz etmektedir. Özellikle de hastalarla birebir etkileşimde olan, tedavi süresince hastaları sürekli gözlemleyen hemşirelerin hastalara karşı tutum ve davranışları tedavinin ve iyileşme sürecinin çok önemli bir kısmını oluşturmaktadır (19, 26, 35).

Şizofrenide hemşirenin hastaya yaklaşımı ve bakımı hastalığının seyrinde, tedavisinde, iyileşme düzeyinde önemli bir faktör oluşturmaktadır. Bu nedenle hemşirenin hastayla güven ortamı sağlayarak tedavi edici ilişkiyi kurması, tedaviye hasta yakınlarının da katılımını sağlaması, ilaç tedavisi, hastalığın yan etkileri hakkında bilgilendirme ve bu etkilerle baş edebilmeyi öğretme, alevlenme ve yineleme durumlarında donanımlı olmayı sağlama, depresyon, bunaltı ve diğer eklenen sorunları çözmede rol oynaması, bilişsel yetiler üzerinde durarak bu yetileri geliştirmeye çalışması,

kısa ve uzun vadeli hedefler üzerinde durması, toplumun ve bireyin kendi içindeki damgalamaya karşı bireyi eğitmesi ve baş edebilme kabiliyetini geliştirmesi, yaşamın anlamı üzerinde durup yineleyici intihar düşüncelerini en aza indirgeyebilmesi hemşirenin hastanın hastalığını yönetmesinde önemli girişimlerini oluşturmaktadır (19, 26, 35, 36).

Psikiyatri hemşiresi hastayı fiziksel, ruhsal ve toplumsal olarak bir bütün olarak ele alarak gerekli bakımı uygulayıp tedavi sürecine katkı sağlamaktadır. Psikiyatri hemşireleri sağlık tedavi ekibi içinde şizofreni hastalarıyla zamanın çoğunu geçiren kişilerdir. Psikiyatri hemşireleri rehabilitasyondan, hastane ortamının düzenlenmesinden ve verilen hizmetlerin kalitesi gibi birçok uygulamadan çok yönlü bir şekilde ilgilenmektedirler (19, 35). Şizofreni hastalarında oluşan ilk atak tedavisinde hemşirenin birincil amacı hastalığın belirtilerini yatıştırmak için hemşirelik bakımını gerçekleştirmektir. Psikiyatri hemşiresi hastayı fiziksel, ruhsal ve toplumsal olarak bir bütün olarak incelemelidir. Bununla birlikte hastalar hastanede tedavi süreleri bittikten sonra aileleriyle, birlikte eve gönderilmektedirler. Bu sebeple ailelere de ek olarak hastalık ile ilgili eğitim verilmesi hemşireler tarafından sağlanmaktadır (36, 39).



### 3. MATERYAL/METOT

#### 3.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma kesitsel olarak yapılmıştır.

#### 3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'nde Eylöl 2016-Haziran 2017 tarihleri arasında yürütölmüştür. Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi 1925 yılında kurulmuş olup, 57 dönümlük bir alan üzerinde bulunmaktadır. Hastane 14 servis, 488 yatak kapasitesi ve 508 personeli ile Doğu ve Güneydoğu Anadolu Bölgesi'ndeki 18 ile hizmet vermektedir. Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi Şekil 3.1.'de gösterilmiştir.



Şekil 3.1. Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi

#### 3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'nde polikliniğe kayıtlı toplam 4000 şizofreni hastası bulunmaktadır. Araştırmanın örneklemini belirlemek için yapılan güç analizi ile 0.05 yanılığ düzeyi, 0.08 etki büyüklüğu ve 0.95 evreni temsil etme yeteneği ile örnekleme büyüklüğu 250 olarak belirlenmiştir. Polikliniğe kayıtlı hastaların isimleri listelenip basit rastgele örnekleme yöntemi ile seçilmiştir.

### **Çalışmaya Alınma Kriterleri**

- 18 yaş ve üzeri olma
- Okuma yazma biliyor olma
- Psikiyatrik görüşmenin yapılmasına engel olacak düzeyde eğitim ve dil problemi bulunmama
- İletişime ve iş birliğine açık olma

### **Çalışmadan Dışlanma Kriterleri**

- Akut alevlenme dönemi içindeki hastalar
- Demans ve/ veya diğer organik mental bozukluk olması
- Klinik görüşme ile saptanan mental retardasyon bulunması

### **3.4. Araştırmanın Değişkenleri**

**Bağımlı Değişken:** İşlevsel iyileşmedir.

**Bağımsız Değişken:** İçselleştirilmiş damgalanma, yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, gelir düzeyini algılama durumu, ailede ruhsal hastalık öyküsü varlığı.

### **3.5. Verilerin Toplanması**

Veriler Eylül 2016-Ocak 2017 tarihleri arasında toplanmıştır. Verileri toplamak için Tanıtıcı Özellikler Formu (EK 2), Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği (ŞİLÖ) (EK-3), Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ) (EK-4) kullanılmıştır. Veriler Ruh Sağlığı Hastanesi'ndeki şizofreni hastalarıyla tek tek görüşülerek, araştırmacı tarafından sorular okunarak alınan cevaplar doğrultusunda doldurulmuştur. Bir görüşme ortalama 15 dakika sürmüştür.

### **3.6. Veri Toplama Araçları**

**Tanıtıcı Özellikler Formu (EK-2):** Tanıtıcı Özellikler Formu araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda geliştirilmiş olup, hastaların tanıtıcı özelliklerini içeren toplam 6 sorudan (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, gelir düzeyini algılama durumu, ailede ruhsal hastalık öyküsü) oluşmaktadır.

**Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği (ŞİLÖ) (EK-3):** Llorca ve arkadaşları tarafından 2009 yılında geliştirilen Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği (ŞİLÖ) 19 maddeden oluşan 5'li likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirliği Emiroğlu tarafından 2009 yılında yapılmıştır. Ölçeğin geçerlilik güvenilirlik kat sayısı 0.94 olarak belirlenmiştir (40, 41). Araştırmada ölçeğin güvenilirlik katsayısı 0.91 olarak

bulunmuştur. Ölçek sosyal işlevsellik, sağlık ve tedavi, günlük yaşam becerileri, mesleki işlevsellik olmak üzere 4 alt boyuttan oluşmaktadır (14, 41, 42). Ölçekten alınan puanlar arttıkça işlevsel iyileşme düzeyi azalmaktadır (42). Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği (ŞİLÖ) ve Alt Boyutları Tablo 3.1’de verilmiştir.

**Tablo 3.1.** Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği (ŞİLÖ) ve Alt Boyutları

<b>Ölçek</b>	<b>Madde Sayısı</b>	<b>Alınabilecek En Yüksek ve En Düşük Değer</b>
Sosyal İşlevsellik	7	7-35
Sağlık ve Tedavi	4	4-20
Günlük Yaşam Becerileri	6	6-30
Mesleki İşlevsellik	2	2-10
<b>TOPLAM PUAN</b>	<b>19</b>	<b>19-95</b>

**Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ) (EK-4):** Ritsher ve arkadaşları tarafından 2003 yılında geliştirilen Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ) 29 maddeden oluşan 4’lü likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin Türkiye’deki geçerlilik ve güvenilirliği Ersoy ve ark. tarafından 2007 yılında yapılmıştır (43). Ölçeğin 5 alt boyutu vardır (43, 44). Ölçeğin toplam puanı 29 ile 116 arasında değişmektedir. Ölçekten alınan yüksek puanlar, içselleştirilmiş damgalanmanın yüksek olduğunu göstermektedir (43, 44). Ölçeğin güvenilirlik kat sayısı 0.89 olarak belirlenmiştir (44, 45). Araştırmada ölçeğin güvenilirlik katsayısı 0.87 olarak bulunmuştur. RHİDÖ’nün alt ölçekleri ve maddeleri şunlardır:

- Yabancılaşma ( 6 madde); 1, 5, 8, 16, 17, 21
- Kalıp Yargıların Onaylanması ( 7 madde); 2, 6, 10, 18, 19, 23, 29
- Algılanan Ayrımcılık (5 madde); 3, 5, 22, 25, 28
- Sosyal Geri Çekilme (6 madde); 4, 9, 11, 12, 13,20
- Damgalanmaya Karşı Direnç (5 madde); 7, 14, 24, 26, 27

Ruhsal hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği ve Alt Boyutları Tablo 3.2’de verilmiştir.

**Tablo 3.2.** Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ) ve Alt Boyutları

Ölçek	Madde Sayısı	Alınabilecek En Yüksek ve En Düşük Değer
Yabancılaşma	6	6-24
Kalıp Yargıların Onaylanması	7	7-28
Algılanan Ayrımcılık	5	5-20
Sosyal Geri Çekilme	6	6-24
Damgalanmaya Karşı Direnç	5	5-20
<b>TOPLAM PUAN</b>	<b>29</b>	<b>29-116</b>

### 3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin analizinde; yüzdeler dağılımı, aritmetik ortalama, bağımsız gruplarda *t* testi, Mann Whitney U testi, Kruskal Wallis, ANOVA, Korelasyon kullanılmıştır.

### 3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmanın yapılabilmesi için İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırma ve Yayın Etik Kurulu'ndan onay (EK-5) ve araştırmanın yapılacağı kurumlardan yasal izin (EK-6) alınmıştır. Araştırmaya başlamadan önce hastalara araştırmanın yapılma amacı açıklanmış, soruları yanıtlanmış ve hastalardan sözel izinler alınmıştır. Hastalara, verdikleri bilgilerin gizli tutulacağı, başka hiçbir yerde kullanılmayacağı ve istedikleri anda çalışmadan ayrılma hakkına sahip oldukları açıklanmıştır.

## 4. BULGULAR

Bu bölümde şizofreni hastalarında damgalanmanın işlevsel iyileşmeye etkisini belirlemek amacıyla yapılan araştırmadan elde edilen bulgular sunulmuştur.

Tablo 4.1’de Araştırmaya Katılan Hastaların Tanıtıcı Özellikleri verilmiştir.

**Tablo 4.1.** Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı (N=250)

Tanıtıcı Özellikler	N	%
<b>Yaş Grupları</b>		
18-28	52	20.8
29-39	91	36.4
40-50	95	38.0
51 ve üzeri	12	4.8
<b>Cinsiyet</b>		
Erkek	200	80.0
Kadın	50	20.0
<b>Eğitim Düzeyi</b>		
Okur-yazar	20	8.0
İlköğretim	93	37.2
Ortaöğretim	109	43.6
Yüksek okul	28	11.2
<b>Medeni Durum</b>		
Evli	46	18.4
Bekar	204	81.6
<b>Gelir Düzeyini Algılama Durumu</b>		
Kötü	34	13.6
Orta	111	44.4
İyi	105	42.0
<b>Ailede Ruhsal Hastalık Öyküsü</b>		
Var	83	33.2
Yok	167	66.8
<b>TOPLAM</b>	<b>250</b>	<b>100.0</b>

Araştırmada hastaların %38’i 40-50 yaş grubu arasında, %80’inin erkek, %43.6’sının ortaöğretim mezunu, %81.6’sının bekar, %44.4’ünün gelir düzeyini orta olarak algıladığı, %66.8’inde ailede ruhsal hastalık öyküsü olmadığı bulunmuştur.

