



**ŞİZOFRENİ HASTASINA BAKIM VERENLERDE  
İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMA VE  
ÖĞRENİLMİŞ GÜÇLÜLÜK İLİŞKİSİ**

**Senem RÜZGAR**  
**Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı**

**Tez Danışmanı**  
**Dr. Öğr. Üyesi Hatice DURMAZ**

**Yüksek Lisans Tezi-2021**

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

**ŞİZOFRENİ HASTASINA BAKIM VERENLERDE  
İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMA VE ÖĞRENİLMİŞ  
GÜÇLÜLÜK İLİŞKİSİ**

**Senem RÜZGAR**

**Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı  
Yüksek Lisans Tezi**

**Tez Danışmanı  
Dr. Öğr.Üyesi Hatice DURMAZ**

**ERZURUM  
2021**

# İÇİNDEKİLER

<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	<b>I</b>
<b>TEŞEKKÜR</b> .....	<b>III</b>
<b>ÖZET</b> .....	<b>IV</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>V</b>
<b>SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ</b> .....	<b>VI</b>
<b>TABLolar DİZİNİ</b> .....	<b>VII</b>
<b>1. GİRİŞ</b> .....	<b>1</b>
<b>2. GENEL BİLGİLER</b> .....	<b>5</b>
2.1.Şizofrenin Tanımı ve Tarihçesi.....	5
2.1.2.Şizofreni Epidemiyolojisi .....	6
2.1.2.Şizofreni Etiyolojisi .....	7
2.1.3.Şizofrenide Tanı Kriterleri DSM V .....	8
2.1.4.Şizofrenide Belirtiler.....	9
2.1.5.Şizofrenide Tedavi .....	9
2.1.6.Şizofrenide Gidiş ve Sonlanış.....	10
2.1.7.Şizofrenide Bakım ve Bakım Verenler .....	11
2.1.8.Şizofreni Hastalığı ve Psikiyatri Hemşireliği .....	13
<b>3. MATERYAL VE METOT</b> .....	<b>23</b>
3.1. Araştırmanın Türü.....	23
3.2. Araştırmanın Amacı.....	23
3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman .....	23
3.4. Evren ve Örneklem .....	24
3.5. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği .....	25
3.6. Veri Toplama Araçları ve Özellikleri .....	26

3.7. Araştırmanın Etik İlkeleri .....	29
<b>4. BULGULAR.....</b>	<b>30</b>
<b>5. TARTIŞMA.....</b>	<b>34</b>
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>42</b>
<b>KAYNAKÇA.....</b>	<b>44</b>
<b>EKLER .....</b>	<b>59</b>
<b>EK-1. ÖZGEÇMİŞ .....</b>	<b>59</b>
<b>EK-2. ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU.....</b>	<b>60</b>
<b>EK-3. ERZURUM ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ETİK KURUL İZİNİ.....</b>	<b>61</b>
<b>EK-4. SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU .....</b>	<b>62</b>
<b>EK-5. EBEVEYNLERİN RUHSAL HASTALIKLARIN İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALAMASI ÖLÇEĞİ .....</b>	<b>63</b>
<b>EK-6. ROSENBAUM'UN ÖĞRENİLMİŞ GÜÇLÜLÜK ÖLÇEĞİ.....</b>	<b>65</b>
<b>EK-7.RİZE İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ KAMU HASTANELER BİRLİĞİ KURUM İZİNİ .....</b>	<b>67</b>

## TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimin boyunca bana güvenip fikirlerime önem veren, her konuda desteğini ve yardımını hissettiğim bana umut ve mücadeleyi hiçbir zaman bırakmamayı öğreten değerli danışman hocam Dr. Öğr Üy Hatice DURMAZ' a en içten saygı ve şükranlarımı sunarım.

Hayattaki en büyük hazinem anneme,

Gönül bağın ne kadar önemli olduğunu hissettiğim dostlarıma,

Hayatıma ansızın Yüksek Lisans dönemimde girip bana umut ve sevgi veren sevgili eşim Üzeyir RÜZGAR'a

Son olarakta içindeki çocuğu kaybetmeyen dünyayı güzelleştiren tüm insanlara sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

**Senem RÜZGAR**

## ÖZET

### Şizofreni Hastasına Bakım Verenlerde İçselleştirilmiş Damgalanma ve Öğrenilmiş Güçlülük İlişkisi

**Amaç:** Araştırma, şizofreni hastasına bakım verenlerde içselleştirilmiş damgalanma ve öğrenilmiş güçlülük arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılmıştır.

**Materyal ve Metot:** Araştırmanın evrenini, 1 Haziran 2020 – 1 Eylül 2020 tarihleri arasında Rize Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı tüm şizofreni hasta bakım verenleri oluşturmuştur. Örneklem belirlemede “evreni belirli olan gruplardan örneklem hesaplama formülü” kullanılmış ve 155 primer bakım verici ile araştırma tamamlanmıştır. Araştırmada Sosyodemografik Veri Formu, Ebeveynlerin Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği, Rosenbaum Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği kullanılmıştır. Veriler bakım verenlerle yüz yüze görüşülerek ve onam alınarak toplanmıştır. Veriler SPSS 22 paket programı ile analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde sayılar, yüzdeler, min ve max değerler, ortalama, standart sapma, Pearson korelasyon analiz, Cronbach  $\alpha$ , Kurtosis ve Skewness kat sayıları testi ile kullanılmıştır.

**Bulgular:** Araştırmaya katılan bakım verenlerin Ebeveynlerin Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (ERHİDÖ) puan ortalaması  $52.22 \pm 12.77$ ; Rosenbaum Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği (RÖGÖ) puan ortalaması ise  $124.90 \pm 19.86$  bulunmuştur. ERHİDÖ toplam puanı ile RÖGÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü ve orta düzeyli ilişki saptanmıştır ( $p < 0.05$ ). ERHİDÖ puanı arttıkça RÖGÖ puanı düşmektedir. Yine aynı şekilde ERHİDÖ'nün altboyutlarından olan Yabancılaşma, Kalıp Yargıların Onaylanması, Algılanan Ayrımcılık, Sosyal Geri Çekilme ve Damgalanmaya Karşı Direnç puan ortalamaları ile RÖGÖ toplam puanı arasında da istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü ilişki saptanmıştır ( $p < 0.05$ ).

**Sonuç:** Araştırmada şizofreni hastasına bakım veren bireylerin içselleştirilmiş damgalanma düzeylerinin ölçekten alınabilecek maksimum puanlar göz önünde bulundurulduğunda orta seviyede olduğu, öğrenilmiş güçlülük düzeylerinin de ölçek maksimum puanı baz alındığında yüksek seviyeye yakın bir değerde olduğu söylenebilir. Bakım vericilerin yabancılaşma, kalıp yargıların onaylanması, algılanan ayrımcılık, sosyal geri çekilme ve damgalanmaya karşı dirençleri azaldıkça öğrenilmiş güçlülükleri artmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Bakım verme, hemşirelik, içselleştirilmiş damgalanma, öğrenilmiş güçlülük, şizofreni

## ABSTRACT

### **The Relationship Internalized Stigma and Learned Resourcefulness in Caregivers of Schizophrenia Patients**

**Aim:** The study was conducted to examine the relationship between internalized stigma and learned resourcefulness in caregivers of schizophrenia patients.

**Materials and Methods:** The universe of the study was composed of all schizophrenia patient caregivers registered in Rize Community Mental Health Center between 1 June 2020 - 1 September 2020. In determining the sample, the formula for calculating samples from groups with a definite population was used and the study was completed with 155 primary caregivers. In the study were used that Sociodemographic Data Form, Internalized Stigma of Parents in Mental Illnesses, Rosenbaum Learned Resilience Scale. The data were collected by interviewing the caregivers face to face and obtaining their consent. The data were analyzed with the SPSS 22 package program. Numbers, percentages, min and max values, mean, standard deviation, Pearson correlation analysis, Cronbach  $\alpha$ , Kurtosis and Skewness coefficient test were used to evaluate the data.

**Results:** The average score of the Parents' Internalized Stigma of Mental Illness Scale (ERHİDÖ) of the caregivers participating in the study was  $52.22 \pm 12.77$ ; The Rosenbaum Learned Resourcefulness Scale (RÖGÖ) mean score was found to be  $124.90 \pm 19.86$ . A statistically significant, negative and moderate correlation was found between the total ERHİDÖ score and the RÖGÖ score ( $p < 0.05$ ). The higher the ERHİDÖ score, the lower the RÖGÖ score. Likewise, a statistically significant and negative correlation was found between the mean scores of Alienation, Confirmation of Stereotypes, Perceived Discrimination, Social Withdrawal and Resistance to Stigmatization and the total score of the RÖVÖ ( $p < 0.05$ ).

**Conclusion:** In the study, it can be said that the internalized stigmatization levels of individuals caring for schizophrenia patients are at a moderate level, considering the maximum scores that can be obtained from the scale, and their learned resourcefulness level is above the medium level based on the maximum score of the scale. As the resistance of caregivers to alienation, approval of stereotypes, perceived discrimination, social withdrawal and stigma decreases, their learned strength increases.

**Keywords:** Caregiving, nursing, internalized stigma, learned resourcefulness, schizophrenia

## **SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ**

<b>ANA</b>	: Amerikan Psikiyatri Birliği
<b>DSM</b>	: Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders
<b>EKT</b>	: Elektro Konvülsif Tedavi
<b>ERHİDÖ</b>	: Ebevenylerin Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği
<b>RÖGÖ</b>	: Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği
<b>WPA</b>	: Works Progress Administration





## TABLULAR DİZİNİ

<b><u>Tablo No</u></b>	<b><u>Sayfa No</u></b>
<b>Tablo 3.1.</b> Verilerin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Testler .....	29
<b>Tablo 4.1.</b> Katılımcıların Demografik Özellikleri.....	30
<b>Tablo 4.2.</b> Ebeveynlerin Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği ve Alt Boyutlarından Alınan Puanların Dağılımı .....	31
<b>Tablo 4.3.</b> Rosenbaum Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeğinden Alınan Puanların Dağılımı..	31
<b>Tablo 4.4.</b> Ebeveynlerin Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği ve Alt Boyut Puanları ile Rosenbaum Öğrenilmiş Güçlülük Ölçek Puanı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi .....	32

# 1. GİRİŞ

Ruhsal hastalıklar dünyada ve ülkemizde her geçen gün artan bir sağlık sorunu haline gelmekte ve hastalığa bağlı birçok sorunu da beraberinde getirmektedir. Şizofreni ise birçok toplumda en sık görülen ruhsal hastalıklardan biridir. Şizofreni; işlevsellikte önemli ölçüde bozulma, düşünce içeriğinde dağınıklık, görsel ve işitsel halüsinasyonlar, iç kapanma, sanrı, düzensiz konuşma, dikkat ve bellekte bozulma gibi birçok belirti ile karakterize kronik ruhsal bir hastalıktır.<sup>1</sup> Dezorganize konuşmalar, varsanılar, sanrılar ve davranış bozukluklarından oluşan belirtiler pozitif belirtiler arasında yer alırken, affektif küntlük, amaca yönelik işlevlerde ve iradede azalma gibi belirtiler ise negatif belirtiler grubuna girmektedir.<sup>2</sup>

Uluslararası epidemiyolojik çalışmalar, hastalığın insidansının 1000’de 0.11’den 0.69’a değiştiğini, prevalansın ise %0.6’dan %0.8’e kadar çıkabileceğini göstermiştir.<sup>3</sup> Avrupa’da, şizofreni hastalığı yaklaşık %0.6-%0.8’lik bir prevalansa sahiptir ve yaklaşık 5 milyon kişinin şizofreni olduğu tahmin edilmektedir.<sup>3</sup> Türkiye’de şizofrenin yaşam boyu yaygınlığı 1000 kişide 8.9 olarak bulunmuştur.<sup>4</sup> Tedavide genelde psikofarmakoterapiler, özelleşmiş terapiler, psikososyal müdahaleler ve eğitimler yer almaktadır.<sup>1</sup> Fakat son 50 yıldır şizofreni hastaları için toplum temelli bakımın gelişmesi ve kısa süreli hastane yatışlarının tercih edilmeye başlanması şizofreni hastalarına birincil bakımı, resmi sağlık bakım kurumlarından ailelere doğru yön değiştirmesine neden olmuştur.<sup>5</sup> Bakım verici aile üyelerinin problemlerinin çözülmesinin, hasta bireyin problemlerinin çözümünü kolaylaştıracağı ve yeniden aynı problemin ortaya çıkmasını önleyeceği düşünülmektedir.<sup>6</sup>

Şizofreni hastalığı, hastalığa sahip birey dışında aile ve toplumu da etkisi altına alan bir hastalık sürecidir.<sup>7</sup> Bu süreçte hastanın bakımını genellikle aile bireyleri bakım verici olarak üstlenir. Bakım verici ise bir yıldan fazla bir süredir hasta ile birlikte kalan,

sağlık bakımı, günlük yaşam aktiviteleri ile yakından ilgilenen kişidir.<sup>8</sup> Yapılan çalışmalarda şizofreni hastalığının etkin bir şekilde tedavi edilmesi uzun zaman aldığı ve aile üyelerinden birinde görülen psikiyatrik bozukluğun, aile sürecindeki değişim nedeniyle diğer aile üyelerini de etkilediği bildirilmektedir.<sup>9,10</sup> Yine uluslararası alanda yapılan bir çalışmada şizofreni hastasına bakım veren ailelerin şiddet, iletişim sorunları, tedaviye uyumsuzluk ve davranış sorunlarıyla karşılaştıkları saptanmıştır.<sup>11</sup> Ayrıca şizofreniye bakım veren aile üyelerinin hastalık ve tedavi hakkındaki bilgi eksikliği, bakım veren aile üyelerinde utanma, anksiyete, damgalama (stigma) ile ilgili endişeye bağlı içe kapanmaya sosyal izolasyona neden olabilmektedir.<sup>12</sup> Hastalığın etkileri ailenin bütün üyeleri tarafından hissedilmekte ve zaman içerisinde bakım verenler bu durumdan olumsuz etkilenebilmektedir. Bu olumsuz etkilerden birisi de damgalanmadır.<sup>13</sup>

Damgalanma, bireyin değerini düşürerek, ailede ve toplumda istenmeyen biri olarak algılanmasına sebep olmaktadır.<sup>14</sup> Özellikle ruhsal bozukluğu olan bireylerin evlenememe, iş bulamama ve yaşamını yalnız sürdürememe gibi durumları göz önüne alındığında, anne ve babaların yükleri zaman içerisinde artmakta ve bakım görevlerini sürdürmede güçlük yaşamaktadırlar.<sup>15</sup> Damgalanma nedeniyle sadece ruhsal hastalığa sahip olan kişiler değil, onların arkadaşları ve aileleri de birçok zorluklarla karşılaşmaktadırlar. Damgalanma sadece hastalara yönelik değil, onların arkadaşlarına ve ailelerine yönelik de yapılmaktadır. Hatta bu etki bireylerin içselleştirilmiş damgalama yaşamalarına sebebiyet vermektedir.<sup>16</sup>

İçselleştirilmiş damgalanma, toplumun damgalayıcı görüşlerinin birey tarafından da benimsenmesi anlamına gelmektedir. Hasta ailelerinde, ruhsal hastalığı olan bir çocuğa sahip olma hastalığa neden olan genlerin kendilerinden aktarıldığı düşüncesine bağlı olarak suçluluk ve utanma duygularına neden olabilmektedir.<sup>17</sup> Uluslararası çalışmalarda şizofreni hastasına bakım veren ailelerin toplumsal etkenlere bağlı

damgalama yaşadıkları belirtilmiştir.<sup>18,19,20</sup> Ülkemizde Gümüş ve ark.<sup>13</sup> yaptıkları bir çalışmada ruhsal bozukluğu olan hastaların bakım verenlerde içselleştirilmiş damgalanmanın yüksek düzeyde olduğu bildirilmiştir. Yine bir diğer çalışma da şizofreni varlığının ve halkın hastalara karşı olumsuz tavırlarının şizofrenide kendini damgalamanın nedeni olabileceği sonucuna ulaşılmıştır.<sup>21</sup> Aile üyelerinde damgalanma yaşantısı depresyon, intihar düşünceleri ve bakım yükünün artması ile kendini göstermektedir.<sup>13</sup> Aileler içselleştirilmiş damgalanma nedeniyle yaşadıkları olumsuz duyguları hastalarına yansıttıklarında ise, bu durum hastalarında toplumdan algıladıkları damgalanmadan daha yıkıcı etki yaratabilmektedir. Gerek bakım verenin gerekse hastanın olumsuz koşullara karşı güçlü olması ve psikolojik olarak sağlam durması önemli bir faktördür.<sup>17</sup> Genelde şizofreniden bahsedince olumsuz fikirler akla gelebilmektedir. Ancak stres verici durumlara karşı gösterilen baş etme çabalarının olumlu sonuçlanması bireyin yaşamında olumlu değişimlere de yol açabilmektedir. Bu değişimlerden biri de öğrenilmiş güçlülüktür.<sup>22</sup>

Öğrenilmiş güçlülük (Learned Resourcefulness), ilk kez Rosenbaum tarafından stresle başa çıkmada kullanılan stratejiyi tanımlamak üzere ortaya atılmıştır.<sup>23</sup> Aynı zamanda sağlık alanında bireyin sağlıklı olması ve bu halinin devamı konusunda kullandığı davranışsal ve bilişsel beceriler toplamı olarak ifade edilmektedir.<sup>24</sup> Şizofreni hastalarında yaşam kalitesi ve öğrenilmiş güçlülüğün araştırıldığı uluslararası bir çalışmada psikotik semptomları daha az olan hastaların öğrenilmiş güçlüklerinin ve yaşam kalitelerinin diğerlerine göre daha iyi olduğu saptanmıştır.<sup>25</sup> Japonyada şizofreni hastalarına bakım veren ailelerin dayanıklılığını ölçmeye yönelik yapılan niteliksel bir araştırmada da başa çıkma becerilerini öğrenerek uyum ve psikolojik istikrarı sağladıkları belirtilmiştir.<sup>26</sup> Diğer taraftan uluslararası alanda yapılan bir çalışmada düşük öğrenilmiş güçlülüğe sahip olan bireylerin kendilerini yetersiz gördüğü, mücadele etmedikleri ve iç

dinamiklerini harekete geçiremedikleri bulunmuştur.<sup>27</sup> Şizofreni hastalığı gibi uzun süren ve bakım vericilerin başa çıkma mekanizmalarının tedavide önemli rol oynadığı bir konuda öğrenilmiş güçlülüğün irdelenmesi konu hakkındaki olumsuz damgalamanın da önüne geçebilir