Tablo 4.2’de Araştırmada ŞİLÖ Alt Boyut ve Toplam Puanından alınan puanlar ve ortalamaları verilmiştir.

**Tablo 4.2.** ŞİLÖ Alt Boyut ve Toplam Puanından Alınan Puanlar ve Ortalamaları

<b>Ölçek</b>	<b>Minimum Puan</b>	<b>Maximum Puan</b>	<b>Ort.</b>
Sosyal İşlevsellik	7	35	15.04±3.50
Sağlık ve Tedavi	4	20	8.27±2.63
Günlük Yaşam Becerileri	6	30	14.32±3.89
Mesleki İşlevsellik	2	10	3.37±1.15
<b>TOPLAM PUAN</b>	<b>19</b>	<b>94</b>	<b>41.02±9.61</b>

Tablo 4.2’de ŞİLÖ toplam puanından alınan en düşük değer 19, en yüksek değer 94, toplam puan ortalaması ise 41.02±9.61 olarak bulunmuştur.

Tablo 4.3’de Araştırmada RHİDÖ Alt Boyut ve Toplam Puanından Alınan Puanlar ve Ortalamaları verilmiştir.

**Tablo 4.3.** RHİDÖ Alt Boyut ve Toplam Puanından Alınan Puanlar ve Ortalamaları

<b>Ölçek</b>	<b>Minimum Puan</b>	<b>Maximum Puan</b>	<b>Ort.</b>
Yabancılaşma	7	48	17.51±3.76
Kalıp Yargıların Onaylanması	11	28	19.12±3.31
Algılanan Ayrımcılık	5	20	14.28±2.55
Sosyal Geri Çekilme	9	24	17.31±2.81
Damgalanmaya Karşı Direnç	7	18	12.08±1.79
<b>TOPLAM PUAN</b>	<b>48</b>	<b>110</b>	<b>80.31±10.94</b>

Tablo 4.3’de RHİDÖ alınan en düşük değer 48, en yüksek puan 110, toplam puan ortalaması 80.31±10.94 olarak bulunmuştur.

Tablo 4.4’de Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre ŞİLÖ Alt boyut ve Ölçek Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması verilmiştir.

**Tablo 4.4.** Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre ŞİLÖ Alt boyut ve Ölçek Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tanıtıcı Özellikler		N	%	Sosyal İşlevsellik	Sağlık ve Tedavi	Günlük Yaşam Becerileri	Mesleki İşlevsellik	ŞİLÖ Toplam Puan
Yaş Grupları	18-28	52	20.8	14.30±2.98	8.01±2.10	13.30±3.52	3.01±1.09	38.65±8.44
	29-39	91	36.4	15.03±4.07	8.09±2.42	13.80±3.60	3.34±1.23	40.27±9.91
	40-50	95	38.0	15.51±3.08	8.56±2.75	15.11±3.56	3.55±1.04	42.75±8.71
	51 ve üzeri	12	4.8	14.66±3.84	8.41±4.75	16.50±7.26	3.75±1.35	43.33±15.59
	<b>Test Değeri</b> <b>Önemlilik</b>			KW=4.805 p=0.187	KW=2.105 p=0.551	KW=10.806 <b>p=0.013</b>	KW=12.058 <b>p=0.007</b>	KW=7.181 p=0.066
Cinsiyet	Erkek	200	80.0	15.33±3.28	8.29±2.75	14.83±3.78	3.42±1.15	41.88±9.39
	Kadın	50	20.0	13.90±4.11	8.20±2.14	12.32±3.69	3.18±1.15	37.60±9.82
<b>Test Değeri</b> <b>Önemlilik</b>			t=1.430 <b>p=0.009</b>	t=1.922 p=0.820	t=0.102 <b>p=0.000</b>	t=0.000 p=0.181	t=0.110 <b>p=0.005</b>	
Eğitim Düzeyi	Okur-yazar	20	8.0	13.40±3.31	6.90±1.94	13.60±3.50	2.90±0.78	36.80±8.19
	İlköğretim	93	37.2	14.35±3.31	7.79±2.13	13.79±3.62	3.31±0.99	39.25±8.49
	Ortaöğretim	109	43.6	15.61±3.59	8.58±2.78	14.77±3.77	3.47±1.28	42.45±9.86
	Yüksek okul	28	11.2	16.32±3.09	9.64±3.23	14.85±5.17	3.53±1.29	44.35±11.22
	<b>Test Değeri</b> <b>Önemlilik</b>			KW=14.657 <b>p=0.002</b>	KW=15.163 <b>p=0.002</b>	KW=2.832 p=0.418	KW=3.995 p=0.262	KW=9.446 <b>p=0.024</b>
Medeni Durum	Evli	46	18.4	16.36±4.41	8.80±3.24	15.23±4.86	3.71±1.58	44.13±12.31
	Bekâr	204	81.6	14.75±3.19	8.15±2.47	14.12±3.61	3.29±1.02	40.32±8.77
<b>Test Değeri</b> <b>Önemlilik</b>			t=1.241 <b>p=0.004</b>	t=1.250 p=0.133	t=1.402 p=0.079	t=1.905 <b>p=0.026</b>	t=1.616 <b>p=0.015</b>	
Gelir Düzeyini Algılama Durumu	Kötü	34	13.6	12.76±3.28	6.79±2.62	12.08±3.25	2.91±0.71	34.55±8.91
	Orta	111	44.4	14.75±3.17	8.06±2.12	13.63±3.11	3.24±1.05	39.69±7.51
	İyi	105	42.0	16.09±3.52	8.98±2.89	15.79±4.28	3.66±1.29	44.53±10.40
	<b>Test Değeri</b> <b>Önemlilik</b>			F=13.537 <b>p=0.000</b>	F=10.179 <b>p=0.000</b>	F=16.697 <b>p=0.000</b>	F=7.129 <b>p=0.001</b>	F=17.886 <b>p=0.000</b>
Ailede Ruhsal Hastalık Öyküsü	Var	83	33.2	15.46±3.96	8.66±2.92	14.28±4.05	3.55±1.39	41.97±10.94
	Yok	167	66.8	14.83±3.24	8.08±2.46	14.34±3.82	3.28±1.01	40.55±8.87
<b>Test Değeri</b> <b>Önemlilik</b>			t=1.556 p=0.180	t=1.321 p=0.102	t=0.005 p=0.912	t=1.065 p=0.086	t=1.592 p=0.273	

Tablo 4.4’de ŞİLÖ alt boyut ve toplam puan ortalamalarına göre yaş grupları karşılaştırıldığında; ölçeğin alt boyutlarından mesleki işlevsellik ve günlük yaşam becerileri ile yaş grupları arasında istatistiksel olarak önemli bir fark belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Cinsiyet ile ŞİLÖ alt boyut ve toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında; cinsiyet ile sosyal işlevsellik ve günlük yaşam becerileri alt boyutları ile ŞİLÖ toplam puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak önemlidir ( $p<0.05$ ). ŞİLÖ alt boyut ile toplam puan ortalamalarının eğitim düzeyiyle olan ilişkisine bakıldığında; eğitim düzeyi ile sosyal işlevsellik, sağlık ve tedavi alt boyutları ve ŞİLÖ toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak önemli fark tespit edilmiştir ( $p<0.05$ ).

Medeni durum ile ŞİLÖ alt boyut ve toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında; medeni durum ile sosyal işlevsellik, mesleki işlevsellik alt boyutları ve ŞİLÖ toplam puan ortalaması arasındaki farkın önemli olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Gelir düzeyini algılama durumuyla ŞİLÖ alt boyut ve toplam puan ortalamaları incelendiğinde; gelir düzeyini algılama ile ŞİLÖ ölçeğinin tüm alt boyutları ve toplam puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu tespit edilmiştir ( $p<0.05$ ). ŞİLÖ alt boyut ve toplam puan ortalamalarının ailede ruhsal hastalık öyküsüyle olan ilişkisine bakıldığında; ailede ruhsal hastalık öyküsü ile ŞİLÖ ölçeğinin tüm alt boyutları ve toplam puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı saptanmıştır ( $p>0.05$ ).



Tablo 4.5’de Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre RHİDÖ Alt boyut ve Ölçek Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması verilmiştir.

**Tablo 4.5.** Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre RHİDÖ Alt Boyut ve Ölçek Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tanıtıcı Özellikler				Yabancılaşma	Kalıp Yarguların Onaylanması	Algılanan Ayrımcılık	Sosyal Geri Çekilme	Damgalanmaya Karşı Direnç	RHİDÖ Toplam Puan
		N	%						
<b>Yaş Grupları</b>									
	18-28	52	20.8	17.90±3.18	19.66±3.64	14.34±2.57	17.51±2.94	12.30±1.82	81.72±12.41
	29-39	91	36.4	18.02±3.14	19.60±3.52	14.81±2.53	17.75±2.74	12.20±1.81	82.40±10.74
	40-50	95	38.0	16.89±3.04	18.62±2.89	14.01±2.54	17.06±2.64	11.87±1.73	78.46±9.42
	51 ve üzeri	12	4.8	16.83±10.31	17.16±2.20	12.25±1.42	15.08±3.17	11.75±2.00	73.08±12.71
	<b>Test Değeri</b>			KW=13.436	KW=7.083	KW=15.305	KW=7.321	KW=4.736	KW=12.556
	<b>Önemlilik</b>			<b>p=0.004</b>	p=0.069	<b>p=0.002</b>	p=0.062	p=0.192	<b>p=0.006</b>
<b>Cinsiyet</b>									
	Erkek	200	80.0	17.15±3.14	18.78±3.04	14.14±2.56	17.08±2.63	11.96±1.80	79.11±10.02
	Kadın	50	20.0	18.94±5.34	20.46±4.01	14.88±2.48	18.26±3.28	12.54±1.71	85.08±13.05
	<b>Test Değeri</b>			t=1.177	t=1.298	t=0.261	t=0.572	t=0.004	t=1.811
	<b>Önemlilik</b>			<b>p=0.003</b>	<b>p=0.001</b>	p=0.067	<b>p=0.008</b>	<b>p=0.043</b>	<b>p=0.001</b>
<b>Eğitim Düzeyi</b>									
	Okur-yazar	20	8.0	17.95±7.35	19.10±2.19	13.75±1.86	16.90±2.90	12.30±1.78	80.00±9.26
	İlköğretim	93	37.2	17.16±3.18	18.54±2.83	14.12±2.24	17.27±2.48	11.67±1.52	78.76±9.28
	Ortaöğretim	109	43.6	17.28±3.21	19.00±3.20	14.13±2.76	17.14±2.79	12.16±1.95	79.73±10.73
	Yüksek okul	28	11.2	19.25±3.55	21.53±4.72	15.78±2.75	18.39±3.66	12.92±1.71	87.89±14.79
	<b>Test Değeri</b>			KW=13.245	KW=15.039	KW=12.956	KW=7.290	KW=12.125	KW=12.862
	<b>Önemlilik</b>			<b>p=0.004</b>	<b>p=0.002</b>	<b>p=0.005</b>	p=0.063	<b>p=0.007</b>	<b>p=0.005</b>
<b>Medeni Durum</b>									
	Evli	46	18.4	17.45±3.94	20.02±3.96	14.54±2.86	17.91±3.48	12.39±1.69	82.32±13.72
	Bekâr	204	81.6	17.52±3.72	18.92±3.12	14.23±2.48	17.18±2.63	12.00±1.81	79.85±10.19
	<b>Test Değeri</b>			t=1.688	t=1.927	t=1.878	t=0.108	t=0.006	t=1.724
	<b>Önemlilik</b>			p=0.912	<b>p=0.042</b>	p=0.455	p=0.111	p=0.194	p=0.168

**Tablo 4.5.** Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre RHİDÖ Alt Boyut ve Ölçek Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (Devamı)

Tanıtıcı Özellikler				Yabancılaşma	Kalıp Yargıların Onaylanması	Algılanan Ayrımcılık	Sosyal Geri Çekilme	Damgalanmaya Karşı Direnç	RHİDÖ Toplam Puan
		N	%						
<b>Gelir Düzeyini Algılama Durumu</b>									
	Kötü	34	13.6	18.11±6.16	19.05±3.17	14.29±2.54	17.47±2.74	11.82±1.44	80.76±10.71
	Orta	111	44.4	18.02±2.92	19.98±3.13	14.71±2.23	17.87±2.71	12.22±1.85	82.81±10.38
	İyi	105	42.0	16.77±3.43	18.23±3.34	13.83±2.81	16.67±2.83	12.00±1.84	77.49±11.02
	<b>Test Değeri</b>			F=3.592	F=7.900	F=3.199	F=5.109	F=0.788	F=6.696
	<b>Önemlilik</b>			<b>p=0.029</b>	<b>p=0.000</b>	p=0.43	<b>p=0.007</b>	p=0.456	<b>p=0.001</b>
<b>Ailede Ruhsal Hastalık Öyküsü</b>									
	Var	83	33.2	17.51±3.77	19.30±3.98	14.48±3.17	17.43±3.03	12.40±2.04	81.14±12.86
	Yok	167	66.8	17.50±3.76	19.03±2.93	14.19±2.19	17.25±2.70	11.91±1.64	79.89±9.85
	<b>Test Değeri</b>			t=1.249	t=1.181	t=1.833	t=1.140	t=0.718	t=1.058
	<b>Önemlilik</b>			p=0.986	p=0.553	p=0.399	p=0.642	<b>p=0.041</b>	p=0.398

Tablo 4.5’de RHİDÖ alt boyut ve toplam puan ortalamalarına göre yaş grupları kıyaslandığında; ölçeğin alt boyutlarından kalıp yargıların onaylanması, algılanan ayrımcılık, sosyal geri çekilme ve RHİDÖ toplam puan ortalamaları ile yaş grupları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu tespit edilmiştir ( $p<0.05$ ). Cinsiyet ile RHİDÖ alt boyut ve toplam puan ortalamaları incelendiğinde; cinsiyet ile yabancılaşma, kalıp yargıların onaylanması, sosyal geri çekilme, damgalanmaya karşı direnç alt boyutları ile RHİDÖ toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemlidir ( $p<0.05$ ). RHİDÖ alt boyut ile toplam puan ortalamalarının eğitim düzeyiyle olan ilişkisi karşılaştırıldığında; eğitim düzeyi ile yabancılaşma, kalıp yargıların onaylanması, algılanan ayrımcılık, damgalanmaya karşı direnç alt boyutları ve RHİDÖ toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak önemli fark olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

Medeni durum ile RHİDÖ alt boyut ve toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında; medeni durum ile kalıp yargıların onaylanması alt boyutu arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Gelir düzeyini algılama durumuyla RHİDÖ alt boyut ve toplam puan ortalamaları incelendiğinde; gelir düzeyini algılama ile yabancılaşma, kalıp yargıların onaylanması, sosyal geri çekilme alt boyutları ile RHİDÖ toplam puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ( $p<0.05$ ). RHİDÖ alt boyut ve toplam puan ortalamalarının ailede ruhsal hastalık öyküsüyle olan ilişkisi karşılaştırıldığında; ailede ruhsal hastalık öyküsü ile damgalanmaya karşı direnç alt boyutu arasındaki farkın önemli olmadığı saptanmıştır ( $p>0.05$ ).

Tablo 4.6 da ŞİLÖ Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamaları ile RHİDÖ Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması verilmiştir.

**Tablo 4.6.** ŞİLÖ Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamaları ile RHİDÖ Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

ÖLÇEKLER		RHİDÖ					TOPLAM	
		Yabancılaşma	Kalıp Yargıların Onaylanması	Algılanan Ayrımcılık	Sosyal Geri Çekilme	Damgalanmaya Karşı Direnç		
ŞİLÖ	Sosyal İşlevsellik	R	-.264**	-.210**	-.211**	-.261**	.089	-.257**
		P	.000	.001	.001	.000	.162	.000
	Sağlık ve Tedavi	R	-.177**	-.183**	-.181**	-.246**	.244**	-.182**
		P	.005	.004	.004	.000	.000	.004
	Günlük Yaşam Becerileri	R	-.411**	-.441**	-.353**	-.413**	.084	-.451**
		P	.000	.000	.000	.000	.185	.000
	Mesleki İşlevsellik	R	-.261**	-.298**	-.269	-.285**	.125*	-.296**
		P	.000	.000	.000	.000	.049	.000
	TOPLAM	R	-.343**	-.341**	-.302	-.364**	.148*	-.362**
		P	.000	.000	.000	.000	.019	.000

\*\*p<0.05

Tablo 4.6 da ŞİLÖ alt boyut ve toplam puan ortalamaları ile RHİDÖ alt boyut ve toplam puan ortalamaları incelendiğinde; ŞİLÖ sosyal işlevsellik, sağlık ve tedavi, günlük yaşam becerileri, mesleki işlevsellik alt boyutları ve toplam puan ortalaması ile RHİDÖ yabancılaşma, kalıp yargıların onaylanması, algılanan ayrımcılık, sosyal geri çekilme alt boyutları ve toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (p<0.05). Bu veriler doğrultusunda içselleştirilmiş damgalanma arttıkça işlevsel iyileşme düzeyi azalmaktadır.

## 5. TARTIŞMA

Şizofreni hastalarında damgalanmanın işlevsel iyileşmeye etkisini belirlemek amacıyla yapılan bu araştırmanın bulguları ilgili literatür bilgileri doğrultusunda tartışılmıştır.

Araştırma kapsamındaki hastaların çoğunun erkek, 40-50 yaş grubunda, ortaöğretim mezunu, bekar, gelir düzeyini algılama durumunun orta olduğu, ailede ruhsal hastalık öyküsünün olmadığı saptanmıştır (Tablo 4.1). Assefa ve ark. şizofreni hastalarında yaptığı araştırmada, hastaların çoğunluğunun erkek, ortaöğretim mezunu ve bekar olduğu saptanmıştır (7). QinWang ve ark. şizofreni hastalarında yapmış olduğu araştırmada hastaların çoğunun eğitim düzeyinin lise düzeyinden düşük olduğu, çalışmadığı bulunmuştur. Araştırmanın sonuçları bu bulgularla paralellik göstermektedir (46). Hastalığın erken yaşlarda başlayıp ilerleyen yaşlarda seyrinin artması ve hastalığın birey üzerinde kendi kendine yetme düzeyinde meydana getirdiği azalmadan dolayı hastaların aile kurmalarında, eğitim hayatına başlayıp ve devam ettirmelerinde, çalışma hayatında aktif bir şekilde rol alıp sürdürmelerinde zorluk yaşadıkları düşünülebilir.

Araştırmada ŞİLÖ toplam puan ortalaması  $41.02 \pm 9.61$  olarak bulunmuştur (Tablo 4.2). ŞİLÖ toplam puan ortalaması dikkate alındığında hastaların işlevsel iyileşme düzeylerinin düşük olduğu saptanmıştır. Benitez ve ark. şizofreni hastalarında yaptığı araştırmada işlevsellik düzeyinin düşük olduğu bulunmuştur (12). Kavak ve İkinci şizofreni hastalarında yapmış oldukları çalışmada işlevsel iyileşme düzeyi düşük bulunmuştur (42). Yılmaz ve Okanlı şizofreni hastalarında yapmış olduğu araştırmada işlevsel iyileşme düzeyinin düşük olduğu saptanmıştır (47). Hastalığın oluşturduğu belirtiler ve bununla birlikte hastada meydana gelen beceri kaybı nedeniyle; hastaların işlevsellik düzeyinde düşüş olduğu söylenebilir.

Araştırmada RHİDÖ toplam puan ortalaması  $80.31 \pm 10.94$  olarak bulunmuştur (Tablo 4.3). RHİDÖ toplam puan ortalaması dikkate alındığında hastaların içselleştirilmiş damgalanma düzeyinin yüksek olduğu saptanmıştır. Gerlinger ve ark. yaptığı araştırmada şizofreni hastalarında içselleştirilmiş damgalanma düzeyi yüksek olarak saptanmıştır (32). Yılmaz ve Okanlı şizofreni hastalarında yapmış olduğu çalışmada şizofreni hastalarının damgalanma durumunun diğer ruhsal hastalık gruplarına göre daha yüksek düzeyde olduğu bulunmuştur (44). Olçun ve Altuntaş şizofreni hastalarında yapmış oldukları çalışmada damgalanmanın yüksek olduğu belirlenmiştir (45). Brohan ve ark. şizofreni hastalarında yaptığı çalışmada damgalanma oranının yüksek olduğu saptanmıştır (48). Arslantaş ve ark.

psikiyatri polikliniğine ilk kez başvuran hastalarda yaptığı çalışmada damgalanmanın yüksek olduğu saptanmıştır (28). Şizofreni hastalığının yeti yitimiyle giden doğası, tekrarlayan atak evreleri, toplumun bu hastalara karşı oluşturduğu olumsuz söz ve davranışlar hastalarda hem bireysel damgalanma hem de toplum tarafından damgalanma düzeyini artırabileceği düşünülebilir.