Literatür incelendiğinde içselleştirilmiş damgalanmanın genelde hastalarda çalışıldığı, bakım verenlerde ise sınırlı sayıda araştırma olduğu görülmüştür.<sup>13,19,20,28</sup> Şizofreni hastasına bakım veren bireylerde içselleştirilmiş damgalanma ve öğrenilmiş güçlülük ilişkisini inceleyen herhangi bir çalışmaya ise ulaşılmamıştır. Sonuç olarak tedavi sürecinde sadece hastaların değil ailelerin de içselleştirilmiş damgalanmaları değerlendirilmeli ve bunu azaltmaya yönelik psikososyal girişimler planlanmalıdır.<sup>16</sup> Hem bakım veren bireyler hem de psikiyatri hemşireliği alanında çalışan hemşireler için öğrenilmiş güçlülüğün incelenmesi, geliştirilmesi ve uygulanmaya entegre edilmesinin özellikle bakım vericilerin içselleştirilmiş damgalanmalarıyla başa çıkmalarında ışık tutacağı düşünülmektedir. Hasta yakınlarının hastalıkla ilgili bilgi eksikliğini gidermek, yanlış bilinenleri düzeltmek, hastalarına karşı doğru tutum ve davranış göstermelerini sağlamak, hemşireliğin bakım sanatının da beklenen yönüdür.<sup>29</sup>

Bu araştırmada şizofreni bakım vericilerinin içselleştirilmiş damgalanma ve öğrenilmiş güçlülük ilişkisini değerlendirilmek amacıyla yapılmıştır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1.Şizofrenin Tanımı ve Tarihçesi

Şizofreni, genetik ve çevresel etkenlerin veya her ikisinin sebep olduğu beyin gelişiminin bozulmasından kaynaklanan, duygu, biliş, algı ve davranışları etkileyen değişik etkilerle ortaya çıkabilen ruhsal bir hastalıktır.<sup>30</sup>

Şizofreni; işlevsellikte önemli ölçüde bozulma, düşünce içeriğinde dağınıklık, görsel ve işitsel halüsinasyonlar, içe kapanma, sanrı, düzensiz konuşma, dikkat ve bellekte bozulma gibi birçok belirti ile karakterize kronik zihinsel bir bozukluktur.<sup>2</sup>

Şizofreninin ilk detaylı açıklamasına MÖ 2000'de Eber Papirüsü'nün Kalpler Kitabı kısmında rastlanmıştır.<sup>31</sup> Eski dönemlere ait Çince metinlerde, Talmut'ta ve Tevrat'ta eski Yunan metinlerde şizofreni hastalığına özgü davranışlardan bahsedildiğine rastlanmaktadır.<sup>32</sup> Ruhsal bozukluklar ilk olarak M.Ö. 500'lü yıllarda Hipokrat tarafından tıbbi bir durum olarak araştırılmıştır.<sup>33</sup>

Ortaçağ devrinde ise psikotik bireylerin cadı, şeytan, kötü ruhların esiri olduğu, tanrının gazabına uğramış varlıklar olarak toplumdan dışlanıp işkence ve ölüm gibi cezalara çarptırılmışlardır. Bu durum 18. Yüzyıla kadar devam etmiştir.<sup>34</sup>

1745-1826 yılları arasında yaşamış Fransız Philippe Pinel 1793 yılında şizofreni hastalarının büyük bir kısmını "düşünme yeteneğinin bozulması (demans) ya da ortadan kalkması" olarak sınıflandırmış ve bu hastaların insancıl olarak bakılmasına öncelik etmiştir.<sup>35</sup>

Zihin yarılması anlamına gelen şizofreni kavramını ilk kez İsviçreli psikiyatrist olan Eugene Bleuler (1857-1939) ortaya atmıştır.<sup>36</sup>

Şizofreniyi 20. yüzyılın başlarında Kraepelin (1913)'te gerçeklik algısının bozulduğu bir psikiyatrik hastalık olarak ve diğer psikopatolojilerden ayrı olarak tanımlamıştır.<sup>37</sup> Şizofreni tanısı son 100 yılda Kraepelin ve Bleuler'in bakış açılarından

sonra önemli bir değişikliğe uğramıştır.<sup>38</sup> Şizofreni terimi şunda da DSM-V'de (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-V) kullanılmaktadır fakat şizofreni tanımının zamanla değişmesi tanı ölçütlerindeki değişikliklerden olmuştur.<sup>39</sup> Zamanla bu değişim, o dönemdeki hastalığın tedavisine olan bakış açısını, öncelikleri ve imkânları yansıtmaktadır.<sup>38</sup> Günümüzde şizofreni tanısı için bireyin DSM-V' de belirtilen kriterleri taşıyor olması gerekmektedir.<sup>40</sup>

### **2.1.2.Şizofreni Epidemiyolojisi**

Şizofreni; her toplumda ve sosyoekonomik düzeyde görülen, iyileşme ve yinelemelerle devam eden bir hastalıktır.<sup>35</sup> Şizofrenide yaşam boyu yaygınlığın %1-1.5 arasında olduğu görülmektedir.<sup>30</sup>

Uluslararası epidemiyolojik çalışmalar, hastalığın insidansının 1000'de 0.11'den 0.69'a değiştiğini, prevalansın ise %0.6'dan %0.8'e kadar çıkabileceğini göstermiştir.<sup>3</sup> Avrupa'da, şizofreni olan yaklaşık %0.6-%0.8'lik bir prevalansa sahiptir ve yaklaşık 5 milyon kişinin olduğu tahmin edilmektedir.<sup>3</sup> Türkiye'de şizofrenin yaşam boyu yaygınlığı 1000 kişide 8.9 olarak bulunmuştur.<sup>4</sup>

Şizofreni genellikle 15-45 yaş sınırları arasında, çoğunlukla 18-25 yaşlarında her çeşit psikolojik zorlanmayla başlayabilir. Travma, ergenlik döneminde dürtülerin aşırı şiddet kazanması, saldırgan ya da cinsel dürtülere karşı irade zayıflığı gibi durumlara psikozun başlamasından önce sık rastlanır.<sup>41</sup>

Şizofreni, genellikle kadınlarda 25-35 yaşlar arasında ortaya çıkarken erkeklerde en sık 15-25 yaşları arasında ortaya çıkar. Sosyoekonomik düzeyi düşük olan bireylerde şizofreninin görülme sıklığı, sosyoekonomik düzeyi yüksek olanlara oranla 5 kat daha fazla olduğu bildirilmektedir.<sup>42</sup>

Yapılan çalışmalarda eğer anne-babası sağlıklı ise bireyin ömür boyu şizofreniye yakalanma olasılığı %1 iken, ebeveynlerinin ikisinin de şizofreni olması durumunda

yakalanma oranı %35'lere çıktığı kanıtlanmıştır.<sup>35</sup> Annesi veya babasının herhangi birinde olması durumunda yakalanma oranı ise %13'tür.<sup>42</sup>

### **2.1.2.Şizofreni Etiyolojisi**

Şizofreninin etiyolojisi henüz net olarak bilinmemektedir. Kabul edilen hipoteze göre; şizofreni tek bir nedene bağlı olarak ortaya çıkan homojen bir hastalık değil; aksine genetik yatkınlık, nörogelişimsel, biyokimyasal, psikososyal ve çevresel faktörlerin birleşiminin sonucu görülen bir hastalıktır.<sup>44</sup>

Şizofreninin genetik etiyolojisini araştıran başlangıçta yapılan çalışmalar aile, ikiz ve evlat edinme çalışmaları üzerinedir. Yapılan bu çalışmalarla kalıtımın şizofreni etiyolojisindeki rolü bir risk faktörü olarak kesinleşmiştir.<sup>45</sup>

Genel popülasyonda %0.5-1 oranında olan şizofreni sıklığı, şizofreni hastalarının birinci derece yakınlarında ise bu oran %10'lara kadar çıkabilmektedir. Yapılan çalışmalar şizofrenide kalıtımın önemine dikkat çekmektedir.<sup>46</sup> Şizofreni hastası olan bireylerin ailelerinde de şizofreni görülme olasılığının yüksek olduğu görülmektedir.<sup>47</sup> Ebeveynlerden birinin şizofreni olması durumunda hastalığa yakalanma oranı %13, her iki ebeveynin şizofreni olması durumunda ise hastalığa yakalanma oranının %35-40 dolaylarında olduğu saptanmıştır.<sup>48</sup> İkiz çalışmaları ile eş hastalanma oranları çift yumurta ikizlerinde %8-28, tek yumurta ikizlerinde ise %31-78 olarak bulunmuştur.<sup>2</sup> Evlat edinilmiş monozigot ikiz çalışmalarında, evlat edinen ebeveynler tarafından yetiştirilen ikizlerle, biyolojik ebeveynlerle yetiştirilen ikizlerin aynı oranda şizofreni konkordansına sahip oldukları görülmüştür. Bu sonuç genetik etkenlerin çevresel etkenlerden daha baskın olduğunu göstermektedir.<sup>49</sup>

Şizofrenide beyin biyokimyasını inceleyen çalışmalarda nörotransmitterlerden gama amino bütirik asit (GABA), dopamin, norepinefrin, serotonin ve glutamat üzerine



odaklanılmış ve şizofreni hastalarında dopaminerjik reseptörlerin duyarlılığında ve dopamin düzeyinde artış olduğu saptanmıştır.<sup>2</sup>

25 yaş öncesi başlayan şizofreni hastalarında fetal dönemde meydana gelen; hipoksi, asfiksi, toksemi gibi perinetal anomaliler sonucu gelişen oksijen yetersizliği ve travmalar şizofreni riskini 1,3-2 kat arttırmaktadır.<sup>35</sup> Göçler ve önemli kültürel ortam değişikliklerinin de şizofreni gelişiminde etkisi olduğu ileri sürülmüştür.<sup>50,51</sup>

### **2.1.3.Şizofrenide Tanı Kriterleri DSM V**

**A.** Aşağıdaki belirtilerden ikisinden (ya da daha çoğundan) her biri, bir aylık (ya da başarıyla tedavi edilmişse daha kısa) bir sürenin önemli bölümünde bulunur. Bunlardan en az birinin (1), (2) ya da (3) olması gerekir.

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

**B.** Bozukluğun başlangıcından beri geçen zamanın önemli bir kesiminde; mesleki, kişiler arası ilişkiler ya da öz bakım gibi, bir ya da birden çok ana alanda işlevselliğin bozulmasıdır.<sup>40</sup>

**C.** Bu bozukluğun süregiden belirtileri en az altı ay sürmesi ve bu sürede A tanı ölçütünü karşılayan en az bir aylık belirtileri içermelidir. <sup>40</sup>

**D.** Şizoduygulanımsal(şizoaffektif) bozukluk ya da psikotik özelliklere sahip olan depresif veya bipolar bozukluk dışlanmalıdır.<sup>40</sup>

**E.** Rahatsızlık, bir maddenin veya başka bir tıbbi durumun etkilerinden kaynaklanmamalıdır.<sup>40</sup>

**F.** Otizm spektrum bozukluğu öyküsü veya iletişim bozukluğu öyküsü varsa şizofreni tanısı sadece diğer belirtilerle birlikte en az bir ay boyunca belirgin sanrılar veya halüsinasyonlar bulunması durumunda konulur.<sup>40</sup>

#### **2.1.4.Şizofrenide Belirtiler**

Şizofrenide tanı koydurucu tek bir belirti yoktur. Hastalığa ilişkin belirtilerde ve işlevsellikte kişiden kişiye büyük farklılıklar görülmektedir.<sup>52</sup>

**a.Pozitif Belirtiler:** Normalde sağlıklı kişilerde görülmez ve hastalık nedeniyle ortaya çıkmış 'ek bir durum' olarak kabul edilir. Bu belirtiler arasında halüsinasyon, sanrı, dağınık düşünme ve ajitasyon yer alır.<sup>1</sup>

**b.Negatif Belirtiler:** Eksik davranışlar olarak kabul edilebilir. İsteksizlik ya da insiyatif kullanamama, heyecan duyamama, duygusal tepki verememe ve sosyal etkileşim kuramama.<sup>1</sup>

**c.Bilişsel Belirtiler:** Bu belirtiler kişinin bilgileri öğrenme, yorumlama, geçmiş bilgileri hatırlama, bilgilere dayalı karar verme ve dikkati sürdürme becerilerinde fakirleşme ile karakterizedir.<sup>53</sup>

#### **2.1.5.Şizofrenide Tedavi**

Şizofreni tedavisinde farmakolojik tedavi, tedavinin en önemli unsurlarındandır. Tedavi olarak antipsikotik ilaçlar kullanılır. Bu antipsikotik ilaçlar dopamin, serotonin, norepinefrin, asetilkolin gibi nörotransmitterlerin düzenlenmesinde rol oynar. İlaç tedavisine ek olarak elektro-konvülsif terapi (EKT) yöntemi kullanılır. EKT, İlaç tedavisine yanıt vermeyen hastalarda ya da ilaç yan etkisinden dolayı ilacını kullanmayı bırakan hastalarda kullanılan bir tedavi yöntemidir. Şizofreni tedavisinde aynı zamanda, psikoterapiler, bilişsel davranışçı tedavi yaklaşımları, psikososyal beceri eğitimi ve aile terapileri uygulanmaktadır. Hastalığın tedavisinde asıl amaç hastalığın yıkıcı etkilerini en aza indirmek, fonksiyonelliği arttırmak ve psikososyal becerileri arttırmaktır.<sup>42</sup>

Şizofrenide asıl tedavi farmakolojik ajanlarla gerçekleştirilse de psikososyal yaklaşımlarda önemlidir.<sup>2</sup> Etkili bir sosyal eğitim, temel sosyal beceri eğitimi, kişilerarası iletişim sağlama eğitimi, yaşam beceri eğitimi, olası relapsları gösteren uyarıcı belirtileri ya da tedaviye rağmen devam eden rezidüel belirtileri tanıma eğitimi ve ilaç tedavisi uyumu eğitimidir.<sup>1</sup>

Bireysel terapi yapılan hastaların iyileşmelerinde aile yapısının öneminin anlaşılmasıyla oluşturulmuş psikoterapi yaklaşımlarını içermektedir. Terapi bittikten sonra aileye katılan hastaların bir süre sonra terapi öncesi semptomları göstermeleri, aile terapileri üzerine gün geçtikçe daha fazla önem kazanmasına sebep olmuştur. Aile terapileri, bireysel terapilerden farklı olarak bireyin değil, aile sisteminin iyileşmesini hedeflemektedir. Ailenin problemlerinin çözülmesi, bireyin problemlerinin çözümünü kolaylaştıracağı ve yeniden aynı problemin ortaya çıkmasını önleyeceği düşünülerek uygulanmaktadır.<sup>6</sup>

#### **2.1.6.Şizofrenide Gidiş ve Sonlanış**

Kronik ve yavaş ilerleyen bir hastalık olan şizofreninin, prognozu oldukça değişkendir. Hastane yatışı gerektiren ilk ataktan sonra, tedavi altında bile olsa hastaların %40'ı 1.yıl içerisinde ikinci ataklarını geçirirler.<sup>2</sup>

Hastaların yalnızca %10-20'si, hastalık başladıktan sonraki 5-10 yıl içerisinde "iyi" denebilecek prognoza sahiptir.<sup>54</sup> Hastaların %20-30'u bir şekilde normal hayatlarına devam edebilirken, %20-30'luk kısım, hafif şiddetli semptomlarla hayatına devam etmekte, %40-60'luk kısmı ise hastalıktan ötürü hayatlarındaki işlevsellik ve sosyalliği, hastalık öncesi düzeyde tutamamaktadır.<sup>54</sup>

Hastalık, doğumdan-erişkin hayatı streslerine kadar biyopsikososyal olarak birçok faktörden etkilendiği için, prognozu belirleyen fazla sayıda etken vardır. Geç ve hızlı başlangıç, pozitif semptomların ağırlıkta olması, hastalık öncesi olumlu sosyallik ve

işlevselliğin olması, evli olmak, ailede affektif bozukluk öyküsünün olması, kadın olmak, yüksek zeka düzeyi, kırsal kesimde yaşamak, sosyal desteğin iyi olması iyi prognoz faktörleri arasında gösterilmiş olanlardır.<sup>2,54,55</sup>

Doğru bir tedavi ile hastaların dörtte biri tedavide çok büyük bir aşama kat ederek sosyal hayatlarını sürdürebilmektedir. Yine tedaviyle hastaların yarısında orta ve iyi derecede ilerleme kat edip sosyal hayatlarını başkalarına ihtiyaç duymadan kendi başlarına idame ettirebildikleri bilinmektedir.<sup>56</sup>

### **2.1.7.Şizofrenide Bakım ve Bakım Verenler**

Şizofreni hastalığı, hastalığa sahip birey dışında aile ve toplumu da etkisi altına alan bir hastalık sürecidir.<sup>10</sup> Hastanede ruhsal bozukluğu yaşayan bireylerin tedavisinde akut dönemin belirtilerini azaltmak ve ilaç tedavisini belirli bir düzenle gerçekleştirmekle yetinmektedir. Ancak hastaların hastaneden ayrıldıkları dönemden sonrasında da tedavilerinin devam etmesi, bakımlarının gerçekleştirilmesi için desteğe ihtiyaçları vardır.<sup>57</sup> Bu bakımı ve desteği genellikle aile bireyleri bakım verici olarak üstlenir. Bakım verici ise bir yıldan fazla bir süredir hasta ile birlikte kalan, sağlık bakımı, ünlük yaşam aktiviteleri ile yakından ilgilenen kişidir.<sup>8</sup>

Yapılan çalışmalarda şizofreni hastalığının etkin bir şekilde tedavi edilmesi uzun zaman almaktadır.<sup>9</sup> Bundan dolayı üyelerinden birinde görülen psikiyatrik bozukluk aile sürecindeki değişim nedeniyle diğer aile üyelerini de etkilemektedir.<sup>10</sup> Şizofreni hastalığına sahip birey ile yaşayan aile bireyleri psikotik ataklar ve hastalığın semptomları ile başa çıkmak zorunda kalmaktadır.<sup>58</sup> Aile üyelerinin hastalık ve tedavi hakkındaki bilgi eksikliği, bakım veren aile üyelerinde utanma, anksiyete, damgalama (stigma) ile ilgili endişeye bağlı içe kapanmaya sosyal izolasyona neden olabilmektedir.<sup>12</sup>

Şizofreni hastalığına sahip birey ile yaşayan aile üyeleri ile yürütülen çalışmalarda bireylerin hastalık ile ilgili anksiyete ve stres yaşadığı bundan dolayı bireylerde çaresizlik,

zorlanma, depresyon gibi durumların görüldüğü de saptanmıştır.<sup>59</sup> Aile üyelerinde görülen bu durumlar bireyin yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir.<sup>12</sup>

Bakım yükün artması aile bireylerinin sağlık durumlarının olumsuz yönde etkilenmesine sebep olmaktadır.<sup>60</sup> Aynı zamanda aile bireylerinin şizofreni hastalığı semptomları ve tedavisi hakkındaki bilgilerinin eksik olması aile bireylerinin duygu durumunu, baş etme becerilerini ve kişilerarası ilişkilerini etkilediği kadar hastalığa sahip bireyde de semptomların tekrarlamasına sebep olabilmektedir.<sup>60</sup>

Şizofreni hastalığında bireyin topluma kazandırılmasında yakından etkilenenlerin başında hastaya bakım veren aile üyeleri gelmektedir. Bu nedenle hastalık müdahaleleri bakım veren aile üyelerine yönelik planlanmalıdır. Şizofreni belirtilerinin kontrol altına alınması, hastaların işlevselliğinin artırılması, hasta yakınlarının bakım yükünü azaltmaya yönelik girişimler önemli rol oynamaktadır.<sup>60</sup>

Gülseren ve ark.<sup>61</sup> şizofreni hastaları ve birincil bakıcı konumundaki 239 hasta yakınıyla yaptığı çalışmada hastanın cinsiyeti erkek ise aile üyelerinin daha fazla bakım yükü hissettiklerini bulmuşlardır. Ekonomik zorlukların olması, hasta yakınlarının hastalardan şiddet görmesi ve hasta yakınlarında sürekli doktor kontrolünü ya da ilaç kullanmayı gerektiren bedensel bir hastalığın varlığı da yükü ilişkili bulunmuştur. Ayrıca hastaların hem negatif hem de pozitif belirtilerinde, genel psikopatoloji düzeyi ve aile yükünün tüm bileşenleri arasında pozitif yönde ilişki bulunmuştur. Hastalığın toplam süresi ve süreç boyunca hastanede yatarak tedavi görme sayısı ile yük arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu belirlenmiştir.