Araştırmaya katılan hastaların yaş gruplarına göre işlevsel iyileşme düzeyleri incelendiğinde; yaş grupları ile ŞİLÖ alt boyutlarından mesleki işlevsellik ve günlük yaşam becerileri arasında istatistiksel olarak önemli fark bulunmuştur ( $p<0.05$ ), (Tablo 4.4). Genç hastaların işlevsellik düzeyleri daha düşük bulunmuştur. Taktak ve ark. şizofreni hastalarında yaptıkları araştırmada genç hastaların sosyal işlevsellik puanlarının daha düşük olduğu saptanmıştır (49). Genç hastaların yaşlı şizofreni hastalarına oranla daha fazla hastalıktan etkilenmesi ve hastalıkla daha zor başa çıkabilmeleri bu durumun nedeni olarak düşünülebilir. Araştırmada hastaların cinsiyetlerine göre işlevsel iyileşme düzeyleri incelendiğinde; cinsiyet ile ŞİLÖ alt boyutlarından sosyal işlevsellik ve günlük yaşam becerileri ve ŞİLÖ toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak önemli fark saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Erol ve ark. şizofreni hastalarında yapmış olduğu araştırmada hastanın cinsiyeti ile sosyal işlevsellikleri arasında istatistiksel açıdan önemli bir fark bulunmamıştır (37). Kavak ve Ekinci şizofreni hastalarında yaptığı çalışmada cinsiyet ile ŞİLÖ alt boyut ve toplam puan arasında istatistiksel olarak önemli bir fark saptanmamıştır (14). Bu durumun nedeni olarak araştırmaya katılan şizofreni hastalarının çoğunluğunun erkek olması gösterilebilir. Araştırma kapsamına alınan hastalar eğitim düzeylerine göre ŞİLÖ açısından değerlendirildiğinde; eğitim düzeyi ile ölçeğin sosyal işlevsellik, sağlık ve tedavi alt boyutları ve ŞİLÖ toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak önemli fark tespit edilmiştir ( $p<0.05$ ). Eğitim düzeyinin artmasıyla işlevsel iyileşme düzeyinde artış olduğu saptanmıştır. Xiang ve ark. şizofreni hastalarında yaptıkları çalışmada hastaların eğitim durumu yükseldikçe negatif belirtilerin daha az görüldüğü ve işlevselliklerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (50). Sevindik ve ark. şizofreni hastalarında yapmış olduğu farklı bir çalışmada, hastanın eğitim durumu arttıkça sosyal işlevselliğin arttığı saptanmıştır (31). McGurka ve Meltzer şizofreni hastalarında yaptığı çalışmada eğitim durumunun artmasının işlevselliği olumlu yönde etkilediği bulunmuştur (51). Hastanın eğitim durumu yükseldikçe hastalığın başlama yaşının geç olması, böylece işlevselliğin ve bazı becerilerinin daha iyi düzeyde olması ve hastaların eğitim ile birlikte sosyalleşmesine katkı sağlayıp bazı sosyal becerilerini daha fazla geliştirmesi bu durumun nedeni olarak düşünülebilir. Araştırmada hastalar medeni

durumlarına göre işlevsel iyileşme düzeylerine bakıldığında; medeni durum ile sosyal işlevsellik, mesleki işlevsellik alt boyutları ve ŞİLÖ toplam puan ortalaması arasındaki farkın önemli olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Evlenmenin işlevsel iyileşmeyi artırdığı bulunmuştur. Erol ve ark. şizofreni hastalarında yaptıkları çalışmada evli olan hastaların bekar olan hastalara göre işlevsellik puan ortalamalarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (15). Bu durumun evli olan hastaların bekar olan hastalara göre ev içerisindeki ortamın hastanın kendisini yalnız hissetmesini önleyerek, ihtiyaçlarının karşılanma düzeyinin daha yüksekte tutulması sağlanarak ve aile ortamının verdiği psikolojik destekle tedaviye yardımcı olma etkisi kullanılarak hastanın işlevselliğine katkıda bulunduğu düşünülebilir. Araştırmada hastalar gelir düzeyini algılama durumuyla ŞİLÖ alt boyut ve toplam puan ortalamaları yönünden değerlendirildiklerinde; gelir düzeyini algılama ile ŞİLÖ ölçeğinin tüm alt boyutları ve toplam puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu tespit edilmiştir ( $p<0.05$ ). Gelir düzeyini iyi algılayan hastalarda işlevsel iyileşme düzeyinin yüksek olduğu saptanmıştır. Maddi açıdan kendini iyi hisseden hastaların sosyal ortamlara daha kolay katılabilmeleri, kendi becerilerini daha iyi kullanabilmeleri, günlük yaşam aktivitelerini sürdürmelerine olanak sağlayarak işlevsel iyileşme düzeylerini artırdıkları söylenebilir. Araştırmaya katılan hastalar ailede ruhsal hastalık öyküsüyle ŞİLÖ alt boyut ve toplam puan ortalamalarıyla olan ilişkisine bakıldığında; ailede ruhsal hastalık öyküsü ile ŞİLÖ ölçeğinin tüm alt boyutları ve toplam puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı saptanmıştır ( $p>0.05$ ). Ailede ruhsal hastalık öyküsünün genel anlamda işlevsel iyileşme düzeyini etkilemediği bulunmuştur.

Araştırmada RHİDÖ alt boyut ve toplam puan ortalamalarına göre yaş grupları kıyaslandığında; ölçeğin alt boyutlarından kalıp yargıların onaylanması, algılanan ayrımcılık, sosyal geri çekilme ve RHİDÖ toplam puan ortalamaları ile yaş grupları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ), (Tablo 4.5). Yaş arttıkça damgalanmanın azaldığı görülmüştür. Yaşın artmasıyla beraber hastaların artık toplumun tutumuna alışması ve kendilerini toplumdaki diğerlerinden uzaklaştırarak daha izole bir hayat sürmeleri nedeniyle damgalanmaya daha az maruz kaldıkları söylenilebilir. Araştırmada cinsiyet ile RHİDÖ alt boyut ve toplam puan ortalamaları incelendiğinde; cinsiyet ile yabancılaşma, kalıp yargıların onaylanması, sosyal geri çekilme, damgalanmaya karşı direnç alt boyutları ile RHİDÖ toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Kadın hastalarda erkeklere oranla damgalanma oranı daha yüksek bulunmuştur. Yılmaz ve Okanlı yapmış oldukları çalışmada kadın hastalarda damgalanma

düzeyinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir (44). Bu durumun Türkiye'nin bölgeler arası kültür farklılığından kaynaklandığını söyleyebiliriz. Araştırmanın yapıldığı bölgede gerek kadınların hastaneye yatırılmak istenmemesi gerekse kadın olduğu için toplumsal damgalanmanın etkisiyle eş adayı olarak kadının tercih edilememesi korkusu, hem aile hem de kişinin kendisi tarafından şizofreni tanısının alınmak istenmemesine neden olabilmektedir. Bu durumun hastaneye gidiş, hastanede yatış sayılarını azalttığı, bireysel ve toplumsal damgalanma düzeyini artırdığı düşünülebilir. Araştırmada RHİDÖ alt boyut ile toplam puan ortalamalarının eğitim düzeyiyle olan ilişkisi karşılaştırıldığında; eğitim düzeyi ile yabancılaşma, kalıp yargıların onaylanması, algılanan ayrımcılık, damgalanmaya karşı direnç alt boyutları ve RHİDÖ toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak önemli fark olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Eğitim düzeyinin artışıyla damgalanma düzeyinde artış saptanmıştır. Eğitim düzeyinin artmasıyla birlikte hastaların hastalığın sebebi, seyri, tedavisi hakkında daha fazla araştırma yapma imkanı bulup, hastalıkla ilgili bir çok bilgiye ulaşması damgalanmanın artma sebebi olarak düşünülebilir. Araştırmada medeni durum ile RHİDÖ alt boyut ve toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında; medeni durum ile sadece kalıp yargıların onaylanması alt boyutu arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu, diğer alt boyutlar ve toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak önemli fark olmadığı saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Medeni durumun genel olarak damgalanmayı etkilemediği belirlenmiştir. Bunun nedeni olarak araştırma kapsamına alınan hastalarda evli olan şizofreni hasta sayısının az olması düşünülebilir. Araştırmada gelir düzeyini algılama durumuyla RHİDÖ alt boyut ve toplam puan ortalamaları incelendiğinde; gelir düzeyini algılama ile yabancılaşma, kalıp yargıların onaylanması, sosyal geri çekilme alt boyutları ile RHİDÖ toplam puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Gelir düzeyini iyi olarak algılayanlarda damgalanma düzeyi daha düşük bulunmuştur. Hastaların maddi açıdan kendi kendine yetebilme düzeyi arttıkça toplumun hastaya bakış açısının da olumlu yönde değişebileceği ve bununla birlikte hastaların daha az damgalanmaya maruz kaldıkları ve kendilerini yük olarak görmedikleri söylenebilir. Araştırmada RHİDÖ alt boyut ve toplam puan ortalamalarının ailede ruhsal hastalık öyküsüyle olan ilişkisi karşılaştırıldığında; ailede ruhsal hastalık öyküsü ile sadece damgalanmaya karşı direnç alt boyutu arasındaki farkın önemli olduğu ( $p<0.05$ ), diğer alt boyutlar ve toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak önemli bir fark olmadığı saptanmıştır ( $p>0.05$ ). Ailede ruhsal hastalık öyküsünün damgalanmayı genel olarak etkilemediği bulunmuştur.



Araştırmada ŞİLÖ alt boyut ve toplam puan ortalamaları ile RHİDÖ alt boyut ve toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında; iki ölçek arasında istatistiksel olarak negatif yönde anlamlı bir korelasyon tespit edilmiştir ( $p<0.05$ ), (Tablo 4.6). Bu veriler doğrultusunda içselleştirilmiş damgalanma düzeyi arttıkça işlevsel iyileşme düzeyi azalmaktadır. Lysaker ve ark şizofreni hastalarında yaptığı çalışmalarda içselleştirilmiş damgalanmanın sosyal işlevsellik üzerine olumsuz etki yaptığı bulunmuştur (52). Lysaker ve ark. şizofreni hastalarında yaptığı çalışmada damgalanmanın işlevsellik üzerine olumsuz etki yaptığı bulunmuştur (53). İçselleştirilmiş damgalanmanın artmasıyla birlikte hastaların kendilerini toplumdan uzaklaştırması, içe kapanması, bireysel ve toplumsal rollerini sürdürmelerinde zorluk yaşaması, kendilerini değersiz ve işe yaramaz hissetmesi işlevsel iyileşme düzeylerinin azalmasına neden olabilir.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Şizofreni hastalarında damgalanmanın işlevsel iyileşmeye etkisini belirlemek amacıyla yapılan bu araştırmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

- Hastaların çoğunun erkek, 40-50 yaş grubunda, ortaöğretim mezunu, bekâr, gelir düzeyini algılama durumunun orta olduğu, çalışmadığı, ailede ruhsal hastalık öyküsünün olmadığı,
- Hastalarda RHİDÖ alt boyut ve toplam puan ortalamalarının yüksek olduğu,
- Hastalarda ŞİLÖ alt boyut ve toplam puan ortalamalarının düşük olduğu,
- Araştırmada yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir düzeyini algılama durumu ile ŞİLÖ alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli fark olduğu,
- Araştırmada yaş, cinsiyet, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir düzeyini algılama durumu ile RHİDÖ alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli fark olduğu,
- Araştırmada ŞİLÖ alt boyut ve toplam puan ortalamaları ile RHİDÖ alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak negatif yönde korelasyon olduğu,

bulunmuştur.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- İçselleştirilmiş damgalanmaya neden olan faktörlerin belirlenip, hasta yakınlarına, sağlık çalışanlarına ve topluma eğitimler planlanması,
- Hastalarda işlevsel iyileşme düzeyini arttırmaya yönelik sağlık çalışanlarına eğitim verilmesi,
- İçselleştirilmiş damgalanmayla mücadele ve işlevsel iyileşme düzeyini artırmanın tedavide öneminin vurgulanması için daha büyük örneklem gruplarıyla benzer çalışmaların yapılması, önerilebilir.

## KAYNAKLAR

1. Lin CY, Chang CC, Wu TH, Wang JD. Dynamic changes of self-stigma, quality of life, somatic complaints and depression among people with schizophrenia: A pilot study applying kernel smoothers. *Stigma Health* 2016, 1: 29-43
2. Kavak F, Ünal S, Yılmaz E. Effects of relaxation exercises and music therapy on the psychological symptoms and depression levels of patients with schizophrenia. *Arch Psychiatr Nurs* 2016, 5: 1-5
3. World Health Organization, 2016
4. Binbay T. Türkiye'de psikoz epidemiyolojisi: Yaygınlık tahminleri ve başvuru oranları üzerine sistematik bir gözden geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2010, 21: 1-14
5. Alptekin K, Üçok A. Psikiyatri kliniğine yatırılan şizofreni ve psikotik bozukluğu olan hastaların tedavi rehberi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2014, 24: 276-88
6. Clark CM. Psychosocial treatments for schizophrenia: An evaluation of theoretically divergent treatment paradigm, and their efficacy. *Clin Schizophr Relat Psychoses* 2016 10: 41-50
7. Assefa D, Shibre T, Asher L, Fekadu A. Internalized stigma among patients with schizophrenia in Ethiopia: A cross-sectional facility-based study. *BMC Psychiatry* 2012, 12: 239-49
8. Yılmaz E, Okanlı A. The effect of internalized stigma on the adherence to treatment in patients with schizophrenia. *Arch Psychiatr Nurs* 2015, 7: 297–301
9. Hill K, Startup M. The relationship between internalized stigma, negative symptoms and social functioning in schizophrenia: The mediating role of self-efficacy. *Psychiatry Research* 2013, 206: 151–7
10. Holubova M, Prasko J, Latalova K, Ociskova M, Grambal A. Are self-stigma, quality of life, and clinical data interrelated in schizophrenia spectrum patients? Across-sectional out patient study. *Patient Prefer Adherence* 2016, 10: 265-74
11. Wang XO, Petrini M, Donald E. Morisky comparison of the quality of life, perceived stigma and medication adherence of Chinese with schizophrenia: A follow-up study. *Arch Psychiatr Nurs* 2016, 30: 41–6
12. Benitez I, Pino O, Padilla JL, Parra AC. Integrating scale data and patient perspectives for assessing functionality in schizophrenia. *J Commun Ment Health* 2015, 9: 1-7

13. Vaskinn A, Ventura J, Andreassen OA, Melle I, Sundet K. A social path to functioning in schizophrenia: From social self-efficacy through negative symptoms to social functional capacity. *Psychiatry Research* 2015, 228: 803-7
14. Kavak F, Ekinci M. Kendi evlerinde yaşayan ve korumalı evlerde yaşayan şizofreni hastalarının yaşam niteliklerinin ve işlevsel iyileşme düzeylerinin karşılaştırılması. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2014, 3: 15-7
15. Erol A, Ünal EK, Aydın E. Şizofrenide sosyal işlevselliği yordayan etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2009, 20: 313-21.
16. Yıldırım A, Hacıhasanoğlu R, Camcıoğlu TH, Erdiman S, Karaağac E. Effect of psychosocial skill straining on disease symptoms, Insight, Internalized Stigmatization, and Social Functioning in Patients with Schizophrenia. *Rehabilitation Nursing* 2015, 40: 341-48
17. Wang W, Zhang G, Tsui CM. Vocational rehabilitation improves in sight and social functioning of people with schizophrenia. *Int J Soc Psychiatry* 2015, 61: 515-25
18. Campellone TR, Fisher AJ, Ann M. Using social out comes to inform decision-making in schizophrenia: Relationships with symptoms and functioning. *J Abnorm Child Psychol* 2016, 25: 310–21
19. Çam O, Engin E. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı. 1. Baskı. İstanbul, İstanbul Tıp Kitapevi 2014: 411-30
20. Öztürk O, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 11. Baskı. Ankara, Nobel Tıp Kitabevleri, 2008: 242-60
21. Yüksel N. Ruhsal Hastalıklar. 3. Baskı. Ankara, Nobel Tıp Kitabevleri 2008: 221- 46
22. Özcan CT, Gürhan N. Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinin Temelleri. 1. Baskı. Ankara, Akademisyen Kitabevi 2016: 335-72
23. Fındıklıoğlu S. Şizofrenik Hastalarda Müzik Terapinin Ruhsal Durum Üzerine Etkileri. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: İstanbul Medipol Üniversitesi 2015
24. Köroğlu E. DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı. 1. Baskı. Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 2013: 43-53
25. Ayhan AY. Şizofreni Hastalarına Bakım Verenlerin Sağlık Eğitimi Gereksinimleri İle Bakım Yükleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Gazi Üniversitesi 2013

26. Gürhan N. Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği. 1. Baskı. Ankara, Nobel Tıp Kitabevleri 2016: 539-55
27. Taş S. Şizofreni Tedavisi Almış Bireylerin Taburculuk Sonrası Erken Dönemde Hemşirelik Bakım Gereksinimleri ve Öz-Bakım Güçlerinin Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ruh Sağlığı ve Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Antalya: Akdeniz Üniversitesi 2014
28. Arslantaş H, Gültekin BK, Söylemez A, Dereboy F. Bir üniversite hastanesi psikiyatri polikliniğine ilk kez başvuran hastaların damgalamayla ilgili inanç, tutum ve davranışları. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi* 2010, 11: 11-7
29. Yılmaz E. Şizofreni Hastalarında İçselleştirilmiş Damgalanmanın Tedaviye Uyuma Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi 2012
30. Yıldız M, Özten E, Işık S, Özyıldırım İ, Karayün D, Cerit C, Üçok A. Şizofreni hastaları, hasta yakınları ve majör depresif bozukluk hastalarında kendini damgalama. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2012, 13: 1-7
31. Sevindik CS, Özer ÖA, Kolat U, Önem R. Major depresif bozukluğu veya psikotik bozukluğu bulunan hastalarda içselleştirilmiş damgalanma ve işlevsellik üzerine etkisi. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni* 2014, 48: 198-207
32. Gerlinger G, Hauser M, Hert MD, Lacluyse K, Wampers M, Correll CU. Personal stigma in schizophrenia spectrum disorders: a systematic review of prevalence rates, correlates, impact and interventions. *World Psychiatry* 2013, 12: 155-64
33. Hofer A, Mizuno Y, Apor BF, Kemmler G, Suzuki T, Pardeller S, Welte AS, and et all. Resilience, internalized stigma, self-esteem, and hopelessness among people with schizophrenia: cultural comparison in Austria and Japan. *Schizophr. Res* 2016, 171: 86-91
34. Işık E, Barlas GÜ. Psikiyatri hemşireleri için bir alan: şizofrenide duygu tanıma ve sosyal işlevsellik. *JAREN* 2016, 2: 92-6
35. Kavak F. Şizofreni Hastalarında Yoganın İşlevsel İyileşme Düzeyine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi 2016
36. Kavak F. Kendi Evlerinde Yaşayan Ve Korunmalı Evlerde Yaşayan Şizofreni Hastalarının Yaşam Niteliklerinin Ve İşlevsel İyileşme Düzeylerinin Karşılaştırılması. Sağlık

- Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi 2011
37. Erol A, Delibaş, Bora Ö, Mete L. The impact of insight on social functioning in patients with schizophrenia. *Int J Soc Psychiatry* 2015, 61: 379-85
  38. Kaya Y. Şizofreni Hastalarının Sosyal İşlevsellikleri ve Hastalara Bakım Veren Yakınlarının Bakım Yüğü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi 2013
  39. Yılmaz E. Şizofreni Hastalarında Farkındalık Temelli Psikososyal Beceri Eğitiminin İşlevsel İyileşme ve İçgörü Düzeyine Etkisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi 2016
  40. Emiroğlu B. Şizofreni hastalarında işlevsel iyileşme ölçeğinin Türkçe versiyonunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2009, 46: 15-24
  41. Aydemir Ö. Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler, 7. Baskı. Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 2014: 481-98
  42. Kavak F, Ekinci M. The Effect of Yoga on Functional Recovery Level in Schizophrenic Patients. *Arch Psychiatr Nurs* 2016, 30: 761-7
  43. Ersoy MA, Varan A. Ruhsal hastalıklarda içselleştirilmiş damgalanma ölçeği Türkçe formunun güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2007,18: 163-71.
  44. Yılmaz E, Okanlı A. The effect of internalized stigma on the adherence to treatment in patients with schizophrenia. *Arch Psychiatr Nurs* 2015, 29: 297-301.
  45. Olçun Z, Altuntaş ÖŞ. The Correlation Between Schizophrenic Patients' Level of Internalized Stigma and Their Level of Hope. *Arch Psychiatr Nurs* 2017, 31: 332-37
  46. Wang XQ, Petrini M, Morisky DE. Comparison of the quality of life, perceived stigma and medication adherence of chinese with schizophrenia: a follow- up study. *Arch Psychiatr Nurs* 2016, 30: 41-6
  47. Yılmaz E, Okanlı A. Test of mindfulness-based psychosocial skills training to improve insightand functional recovery in schizophrenia. *West J Nurs Res* 2017, 7: 1-17
  48. Brohan E , Elgie R, Sartorius N, Thornicroft G, GAMIAN–Europe Study Group. Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with schizophrenia in 14 European countries. *Schizophr. Res* 2010, 122: 232-8.
  49. Taktak Ş, Erkıran M, Karşıdağ Ç, Özeren M, Alpay N. Şizofren olgularda aile işlevselliğinin algılanması, sosyo-demografik ve klinik özelliklerle ilişkisi üzerine bir çalışma. *Düşünen Adam* 2000, 13: 196-203