Bademli ve ark.<sup>60</sup> şizofreni hastalarına bakım veren aile bireylerinde bakım yükünü inceledikleri çalışmada yük yaşamaya neden olan sorunlar arasında çalışma hayatının sürdürülmesi ile ilgili karşılaşılan problemler, ekonomik sorunlar, sosyal zamanlarının yetersizliği, stres ve stigma olduğu belirlenmiştir.

Sefasi ve ark.<sup>62</sup> şizofreni tanılı 90 hasta ve bu hasta yakınının katıldığı çalışmalarında aileleriyle birlikte yaşayan şizofreni hastalarıyla hasta yakınlarının ilişkileri incelenmiştir. Hasta yakınlarının şizofreni hakkında bilgi düzeyleriyle bakıcı sorumluluğu arasında pozitif bir ilişki olduğu bulunmuştur. Bilgi düzeyi arttıkça sorumluluğun arttığı bildirilmiştir.

Morris ve ark.<sup>63</sup> gerçekleştirdikleri çalışmada aileler ve çocuklar arasındaki duygusal düzenleme üzerinde durulmuştur. Çalışmada ailelerin durumu ile çocukların ve yetişkinlerin duygusal durumları arasındaki ilişkiyi anlamak için geniş çaplı bir literatür taraması gerçekleştirilmiştir. Çalışmada ailenin etkisi üzerinde de durulmuştur. Çalışmada özellikle çocukların duygularını ifade etmeleri konusunda aile üyelerini gözlemleyip, onları bir model olarak benimsedikleri ve aile üyelerinin davranışlarına benzer davranışlar gösterdikleri anlaşılmıştır.

### **2.1.8.Şizofreni Hastalığı ve Psikiyatri Hemşireliği**

Şizofreni hastalığında ilaç tedavisi tek başına yeterli olmamakta, ilaçlı tedaviye yanıtın iyi olduğu hastalarda bile negatif belirtilerin devam ettiği ve iş verimliliğinde azalmalar görülmüştür. Şizofreni hastalarının bakımında “biyo-psiko-sosyal yaklaşım” modelini uygulamak bakıma bütüncül yaklaşım açısından önemlidir. Bu ekibin içerisinde psikiyatri uzmanı, psikiyatri hemşiresi, psikolog, sosyal çalışmacı başta olmak üzere diğer meslek disiplinleri de olmalıdır. Psikiyatri hemşireleri psikososyal girişimlerde bulunması bakımından bu halka içerisinde önemli önemli bir rol oynar.<sup>1</sup>

Amerikan Hemşireler Birliği (ANA)'ne göre psikiyatri hemşiresi; sanat olarak kendiliği amaçlı bir şekilde kullanan, bilim olarak nörolojik ve psikososyal kuramların, çalışma sonuçlarının ve hemşireliğin farklı rollerinin kullanılmasını sağlayan ruh sağlığı ekibinin profesyonel üyesidir. Psikiyatri hemşireleri psikiyatrik hizmet veren birçok kurumda görev almaktadırlar.<sup>64</sup>

Ülkemizde Sağlık Bakanlığının 2011’de yayınladığı Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planına göre; “ruhsal hastalığı olan bireylerin tedavi ve bakımlarında hasta merkezli yaklaşımın temel alınması, toplum temelli ruh sağlığı hizmet modelinin ülkemizde yerleşmesi” hedeflenmiştir.<sup>66</sup> Psikiyatri hemşiresi bu eylem planları kapsamında mesleğin öngördüğü bütüncül bakım anlayışını uygulayabilecek olan profesyonel bir ruh sağlığı çalışanı olarak görülmektedir. Bu birimlerde psikiyatri hemşiresinin; terapist, klinisyen, vaka yöneticisi gibi direkt rollere sahipken eğitici, değişim ajanı, vaka yönetimi, araştırmacı ve danışman gibi indirekt rollere sahip olduğu bilinmektedir.<sup>66</sup>

Şizofreni tedavisinde hastalık belirtilerinin ortadan kaldırılması ya da önlenmesiyle birlikte aynı zamanda hastanın yaşam kalitesinin yükseltilmesi, yaşadığı toplumda etkin bir şekilde üretkenliğini sağlayarak yaşaması hedeflenmektedir. Tüm bu tedavi hedeflerine ulaşmak için hastane ve hastane dışında sürdürülecek rehabilitasyon hizmetleri önemlidir. 19 Nisan 2011 tarihli Hemşirelik Yönetmeliğinde değişiklik yapılmasına dair yönetmelik ile psikoeğitim uygulaması TRSM hemşiresinin görev, yetki ve sorumluluklarından biri olarak kabul edilmiştir. Hemşireler, hastaya yönelik uyguladıkları psikoeğitim programları ile olumlu bir tedavi iş birliği sağlayarak hastanın hastalıkla yaşamayı öğrenmesinde, topluma uyum sağlamasında, damgalamayı azaltmada ve yaşam kalitesini artırmada önemli bir rol üstlenirler.<sup>65</sup>

Hasta yakınlarının hastalıkla ilgili bilgi eksikliğini gidermek, yanlış bilinenleri düzeltmek, hastalarına karşı doğru tutum ve davranış göstermelerini sağlamak bakım sanatının beklenen yönüdür.<sup>29</sup> Çağdaş hemşirelik yaklaşımı gereği hemşire, hasta ve ailesi ile tedavi iş birliğini kurarak hasta ve ailesinin hastalıkla yaşamayı öğrenmesini hedeflemektedir.<sup>7</sup>

## 2.Damgalanma

Damgalama, bireyin değerini dūřurerek, ailede ve toplumda daha az istenen veya istenmeyen biri olarak algılanmasına neden olmaktadır.<sup>14</sup> Damgalama ve ayrımcılık birçok durumlarda görülse de tüm toplumlarda en çok ruhsal hastalıklara sahip bireyler damgalanmaktadır.<sup>67</sup> Ruhsal hastalığı olan bireyler iře girmekten, aile ve sosyal yaşantılarına kadar birçok alanda damgalanma ve ayrımcılığın olumsuz etkileri ile karşılaşmaktadır.<sup>68</sup>

Ruhsal hastalıkların çoğu belirli bir dereceye kadar damgalanma ile ilişkilendirilse de en fazla şizofreni hastalarının damgalanmaya maruz kaldığı bildirilmektedir. Günümüzde hala şizofreni hastaları ve aileleri yoğun şekilde dışlanma ve ayrımcılıkla karşı karşıya olduğundan bazı araştırmacılar tarafından şizofreni “cüzzamın modern bir günü” olarak tanımlanmıştır.<sup>69</sup>

Damgalanmanın sonucu olan şizofreniye yönelik olumsuz düşünce ve tutumların aileyi, aile içi rolleri ve kişisel ilişkileri etkilediği de bilinmektedir.<sup>70</sup> şizofreni tanısı almış bireylerin tehlikeli ve saldırgan olduklarına yönelik inanç ve tutumlar, şizofreni tanısı almış bireylerin kendilerini aciz ve yetersiz hissetmelerine, benlik saygılarının düşmesine, mesleki ve sosyal işlevselliklerinin azalmasına neden olmaktadır.<sup>67</sup>

Sağduyu ve ark.<sup>72</sup> lkemizde toplumun şizofreni hastalarına bakış açısını inceledikleri çalışmada araştırmaya katılan 707 kişinin %69.9’u şizofreni hastasıyla evlenmeyeceğini, %46.8’i şizofreni hastası ile aynı kurumda çalışmayacağını, %43’ evini şizofreni hastasına kiraya vermeyeceğini ve %33.2’si şizofreni hastası ile komşu olmayı istemeyeceğini belirtmiştir.<sup>71</sup> Ayrıca yapılan çalışmalar hastalık sürecini başarılı bir şekilde yöneten hastaların dahi işverenlerin ayrımcı tutumları nedeniyle iş bulmakta ve yaşamını sürdürmekte zorlandığını göstermektedir.



Damgalanma nedeniyle sadece ruhsal hastalığa sahip olan kişiler değil, onların arkadaşları ve aileleri de birçok zorluklarla karşılaşır. Ruhsal hastalıklara yönelik damgalama hastaların tedaviye uyumlarını önemli derecede azaltmakta, yaşam kalitesini bozmakta, toplumdan uzaklaşmalarına yol açmakta ve hasta ailelerinin bakım yükünü arttırmaktadır.<sup>73</sup> Özellikle ruhsal bozukluğu olan bireylerin evlenememe, iş bulamama ve yaşamını yalnız sürdürememe gibi durumları göz önüne alındığında, anne ve babaların yükleri zaman içerisinde azalmamakta, aksine ebeveynlik görevlerini sürdürmek durumunda kaldıklarından, sorumlulukları zamanla artarak devam etmektedir.<sup>15</sup>

Literatürde yapısal (kurumsal), sosyal damgalama ve içselleştirilmiş damgalanma olmak üzere üç tür damgalamadan bahsedilmektedir. Yapısal damgalama sistem düzeyinde, sosyal damgalama grup düzeyinde iken, içselleştirilmiş damgalanma bireysel düzeydedir.<sup>74</sup>

### **İçselleştirilmiş Damgalanma**

İçselleştirilmiş damgalanma bireyin toplumdaki olumsuz kalıp yargıları kabullenmesi ve bunun sonucunda değersizlik, utanç gibi negatif duygularla toplumdan uzaklaşmasıdır.<sup>75</sup>

Munoz ve ark.<sup>76</sup> ortaya koyduğu içselleştirilmiş damgalanma modeline göre; ciddi ruhsal hastalığı olan kişiler olumsuz mesajları bazı zihinsel evreden sonra içselleştirmektedir. Modelde yer alan zihinsel evreler; hastalık hakkındaki stereotiplerin farkına varmak, stereotip sözleşmesi ve öz-uyum şeklinde sıralanmaktadır. Stereotip farkındalığı, bireyin ruhsal hastalıklara yönelik negatif toplumsal kalıplara maruz kalmasından dolayı oluşur. Daha sonra birey bu varsayımlara katılıp katılmayacağına karar verir. Stereotip sözleşmesi ise, bireyin negatif toplumsal kalıpları doğru ve geçerli olarak kabul ettiğinde gerçekleşir.<sup>76</sup> Birey bu stereotiplerin kendisi için de geçerli

olduğuna inanırsa, “öz-uyum” gerçekleşir ve bu da içselleştirilmiş damgalanmaya yol açar.<sup>76,77</sup>

şizofreni hastalarında içselleştirilmiş damgalanma arttıa, hastalık belirtilerinde ve depresyon görülme oranında artış olduğu, buna karşın tedaviye uyum ve sağlık hizmeti kullanımında azalma olduğu ortaya çıkmıştır.<sup>78</sup> Yapılan çalışmalarda şizofrenide içselleştirilmiş damgalanma ile birlikte umutsuzluk<sup>74</sup>, içgörü<sup>79</sup>, yaşam kalitesi, motivasyon, öz-yeterlilik, sosyal işlevsellik<sup>74</sup> ve benlik saygısı düzeylerinde değişim olduğu belirtilmektedir.<sup>79</sup>

içselleştirilmiş damgalama hastalar kadar yakınlarını da hayatını etkilemektedir. Hasta ebeveynleri için ruhsal hastalığı olan bir çocuğa sahip olma hastalığa sebep olan genlerin kendilerinden geçtiği düşüncesine bağlı suçluluk ve utanma duygularına sebep olabilir. ocuklarına iyi anne ve baba olamadıklarına, hastalığın gizlenmesi gerektiğine inanabilirler. Ayrıca toplumun hastalara yönelik davranışları da ailenin kendini damgalamasını etkilemektedir.<sup>80</sup> Aileler damgalanma ya da içselleştirilmiş damgalanma nedeniyle yaşadıkları olumsuz duyguları hastalarına yansıtıklarında, bu durum hastalarında toplumdan algıladıkları damgalanmadan daha yıkıcı etki yaratabilir.<sup>21</sup> Ebeveynlerin içselleştirilmiş damgalanmaları, hastaların genel durumunu ve tedaviye uyumunu ciddi şekilde olumsuz yönde etkileyeceği ve bakım verenlerde depresyon, anksiyete gibi birçok ruhsal sorunlara neden olabileceği ayrıca bakım yükünü arttıracadı düşünülmektedir.

Gümüş ve ark.<sup>81</sup> yaptıkları çalışmada ruhsal bozukluğu olan hastaların bakım verenlerinin içselleştirilmiş damgalanma, depresif belirtiler ve bakım yükü arasında anlamlı bir ilişki belirlenmiştir. Sonuç olarak tedavi sürecinde sadece hastaların değil ailelerin de içselleştirilmiş damgalanmaları değerlendirilmeli ve bu duruma yönelik psikososyal uygulamalar planlanmalıdır.<sup>16</sup>

### **Damgalamanın Hasta ve Bakım Veren Üzerindeki Etkileri**

Toplumda var olan şizofreniye yönelik damgalama hasta ve hasta yakınlarını olumsuz etkilemekte, onların yaşam kalitesini bozmakta ve hastadaki yeti yitimini attırmaktadır.<sup>73</sup> Damgalama çaresizlik ve mutsuzluğa, sosyal ilişkilerden çekilmeye, hastalığın gizlenmesine, tedavi arayışından kaçınmaya veya tedavinin gecikmesine yol açabilmektedir.<sup>82</sup> Bu tepkiler ailelerde benlik saygısında azalmaya, çöküntü, kaygı gibi duygusal tepkilere ve hastalığın yükünün artmasına neden olmaktadır.<sup>83</sup>

Ruhsal hastalıklar ile ilgili hasta yakınlarının da tutumlarının yeterince olumlu olmadığı izlenmektedir. Yapılan görüşmelerde birçok aile bireyi şizofreni hastalığı olan biri ile yaşamaya sıcak bakmadıklarını belirtmişlerdir. Ailenin yaşadığı başlıca sorunlar; hastalık sürecinin belirsiz olması, yalnızlık, hasta ile iletişim kuramama, hastanın şiddet eğilimi, bilinçsiz davranışları, destek sistemlerinin yetersiz olması ve ani duygusal tepkilerden korkmaktadırlar.<sup>84</sup>

### **Damgalamayla Mücadelede Psikiyatri Hemşiresinin Rolü/İşlevi**

Şizofreni hastalığında psikiyatri hemşirelerine önemli sorumluluklar düşmektedir. Psikiyatri hemşireleri hasta bireyleri fiziksel, ruhsal ve toplumsal yönden bütüncül olarak ele almalıdırlar. Psikiyatri hemşireleri sağlık ekibi içerisinde hastayı en fazla gözlemleyen etkileşimde çalışanlardır. Psikiyatri hemşirelerinin hastalığın tedavi ve bakımında terapötik ortam ve terapötik iletişim tekniklerini etkin bir şekilde kullanması hastalığın iyileşme düzeyinde önemli bir rol oluşturmaktadır.<sup>7,85</sup>

Hastaya iletişim, inatçı belirtilerle baş etme, ilaç yan etkileri, stresle baş etme, sorun çözme becerileri, özgüveni artırma gibi günlük işlevselliklerini ve sorumluluklarını yerine getirme becerileri psikiyatri hemşireleri tarafından öğretilmelidir. Sadece hastalara değil ailelerine de psikoegitim verilerek hastalıkla etkili bir şekilde baş etmeleri sağlanmalıdır. Böylece ailenin sosyal ilişkileri geliştirme yönünden hastayı

desteklemesi ve bakım verme sırasında karşılaştığı sorunları ve yükünü azaltması sağlanabilmektedir. Ayrıca kitle iletişim araçları kullanılarak topluma, sağlık çalışanlarına ve hasta yakınlarına damgalama ile eğitimler verilebilir. Psikiyatri hemşireleri tarafından damgalamanın şizofreni hastalarını nasıl etkilediği ve yalnızlaştırdığı ile ilgili eğitimler verilebilir.<sup>86,87</sup>

### **Öğrenilmiş Güçlülüğün Tanımı**

Öğrenilmiş güçlülük (Learned Resourcefulness), ilk kez Rosenbaum(1990) tarafından stresle başa çıkmada kullanılan yöntemi tanımlamak üzere ortaya konulmuştur.<sup>88</sup> Güloğlu ve ark.<sup>89</sup> Rosenbaum'un öğrenilmiş güçlülüğü; bireyin, bugüne kadar öğrendiği, davranışlarını engelleyen, duygu, düşünce ve acı gibi etkenleri kontrol altına alınmasını sağlayan beceriler şeklinde tanımlamaktadır. Aynı zamanda bireyin fizyolojik ve duygusal tepkileriyle başa çıkabilmek için kişisel kaynaklarından yararlanması, problemi tanıma, planlama, değerlendirme ve sonuçları tahmin etme gibi problem çözme becerisini kullanması, doyumunu erteleyeceği inançları öğrenilmiş güçlülük kavramını oluşturmaktadır.<sup>89,90</sup> Bir diğer kavram, sağlık alanında bireyin sağlıklı olması ve bu halinin devamı konusunda kullandığı davranışsal ve bilişsel beceriler toplamı olarak ifade edilmektedir.<sup>24</sup>

Güçlülük teorisine göre, bilişsel ve davranışsal beceriler kişinin zor şartlara rağmen sağlığın kazanılması ve devam ettirilmesini amaçlamaktadır. Güçlülük teorisinin temelini bireysel ve sosyal güçlülük kavramları oluşturmaktadır.<sup>91</sup>