50. Xiang YT, Shum D, Chiu HFK, Tang WK, Ungvari GS. Association of demographic characteristics, symptomatology, retrospective and prospective memory, executive functioning and intelligence with social functioning in schizophrenia. *Aust N Z J Psychiatry* 2010, 44: 1112 – 7
51. McGurka SR, Meltzer HY. The role of cognition in vocational functioning in schizophrenia. *Schizophr Res* 2000, 45: 175–84.
52. Lysaker PH, Vohs JL, Tsai J. Negative symptoms and concordant impairments in attention in schizophrenia: associations with social functioning, hope, self esteem and internalized stigma. *Schizophr Res* 2009, 110: 165-72
53. Lysaker PH, Roe D, Yanos PT. Toward understanding the insight paradox: internalized stigma moderates the association between insight and social functioning, hope and self-esteem among people with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophr Bull* 2007, 33: 192-9

## **EKLER**

### **EK-1. Özgeçmiş**

1991 yılında Elazığ'da doğdu. İlk, orta ve lise eğitimini Elazığ'da tamamladı. 2013 yılında Fırat Üniversitesi Elazığ Sağlık Yüksek Okulu'ndan mezun oldu. 2014 yılında Elazığ Ağın Toplum Sağlığı Merkezi'nde hemşire olarak çalışmaya başladı. 2015 yılında İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı'nda hemşirelik yüksek lisans programında lisansüstü eğitimine başladı.





## **EK-2. Tanıtıcı Özellikler Formu**

### **1. Yaş Grupları**

- a) 18-28      b) 29-39      c) 40-50      d) 51 ve üzeri

### **2. Cinsiyet**

- a) Erkek      b) Kadın

### **3. Medeni Durum**

- a) Evli      b) Bekâr

### **4. Eğitim Durumu**

- a) Okur-yazar      b) İlköğretim      c) Ortaöğretim      d) Yüksekokul

### **5. Gelir Düzeyini Algılama Durumu**

- a) Kötü      b) Orta      c) İyi

### **6. Ailede Ruhsal Hastalık Öyküsü**

- a) Var      b) Yok

### **EK-3. Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği**

#### **1. Sosyal İşlevsellik**

**Sosyal İlişkilerde Kendini Ortaya Koyabilme** (Sosyal ortamlarda hastanın kendisini ortaya koyma, kendini ifade edebilme becerisi)

1. Yok: Hasta kendini ortaya koyamaz. Hasta bazen etrafındakiler tarafından kötü muamele görmeye ses çıkarmaz.
2. Kısmen var: Hasta sosyal ortamlarda pasiftir ve sadece arkadaş canlısı ortamlarda kendini ortaya koyabilir.
3. Yeterince var: Hasta herhangi bir ortamda kendisini yalnızca kısmen ortaya koyabilir.
4. Neredeyse tamamen var: Hasta her ortamda kendisini ortaya koyabilir.
5. Mükemmel derecede var: Hasta her ortamda kendisini ortaya koyabilir hatta etrafındakiler üstünde etki bırakabilir.

**Sosyal Hayata ve/ veya Bir Derneğe Katılım**(Politik olaylardan haberdar olmak, oy kullanmak, derneklere üye olmak vb.)

1. Yok: Hasta sosyal veya politik olaylarla hiç ilgilenmez.
2. Kısmen var: Hastanın sosyal ya da politik olaylara ilgisi belli belirsizdir ve kişisel olarak bu olaylara dâhil olmaz.
3. Yeterince var: Hasta sosyal ve politik olaylarla ilgilidir ancak katılımı sınırlıdır.
4. Neredeyse tamamen var: Hasta sosyal ve politik olaylarla ilgilidir ve eğer katılımı istenirse katılır.
5. Mükemmel derecede var: Hasta sosyal ve politik olaylarla ilgilidir ve aktif olarak katılır; dernek etkinliklerine katılır.

**Kişisel Aktiviteler** (Kişisel ilgi alanlarına zaman ayırma, boş zamanları değerlendirebilme becerisi, örneğin; sportif faaliyetler, kitap okuma, el becerilerini geliştirme gibi hobiler)

1. Yok: Hastanın hiçbir kişisel ilgi alanı yoktur veya hobilerini sürdüremez. Hasta, boş zamanlarında hareketsizdir.
2. Kısmen var: Hastanın birkaç ilgi alanı vardır ve kişisel aktiviteleri sınırlı ya da basmakalıptır veya dışarıdan zorlamayla gerçekleşir.
3. Yeterince var: Hasta, boş zamanlardaki etkinliklere kendiliğinden katılma konusunda belirli bir isteksizlik gösterir. Bazı ilgi alanları vardır ama bunları sürdürmekte zorlanırlar.
4. Neredeyse tamamen var: Hastanın kendiliğinden başlattığı ve zaman içinde sürdürebildiği kişisel ilgi alanları vardır. İlgi alanları görece sınırlıdır.

5. Mükemmel derecede var: Hasta, farklı türlerde birkaç etkinliğe gönüllü olarak, kendiliğinden ve düzenli olarak katılır.

**İletişim ve Bilgilenme**(Yaygın bilgi kaynaklarının kullanımı. Örneğin; gazete, dergi, televizyon, radyo gibi ya da iletişim kaynaklarının kullanılması, telefon, posta, elektronik posta gibi)

1. Yok: Hasta yaygın bilgi ve iletişim kaynaklarını kendi başına kesinlikle kullanamaz.
2. Kısmen var: Hasta sadece kesinlikle gerekli olduğu hallerde bilgi ve iletişim kaynaklarını kullanır.
3. Yeterince var: Hasta zaman zaman bazı iletişim ve bilgi kaynaklarını kullanır.
4. Nerdeyse tamamen var: Hasta çoğu yaygın iletişim ve bilgi kaynaklarını kullanır.
5. Mükemmel derecede var: Hasta erişiminin olduğu tüm iletişim ve bilgi kaynaklarını düzenli olarak kullanır.

**Aile ve Arkadaşlar** (Aile bireyleri ve arkadaşlarla olan iletişim kalitesi, görüşme sıklığı)

1. Yok: Hastanın ailesiyle iletişimi yoktur ve arkadaşı yoktur.
2. Kısmen var: Hastanın ailesi ve arkadaşlarıyla nadir ve/veya pasif iletişimi vardır ve ilişkileri yüzeysel ve/veya düşük niteliklidir (agresif).
3. Yeterince var: Hastanın ailesi ve arkadaşlarıyla iletişimi vardır. İletişim düzensiz ve/veya seyrek. İyi nitelikli olabilen bazı ilişkilere kısmen dahil olurlar.
4. Neredeyse tamamen var: Hasta aile üyeleri ve arkadaşlarıyla ilişkilerini sürdürür ve bu ilişkilerde bazen inisiyatif alır.
5. Mükemmel derecede var: Hastanın aile üyeleri ve arkadaşlarıyla iyi nitelikli ilişkileri vardır. İletişim sıklıkla kurulur ve genellikle hasta iletişim kurma girişiminde bulunur.

**Yaşam İçin Gerekli Olan Sosyal Çevre** (Mağazalar, hizmetler, komşular...): uyumlu sosyal entegrasyon için gerekli olan ilişkiler

1. Yok: Hastanın herhangi bir sosyal çevreyle hiçbir teması ya da etkileşimi yoktur.
2. Kısmen var: Hastanın komşularıyla olan etkileşimi çok azdır ve kesinlikle gerekli olan dışında çok nadiren temasta bulunur.
3. Yeterince var: Hastanın komşularıyla bazı etkileşimleri olur. Bu etkileşimler mesafelidir ve nadiren hasta tarafından başlatılır. Hasta hayatı için gerekli olan sosyal çevresini sadece kısmen kullanır.
4. Nerdeyse tamamen var: Hasta sıklıkla komşularıyla etkileşim halindedir. Hasta, hayatı için gerekli olan sosyal çevresini düzenli olarak kullanır ancak kişisel ilişkiden kaçınır.

5. Mükemmel derecede var: Hasta komşularıyla ve hayatı için gerekli olan sosyal çevresiyle kendisinin başlattığı düzenli ve neşeli etkileşimlerde bulunur.

**Duygusal ve Cinsel İlişkiler**(Duygusal bir ilişki isteği ve bunu başarmak. Tatmin edici cinsel hayat.)

1. Yok: Hastanın duygusal bir ilişkisi yoktur ve olması için aramaz. Hastanın ne fantezilerinde ne de gerçekte cinsel bir etkinliği yoktur.

2. Kısmen var: Hastanın duygusal bir ilişkisi yoktur ama olmasını ister. Cinsel etkinlik tatmin edici değildir ve nadirdir.

3. Yeterince var: Hastanın verimsiz ve düzensiz duygusal ilişkileri vardır. Cinsel hayatı aralıktır.

4. Neredeyse tamamen var: Hastanın yeterince istikrarlı duygusal bir ilişkisi vardır. Cinsel etkinlik her zaman tatmin edici değildir.

5. Mükemmel derecede var: Hastanın, istekleri doğrultusunda, tatmin edici duygusal bir ilişkisi vardır. Cinsel hayatı tatmin edicidir.

## **2. Sağlık ve Tedavi**

**Hastalığın ve Tedavinin İdaresi** (Hastalıklarını, belirtilerini, tedavi programlarını, nüksetme işaretlerini bilme ve tedaviye uyum.)

1. Yok: Hasta, hastalığının adını bilmez veya belirtilerini ve tedavisini anlamaz; tedavi programına uymaz.

2. Kısmen var: Hastanın, hastalığı ve sonuçları hakkında çok sınırlı bilgisi vardır. Belirtilerin bazılarının farkındadırlar ancak bu belirtileri hastalığıyla ilişkilendiremez. Tedaviyi yeterince kavramaz ve uyumun gerekli olduğunu düşünmez.

3. Yeterince var: Hasta ilaçlarının isimlerini söyleyebilir ancak onları kullanmanın önemini gerçekten kavramaz.

4. Neredeyse tamamen var: Hasta hastalığını, temel belirtilerini ve sonuçlarını kavrar. İlaçlarının isimlerini söyleyebilir ve onları kullanmanın önemini anlar.

5. Mükemmel derecede var: Hasta, hastalığını, temel belirtilerini ve sonuçlarını kavrar. İlaçlarının isimlerini söyleyebilir ve tedavi programına tamamen uyar.