Sosyal güçlülük kavramı, kişinin zor şartlarda aile, arkadaş gibi dış güçlere danışma, akıl alma, birlikte karar verme gibi düşünce ve davranışlarını ifade etmektedir.<sup>91</sup>

Bireysel güçlülük kavramı ise kişinin zor durumlar karşısında bilişsel becerilerini kullanıp zor ve stresli durumla başa çıkabilmeyi, problem çözmeyi, olumlu düşünmeyi, öncelik belirlemeyi ve stres yönetimi planlaması yapmayı oluşturmaktadır. Bireysel

güçlülükte amaç kişinin sorunla karşılaştığında dışarıdan yardım almadan kendi içsel güçleri kullanıp sorunla baş edebilmesidir. Bireysel güçlülük, literatür de öğrenilmiş güçlülük ifadesiyle yer almaktadır.<sup>24</sup>

Öğrenilmiş güçlülük yetenek olarak da tanımlanmaktadır. Bu yeteneğe sahip kişilerin kendilerini etkileyen duygu ve düşünce gibi soyut faktörleri kontrol altına alabilmektedir. Bu kavram duyguların ve istenmeyen düşüncelerin kontrol altına alınmasında kullanılan bilişsel beceridir. Bu kavram, benzer olarak kullanılan entelektüel güçlülük veya sosyal güçlülük gibi kavramlar ile aynı anlama gelmemektedir.<sup>22</sup>

Öğrenilmiş güçlülük gerilime neden olan yaşam olaylarıyla ne kadar etkili baş edildiğini gösterir. Yüksek oranda öğrenilmiş güçlülüğe sahip bireyler daha rahat adaptasyon sağlar, bağımsız olarak günlük yaşam görevlerini yürütür, sosyal rollerini daha iyi yerine getirir ve yaşamdan daha çok zevk alır.<sup>92</sup> Yüksek öğrenilmiş güçlülüğe sahip olan bireyler zorlu durumların üstesinden gelebilmek için daha inatçı ve ısrarlı bir tutum sergileyerek mücadele yöntemini seçmektedirler. Düşük öğrenilmiş güçlülüğe sahip olan bireyler ise hemen pes etmekte, mücadele etmemekte, kendilerini yetersiz görmekte ve iç dinamiklerini harekete geçirememektedirler.<sup>27</sup>

### **Öğrenilmiş Güçlülük ve Şizofreniyi Yönetme**

Öğrenilmiş güçlülük kavramı, bireylerin bozucu yaşam olayları karşısında kullandığı farklı düşünce, davranış ve yetenek tepkilerini ifade etmektedir. Kaygı, korku, olumsuz düşünceler gibi içsel olayların olumsuz etkileriyle baş edebilmek öğrenilmiş güçlülüğün önemli birer kavramlarıdır.<sup>93</sup>

Japonya da şizofreni hastalarına bakım veren ailelerin dayanıklılığını ölçmeye yönelik yapılan niteliksel bir araştırmada şizofreni hastasına bakım veren ailelerin zorlu durum karşısında başa çıkma becerilerini öğrenerek zorlu duruma uyum sağlamayı ve psikolojik istikrarı devam ettirdikleri belirtilmiştir.<sup>26</sup>

Bir başka çalışmada ise bakım vericilerin bakım verme sürecini yönetme becerisi araştırılmıştır. Şizofreni ve bipolar bozukluğu olan hastalar ile yapılan çalışmada %82'si kadın olan bakım vericilerin erkeklere göre bakım verme sürecini daha iyi yönetme becerisine sahip oldukları saptanmıştır. Çalışmada bakım vermede kişisel algılayış biçiminin ve baş etme stratejilerinin farkında olması gerektiğini göstermektedir.<sup>94</sup>

Literatür tarandığında öğrenilmiş güçlülüğün stres, depresif belirtiler ve negatif duygular yönünde olumlu geri dönüşler alındığı görülmüştür.<sup>95</sup> Fakat şizofreni hasta yakınlarına dair çalışma bulunamamıştır.

Aile hayatı bireyin yetişmesinde ve hayata kazandırılmasında önemli bir basamak oluşturmaktadır. Öğrenilmiş güçlülük becerisinin oluşumu ve kazanımı da aile içinde başlayıp bireyin devam eden eğitim hayatı ve sonraki süreçlerde; geliştirilebilir bir kişilik taşıyıcısı olarak etkisini göstermektedir.<sup>88</sup> Şizofreni bakımını üstlenen aile üyeleri, bakım süresi boyunca olumlu ya da olumsuz deneyimler kazanabilmektedir. Yapılan araştırmalar özellikle ebeveynlerin öğrenilmiş güçlülük düzeyinin önemine vurgu yaparken; aile ortamı, ilişkiler, roller, çocuk yetiştirme tarzlarının da önemine dikkat çekmişlerdir.<sup>96</sup>

Depresyon, sağlıklı yaşam kalitesi ve öğrenilmiş güçlülük ilişkisini incelemek için 133 prostat kanseri tedavisinde hayatta kalan hastaların düşük öğrenilmiş güçlülük seviyesi, hastaların özel ve fiziksel yaşam kalitesini de olumsuz yönde etkilediği bulunmuştur. Yüksek öğrenilmiş güçlülük düzeyine sahip hastaların ise zihinsel ve psikolojik yaşam kalitesinin de yüksek olduğu ve depresyon belirtinin ise azaldığı görülmüştür.<sup>95</sup> Bir diğer çalışmada hemodiyaliz hastalarında depresif belirtilerin yordayıcıları arasında düşük öğrenilmiş güçlülüğün olduğu ortaya konulmuştur.<sup>97</sup>

Depresyon tüm hastalıklar için önemli bir risk faktörü olduğu düşünülmektedir. Şizofreni hastalarında depresyonun önemli risk etmeni olduğu bildirilmiş olup

depresyonun en karakteristik bulgusunun umutsuzluk olduğu birçok çalışmada bulunmuştur.<sup>98</sup> Umutsuzluk düzeyi ve öğrenilmiş güçlülük düzeyinin karşılaştırıldığı çalışmada, ergenlerin öğrenilmiş güçlülük ve yaşam doyumları arasında pozitif yönde, öğrenilmiş güçlülük düzeyi ile umutsuzluk düzeyleri arasında negatif yönde anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur.<sup>99</sup>

Çocuklukta aile içi fiziksel şiddete maruz kalan ve kalmayan ergenlerin, öğrenilmiş güçlülük düzeylerinin karşılaştırıldığı çalışmada, şiddete maruz kalanların, öğrenilmiş güçlülük düzeylerinin düşük olduğu tespit edilmiştir. Aynı zamanda kızların erkeklere göre öğrenilmiş güçlülük düzeyinin de daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu çalışmada şiddet maruz kalanların öğrenilmiş güçlülüklerinin düşük olmasına karşın öfkeyle baş etme durumlarının daha iyi olduğu vurgulanmıştır.<sup>100</sup> şizofreni hastalarında da saldırgan tavırlar ya da şiddet rastlanan belirtiler arasındadır.<sup>101</sup> Hastanın bakımından birinci dereceden sorumlu olan aile üyelerinin bu zorlu süreçlerinde öğrenilmiş güçlülük düzeyleri önemli bir etkendir. Çünkü ğrenilmiş güçlülük bireylerin baş etme güçlerini artıran bir faktördür.<sup>96</sup>

### 3. MATERYAL VE METOT

#### 3.1. Araştırmanın Türü

Araştırma, tanımlayıcı ve ilişki arayıcı nitelikte gerçekleştirilmiştir.

#### Araştırmanın Değişkenleri

Bağımsız Değişkenler: Yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durumu, çalışma durumu, bakım verme süresi bu araştırmanın bağımsız değişkenleridir

Bağımlı Değişkenler: Hasta Yakınlarında İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği ve Rosenbaum Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği bu araştırmanın bağımlı değişkenleridir.

#### 3.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı, şizofreni hastalarına bakım verenlerde içselleştirilmiş damgalanma ve öğrenilmiş güçlülüğün değerlendirilmesidir

#### Araştırmanın Soruları:

- Şizofreni hastasına bakım verenlerde içselleştirilmiş damgalanma var mıdır?
- Şizofreni hastasına bakım verenlerde öğrenilmiş güçlülük ne düzeydedir?
- Şizofreni hastasına bakım verenlerde İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği puan ortalaması ile Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği puan ortalaması arasında ilişki var mıdır?

#### 3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma 1 Haziran 2020 – 1 Eylül 2020 tarihleri arasında Rize Toplum Ruh Sağlığı Merkezine (TRSM) gelen ve kayıtlı şizofreni hastalarına birinci dereceden bakım veren bireyler ile yürütülmüştür. Veriler toplanmadan önce kurumda 584 hasta olduğu söylenmiştir.

Rize Toplum Ruh Sağlığı Merkezi toplam 2 psikiyatris, 3 hemşire, 1 psikolog, 1 sosyal çalışmacı, 1 tıbbi sekreter, 1 ergoterapist, 1 temizlik ve 1 de güvenlik personel ile hizmet vermektedir. Kurum 08-17 saatleri arasında hizmet vermektedir.



### 3.4. Evren ve Örneklem

Araştırma evrenini Rize Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı tüm şizofreni hastalarının (N=584) bakım verenleri oluşturmaktadır. Örneklem belirlemek için “evreni belirli olan gruplardan örneklem hesaplama formülü” kullanılmıştır. Formülde yer alan “p” hastalığın görülüş sıklığını belirtmektedir. Ülkemizde şizofreni hastalarının yaygınlığını belirlemek için yapılan bir araştırma sonucunda sıklık durumu yüzde 0,89 olarak (% 0,89) belirtilmiştir.<sup>4</sup>Bu förmüle göre %95 aralığında bir güvenilirlik elde etmek için 113 bakım vericiye ulaşılması yeterli bulunmuştur fakat belirtilen tarihlerde kuruma gelen ve gerekli şartları taşıyan tüm bakım verenler araştırmaya dahil edilmiştir. Araştırmanın örneklemini ise şizofreni hastasına bakım veren ve hastanın bakımından primer sorumlu olan, araştırmaya alınma kriterlerini karşılayan ve gönüllü olarak katılmayı kabul eden 155 bakım verici oluşturmuştur (n=155).

#### Evreni Bilinen Gruplardan Örneklem Hesaplama Formülü<sup>102</sup>

$$n = \frac{N t^2 p q}{d^2 (N-1) + t^2 (p q)}$$

N = Evrendeki birey sayısı

n = Örnekleme alınacak birey sayısı

p = İncelenecek olayın görülüş sıklığı ( olasılığı )

q = İncelenecek olayın görülmeyiş sıklığı (1-p)

t = Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosunda bulunan teorik değer.

d = Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen + sapma olarak simgelenmiştir.

Literatürde bu değer 0,05 olarak alınmaktadır.

t=1.96 dır, 0.05 de ∞ serbestlik derecesindeki t değeridir.

$$n = \frac{584 \times (1,96)^2 \times (0,89 \times (1-0,89))}{(0,05)^2 \times 583 + (1,96)^2 \times (0,89 \times (1-0,89))}$$

$$n = 112,72$$

Ayrıca yapılan güç analizinde de örneklem sayısının yeterli olduğu saptanmıştır.

## **Güç Analizi**

Çalışmanın örneklem büyüklüğünün yeterliliğini belirlemek için ayrıca post hoc güç analizi de yapılmıştır. Yapılan güç analizinde çalışmanın 0.05 anlamlılık düzeyinde %95 güven aralığında çalışma gücünün 0.99 olduğu belirlenmiştir (Correlation  $H_1=0.74$ , lower critical  $r=-0.133$ , Upper Critical  $r=0.133$ , power 0.99). Bu değer örneklemin yeterli olduğuna işaret etmektedir.<sup>103</sup>

## **Araştırmaya Alınma Kriterleri**

- Bakım verenin, hastanın bakımından doğrudan sorumlu olması
- Bakım verende herhangi bir ruhsal hastalık tanısının bulunmaması
- Hasta yakının iletişime engel durumunun olmaması
- Hasta ile aynı evde yaşıyor olması
- Hastanın en az 6 ay önce DSM-V tanı kriterlerine göre şizofreni tanısı almış olması

## **Araştırmadan Çıkarılma Kriterleri**

- Araştırma sürecinde hasta bakım verenin bedensel ya da ruhsal bir sorununun oluşması
- Bakım verilen hastada şizofreni yanısıra bakım gerektirecek başka fiziksel ya da ruhsal bir hastalığın oluşması
- Anket sorularını cevaplarırken bakım verenin araştırmadan ayrılmak istemesi

## **3.5. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği**

Bu araştırmanın sınırlılığı, şizofreni hasta sayısının ve pandemi nedeniyle kuruma gelen bakım verenlerin sayısındaki azalmadır. Araştırmanın sonuçları yalnızca Rize Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı şizofreni hastalarına bakım veren bireylere genellenebilir.

### **3.6. Veri Toplama Araçları ve Özellikleri**

Veriler, araştırmacı tarafından hastalara bakım veren bireylerle yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. Veri toplamak için sosyodemografik veri formu, Ebevenylerin Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği ve Rosenbaum Öğrenilmiş Güçlölük Ölçeği kullanılmıştır.

#### **Sosyodemografi Veri Formu (EK-4)**

Sosyodemografik veri formu, katılımcıların gizlilik hakları ön planda tutularak ve araştırmanın amacına uygun olarak araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Sosyodemografik veri formu; yaş, cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu, eğitim durumu, hastaya yakınlık durumu, hastaya bakım verme süresini içeren 7 sorudan oluşmaktadır.

#### **Ebevenylerin Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (EK-5)**

Ruhsal Hastalıklarda içselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği ruhsal hastalığı olan bireylerin içselleştirilmiş damgalamalarını belirlemek amacıyla Boyd-Ritsher ve ark.<sup>104</sup> tarafından geliştirilmiştir. Dörtlü likert tipinde, öz bildirime dayalı, 29 maddeden oluşan ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Ersoy ve ark.<sup>16</sup> tarafından yapılmıştır. Ölçeğin: “yabancılaşma (madde: 1,5,8,16,21)” , “kalıp yargıların onaylanması (madde: 26,10,18,23,29)” , “algılanan ayrımcılık (madde: 3,15,22,25,28)” , “sosyal geri çekilme (madde: 4,9,11,12,13,20)” , “damgalanmaya karşı direnç (madde: 7,14,24,26,27)” olmak üzere beş alt ölçeği bulunmaktadır. Ölçekte yer alan maddeler, “kesinlikle aynı fikirde değilim” (1 puan), “aynı fikirde değilim” (2 puan), “aynı fikirdeyim” (3 puan), “kesinlikle aynı fikirdeyim” (4 puan) şeklinde yanıtlanmaktadır. Damgalanmaya karşı direnç alt ölçeğinin maddeleri (7,14,24,26,27) ters olarak hesaplanmaktadır. Beş alt ölçeğin toplanmasıyla elde edilen toplam RHİDÖ puanı 29 ile 116 arasında değişmekte ve ölçek kesme puanı bulunmamaktadır. Yüksek puanlar bireyin içselleştirilmiş

damgalanmasının olumsuz yönde daha şiddetli olduğunu göstermektedir. Ölçeğin orijinal formunun Cronbach katsayısı 0.93 bildirilmiştir.

### **Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği (EK-6)**

Orijinal formu M.A.Rosenbaum tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması, güvenilirlik ve geçerlik çalışmaları Ayşe Siva<sup>105</sup> tarafından yapılmıştır. Bu ölçek stres yaratan yaşam olayları ile ne kadar etkili bir biçimde baş edildiğini değerlendirmeyi amaçlamaktadır.

Rosenbaum Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği (RÖGÖ) ile ölçülen özellikler, duygusal tepkileri düşüncelerle denetleyebilme becerisine, problem çözme stratejilerine, anlık doyumları erteleyebilme ve içsel olayları düzenleme yeteneğine ilişkin kişinin kendi algılarıdır.<sup>106</sup> Ölçeğin güvenilirlik katsayıları 47 iç tutarlık ve test tekrar-test yöntemi ile hesaplanmıştır. Cronbach Alfa iç tutarlık katsayısı 78 olarak bulunmuştur 5. ve 21. Maddeler  $p < .01$  düzeyinde; diğer maddeler ise  $p < .001$  düzeyinde anlamlı korelasyon gösteren ölçeğin madde toplam korelasyonları 11 ile 51 arasında değişen değerlerde anlamlı bulunmuştur.<sup>107</sup>

Ölçeğin geçerlik çalışması ise, ölçüt bağıntılı geçerlik ve yapı geçerliği yöntemi ile hesaplanmıştır. Ölçüt bağıntılı geçerlilikte: Ölçeğin kendini denetleme becerilerini ölçtüğü dikkate alınarak, özgün formun da geçerliliğinin araştırılmasında kullanılan Rotter İç-Dış Kontrol Odağı Ölçeği ile korelasyonu hesaplanmış ve 29 değeri bulunmuştur. Ölçeğin yapı geçerliliğini belirlemek amacıyla uygulanan Temel Bileşenler Analizi sonucunda, ölçekten toplam varyansın %58.2'sini açıklayan 12 faktör elde edilmiştir. Bu faktörler ve örüntüler, ölçeğin orijinalinden elde edilen bulgulara büyük ölçüde benzerlik göstermiştir.<sup>107</sup> 36 maddeden oluşmakta olan ölçekten 36 ile 180 arasında değişen puanlar alınabilmektedir. Ölçekte yükselen puanlar kendini denetleme

becerilerini yüksekliğine; bir diğer deyişle ölçekte temsil edilen başa çıkma stratejilerinin sıklıkla uygulandığına işaret etmektedir.<sup>106</sup>

### **Verilerin Toplanması**

Etik kurul izni ve kurum izni alındıktan sonra, Toplum Ruh Sağlığı Merkezi sorumlu hekimiyle de konuşularak kurumun en müsait olduğu zaman ve saat aralıklarına yönelik bir program hazırlanmıştır. Haftanın belirli günlerinde araştırmacı Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde bekleyerek kurum hekimine muayene olmak, ilaç yazdırmak ya da hastanın durumunu takip etmek amacıyla gelen tüm şizofreni bakım vericileriyle görüşme yapmıştır. Bu görüşmenin sağlanması için bakım verenlerin adres bilgileri ya da telefon numaraları talep edilmemiştir. Öncelikle kuruma genel şizofreni bakım vericilerine çalışma anlatılmış ve gönüllü onam formu imzalatılmıştır. Çalışmaya katılmak isteyen ve araştırmaya alınma kriterlerini taşıyan bakım verenler çalışmaya dahil edilmiştir. Her aileden primer bir bakım verici araştırmaya dahil edilmiştir. Veriler haftada 3 gün 08:00-16:00 saatleri arasında araştırmacı tarafından yüz yüze toplanmıştır. Salgın dönemi olması nedeniyle sosyal mesafe ve maske kurallarına dikkat edilmiştir. Bakım verenler ile tek tek görüşülmüş ve her görüşme sonrası oda havalandırılmıştır. Ayrıca her anketi yapan kişiden sonra kalem dezenfekte edilmiştir. Veri toplama süreci gerekli örneklem sayısı tamamlanıncaya kadar devam ettirilmiştir.

### **Verilerin Değerlendirilmesi**

Veriler, SPSS for Windows 22 paket programı ile analiz edilmiştir. Verilerin analizinde sayılar, yüzdeler, en az ve en çok değerler ile ortalama ve standart sapmaların yanı sıra aşağıdaki tabloda yer alan istatistiksel analizler kullanılmıştır.

**Tablo 3.1.** Verilerin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Testler

Yapılan Yer	Test
İlişkisel Çıkarımlar	Pearson korelasyon analizi
İç Geçerlilik	Cronbach $\alpha$ kat sayısı
Verilerin normallik dağılımı	Kurtosis ve Skewness kat sayıları*

**Tablo 3.2.** İç Geçerlilik Katsayıları

Ölçek	Cronbach $\alpha$
Yabancılaşma	0.728
Kalıp yargıların onaylanması	0.518
Algılanan ayrımcılık	0.826
Sosyal geri çekilme	0.842
Damgalanmaya karşı direnç	0.541
Ebevenylerin Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (ERHİDÖ)	0.893
Rosenbaum Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği (RÖGÖ)	0.921

“Ayrıca çalışmada yer alan sürekli değişkenlere ait analizler yapılmış ve tüm verilerin normal dağıldığı saptanmıştır”.

### 3.7. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırma için Erzurum Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul İzni (EK-3) ve Rize Sağlık İl Müdürlüğünden Kamu Hastaneleri için kurum izni (EK-7) alınmıştır. Ayrıca çalışmaya katılan araştırmacılara ‘Gönüllülerin Bilgilendirilmiş Onam Formu’ okutulmuş, anlaşılmayan yerlere açıklık getirilerek araştırma hakkında bilgi verilmiştir. Araştırmaya katılmanın gönüllülük esasına dayandığı, istedikleri zaman araştırmadan ayrılacakları bilgisi verilmiştir. Araştırmacıların kişisel bilgileri sorulmamış, elde edilen veriler çalışma dışında bir yerde kullanılmamış ve üçüncü kişilerle paylaşılmamıştır.

## 4. BULGULAR

Katılımcıların demografik özellikleri Tablo 4.1’de sunulmuştur.

**Tablo 4.1.** Katılımcıların Demografik Özellikleri

		n	%		
<b>Cinsiyet</b>	Kadın	82	52.9		
	Erkek	73	47.1		
<b>Medeni Durum</b>	Evli	119	76.8		
	Bekar	36	23.2		
<b>Çalışma Durumu</b>	Çalışıyor	57	36.8		
	Çalışmıyor	98	63.2		
<b>Eğitim Düzeyi</b>	İlkokul	90	58.1		
	Lise	37	23.9		
	Üniversite ve üzeri	28	18.0		
<b>Hasta ile Yakınlık Derecesi</b>	Anne	23	14.8		
	Baba	15	9.7		
	Çocuk	21	13.5		
	Eş	25	16.1		
	Diğer	71	45.8		
<b>Bakım Süresi</b>	1-3 yıl	9	5.8		
	3-5 yıl	6	3.9		
	5 yıl ve üzeri	140	90.3		
<b>Sürekli Değişkenler</b>	<b>n</b>	<b>Min.</b>	<b>Max.</b>	<b>Ort.</b>	<b>SS.</b>
Yaş	155	16.00	83.00	49.68	13.82

Tablo 4.1 de görüldüğü gibi, şizofreni hastasına bakım verenlerin %52.9’unun erkek olduğu, %86.8’inin evli olduğu ve %63.2’sinin çalışmadığı saptanmıştır. Şizofreni hastasına bakım verenlerin %58.1’inin ilkokul mezunu olduğu, bakım verenlerin %14.5’inin hastanın annesi olduğu ve %90.3’ünün 5 yıl ve üzeri bir süredir bakım vermekte olduğu saptanmıştır. Şizofreni hastasına bakım verenlerin yaş ortalamasının  $49.68 \pm 13.82$  olduğu ve yaşlarının 16-83 arasında değişmekte olduğu saptanmıştır.

Çalışmada kullanılan ölçek ve alt boyutlarından alınan puanların dağılımı Tablo 4.2 ve 4.3’de sunulmuştur.

**Tablo 4.2.** Ebeveynlerin Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği ve Alt Boyutlarından Alınan Puanların Dağılımı

Ölçek ve Alt Ölçekler	n	Min.	Max.	Ort.	SS.
Yabancılaşma	155	6.00	22.00	10.85	3.53
Kalıp yargıların onaylanması	155	7.00	23.00	12.54	3.02
Algılanan ayrımcılık	155	5.00	19.00	7.50	3.09
Sosyal geri çekilme	155	6.00	21.00	9.61	3.83
Damgalanmaya karşı direnç	155	5.00	19.00	11.74	2.92
Ebeveynlerin Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (ERHİDÖ)	155	32.00	88.00	52.22	12.77

Şizofreni hastasına bakım verenlerin, Ebeveynlerin Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde, Yabancılaşma alt boyutundan  $10.85\pm 3.53$ , Kalıp yargıların onaylanması alt boyutundan  $12.54\pm 3.02$ , Algılanan ayrımcılık alt boyutundan  $7.50\pm 3.09$ , Sosyal geri çekilme alt boyutundan  $9.61\pm 3.83$  ve damgalanmaya karşı direnç alt boyutundan  $11.74\pm 2.92$  puan aldıkları saptanmıştır. Şizofreni hastasına bakım verenlerde kullanılan Ebeveynlerin Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeğinden (ERHİDÖ) aldıkları toplam puan ortalaması  $52.22\pm 12.77$  bulunmuştur. Ebeveynlerin Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği puanları ise 32-88 arasında değişmektedir (Tablo 4.2.).

**Tablo 4.3.** Rosenbaum Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeğinden Alınan Puanların Dağılımı

Ölçek ve Alt Ölçekler	n	Min.	Max.	Ort.	SS.
Rosenbaum Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği	155	60.00	167.00	124.90	19.86

Tablo 4.3 görüldüğü üzere şizofreni hastasına bakım verenlerin, Rosenbaum Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeğinden ortalama  $124.90\pm 19.86$  puan aldıkları saptanmıştır.



Rosenbaum Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeğinden alınan puanlar 60-167 arasında değişmektedir.

Ebeveynlerin Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma ölçeği ve alt boyut puanları ile Rosenbaum Öğrenilmiş Güçlülük Ölçek puanı arasındaki ilişkinin incelenmesi Tablo 4.4'de sunulmuştur.

**Tablo 4.4.** Ebeveynlerin Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği ve Alt Boyut Puanları ile Rosenbaum Öğrenilmiş Güçlülük Ölçek Puanı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

		<b>RÖGÖ</b>
Yabancılaşma	r	-0.427
	p	<b>0.000</b>
	n	155
Kalıp yargıların onaylanması	r	-0.382
	p	<b>0.000</b>
	n	155
Algılanan ayrımcılık	r	-0.400
	p	<b>0.000</b>
	n	155
Sosyal geri çekilme	r	-0.407
	p	<b>0.000</b>
	n	155
Damgalanmaya karşı direnç	r	-0.505
	p	<b>0.000</b>
	n	155
ERHİDÖ	r	-0.543
	p	<b>0.000</b>
	n	155

Şizofreni hastasına bakım veren bireylerin yabancılaşma alt boyut puanı ile RÖGÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü ve düşük düzeyli ilişki saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Şizofreni hastasına bakım verenlerde Yabancılaşma alt boyut puanı arttıkça RÖGÖ puanı düşmektedir (Tablo 4.4).

Kalıp yargıların onaylanması alt boyut puanı ile RÖGÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü ve düşük düzeyli ilişki saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Şizofreni

hastasına bakım verenlerde Kalıp yargıların onaylanması alt boyut puanı arttıkça RÖGÖ puanı düşmektedir (Tablo 4.4).

Algılanan ayrımcılık alt boyut puanı ile RÖGÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü ve düşük düzeyli ilişki saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Şizofreni hastasına bakım verenlerde Algılanan ayrımcılık alt boyut puanı arttıkça RÖGÖ puanı düşmektedir (Tablo 4.4).

Sosyal geri çekilme alt boyut puanı ile RÖGÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü ve düşük düzeyli ilişki saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Şizofreni hastasına bakım verenlerde Sosyal geri çekilme alt boyut puanı arttıkça RÖGÖ puanı düşmektedir (Tablo 4.4).

Damgalanmaya karşı direnç alt boyut puanı ile RÖGÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü ve orta düzeyli ilişki saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Şizofreni hastasına bakım verenlerde Damgalanmaya karşı direnç alt boyut puanı arttıkça RÖGÖ puanı düşmektedir (Tablo 4.4).

Tablo 4.4 incelendiği üzere şizofreni hastasına bakım verenlerde ERHİDÖ toplam puanı ile RÖGÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü ve orta düzeyli ilişki saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Şizofreni hastasına bakım verenlerde ERHİDÖ toplam puanı arttıkça RÖGÖ puanı düşmektedir (Tablo 4.4).

## 5. TARTIŞMA

Şizofreni hastasına bakım verenlerde içselleştirilmiş damgalanma ve öğrenilmiş güçlülük arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan bu araştırmadan elde edilen bulgular literatür doğrultusunda tartışılmıştır. Ancak Literatür incelendiğinde içselleştirilmiş damgalamanın genelde hastalarda çalışıldığı fakat bakım verenlerde çok sınırlı sayıda araştırma olduğu görülmüştür. Bu nedenle araştırma sonuçları, farklı örneklem gruplarında aynı ölçeğin kullanıldığı araştırma bulguları ile de tartışılmıştır.

**Tartışma üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde şizofreni hastasına bakım verenlerin içselleştirilmiş damgalanma yaşama durumları tartışılmıştır**

Araştırmada Ebeveynlerin Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeğinden (ERHİDÖ) aldıkları puan ortalaması  $52.22 \pm 12.77$  olup, puanlar 32-88 arasında değişmektedir (Tablo 4.2). İlgili ölçeğin min-max değerleri göz önüne alındığında şizofreni hastasına bakım verenlerde içselleştirilmiş damgalanma düzeyinin orta seviyede olduğu söylenebilir.

Konuyla ilgili uluslararası literatür incelendiğinde; ciddi akıl sağlığı olan bireylerin bakıcılarında damgalamayı azaltmak için yapılan deneysel bir çalışmada 158 şizofreni hasta bakıcısı orta düzeyde damgalama yaşadıklarını bildirmişlerdir.<sup>18</sup> Yine Çin de şizofreni hasta aileleri üzerinde damgalama ve ifade edilen duygunun araştırıldığı bir çalışmada, bakım verenler damgalamanın orta ve şiddetli düzeylerde etkilerini yaşadıklarını belirtmişlerdir.<sup>108</sup> İlk atak psikoz hastaları ve bakıcılarının kendini damgalamalarının araştırıldığı bir çalışmada da damgalama yaşayan bakıcıların artmış stres ve duygusal sıkıntı yaşadıkları belirtilmiştir.<sup>19</sup> Almanya ve Avusturya'da yaşayan 788 şizofreni hasta yakını ile yapılan bir diğer çalışmada, hasta yakınlarının neredeyse yarısının şizofreninin ortaya çıkmasını, hastaların ruhsal yapıdaki zayıflıklarına bağladığı bulunmuştur.<sup>109</sup> Yine İtalya da 30 ayrı merkezde yapılan bir diğer çalışmada şizofreni

hasta yakınlarının kendilerini yalnız hissettikleri, tedaviye olumsuz baktıkları ve sosyal destek bulamadıkları belirlenmiştir.<sup>110</sup> Park ve ark.<sup>20</sup> bakım yükü ve damgalama ilişkisini incelediği akıl hastalığı olan bireylere bakım veren ailelerde semptomların ciddi ve sosyal işlevin düşük olduğu hastalarda yüksek düzeyde damgalamanın yaşandığı saptanmıştır. Araştırma sonucu uluslararası çalışma bulgularıyla benzer niteliktedir. Bu sonucun alınmasında hastalığın kültüre özgü olmadığı ve evrensel olduğu için aynı insani tepkileri oluşturmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Nitekim şizofreni nedeniyle damgalanma ve ayrımcılığı azaltmaya yönelik WPA (Works Progress Administration) Küresel Programı'nda da damgalama tutumunun evrensel olduğu ve gelişmekte olan ülkelerdeki yayınlarda gösterildiği belirtilmiştir.<sup>111</sup>

Şizofreni diğer ruh sağlığı sorunlarından biri olmakla beraber damgalanmanın daha fazla yaşandığı bir hastalıktır. Psikiyatrik hastalıkların tanımı genelde bir etiketleme oluştururken bazı hastalıklar için damgalanma düzeyine ulaşmaktadır.<sup>21</sup> Ülkemizde yapılan çalışmalar incelendiğinde; Gümüş ve ark.<sup>13</sup> yaptıkları çalışmada ruhsal bozukluğu olan hastaların bakım verenlerde içselleştirilmiş damgalanmanın yüksek düzeyde olduğu bildirilmiştir. Araştırma bulgusu, bu araştırmadan daha yüksek bulunmuştur. Bu farklılığın araştırmanın yapıldığı zaman aralığından ve örneklem farklılığından kaynaklandığı düşünülmektedir. Halen sürmekte olan korona virüs salgınının gündemde olması ruhsal hastalıklara karşı algıyı arka planda bırakmış olabilir. Düzeyleri farklı olsa da ailelerin her zaman damgalanmayı yaşadıkları düşünülmektedir. Nitekim Dikeç ve ark.<sup>112</sup> çocuk ve ergen psikiyatrisinde yatan hastaların ebeveynleri ile yapmış olduğu çalışmada da, bakım verenlerin durumlarını çevrelerinden gizlediklerini saptamışlardır. Yıldız ve ark.<sup>21</sup> şizofreni, şizofreni hasta yakınları ve majör depresif bozuklukta kendini damgalamayı araştırdıkları çalışmada da şizofreni varlığının ve halkın hastalara karşı olumsuz tavırlarının şizofrenide kendini damgalamanın nedeni olabileceği sonucuna

ulaşmıştır. Yine Uzunoğlu ve ark.<sup>113</sup> çocuk ve ergen psikiyatrisi kliniğinde takip edilen hasta ve bakım verenleri ile ERHİDO ölçeği kullanılarak yapılan çalışmada ailelerin içselleştirilmiş damgalanma puanları bu araştırmanın puanlarına yakın oranda bulunmuştur. Araştırma sonucu ulusal çalışmalarla benzer özellikler göstermektedir. Bu benzerlik, bakım verenlerin aynı toplumsal yapıda yaşamaları ve genel olarak benzer tepkilere maruz kalmalarından kaynaklanmış olabilir.

### **Tartışmanın ikinci bölümünde şizofreni hastasına bakım verenlerin öğrenilmiş güçlülük durumu tartışılmıştır**

Araştırmada Ebeveynlerin Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği'nden aldıkları puan ortalaması  $124.90 \pm 19.86$  bulunmuştur (Tablo 4.2). İlgili ölçeğin max değeri (180) göz önüne alındığında şizofreni hastasına bakım veren aile üyelerinin öğrenilmiş güçlülük düzeylerinin yüksek seviyeye yakın bir değerde olduğu söylenebilir.

İnsanlar, hayatları boyunca çevreleriyle etkileşim halinde olmak zorundadır, ancak insanların en savunmasız anlarında hayatlarında stres verici bir durumla karşılaşmaları halinde korku ve kaygıları artmakta hayatları bu durumdan olumsuz olarak etkilenebilmektedir. Ancak bu stres verici durumlara karşı gösterilen baş etme çabalarının olumlu sonuçlanması bireyin yaşamında olumlu değişimlere de yol açabilmektedir.<sup>22</sup> Fakat konu hakkında uluslararası ve ulusal literatürde şizofreni bakım vericileriyle yapılan bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Şizofreni gibi toplumsal damgalamanın daha yüksek olduğu bir hastalığa bakım veren bireylerin birçok olumsuz yaşantı deneyiminin yanı sıra kazanımlarının da ortaya konulmasının önemli olduğu düşünülmektedir. Bu amaçla hazırlanan araştırmanın bulguları zor yaşantıları olduğu düşünülen ve öğrenilmiş güçlülüğün incelendiği diğer araştırma bulguları ile kıyaslanmıştır.

Şizofreni hastalarında yaşam kalitesi ve öğrenilmiş güçlülüğün araştırıldığı uluslararası bir çalışmada psikotik semptomları daha az olan hastaların öğrenilmiş

güçlüklerinin ve yaşam kalitelerinin diğerlerine göre daha iyi olduğu saptanmıştır.<sup>25</sup> Japonya’da şizofreni hastalarına bakım veren ailelerin dayanıklılığını ölçmeye yönelik yapılan niteliksel bir araştırmada da başa çıkma becerilerini öğrenerek uyum ve psikolojik istikrarı sağladıkları belirtilmiştir.<sup>26</sup> Yine şizofreni ve bipolar bozukluğu olan hastalar ile yapılan bir diğer çalışmada da %82’si kadın olan bakım vericilerin bakım verme sürecini daha iyi yönetme becerisine sahip oldukları saptanmıştır.<sup>94</sup> Araştırma sonucu, şizofreni bakım verenlerinde çalışılan diğer araştırma sonuçları ile olumlu gelişim anlamında benzerlik göstermektedir. Bu sonucun elde edilmesinin öğrenilmiş güçlülüğün doğasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Şizofreni zorlu ve uzun süreçli mücadeleyi gerektiren bir hastalıktır ve genelde ömür boyu devam etmektedir.<sup>1</sup> Öğrenilmiş güçlülük ise şiddetli yaşam olayları ve stres karşısında oluşan olumsuz yaşamların tamamen ortadan kaldırılamadığı durumlarda hedef davranışa ulaşmada kişinin öz davranışlarını denetleyerek kabul görmeyen durumları en aza indirgememizi sağlayan bilişsel birikimlerdir.<sup>88</sup> Dolayısıyla bakım verenler zaman içerisinde baş etme becerilerini iyileştirmiş olabilirler.

Konuyla ilgili ulusal çalışmalar incelendiğinde şizofreni bakım verenlerinde öğrenilmiş güçlülüğün çalışıldığı bir araştırmaya rastlanılmamıştır. Arıcan ve ark.<sup>114</sup> kronik nörolojik hastalığı bulunan çocukların aileleri ile yapmış oldukları çalışmada öğrenilmiş güçlülük düzeyleri düşük bulunmuştur. Bu farklılığın örneklem grubunun farklı olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Ayrıca göreceli olarak çocuğa bakım vermek, yetişkin bir hastaya bakım vermektense daha kolay da olabilir. Dolayısıyla öğrenilmiş güçlülük daha az gelişmiş olabilir. Her ne kadar şizofreni bakım verenlerinde öğrenilmiş güçlülük irdelenmese de hastaların yanı sıra bakım verenlerin de olumsuz koşullara karşı güçlü olması ve psikolojik olarak sağlam durmasının önemli bir faktör

olduğu belirtilmektedir.<sup>17</sup> Bu yönüyle araştırma sonuçlarının şizofreni hasta bakımında rol alan bireylere yönelik yeni araştırma konularına ışık tutacağı düşünülmektedir.