**Sağlık İdaresi** (Sağlığını korumak için gerekli önlemleri almak.)

1. Yok: Hasta sağlığını ve kişisel temizliğini tamamen ihmal etmiştir.

2. Kısmen var: Hasta, yalnızca acı hissederse veya işlevsel bir bozulma yaşarsa sağlığıyla ilgilenir.

3. Yeterince var: Hasta, özellikle de acı hissederse veya işlevsel bir bozulma yaşarsa kendi sağlığıyla ilgilenir. Kişisel temizliğin asgari kurallarına uymaya çalışır.
4. Neredeyse tamamen var: Hasta kendi sağlığıyla ilgilidir. Genel olarak temizlik ve beslenmenin temel kurallarına uyarlar.
5. Mükemmel derecede var: Hasta kendi sağlığıyla ilgili olarak endişelidir ve aktif bir biçimde tedavi ve önleyici tedbirler alır. Hasta temizlik ve beslenme kurallarına tamamen uyar.

### **Empati ve Başkalarına Yardım**

1. Yok: Hasta etrafındaki kişilere dikkat etmez ve başkalarıyla ilgilenmez.
2. Kısmen var: Hastanın etrafındaki kişilere karşı dikkati çok azdır ve hasta başkalarının sorunlarıyla ilgilenmez.
3. Yeterince var: Hasta etrafındaki kişilere ilgi gösterir ancak bu kişilerin sorunlarına karışmaz.
4. Neredeyse tamamen var: Hasta başkalarının sorunlarıyla aktif olarak ilgilenir ancak onlara yardım etmek için aldığı sorumluluk sınırlıdır.
5. Mükemmel derecede var: Hasta başka insanların sorunlarıyla kişisel olarak ilgilenir ve yardım etmekten memnuniyet duyar.

### **Tedavinin Yan Etkilerini İdare Etme** (Tedavinin yan etkilerini bilme, tanıma ve bu etkilerle başa çıkma becerisi.)

1. Yok: Hasta, tedavisinin yan etkileriyle tamamen ilgisiz görünür.
2. Kısmen var: Hasta tedavisinin yan etkileriyle yalnızca muğlak biçimde alakalıdır, yan etkileri tanımakta zorluk yaşar ve bunlarla baş etmek için yardım istemez.
3. Yeterince var: Hasta, tedavisinin yan etkileri konusunda yeterince alakalıdır. Yalnızca en rahatsız edici yan etkileri tanıyıp onlarla başa çıkabilir.
4. Neredeyse tamamen var: Hasta tedavisinin tüm yan etkileriyle alakalıdır. Neredeyse hepsini tanır ancak onlarla nasıl başa çıkacağını bilmesi şart değildir.
5. Mükemmel derecede var: Hasta tedavisinin olası tüm yan etkileriyle alakalıdır ve bu etkiler hakkında araştırma yapar. Tüm yan etkileri tanır ve onlarla başa çıkabilir.

### **3. Günlük Yaşam Becerileri**

#### **Biyolojik Ritimlere Uyum** (Hastanın uyanma/uyku, yemek saatleri gibi biyolojik ritimlere uyumu)

1. Yok: Hastanın yaşamla ilgili alışkanlıkları kesinlikle düzensizdir.
2. Kısmen var: Hasta, yalnızca başkası tarafından açıkça istendiğinde biyolojik ritimlere uyar.

3. Yeterince var: Hasta biyolojik ritimlere kendiliğinden ancak düzensiz biçimde uyar.
4. Neredeyse tamamen var: Hasta biyolojik ritimlere genellikle uyar ancak temel değişikliklere uyum sağlamakta zorlanır.
5. Mükemmel derecede var: Hasta her alanda ve her durumda biyolojik ritimlere uyar.

**Beslenme** (Yemek hazırlığı yapma; alış-veriş, düzenleme ve/veya (ailenin veya yaşanılan yerin) yemek saatlerine uyma becerisi.)

1. Yok: Hasta kendiliğinden tek başına alış-verişe çıkmaz ve yalnız yaşıyorsa kendi yemeğini hazırlamaz; ailesiyle ya da bir bakım evinde yaşıyorsa yemek saatlerine uymaz.
2. Kısmen var: Hasta nadiren yemek alış-verişine veya yemek hazırlığına dahil olur. Yalnızca, ondan uyulması istenirse yemek saatlerine uyar.
3. Yeterince var: Hasta kendi yemeğini öyle ya da böyle yeterli biçimde hazırlar ancak yemek kalitesi ve düzeni yetersizdir.
4. Neredeyse tamamen var: Hasta kendi yemeğini sağlamak konusunda görece kendine yeterlidir. Besin kalitesi ve yemek düzeni çoğu zaman yeterlidir.
5. Mükemmel derecede var: Hasta yemeğini hazırlamak konusunda kendine yeter. Besin kalitesi ve yemek düzeni yeterlidir.

**İdari ve Finansal Yönetim** (Olağan harcamaların idaresi, fatura ödemeleri, idari işler, sahip olduğu hakları bilme, mal varlığının idaresi)

1. Yok: Hasta olağan harcamalarını idare edemez ve tüm idari işlerde dışarıdan yardıma ihtiyaç duyar.
2. Kısmen var: Hasta günlük harcamalarını idare edebilir ama bütçe ve çoğu idari iş konusunda yardıma ihtiyaç duyar.
3. Yeterince var: Hasta kendi kişisel bütçesini ayarlayabilir. Tek başına faturalarını ödeyebilir ve harcamalarını ve giderlerini kontrol edebilir.
4. Neredeyse tamamen var: Hasta tüm faturaları ve idari işleri kendi başına halledebilir. Hasta tüm haklarından ve mal varlığından haberdar değildir.
5. Mükemmel derecede var: Hasta tüm faturalarını ve idari işlemleri kendi başına halledebilir. Hasta haklarından ve mal varlığından haberdardır.

**Kişisel Görünüm ve Bakım** (Görünüş, kişisel hijyen, kıyafetlerin temizliği)

Daha önceki alışkanlıklar ve sosyal-kültürel ortamla kıyaslanarak değerlendirilecektir.

1. Yok: Hasta kirli ve dağınıktır, korkmaktadır. Görünüşünü ve bakımını ihmal eder. Birbirleriyle uyumsuz ve uygun olmayan kıyafetler giyer.

2. Kısmen var: Hastanın görünüşü ve/veya bakımı vasatın altındadır. Görünüşü oldukça ihmal edilmiştir ve kıyafetleri birbirleriyle uyumsuz olabilir veya uygun olmayabilir.
3. Yeterince var: Uygun bir bakım düzeyini sürdürmekte zorluk yaşıyor gibi görünmesine rağmen hastanın görünüşünde sadece hafifçe bir ihmal vardır.
4. Neredeyse tamamen var: Hastanın zaman zaman bakımla ilgili problemleri olur veya bazen görünüşünü ihmal eder. Bu çok nadiren olur ve önemli sonuçlar doğurmaz.
5. Mükemmel derecede var: Hastanın iyi bir görünüşü vardır ve bakımlıdır; giyimine dikkat eder.

**Agresif, Saldırgan veya Anti-sosyal Davranışın Kontrolü** (Agresif Davranış ve/veya kanunların ve toplum hayatının kurallarının hiçe sayılması)

1. Yok: Hasta agresif duygularına hakim olmaz. Kanunları sıklıkla ve/veya ciddi biçimde çiğner.
2. Kısmen var: Hasta agresif duygularına sadece kısmen hakim olur. Kanunlara veya toplum hayatının kurallarına her zaman uymaz.
3. Yeterince var: Hasta neredeyse her zaman agresif davranışına hakim olur. Kanunlara uyar ve toplum hayatının kurallarıyla ilgili nadiren sorun yaşar.
4. Neredeyse tamamen var: Hasta agresif duygularına hakim olur, bu duyguları sadece sözel olarak ifade eder. Kanunlara uyar ve genellikle toplum hayatının kurallarına da uyar.
5. Mükemmel derecede var: Hasta tüm agresif davranışlarına ve sözel agresyonuna hakim olur. Kanunlara ve toplum hayatının kurallarına harfi harfine uyar.

**Strese ve Beklenmeyen Durumlara Uyum Sağlama** (Uyabilme becerisi, duygusal kontrol, başa çıkma mekanizmaları)

1. Yok: Hasta, en ufak sıkıntıya uygunsuz biçimde tepki verir. Ortaya çıkabilecek beklenmedik herhangi bir problemle başa çıkmak için hazırlıklı değildir.
2. Kısmen var: Hasta bazı problemlerle başa çıkabilir ama hemen bunalır.
3. Yeterince var: Hasta stresle başa çıkabilir ancak sorunlar tekrarlandığında ya da ciddi bir hal aldığı anda bunalır.
4. Neredeyse tamamen var: Hasta, günlük hayattaki stres ve sorunlarıyla iyi bir biçimde başa çıkar ancak büyük ve beklenmedik strese karşı oldukça hassastır.
5. Mükemmel derecede var: Hastanın duygusal kontrolü iyidir ve her durumda etkili baş etme mekanizmaları kullanır.

#### 4. Mesleki İşlevsellik

**Ev İşi Etkinlikleri** (Ev idaresi ile ilgili işler; toplama, çamaşır, bulaşık, temizlik, çöpü dışarı çıkarma, genel bakım, mobilyanın durumu vb.)

1. Yok: Hasta evine hiç bakmaz (Temizliği asla kendisi yapmaz, nevresimleri değiştirmez, çöpü dışarı çıkarmaz...)
2. Kısmen var: Hasta çok az ev işi yapar ve sadece mutlaka gerekli olan şeyleri yapar.
3. Yeterince var: Hasta, içinde bulunduğu çevrenin sosyal kurallarını yerine getirme imkanı veren minimum düzeydeki ev işlerini ve temizlik işlerini yapar.
4. Neredeyse tamamen var: Hasta çoğu ev işini yapar ancak bu bazen düzensiz ve eksik olur.
5. Mükemmel derecede var: Hasta ev işlerini düzenli olarak ve iyi bir biçimde yapar.

**Çalışma ve Eğitim** (Okul veya üniversiteye devam etme ya da geri dönme, iş eğitimi alma ya da profesyonel yönelim. İş arama ya da işe geri dönme, profesyonel entegrasyon)

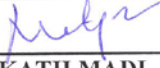
1. Yok: Hasta herhangi bir profesyonel etkinlik yürütemez ya da okulunu tamamlayamaz. görünür. İş aramak veya okula geri dönmek için adım atmaz.
2. Kısmen var: Hasta iş aramak veya okula geri dönmek için adım atar. Şu anda iş ya da okulla ilgili olarak bir etkinlikte bulunmaz.
3. Yeterince var: Hastanın korunaklı bir ortamda düzensiz iş veya işleri vardır. Hasta aralıklı olarak okula gider.
4. Neredeyse tamamen var: Hasta çalışır ya da okula gider. Entegrasyonu için çaba gerekir veya araya kısa aralıklar girer.
5. Mükemmel derecede var: Hasta düzenli bir biçimde çalışır veya (okuldaki) çalışmalarını gayretle sürdürür.