**Tartışmanın son bölümünde ise bakım verenlerin içselleştirilmiş damgalanma ve öğrenilmiş güçlülük arasındaki ilişki tartışılmıştır.**

Araştırmada şizofreni hastasına bakım verenlerin içselleştirilmiş damgalanma ölçeği ve öğrenilmiş güçlülük ölçeği arasında anlamlı, negatif yönlü ve orta düzeyli ilişki saptanmıştır ( $p < 0.05$ ). Bakım verenlerin içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri arttıkça öğrenilmiş güçlülük düzeyleri azalmaktadır

Konu hakkında uluslararası ve ulusal literatürde yapılmış bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Araştırmada içselleştirilmiş damgalanma ölçeğinin tüm alt boyutları da öğrenilmiş güçlülük arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Bu nedenle ilgili kısım benzer çalışma bulguları ve alt boyutlar üzerinden irdelenmiştir

ERHİDÖ'nin yabancılaşma alt boyut puan ortalaması ile RÖGÖ puanı arasında anlamlı ilişki saptanmıştır ( $p < 0,05$ ; Tablo 4.4). Yabancılaşma düzeyi arttıkça öğrenilmiş güçlülük azalmaktadır.

Yabancılaşma bireyin kendisine, yaşadığı topluma, başka insanlara ve doğaya karşı yabancılık hissetmesi ve anormal davranışlar göstermesidir.<sup>115</sup> Yabancılaşma, depresyon ve intihara eğilimi artıran bir faktördür.<sup>116</sup> Uluslararası ve ulusal düzeyde diyaliz hastalarıyla yapılan çalışmalarda öğrenilmiş güçlülüğün düşük olmasıyla paralel kaçınmacı başa çıkmalar depresif reaksiyonlarla daha çok ilişkili olduğu ve öğrenilmiş güçlülük düzeyinin yüksek olduğu diyaliz hastalarında ise hastalıkla başa çıkma becerisinin depresyon düzeyi ile negatif yönde ilişki olduğu saptanmıştır.<sup>97,117</sup> Literatürde de gösterildiği gibi yabancılaşma bireyin başa çıkma becerisini azaltmaktadır. Bu araştırmada da yabancılaşma yaşayan bakım verenlerin sorun çözme, motive olma ve mücadele güçlerinin olumsuz etkilendiği söylenebilir.

ERHİDÖ'nin kalıp yargıların onaylanması alt boyutu ile RÖGÖ puanı arasında istatistiksel olarak ilişki saptanmıştır ( $p < 0,05$ ; Tablo 4.4). Kalıp yargıların onaylanması alt ölçeği özellikle toplum içindeki ruhsal hastalıklara yönelik mitlerin ebeveynler tarafından içselleştirildiğini gösteren ifadelerini kapsamaktadır.<sup>81</sup> Toplumda şizofreni hastalarıyla ilgili pek çok olumsuz inanış bulunmaktadır ve bu inanışlar hasta birey kadar ebeveynleri de etkilemektedir. Hasta ebeveynleri için ruhsal hastalığı olan bir çocuğa sahip olma, hastalığa sebep olan genlerin kendilerinden aktarıldığı düşüncesine bağlı suçluluk ve utanma duygularına neden olabilir. Ayrıca toplumun bu hastalara yönelik tutumu da ailenin kendini damgalamasına yol açabilir.<sup>80</sup> Uluslararası alanda yapılan bir çalışmada düşük öğrenilmiş güçlülüğe sahip olan bireylerin kendilerini yetersiz gördüğü, mücadele etmedikleri ve iç dinamiklerini harekete geçiremedikleri belirtilmektedir.<sup>27</sup> Dolayısıyla içselleştirilmiş damgalama bireyin kendi baş etme becerisini engellemiş ve öğrenilmiş güçlülüğü olumsuz yönde etkilemiş olabilir.

Araştırma sonucunda anlamlı ilişki saptanan bir diğer bulgu algılanan ayrımcılık alt boyutudur. Benzer şekilde algılanan ayrımcılık alt boyut puanı arttıkça RÖGÖ toplam puanı düşmektedir.

Ruhsal bozukluğu olan çocukların ebeveynleri, ruhsal bozukluğu olan bireylerin çevreden dışlanmamaları ya da çocuklarının olumsuz yaklaşımlarla karşılaşmamaları için ruhsal bozukluğu gizleyebilmektedirler.<sup>118</sup> Aslında bu durum algılanan ayrımcılığın bir sonucudur. Yapılan çalışmalarda, halk arasında şizofreni hastalarıyla ilgili eğitimini sürdürmez, iş sahibi olamaz, ev kiralayamaz ve evlenemez gibi yanlış kanaatlerin yaygın olduğunu göstermektedir. Şizofreni hastaları çoğu zaman bu olumsuz inanışlar nedeniyle barınma, evlenme, iş ve eğitim gibi konularda mevzuatın kendilerine sunduğu haklara ulaşmakta eşit fırsatlara sahip olmamaktadır.<sup>119,120</sup> Bu ayrımcı yaklaşımları kabullenmek, ebeveynlerin ayrımcılığı algılamalarından kaynaklanmaktadır. Dolayısıyla bu ayrımcılığı



fark eden ve içselleştiren bireylerin öğrenilmiş güçlülük düzeylerinin düşmesi beklenen bir sonuç olabilir.

ERHİDÖ' nin sosyal geri çekilme alt boyut puanı ile RÖGÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü ve düşük düzeyli ilişki saptanmıştır ( $p < 0,05$ ; Tablo 4.4). Sosyal geri çekilme arttıkça güçlülük düzeyi azalmaktadır.

Uluslararası literatürde yapılan bir çalışmada ayaktan takip edilen ergenlerle yapılan bir çalışmada, çalışmaya katılan ergenlerin büyük bir kısmı aile içinde ya da sosyal çevrelerinde damgalandıkları ve dışlandıklarını belirtmişlerdir.<sup>121</sup> Ülkemizde yapılan çalışmalarda ise ruhsal bozukluğu olan bireylerin ebeveynlerinin bu durumdan utandıkları ve damgalanmamak için ruhsal bozukluk varlığını herkesten gizledikleri saptanmıştır.<sup>80,113</sup> Dolayısıyla sosyal geri çekilme bireyin baş etmede kullanacakları toplumsal destek sistemlerini kaçırmaya yol açmaktadır. Sosyal geri çekilme bireyi yalnızlaştırdığı gibi öğrenilmiş güçlülüğü de olumsuz yönde etkilemiş olabilir

Araştırmanın son bulgusu ebeveynlerin damgalanmaya karşı direnç durumlarıdır. ERHİDÖ' nin damgalanmaya karşı direnç alt boyut puanı ile RÖGÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü ve orta düzeyli ilişki saptanmıştır ( $p < 0,05$ ; Tablo 4.4).

Uluslararası ve ulusal çalışmalarda, damgalanmaya karşı direnç gösteren şizofreni hastalarının, depresyon düzeyinde azalma, yaşam kalitesinde ve benlik saygısında ise artış olduğu tespit edilmiştir.<sup>122-126</sup> Şizofreni hasta kadar ebeveyni de etkileyen bir durum olduğu için benzer sonuçların ebeveynlerde de alınacağı tahmin edilmektedir.<sup>127</sup>

Uluslararası ve ulusal literatürde şizofreni bakım verenlerinde içselleştirilmiş damgalanma ve öğrenilmiş güçlülüğün araştırıldığı bir çalışmaya rastlanmadığı gibi bu iki kavramın çalışıldığı bir araştırma bulgusu da bulunamamıştır. Fakat stres verici durumlara karşı gösterilen baş etme çabalarının olumlu sonuçlanmasının bireyin

yaşamında olumlu değişimlere de yol açabileceği belirtilmektedir.<sup>22</sup> Uluslararası alanda şizofreni hastalarına bakım verenler ile yapılan bir çalışmada da stresli yaşam olaylarının birincil bakıcıların yükü üzerindeki olumsuz etkilerini hafiflettiği bildirilmiştir.<sup>128</sup> Dolayısıyla içselleştirilmiş damgalamanın azaltılması ebeveynlerin hayata ve hastalık sürecine karşı pozitif deneyimler elde etmelerine katkı sunacağı düşünülmektedir. Gerek bakım verenin gerekse hastanın olumsuz koşullara karşı güçlü olması ve psikolojik olarak sağlam durması önemli bir faktördür.<sup>17</sup>



## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Şizofreni hastasına bakım veren bireylerde içselleştirilmiş damgalanma ve öğrenilmiş güçlülüğün irdelendiği bu araştırmada;

- Şizofreni hastasına bakım verenlerin orta düzeyde içselleştirilmiş damgalanma yaşadıkları;
- Şizofreni hastasına bakım verenlerin yüksek düzeye yakın bir değerde öğrenilmiş güçlülük geliştirdikleri;
- İçselleştirilmiş damgalanma ile öğrenilmiş güçlülük arasında negatif yönde bir ilişki olduğu;
- Bakım verenlerin içselleştirilmiş damgalanma yaşadıkça öğrenilmiş güçlülüklerinin azaldığı,
- Aynı şekilde bakım verenin topluma yabancılaşması, toplumda var olma kalıp yargıları onaylaması, sosyal anlamda geri çekilmesi ve damgalanmaya karşı direnç geliştirmesi nedeniyle öğrenilmiş güçlülük düzeylerinin olumsuz etkilendiği sonuçlarına ulaşılmıştır.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Ruhsal hastalığı olan birey, aile ve çevreye ruhsal hastalığın, damgalamanın ne olduğu anlatılmalı ve içselleştirilmiş damgalanmanın hem hasta hemde aile için önemine dikkat çekilmesi,
- Şizofreni hastasına bakım veren bireylerin ve akabinde toplumun ruhsal hastalıklar konusunda bilgilendirilmesi ve içselleştirilmiş damgalamalarını azaltmaya yönelik psikososyal müdahalelerde bulunulması,
- Öğrenilmiş güçlülüğü artırmaya yönelik faaliyetlerin planlanması ve bakım verenlerin olumlu gelişimleri için teşvik edilmeleri,

- Damgalamayı azaltmaya ve öğrenilmiş güçlülüğü artırmaya yönelik deneysel araştırmaların yapılması önerilebilir.



## KAYNAKÇA

1. Çam O, Engin E. *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı*, 3. Baskı. İstanbul, Medikal Yayıncılık, 2021: 245-446.
2. Öztürk MO, Uluşahin NA. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*, 16. Baskı. Ankara, Nobel Tıp Kitabevleri, 2020:189-249.
3. Altamura AC, Pozzoli S, Fiorentini A, Dell'Osso B. Neurodevelopment and inflammatory patterns in schizophrenia in relation to pathophysiology. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 2013, 42:63-70.
4. Binbay T, Ulaş H, Elbi H, Alptekin K. Türkiye’de psikoz epidemiyolojisi: Yaygınlık tahminleri ve başvuru oranları üzerine sistematik bir gözden geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2011, 22.1:40-52.
5. Caqueo-Urizar A, Gutierrez-Maldonado J. Burden of care in families of patients with schizophrenia. *Quality of Life Research*, 2006, 15.4:719-724.
6. Özburun N. Genel sistem teorisinden etkilenen aile terapisi modellerinin karşılaştırılması. *Türkiye Bütüncül Psikoterapi Dergisi*, 2018, 1.2:172-188.
7. Kaya Y. Şizofreni Hastalarının Sosyal İşlevsellikleri ve Hastalara Bakım Veren Yakınlarının Bakım Yüğü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Programı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2013.
8. Walke SC, Chandrasekaran V, Mayya SS. Caregiver burden among caregivers of mentally ill individuals and their coping mechanisms. *Journal of neurosciences in rural practice*, 2018, 9.2: 180.
9. Shiraishi N, Reilly J. Positive And Negative Impacts Of Schizophrenia On Family Caregivers: A Systematic Review And Qualitative Meta-Summary, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2019, 54.3:277–290.

10. Kaya Y. Global Social Functioning of Patients with Schizophrenia and Care Burden of Caregiving Relatives. *Journal of Psychiatric Nursing*, 2019, 10.1:28–38.
11. Durmaz H, Okanlı A. Effects of Interpersonal Psychotherapy (IPT) Techniques and Psychoeducation on Self-Efficacy and Care Burden in Families of Patients with Schizophrenia. *The American Journal of Family Therapy*, 2020, 1-19.
12. Çetin N, Demiralp M, Oflaz F, Özşahin A. Şizofreni hastalarının günlük yaşam aktivite düzeyi ile aile üyelerinin bakım yükü ve dışı vuran duygu durumu ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Derg*, 2013, 14.1:19-26.
13. Gümüş F, Dikec G, Ergun G. Relations among internalized stigmatization, depressive symptom frequency and family loading in first-degree caregivers of the patients treated in the psychiatry clinic of a state hospital. *Archives of Psychiatric Nursing*, 2017, 31.5:522-7.
14. Bilge A, Çam O Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeğinin geçerliliği ve güvenilirliği. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2008, 9: 91-6.
15. Zisman-Ilani Y, Levy-Frank I, Hasson-Ohayon I, Kravetz S, Mashiach-Eizenberg M, Roe D. Measuring the internalized stigma of parents of persons with a serious mental illness: the factor structure of the parents' internalized stigma of mental illness scale. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 2013, 201.3:183-187.
16. Ersoy MA, Varan A. Ruhsal hastalıklarda içselleştirilmiş damgalanma ölçeği Türkçe formu'nun güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2007, 18.2:163-171.
17. Çam O, Çuhadar D. Ruhsal hastalığa sahip bireylerde damgalama süreci ve içselleştirilmiş damgalama. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2011, 2.3:136-140.
18. Perlick DA, Nelson AH, Mattias K, Selzer J, Calvin C, Wilber CH, Huntington B, Holman CS, Corrigan PW. In our own voice-family companion: reducing self-

- stigma of family members of persons with serious mental illness. *Psychiatric services*, 2011, 62.12:1456-1462.
19. Chen ES, Chang WC, Hui CL, Chan SK, Lee EHM, Chen EY. Self-stigma and affiliate stigma in first-episode psychosis patients and their caregivers. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 2016, 51.9:1225-1231.
  20. Park K, Seo M. Care burden of parents of adult children with mental illness: The role of associative stigma. *Comprehensive Psychiatry*, 2016, 70: 159-164.
  21. Yıldız M, Özten E, Işık S ve ark. Şizofreni hastaları, hasta yakınları ve majör depresif bozukluk hastalarında kendini damgalama. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2012, 13: 1-7.
  22. Özkan MS, Yıldız Z. Öğrenilmiş güçlülük: Kavramsal bir inceleme. *Kara Harp Okulu Bilim Dergisi*, 2015, 25.1:25-40.
  23. Rosenbaum M. A Schedule for assessing self-control behaviors: *Preliminary findings. Behaviors Therapy*, 1980, 11.1:109-121.
  24. Türesin H. Örgüt çalışanlarının paternalistik liderlik algıları, öğrenilmiş güçlülük düzeyleri, iş tatmin düzeyleri ve işten ayrılma niyetleri arasındaki ilişkilerin incelenmesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Manisa: Celal Bayar Üniversitesi, 2012.
  25. Yu CY, Lai CY, Chang YS, Wu CK, Chung FC. The symptoms, resourcefulness and quality of life in community- based patients with schizophrenia. *Journal of clinical nursing*, 2019, 28.19-20:3582-3589.
  26. Amagai M, Takahashi M, Amagai F. Qualitative study of resilience of family caregivers for patients with schizophrenia in Japan. *Age (Years)*, 2016, 63.4.9:55-74.

27. Lai C, Zauszniewski J, Tang TC, Hou SY, Su SF, Lai P. Personal beliefs, learned resourcefulness, and adaptive functioning in depressed adults. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 2014, 21.3:280-287.
28. Sevinik H, Taş Arslan F. Şizofreni Hastalarında İçselleştirilmiş Damgalanma ve Sosyal İşlevsellik Düzeyinin Belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2020, 11.3:173-180.
29. Çam O, Dülgerler Ş. Ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliğinde tedavi edici temel araçlar: Ortam ve iletişim. İçinde: Çam O, Engin E (editörler). *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı*. 1.Baskı. İstanbul, İstanbul Tıp Kitapevi, 2013, 155-178.
30. Ayano G. Schizophrenia: A Concise Overview Of Etiology, Epidemiology Diagnosis And Management: Review Of Literatures. *Journal of Schizophrenia Research*, 2016, 3.2:2-7.
31. Scull A. Medeniyette delilik. *The lancet*, 2015, 385.9973:1066-1067.
32. Tansel E, Aker AT, Çakıcı M, Özeren M, Erkoç S, Arkonaç O. Şizofrenide görülen varsanların hastalık şiddeti ve sanrılar ile olan ilişkileri. *Düşünen Adam*, 1996, 9:21, 24.
33. Özak N. Şizofreni Hastalarında Bilişsel Bozukluk Düzeyini Değerlendiren Şizofreni Bilişsel Değerlendirme Ölçeğinin Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. Sağlık Bilimler Enstitüsü, Psikiyatri Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi, 2019.
34. Işık E. Şizofreni, Güncel. 1. Baskı. Ankara, Format Matbaacılık, 2006:18-19; 248-252.
35. Karakuş G, Kocal Y, Damla S. Şizofreni: Etyoloji, klinik özellikler ve tedavi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 2017, 26.2:251-267.



36. Stam J, Vermeulen M. Eugen Bleuler (1857–1939), an early pioneer of evidence based medicine. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 2013, 84.6:594-595.
37. Read J, Masson J. Genetics, eugenics and the mass murder of ‘schizophrenics’. *Models of madness: Psychological, social and biological approaches to psychosis*, 2013: 34-46.
38. Rethelyi J. Şizofreni teşhisi: Bleuler'den DSM-V'ye. *Neuropsychopharmacologia Hungarica: a Magyar Pszichofarmakologiai Egyesület lapja = Macar Psikofarmakoloji Derneği'nin resmi dergisi*, 2011, 13:193-203.
39. Blom MB, Spinhoven P, Hoffman T, Jonker K, Hoencamp E, Haffmans PJ, van Dyck R. Severity and duration of depression, not personality factors, predict short term outcome in the treatment of major depression. *Journal of affective disorders*, 2007, 104.1:119-126.
40. Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı. 5. baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'ndan. In: Köroğlu E, ed. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2014, 49-51.
41. Townsend MC. Essentials Of Psychiatric Mental Health Nursing: Concepts Of Care İn Evidence Based Practice. Çeviri: Özcan CT, Gürhan N. *Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinin Temelleri Kanıta Dayalı Uygulama Bakım Kavramları*, 6.Baskı. Ankara, Akademisyen Kitabevi, 2016, 60-428.
42. Summakoğlu D, Ertuğrul B. Şizofreni ve Tedavisi. *Lectio Scientific*, 2018, 2.1:43-61.
43. Köroğlu E. *Klinik Psikiyatri*. 2.Basım. Ankara, HYB Basım Yayın, 2015.

44. Townsend MC. Anger/aggression management. *Psychiatric and Mental Health Nursing Concepts of Care in Evidence-Based Practice*. 8<sup>th</sup>. Philadelphia, FA Davis Company, 2015, 261-73.
45. Acar C, Kartalcı Ş. Şizofreninin Etiyopatogenezinde Katekol-O-Metiltransferaz (COMT) Geninin Rolü, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2014, 6.3:217-226.
46. Soygür H, Alptekin K, Atbaşoğlu EC, Herken H. *Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar*. 1. Baskı. Ankara, Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, 2007, 135-145.
47. Kulaksızoğlu IB, Tükel R, Üçok A, Yargıç L, Yazıcı O. *Psikiyatri* 1. Baskı. İstanbul, İstanbul Üniversitesi Basım ve Yayınevi, 2009.
48. Durat G, Atmaca GD, Açıl HC, Oksal HA. Şizofreni Hastası Olan Hasta Yakınlarının Şizofreniye İlişkin Tutumları/The Attitudes Of Patient Relatives Towards Schizophrenia. *Osmangazi Tıp Dergisi*, 2016, 39.1: 43-50.
49. Walker E, Kestler L, Bollini A, Hochman KM. Şizofreni: etiyoloji ve seyir. *Annu. Rev. Psychol.* 2004, 55,401-430.
50. Bahar G. Savaş H. Ünal A. Bahar A. İki uçlu duygudurum bozukluğu hastalarının tedaviye katılımları ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Journal of Mood Disorders*, 2015, 5.3: 95-103.
51. Tükel R, Çakır S, Ertekin E. *Psikiyatri*. 1.Basım. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevi, 2017, 53-62.
52. Yıldız M. *Ruhsal Toplumsal Beceri Eğitimi-Şizofreni Hastaları İçin*, 1. Baskı. Ankara, Türkiye Sosyal Psikiyatri Derneği Yayınları, 2011.
53. Yüksel N. *Şizofreni Spektrumu ve Diğer Psikotik Bozukluklar*. 4. Baskı. Ankara, Akademisyen Tıp Kitapevi, 2014, 325-371.

54. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. *Kaplan Sadock's Synopsis of Psychiatry* - Eleventh 11<sup>th</sup> ed. New York, Wolters Kluwer Health, 2015:752–753.
55. Gillberg C. *Epidemiology of early onset schizophrenia. In: Schizophrenia in Children and Adolescents*. Cambridge University Press, 2001, 43–59.
56. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook Of Psychiatry*. 10<sup>th</sup> ed. New York, Wolters Kluwer, 2017:1-2.
57. Arslantaş H, Sevinçok L, Uygur B, Balcı V, Adana F. Şizofreni hastalarının bakım vericilerine yapılan psikoğitimin hastalardaki klinik gidişe ve bakım vericilerin duygu dışavurumu düzeylerine olan etkisi. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 2009, 10:3-10.
58. Halter MJ, *Foundation of Psychiatric Mental Health Nursing- A Clinical Approach* 7<sup>th</sup> ed. New York, 2014:782.
59. Duman Z. Families of Chronic Psychiatric Patients. *Psikiyatride Guncel Yaklasimlar*, 2013, 5.1:78.
60. Bademli K, Duman Z. Caregivers of Schizophrenia Patients. *Psikiyatride Guncel Yaklasimlar*, 2013, 5.4:461.
61. Gülseren L, Çam B, Karakoç B, Mete L, Taş C, Çubukcuoğlu Z, Danacı AE, Gülseren G. Şizofrenide ailenin yükünü etkileyen etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2010, 21:203-12.
62. Sefasi A, Crumlish N, Samalani P, Kinsella A, O'Callaghan E, Chilale H. A little knowledge: caregiver burden in schizophrenia in Malawi. *Social Psychiatry Epidemio*, 2008, 43.2:160–164.
63. Morris AS, Silk JS, Steinberg L, Myers SS, Robinson LR. The role of the family context in the development of emotion regulation. *Social Development*, 2007, 16.2:361-388.

64. Barrowclough C, Haddock G, Tarrier N, Lewis SW, Moring J, O'Brien R, McGovern J. Randomized controlled trial of motivational interviewing, cognitive behavior therapy, and family intervention for patients with comorbid schizophrenia and substance use disorders. *Am J Psychother*, 2001, 158.10:1706-13.
65. Bakanlığı TS. *Ulusal ruh sağlığı eylem planı (2011-2023)*. 1. Ed, Ankara, TC Sağlık Bakanlığı yayınları, 2017, 21-123.
66. Bağ B. Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde Hemşirenin Rolü: İngiltere Örneği. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2012, 4.4:465-486.
67. Taşkın EO. *Ruhsal Hastalıklarda Damgalama ve Ayrımcılık. Stigma Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumlar ve Damgalama*, 1. Baskı, İzmir, Meta Basım Matbaacılık Hizmetleri, 2017, 17-40.
68. Corker EA, Beldie A, Brai C ve ark. Experience of stigma and discrimination reported by people experiencing the first episode of schizophrenia and those with a first episode of depression: The Fedora Project. *International Journal of Social Psychiatry*, 2015, 61:438-45.
69. Assefa D, Shibre T, Asher L, Fekadu A. Internalized stigma among patients with schizophrenia in Ethiopia: A cross-sectional facility-based study. *BMC Psychiatry*, 2012, 12.1:1-10.
70. Çoban S, Medik K, Özkan B, Saraç B. Kronik Ruhsal Bozukluğu Olan Hasta Yakınlarının Stigmaya İlişkin Görüşleri. *Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik E-Dergisi*, 2014, 2.1:1-6.
71. Sağduyu A, Aker T, Özmen E, Uğuz G, Ögel K, Tamar D. Şizofrenisi olan hastaların yakınlarının Şizofreniye yönelik tutumları. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2003, 14.3:203-212.

72. Rüsçh N, Angermeyer MC, Corrigan PW. Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry*, 2005, 20.8:529-539.
73. Akdede BBK, Alptekin K, Topkaya ŞÖ, Belkız B, Nazlı E, Özsin E, Saraç E. Gençlerde şizofreniyi damgalama düzeyi. *Yeni Sempozyum Dergisi*, 2004, 42.3: 113-7.
74. Park SG, Bennett ME, Couture SM, Blanchard JJ. Internalized stigma in schizophrenia: Relations with dysfunctional attitudes, symptoms and quality of life. *Psychiatry Research*, 2013, 205.1-2:43-47.
75. Corrigan PW. The impact of stigma on severe mental illness. *Cognitive and behavioral practice*, 1998, 5.2:201-222.
76. Munoz M, Sanz M, Perez-Santos E, Quiroga MDLA. Proposal of a socio–cognitive–behavioral structural equation model of internalized stigma in people with severe and persistent mental illness. *Psychiatry Research*, 2011, 186.2-3:402-408.
77. Link BG, Phelan JC. Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 2001, 27.1:363-385.
78. Tsang HW, Ching SC, Tang KH, Lam HT, Law PY, Wan CN. Therapeutic intervention for internalized stigma of severe mental illness: A systematic review and metaanalysis. *Schizophrenia research*. 2016, 173.1-2:45-53.
79. Fung KM, Tsang HW, Corrigan PW. Self-stigma of people with schizophrenia as predictor of their adherence to psychosocial treatment. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 2008, 32.2:95-104.
80. Yıldız M, İncedere A, Kiras F, Esen D, İpçi K, Gürcan MB. Development of SelfStigma Inventory for Families of the patients with schizophrenia (SSI-F):

- validity and reliability study. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*, 2019, 29.4:463-471.
- 81.** Dikeç G, Gümüş F, Atlı A. Ebeveynlerin Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği'nin Geçerlilik ve Güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2019: 1-11.
- 82.** Mak WW, Cheung RY. Affiliate stigma among caregivers of people with intellectual disability or mental illness. *Journal of applied research in intellectual disabilities*, 2008, 21.6:532-545.
- 83.** Hasson-Ohayon I, Levy I, Kravetz S ve diğ. Insight into mental illness, self-stigma, and the family burden of parents of persons with a severe mental illness. *Comprehensive Psychiatry*, 2011, 52.1:75-80.
- 84.** Taşdemir G, Keskin G. *Şizofreni hastalarının stresle başa çıkma tutumlarının bazı değişkenler açısından incelenmesi*. III.Uluslararası IV.Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi, Ankara, 2014, 118-119.
- 85.** Kavak F. Kendi Evlerinde Yaşayan Ve Korumalı 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.
- 86.** Kavak F. Şizofreni Hastalarında Yoganın İşlevsel İyileşmeye Düzeyine Etkisi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi, 2016.
- 87.** Tel H, Terakye G. Şizofrenik hasta ailelerine yönelik bir psikoeğitimsel yaklaşım uygulaması denemesi, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2000, 1.3:133-142.
- 88.** Rosenbaum M. (1990). The role of learned resourcefulness in the self-control of health behavior. *Springer Publishing Co*, 1990, 11.4:221-286.

89. Güloğlu B, Aydın G. İlköğretim 5.Sınıf Öğrencilerinin Öğrenilmiş Güçlölük ve Otomatik Düşünce Biçimi Arasındaki İlişki. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2007, 33.33:157-168.
90. Yalçın ÖM. Kendini denetleme becerileri eğitiminin üniversite öğrencilerinin öğrenilmiş güçlölük düzeyine etkisi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Samsun: On dokuz Mayıs Üniversitesi, 2007.
91. Bekhet AK, ElGuenidi M, Zauszniewski JA. The effects of positive cognitions on the relationship between alienation and resourcefulness in nursing students in Egypt. *Issues in Mental Health Nursing*, 2011, 32.1:35-41.
92. Huang C-Y, Perng S-J, Chen H-F, Lai C-Y. The impact of learned resourcefulness on quality of life in type II diabetic patients: A cross-sectional correlational study. *Journal of Nursing Research*, 2008, 16.4:264-274.
93. Çakır Ö. *Öğrenilmiş Güçlölük ve Çalışma Yaşamı, İçinde: Çalışma Yaşamında Davranış*, Kocaeli, Umut tepe Yayınları, 2009: 147-166.
94. Stengard E. Caregiving types and psychosocial well-being of caregivers of people with mental illness in Finland. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 2002, 26.2:154.
95. Lin CC, Han CY, Pan JI, A qualitative approach of psychosocial adaptation process in patients undergoing long-term hemodialysis, *Asian Nursing Research*, 2015, 9.1: 35-41
96. Canlı Ö. Öğrenilmiş güçlölük, aile bütünlük duygusu ve aile içi iletişim arasındaki ilişkinin incelenmesi. Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Yüksek Lisans, İstanbul: Marmara Üniversitesi, 2019.
97. Baydoğan M, Dağ İ. Hemodiyaliz Hastalarındaki Depresiflik Düzeyinin Yordanmasında Kontrol Odağı, Öğrenilmiş Güçlölük ve Sosyotropi-Otonomi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2008, 19.1:19-28.

- 98.** Hawton K, Sutton L, Haw C, Sinclair J, Deeks JJ. Schizophrenia and suicide: systematic review of risk factors. *The British Journal of Psychiatry*, 2005, 187.1:9-20.
- 99.** Mammadova A. Çocuk cezaevindeki ergenlerle ailesiyle birlikte kalan ergenlerin yaşam doyumu ile umutsuzluk ve öğrenilmiş güçlülük düzeylerinin karşılaştırılması. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Beykent Üniversitesi, 2016.
- 100.** Bağdatlı B. Çocuklukta Aile İçi Fiziksel Şiddete Maruz Kalmış ve Kalmamış Ergenlerde, Öğrenilmiş Güçlülük ve Öfke Kontrol Düzeylerinin Karşılaştırılması. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Beykent Üniversitesi, 2016.
- 101.** Durmaz H, Okanlı A. Kişilerarası İlişkiler Terapi Teknikleri ve Psikoğitimin Şizofreni Hasta Ailelerinde Öz-Etkililik ve Bakım Yüküne Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi, 2015.
- 102.** Sümbüloğlu K, Sümbüloğlu V. *Biyoistatistik*, 7. Baskı. Ankara, Hatipoğlu Yayınevi, 2016, 46-65.
- 103.** Çapık C. İstatistiksel Güç Analizi ve Hemşirelik Araştırmalarında Kullanımı: Temel Bilgiler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2014, 17.4:268-274.
- 104.** Ritsher JB, Otilingam PG, Grajales M. Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. *Psychiatry research*, 2003, 121.1:31-49.



105. Siva NA. İnfertilite'de Stresle Baş Etme, Öğrenilmiş Güçlülük ve Depresyonun İncelenmesi. Nörolojik ve Psikiyatrik Bilimler Enstitüsü, Klinik Psikoloji Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Ankara, Hacettepe Üniversitesi, 1991.
106. Savaşır I, Şahin NH. *Bilişsel-davranışçı terapilerde değerlendirme: Sık kullanılan ölçekler*. Ankara, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, 1997, 9.
107. Dağ İ. Rosenbaum'un Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği'nin Üniversite Öğrencileri İçin Güvenirliği ve Geçerliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 1991, 2.4:269-274.
108. Phillips MR, Pearson V, Li F, Xu M, Yang L. Stigma and expressed emotion: a study of people with schizophrenia and their family members in China. *The British Journal of Psychiatry*, 2002, 181.6:488-493.
109. Angermeyer MC, Matschinger H. Relatives' beliefs about the causes of schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1996, 93.3:199-204.
110. Magliano L, Guarneri M, Fiorillo A. A multicenter Italian study of patients relatives beliefs about schizophrenia. *Psychiatric Services*, 2001, 52.11:1528-1530.
111. Pickenhagen A, Sartorius N. The WPA global programme to reduce the stigma and discrimination because of schizophrenia. In *Bibliography, 2005*. World Psychiatric Association Washington. <https://doi.org/10.1002/9780470997642.ch3>. 25 Ocak 2021.
112. Dikeç G, Uzunoğlu G, Gümüş F. Stigmatization experiences of Turkish parents of patients hospitalized in child and adolescent psychiatric clinics. *Perspectives in psychiatric care*, 2019, 55.2:336-343.
113. Uzunoğlu G, Dikeç G, Bilaç Ö. Kim Daha Çok Damgalıyor? Ruhsal Bozukluğu Olan Ergenler mi Yoksa Ebeveynleri mi? *İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hast. Dergisi* 2020, 10.1:8-14.

114. Arıcan P, Yalçın H, Demir Ş, Meltem Ü, Bezgin Ö, Çavuşoğlu D, Gençpınar P, Dündar NO. Kronik Nörolojik Hastalıklı Çocuk Sahibi Olan Annelerin Ruhsal Belirti Düzeylerinin ve Baş Edebilme Becerilerinin İncelenmesi. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2017, 2.2:7-11.
115. Göka E. Kendine yabancılaşmış bir kavram: Yabancılaşma. <http://www.aktuelpsikoloji.com/kendine-yabancilasmis-bir-kavram-yabancilasma1294yy.htm>. 25 Ocak 2021.
116. Lee ES. Construction of a structural model about male and female adolescents' alienation, depression, and suicidal thoughts. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 2007, 37.4:576-585.
117. Welch JL, Austin JK. Stressors, coping and depression in hemodialysis patients. *Journal of Advanced Nursing*, 2001, 33.2:200-207. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2001.01654.x>. 25 Ocak 2021.
118. Mak WW, Kwok YT. Internalization of stigma for parents of children with autism spectrum disorder in Hong Kong. *Social science & medicine*, 2010, 70.12:2045-2051.
119. Corrigan P, Thompson V, Lambert D, Sangster Y, Noel JG, Campbel J. Perceptions of discrimination among persons with serious mental illness. *Psychiatric Services*, 2003, 54.8:1105-1110.
120. Çoban A. *Şizofreni ve Hayata Dair Herşey*. 3.Baskı. İstanbul, Timaş Yayınları, 2020.
121. Elkington KS, Hackler D, McKinnon K, Borges C, Wright ER, Wainberg ML. Perceived mental illness stigma among youth in psychiatric outpatient treatment. *Journal of Adolescent Research*, 2012, 27.2:290-317.

122. Sibitz I, Unger A, Woppmann A, Zidek T, Amering M. Stigma resistance in patients with schizophrenia. *Schizophr Bull*, 2011, 37.2:316-323.
123. Mashiach-Eizenberg M, Hasson-Ohayon I, Yanos PT, Lysaker PH, Roe D. Internalized stigma and quality of life among persons with severe mental illness: The mediating roles of self-esteem and hope. *Psychiatry Research*, 2013, 208.1:15-20.
124. Hasson-Ohayon I, Kravetz S, Meir T, Rozencwaig S. Şizofreni ve şizoaffektif bozukluğu olan kişilerin şiddetli akıl hastalığı, umudu ve yaşam kalitesi hakkında içgörü. *Psikiyatri Araştırması*, 2009, 167.3:231-238.
125. Karakaş SA, Okanlı A, Yılmaz E. The effect of internalized stigma on the self esteem in patients with schizophrenia. *Archives of psychiatric nursing*, 2016, 30.6: 648-652.
126. Karaağaç ÖE, Yıldırım A. Şizofreni hastalarında aile ortamı, içselleştirilmiş damgalanma ve yaşam kalitesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2015, 9.2:80-87.
127. Büber B, Kars B, Gülsün M, Nergizci M. Şizofreniye Yönelik Damgalamanın Önlenmesinde Sosyal Hizmet Müdahaleleri Bağlamında Sosyal Politika Önerileri. *Ufkun Ötesi Bilim Dergisi*, 2014/2015, 14.1:35-51.
128. Wang SH, Rong JR, Chen CC, Wei SJ, Liu KC. A study of stress, learned resourcefulness and caregiver burden among primary caregivers of schizophrenic adolescents. *Hu li za zhi The journal of nursing*, 2001, 54.5:37-47.

## EKLER

### EK-1. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler	
Adı Soyadı	:
Doğum tarihi	:
Doğum yeri	:
Medeni hali	:
Uyruğu	:
Adres	
Tel	:
Faks	
E-mail	:
Eğitim	
Lise	:
Lisans	:
Yüksek Lisans	:
Yabancı Dil Bilgisi	
İngilizce	:
Üye Olunan Mesleki Kuruluşlar	
İlgi Alanları ve Hobiler	
Resim, doğa gezisi, kitap, yüzme, şiir, bisiklet, kamp	

## EK-2. ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU



**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**  
Graduate School of Health Sciences

### ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU

Psikiyatri Hemşireliği Ana bilim dalında Yüksek Lisans Tezi olarak *Dr. Öğr. Üyesi Hatice DURMAZ* danışmanlığında sunulan “Şizofreni Hastasına Bakım Verenlerde İçselleştirilmiş Damgalanma ve Öğrenilmiş Güçlülük İlişkisi” başlıklı çalışmamın tarafımızdan bilimsel etik ilkelere uyularak yazıldığını, yararlanılan eserlerin kaynakçada gösterildiğini, Sağlık Bilimleri Enstitüsü tez yazım kılavuzuna göre yazıldığını, Sağlık Bilimleri Enstitüsü tarafından belirlenmiş olan Turnitin Programı benzerlik oranlarının aşılmadığını ve aşağıdaki oranlarda olduğunu beyan ederiz.