#### EK-4. Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma leği (RHİDÖ)

		1	2	3	4
1	Ruhsal bir hastalığım olduğu için kendimi bu dünyada bir yabancı gibi hissediyorum.				
2	Ruhsal hastalığı olan kişiler saldırgan olmaya eğilimlidirler.				
3	Ruhsal bir hastalığım olduğu için insanlar bana farklı davranıyorlar.				
4	Reddedilmemek için, ruhsal hastalığı olmayan kişilere yaklaşmaktan kaçınıyorum.				
5	Ruhsal bir hastalığım olduğundan dolayı utanıyorum.				
6	Ruhsal hastalığı olan kişiler evlenmemelidir.				
7	Ruhsal hastalığı olan kişiler topluma önemli katkılarda bulunurlar.				
8	Kendimi ruhsal hastalığı olmayan kişilerden daha aşağı hissediyorum.				
9	Ruhsal hastalığım benim "garip" görünmeme ya da davranmama neden olabileceğinden dolayı eskisi kadar sosyal değilim.				
10	Ruhsal hastalığı olan kişiler iyi ve doyum verici bir hayat yaşayamazlar.				
11	İnsanları ruhsal hastalığımla sıkmak istemediğimden dolayı, kendi hakkımda fazla konuşmam.				
12	Halk arasındaki ruhsal hastalıklarla ilgili olumsuz düşünceler, benim "normal" yaşamın dışında kalmama neden oluyor.				
13	Ruhsal hastalığı olmayan kişilerle birlikteyken, kendimi sanki o ortama ait değilmiş ve yetersizmişim gibi hissediyorum.				
14	Ruhsal hastalığı açıkça anlaşılan biriyle toplum içinde birlikte görülmek beni rahatsız etmez.				
15	Sırf ruhsal hastalığımdan dolayı insanlar bana sık sık yapmam gerektiğini söyleyip, sanki çocukmuşum gibi davranırlar.				
16	Ruhsal hastalığım olduğu için kendimden memnun değilim.				
17	Ruhsal hastalığımın olması hayatımı berbat etti.				
18	İnsanlar görünüşümden ruhsal bir hastalığımın olduğunu anlayabilirler.				
19	Ruhsal hastalığımdan dolayı benimle ilgili çoğu kararı başkalarının vermesine ihtiyaç duyarım.				
20	Ailemi ve arkadaşlarımı utandırmamak için sosyal ortamlardan uzak dururum.				
21	Ruhsal hastalığı olmayanların beni anlamaları mümkün değildir.				
22	Sırf ruhsal hastalığım olduğu için insanlar beni göz ardı eder ya da pek ciddiye almazlar.				
23	Ruhsal hastalığım olduğu için topluma hiçbir katkı olamaz.				
24	Ruhsal bir hastalıkla yaşamak beni mücadeleci bir insan yaptı.				
25	Ruhsal bir hastalığım olduğu için kimse bana yakınlaşmak istemez.				
26	Genel olarak, hayatı istediğim Şekilde yaşayabiliyorum.				
27	Ruhsal hastalığıma rağmen, iyi ve dolu dolu yaşadığım bir hayatım var.				
28	İnsanlar ruhsal bir hastalığım olduğu için hayatta fazla başarılı olamayacağımı düşünüyorlar.				
29	Akıl hastalarıyla ilgili olumsuz yaygın inanışlar benim durumum dikkate alındığında hiç de yanlış sayılmaz.				

**EK-5. Etik Kurul Onay Formu**

T.C. İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİĞİ KURULU (Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu)			
Oturum Tarihi	Oturum Sayısı	Karar Sayısı	
16.08.2016	11	2016/11-9	
<p><b>Karar No: 2016/11-9:</b> Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırma ve Yayın Etik Kurulu 16.08.2016 tarihinde Rektör Yardımcıları Toplantı odasında toplandı. İnönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesinde Yrd. Doç. Dr. Funda KAVAK'IN sorumlu araştırmacı olduğu; Ağın Toplum Sağlığı Merkezinde Hemşire Meltem ÇAPAR'IN "<b>Şizofreni Hastalarında Damgalanmanın İşlevsel İyileşmeye Etkisi</b>" başlıklı çalışması, Üniversitemiz Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi açısından uygun olup-olmadığı hususundaki başvurusuna ilişkin raportör raporu görüşüldü. Çalışma Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi açısından değerlendirildiğinde Kurum İzin Belgesinin sonradan dosyaya eklenmesi şartıyla <u>etik onayı verilmesine</u>; oy birliği ile karar verildi.</p>			
Prof.Dr. Nusret AKPOLAT KATILMADI Etik Kurul Başkanı			
Prof.Dr.Metin Fikret GENÇ Etik Kurul Başkan Yardımcısı		Prof.Dr. Osman CELBİŞ Etik Kurul Üyesi	KATILDI
Prof.Dr. Kadir ERTEM Etik Kurul Üyesi	KATILMADI	Prof.Dr. N. Tülin POLAT Etik Kurul Üyesi	KATILDI
Prof.Dr. Behice ERCİ Etik Kurul Üyesi	KATILDI	Prof.Dr.İbrahim ŞAHİN Etik Kurul Üyesi	KATILMADI

## EK-6. Kurum İzin Formu



TC  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU  
Elazığ İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği



### BİLİMSEL ARAŞTIRMA İZİNLERİ İŞBİRLİĞİ PROTOKOLÜ

- 1) **Taraflar:**  
Bu protokol Elazığ Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği ve Meltem ÇAPAR arasında düzenlenmiştir.
- 2) **Çalışmanın gerçekleştirileceği bağlı sağlık tesisi/tesisleri:** Elazığ Ruh Sağlığı Hastalıkları Hastanesi
- 3) **Çalışmanın Adı:** "Şizofreni Hastalarında Damgalanmanın İşlevsel İyileşmeye Etkisi"
- 4) **Bu çalışmayı yürütecek kişi/kişiler:** Meltem ÇAPAR
- 5) **Protokol Hükümleri**
  - a) Bu protokol Elazığ Kamu Hastaneleri Birliğine bağlı kurum ve kuruluşlarda verilen hizmetleri, yapılan koruyucu sağlık hizmeti çalışmalarını ya da yapılan kayıtlar sonucu elde edilen istatistik verileri içeren ve kurum personeli ve/veya kuruma başvuran kişilerle yapılacak anket veya bilimsel çalışmaları kurala bağlamak amacı ile düzenlenmiştir.
  - b) Yapılacak bilimsel çalışma proje aşamasında iken Elazığ Kamu Hastaneleri Birliği Bilimsel Çalışma Değerlendirme Komisyonu tarafından değerlendirilecektir.
  - c) Çalışma uygulanırken kapsam dışı hiçbir veri toplanmayacaktır.
  - d) Veri toplama sırasında Kamu Hastaneleri Birliği personelinin de yararlanılacaksa bunun için ayrıca Kamu Hastaneleri Birliğinden onay alınacaktır.
  - e) Çalışma yayın/tez haline getirilmeden önce Sağlık tesisinin ilgili birimi tarafından verilerin analizi değerlendirilecektir. Yasal mevzuat ve Birliğimiz hizmet gerekleri açısından sakıncalı verilerin yayınlanması kısıtlanabilecektir.
  - f) Çalışma üniversite veya kurum tarafından kabul edildikten sonra kitapçık halinde ve ayrıca elektronik ortamda CD/DVD üzerinde kayıtlı olarak Elazığ Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği AR-GE birimine teslim edilecektir.
  - g) Çalışmayı yapacak olan kişi (e) ve (f) maddelerini yerine getirmediği takdirde kurumumuza ait veriler yayın/proje/tez vs gibi bilimsel bir çalışmada kullanılmayacaktır.
  - h) Çalışma esnasında her tür ilaç uygulaması veya girişim için gerek hastanın kendisi ya da yasal vasisinden gerekse de etik kuruldan onay alınacaktır.
  - i) Araştırma verileri, sözel ya da yazılı olarak kullanıldığında ilgili kurum/kurumların (hastane, ağız ve diş sağlığı merkezi vb.) ismi zikredilmeyecektir.
  - j) Çalışma esnasında her tür ilaç uygulaması, girişim veya anket uygulamaları için hastanın kendisi ya da yasal vasisinden Aydınlatılmış Onam Formu alınacaktır.
- 6) **Protokolün süresi:**
  - a) Bu çalışmanın yürütücüsü sağlık tesisimizde 3 ay süre ile çalışmasını yürütecektir.
  - b) **Başlangıç:** 01.10.2016/ **Bitiş:**01.01.2017
  - c) Protokol, çalışmanın taraflarca planlanan ve kabul edilen süresi ile sınırlıdır. Uzatılması ancak yeni bir protokole bağlıdır.
  - d) Şartlarda oluşabilecek değişikliklere bağlı olarak Genel Sekreterlik protokolü daha önceden de sonlandırılabilir.
- 7) **Sözleşme Şartlarına Ayrıklık:**  
Protokol süresince yapılacak çalışmalar sırasında, yapılan çalışmayı devam ettiren kişi ya da kişiler protokolde ismi belirtilen aynı kişiler olacaktır. Saha çalışmasına katılan ve protokolle tespit edilen kişide değişiklik yapılması ya da yeni kişinin çalışmaya dâhil edilmesi ancak Elazığ Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği onayı ile mümkün olabilecektir, ya da protokol iptal edilecektir. İlgili hükümler ihlal edildiğinde, protokolde imzası ve beyanı bulunan ilgili kişiler hakkında Elazığ Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğince; kamu kurumlarının çalışmalarına ait verilerin kamudaki gizlilik ilkelerine ve resmi işleyiş esaslarına aykırı davranıldığı gerekçesiyle adli merciler nezdinde suç duyurusunda bulunulacaktır.
- 8) **İhtilafların çözümü:**  
Protokolün uygulanması ile ilgili çıkabilecek sorunların çözümü konusunda, idari olarak Elazığ Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği, adli hususlarda ise Elazığ Mahkemeleri yetkilidir.
- 9) **Protokol Kapsamı:**  
9 madde ve 2 sayfadan oluşan iş bu protokol taraflar arasında her sayfayı imzalı olmak üzere iki nüsha olarak imza altına alınmıştır.

İlgili protokol hükümlerini okudum ve kabul ettim.

28/09/2016  
Meltem ÇAPAR  
Başvuru Sahibi

OLUR  
28/09/2016  
Prof. Dr. Adnan SEYREK  
Elazığ KHB Genel Sekreteri

28/09/2016  
Dr. Emrah ÇEKİRKEÇ  
İdari İşler Birim Başkanı