Tez Bölümleri	Tezin Benzerlik Oranı (%)	Maksimum Oran (%)
Giriş	2	15
Genel Bilgiler	17	30
Materyal ve Metod	35	35
Bulgular	10	10
Tartışma	6	15

Beyan edilen bilgilerin doğru olduğunu, aksi halde doğacak hukuki sorumlulukları kabul ve beyan ederiz 01/ 02/ 2021

\* Tez ile ilgili YÖKTEZ’de yayınlamasına ilişkin bir engelleme var ise aşağıdaki alanı doldurunuz.

Tezle ilgili patent başvurusu yapılması / patent alma sürecinin devam etmesi sebebiyle Enstitü Yönetim Kurulunun .../.../.... tarih ve ..... sayılı kararı ile teze erişim 2 (iki) yıl süreyle engellenmiştir.

Enstitü Yönetim Kurulunun .../.../.... tarih ve ..... sayılı kararı ile teze erişim 6 (altı) ay süreyle engellenmiştir.

# EK-3. ERZURUM ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ETİK KURUL İZİNİ



## ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU



### KARAR

<b>ETİK KURUL BİLGİLERİ</b>	ETİK KURULUN ADI	Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı
	TELEFON	
	FAKS	
	E-POSTA	atatipetikkurul@gmail.com
SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI		
ARAŞTIRMACININ AÇIK ADI	Şizofreni Hastasına Bakım Verenlerde İçselleştirilmiş Damgalanma ve Öğrenilmiş Güçlülük İlişkisi (The Relationship Internalized Stigma and Learned Resourcefulness in Caregivers of Schizophrenia Patients)	
<b>KARAR BİLGİLERİ</b>	Toplantı Sayısı: 04 Karar No: 41	Tarih: 07.05.2020
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve çalışmanın bütçesinin Kendisi tarafından karşılanması koşulu ile yapılmasında bilimsel ve etik açıdan sakınca olmadığına oy birliği ile karar verildi.  Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir. Araştırmacıya çalışmalarında başarılar dileriz.	

## EK-4. SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

**1.Yaşınız:**

**2.Cinsiyetiniz:**

Kadın ( ) Erkek ( )

**3.Medeni durumunuz:**

Evli ( ) Bekar ( ) Boşanmış ( )

**4.Çalışma durumunuz:**

Çalışıyor ( ) Çalışmıyor ( )

**5.Eğitim durumunuz:**

İlkokul ( ) Lise ( ) Üniversite ( ) Yüksek lisans ( ) Doktora ( )

**6.Hastaya yakınlık durumunuz:**

Annesi ( ) Babası ( ) Çocuk ( ) Eş ( ) Diğer ( ).....

**7.Ne kadar süredir bakım vermektесiniz:**

1-3 yıl arası ( ) 3-5 yıl arası ( ) 5 yıl ve üzeri ( )

## EK-5. EBEVEYNLERİN RUHSAL HASTALIKLARIN

### İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALAMASI ÖLÇEĞİ ( ERHİDÖ )

Bu testte sık sık geçen “ruhsal hastalık” terimi, en geniş anlamda kullanılmıştır. Her bir cümleyi dikkatle okuduktan sonra uygun olan maddeyi daire içine alarak okuduğunuz cümleye ne ölçüde katıldığınızı ya da katılmadığınızı belirtiniz. Her cümle için rakamlardan sadece bir tanesini işaretleyiniz.

	Kesinlikle aynı fikirde değilim	Aynı fikirde değilim	Aynı fikirdeyim	Kesinlikle aynı fikirdeyim
1. Çocuğumun ruhsal bir hastalığı olduğu için kendimi bu dünyada bir yabancı gibi hissediyorum.				
2. Ruhsal hastalığı olan kişiler saldırgan olmaya eğilimlidirler.				
3. Çocuğumun ruhsal bir hastalığı olduğu için insanların bana farklı davrandıklarını düşünüyorum/hissediyorum.				
4. Reddedilmemek için, çocuğunda ruhsal hastalık olmayan kişilere yaklaşımdan kaçınıyorum.				
5. Çocuğumun ruhsal bir hastalığı olduğundan dolayı utanıyorum.				
6. Ruhsal hastalığı olan kişilerin evlenmemesi gerektiğini düşünüyorum.				
7. Ruhsal hastalığı olan kişilerin topluma önemli katkılarda bulunabileceğini düşünüyorum.				
8. Kendimi çocuğunda ruhsal hastalık olmayan kişilerden daha aşağı hissediyorum.				
9. Çocuğumun ruhsal hastalığı 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 çocuğumun ruhsal hastalığıyla sıkmak istemediğimden dolayı, kendi hakkımda fazla konuşmam.				
12. Halk arasındaki ruhsal hastalıklarla ilgili olumsuz düşünceler, benim “normal” yaşamın dışında kalmama neden oluyor.				



	Kesinlikle aynı fikirde değilim	Aynı fikirde değilim	Aynı fikirdeyim	Kesinlikle aynı fikirdeyim
13. Çocuğunda ruhsal hastalık olmayan kişilerle birlikteyken, sanki o ortama ait değilmiş ve yetersizmiş gibi hissediyorum.				
14. Ruhsal hastalığı açıkça anlaşılan biriyle toplum içinde birlikte görülmek beni rahatsız etmez.				
15. Sırf çocuğumun ruhsal hastalığından dolayı insanlar bana sık sık ne yapmam gerektiğini söyleyip, sanki çocukmuşum gibi davranıyorlar.				
16. Çocuğumun ruhsal hastalığı olduğu için kendimden memnun değilim.				
17. Çocuğumun ruhsal hastalığı olması hayatımı berbat etti.				
18. İnsanlar çocuğumun görünüşünden ruhsal bir hastalığı olduğunu anlayabilirler.				
19. Çocuğumun ruhsal hastalığından dolayı benimle ilgili çoğu kararı başkalarının vermesine ihtiyaç duyarım.				
20. Ailemi ve arkadaşlarımı utandırmamak için sosyal ortamlardan uzak dururum.				
21. Çocuğunda ruhsal hastalık olmayanların beni anlamaları mümkün değildir.				
22. Sırf çocuğumun ruhsal hastalığı olduğu için insanlar beni göz ardı ediyor ya da pek ciddiye almıyorlar diye düşünüyorum.				
23. Çocuğumun ruhsal hastalığı olduğu için topluma hiçbir katkımlanamaz.				
24. Çocuğumun ruhsal hastalığı ile yaşamak beni mücadeleci bir insan yaptı.				
25. Çocuğumun ruhsal hastalığı olduğu için kimse bana yakınlaşmak istemez.				
26. Genel olarak, hayatı istediğim şekilde yaşayabiliyorum.				
27. Çocuğumun ruhsal hastalığı olmasına rağmen, iyi ve dolu dolu yaşadığım bir hayatım var.				
28. İnsanlar çocuğumun ruhsal bir hastalığı olduğu için başarılı olamayacağımı düşünüyorlar.				
29. Akıl hastalarıyla ilgili olumsuz yaygın inanışlar çocuğumun durumu dikkate alındığında hiç de yanlış sayılmaz.				

## EK-6. ROSENBAUM'UN ÖĞRENİLMİŞ GÜÇLÜLÜK ÖLÇEĞİ

### ( RÖGÖ )

ROSENBAUM'UN ÖĞRENİLMİŞ GÜÇLÜLÜK ÖLÇEĞİ(RÖGÖ) Aşağıda kötü bir durum veya olayla karşılaşıldığında kişilerin neler yapabileceğini anlatan 36 ifade vardır. Lütfen her maddeyi dikkatli okuyarak o maddeler yer alan ifadenin size ne derecede uygun olduğuna karar veriniz. Verdiğiniz karara göre aşağıdaki ölçeği dikkate alarak yandaki sayılardan uygun olanı üzerine (x) koyunuz.	Sizi ne kadar tanımlıyor				
	Hiç	Biraz tanımlıyor	Oldukça iyi tanımlıyor	İyi tanımlıyor	Çok iyi tanımlıyor
1.Sıkıcı bir iş yaparken, en az sıkıcı olan yanını ve bitirdiğimde elde edeceğim kazancı düşünürüm.	1	2	3	4	5
2.Beni bunaltan bir iş yapmak zorunda olduğumda, bunaltımı nasıl yenebileceğimi hayal eder düşünürüm.	1	2	3	4	5
3.Duygularımı düşüncelerime göre değiştirebilirim.	1	2	3	4	5
4.Sinirlilik ve gerginliğimi yardım almadan yenmek bana güç gelir.	1	2	3	4	5
5.Kendimi bedbin(üzüntülü) hissettiğimde hoş olayları düşünmeye çalışırım.	1	2	3	4	5
6.Geçmişte yaptığım hataları düşünmekten kendimi alamam.	1	2	3	4	5
7.Güç bir sorunla karşılaştığımda düzenli bir biçimde çözüm yolları ararım.	1	2	3	4	5
8.Birisi beni zorlarsa işimi daha çabuk yaparım.	1	2	3	4	5
9.Zor bir karar vereceksem bütün bilgiler elimde olsa bile bu kararı ertelerim.	1	2	3	4	5
10.Okuduğum şeye kendimi veremediğimi fark ettiğim zaman, dikkatimi toplamak için yollar ararım.	1	2	3	4	5
11.Çalışmayı planladığımda, işimle ilgili olamayan her şeyi ortadan kaldırıyorum.	1	2	3	4	5
12.Kötü bir huyumdan vazgeçmek istediğimde, bu huyumu devam ettiren nedir diye araştırırım.	1	2	3	4	5
13.Beni sıkı bir düşünce karşısında güzel şeyler düşünmeye çalışırım.	1	2	3	4	5
14.Günde iki paket sigara içiyor olsam, sigarayı bırakmak için muhtemelen başkasının yardımına ihtiyaç duyarım.	1	2	3	4	5
15.Kendimi kötü hissettiğimde neşeli görünmeye çalışarak ruh halimi değiştiririm.	1	2	3	4	5
16.Kendimi sinirli ve gergin hissettiğimde, sakinleştirici ilacım varsa bir tane alırım.	1	2	3	4	5

17.Bedbin(üzüntülü) olduğumda kendimi hoşlandığım şeylerle uğraşmaya zorlarım.	1	2	3	4	5
18.Hemen yapabilecek durumda bile olsam hoşlanmadığım işleri geciktiririm.	1	2	3	4	5
19.Bazı kötü huylarımdan vazgeçebilmem için başkasının yardımına ihtiyaç duyarım.	1	2	3	4	5
20.Oturup belli bir iş yapmam güç geldiğinde, başlayabilmek için değişik yollar ararım.	1	2	3	4	5
21.Beni kötümser yapsa da, gelecekte olabilecek bütün felaketleri düşünmekten kendimi alamam.	1	2	3	4	5
22.Önce yapmam gereken işi bitirip, daha sonra gerçekten hoşlandığım işlere başlamayı tercih ederim.	1	2	3	4	5
23.Bedenimi herhangi bir yerinde ağrı hissettiğimde, bunu dert etmemeye çalışırım.	1	2	3	4	5
24.Kötü bir huyumu yendiğimde kendime olan güvenim artar.	1	2	3	4	5
25.Başarısızlıkla birlikte gelen kötü duyguları yenmek için, sık sık kendime bunun bir felaket olmadığını ve bir şeyler yapabileceğimi telkin ederim.	1	2	3	4	5
26.Kendimi patlayacakmış gibi hissettiğimde, “Dur, bir şey yapmadan önce düşün” derim.	1	2	3	4	5
27.Birine çok öfkelensem bile davranışlarımı kontrol ederim.	1	2	3	4	5
28.Genellikle bir karar vereceğim zaman, ani kararlar yerine bütün ihtimalleri göz önüne alarak sonuca varmaya çalışırım.	1	2	3	4	5
29.Acilen yapılması gereken şeyler olsa bile, önce yapmaktan hoşlandığım şeyleri yaparım.	1	2	3	4	5
30.Önemli bir işi elimde olmayan nedenlerle geciktirdiğimde kendi kendime sakin olmayı telkin ederim.	1	2	3	4	5
31.Bedenimde bir ağrı hissettiğim zaman, ağrıdan başka şeyler düşünmeye çalışırım.	1	2	3	4	5
32.Yapılacak çok şey olduğunda genellikle bir plan yaparım.	1	2	3	4	5
33.Kısıtlı param olduğunda, kendime bir bütçe yaparım.	1	2	3	4	5
34.Bir iş yaparken dikkatim dağılırsa, işi küçük bölümlere ayırırım.	1	2	3	4	5
35.Sık sık beni rahatsız eden nahoş düşünceleri yenediğim olur.	1	2	3	4	5
36.Aç olduğum halde yemek yeme imkanım yoksa ya açlığımı unutmaya ya da tok olduğumu düşünmeye çalışırım.	1	2	3	4	5

# EK-7.RİZE İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ KAMU HASTANELER BİRLİĞİ KURUM İZİNİ



T.C.  
RİZE VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü

RİZE İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - RİZE DESTEK  
HİZMETLERİ BAŞKANLIĞI

15/06/2020 15:40 - 64247179 - 799 - E.4153



Sayı : 64247179-799  
Konu : Bilimsel Araştırma İzni/Hemşire  
Senem RÜZGAR

## MÜDÜRLÜK MAKAMINA

Hemşire Senem RÜZGAR, kurumumuza bağlı Rize Devlet Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde " Şizofreni Hastasına Bakım Verenlerde İçselleştirilmiş Damgalama ve Öğrenilmiş Güçlülük İlişkisi" konulu çalışmasını yapmak üzere tarafına izin verilmesini talep etmektedir.

Çalışma planı "Bilimsel Araştırma Başvuru İnceleme Komisyonu" tarafından incelenmiş olup, çalışma süresince değişikliğe gidilmeden; sunulan hizmeti aksatmayacak şekilde, hasta mahremiyeti ve bilgi güvenliği hususlarında güvenlik tedbirleri alınarak çalışmanın yürütülmesi, yapılacak çalışma sonucunun Bakanlığımız bilgisi dışında ilan edilmemesi ve çalışma sonucu ile ilgili tarafımıza bilgi verilmesi kaydıyla kurumumuza bağlı ilgili sağlık tesisinde 01/06/2020-01/09/2020 tarihleri arasında yapılması uygun görülmüştür.

Olurlarınıza arz ederim.

e-imzalıdır.

Pers. ve Dest.Hiz.Bşk.Yrd.

Uygun görüşle arz ederim.

.../.../2020

e.imzalıdır.

Dr.Hakan GÖRGÜLÜ

Pers. ve Dest. Hizm. Başkanı

**O L U R**

.../.../2020

e-imzalıdır.

İl Sağlık Müdürü

RİZE DEVLET HASTANESİ BAŞTABIPLIĞINA

Bilgilerinizi ve yazımız ile ekte gönderilen protokol metninin ilgili kişiye tebliği hususunda gereğini rica ederim.

EKLER:

Protokol (2 Sayfa)

e-imzalıdır.

İl Sağlık Müdürü

Paşakuyu Mahallesi Zübeyde Hanım Cad. Sağlık Kompleksi Kat:4 Rize/Merkez

Telefon: Faks No: 04642130364

e-Posta: esranur.senturk@saglik.gov.tr İnternet Adresi:

http://www.rize.egitim@saglik.gov.tr

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 8569f24a-6efe-44de-ab8a-8d03f1df9a97 kodu ile erişebilirsiniz.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için: Esra Nur ŞENTÜRK

EBE

Telefon No: (0 464) 213 03 57

**RİZE İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ**  
**ARAŞTIRMA İZİNLERİ İŞBİRLİĞİ PROTOKOLÜ**

**Amaç**

**Madde 1-** Bu protokol; Rize İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı 2. ve 3. Basamak Kurum ve Kuruluşlarda verilen hizmetleri, yapılan sağlık hizmeti çalışmalarını ya da sunulan hizmetler sonucu elde edilen istatistik verilerini içeren, kurum personeli ve/veya kuruma başvuran kişilerce yapılacak araştırma çalışmalarını kurula bağlamak amacı ile düzenlenmiştir.

**Kapsam**

**Madde 2-**Bu protokol; İl Sağlık Müdürlüğüne Bağlı 2. ve 3. Basamak Sağlık Tesisleri ile amacı, kapsamı ve destek durumu ne olursa olsun Sağlık Müdürlüğüne bağlı 2. ve 3. Basamak Sağlık Tesislerinde yapılması planlanan araştırmaları kapsar.

**Dayanak**

**Madde 3-** Bu protokol;

a) Destek ve İdari Hizmetler Kurum Başkan Yardımcılığı'nın 02.03.2016 tarih ve 41304669/604.02.99/798 sayılı "Bilimsel Araştırma İzinleri" hakkındaki yazısı,

b) Bakanlık Makamının 20.02.2013 tarih ve 1488 sayılı Onayı ile Yürürlüğe giren, "Döner Sermaye İşletmesi Kapsamında Destekleyici Talebi İle Yürütülecek Çalışmalar İle İlgili Usul ve Esaslar Hakkında Yönerge"

c) Destek ve İdari Hizmetler Kurum Başkan Yardımcılığının 29.06.2015 tarih ve 41304669/774.99/1788 sayılı "Eğitim ve Ar-Ge Birimlerinin Kurulması, İşleyiş ve Görevleri" hakkındaki yazısına istinaden hazırlanmıştır.

**Taraflar**

**Madde 4-** Bu protokolda Taraflar;

a) Rize İl Sağlık Müdürlüğü / Rize

(Telefon No: 04642130227/2132336 Fax No: 04642130236)

b) Hem. Uzm. Jener. Dr. B. Z. CAN

(Telefon No: ..... Fax: .....)

0562 992 9881

**Kısaltmalar ve Tanımlar**

**Madde 5-** Bu Protokolda Geçen;

Bakanlık : Sağlık Bakanlığını

Sağlık Müdürlüğü : Rize İl Sağlık Müdürlüğünü,

Sağlık Müdürü : Rize İli Sağlık Müdürünü

Sağlık Tesisi : Rize İl Sağlık Müdürlüğüne Bağlı 2. Ve 3. Basamak Hastane/ Merkezleri

Çalışma : Amacı, kapsamı ve destek durumu ne olursa olsun 2. ve 3. Basamak Sağlık Tesislerinde yapılması planlanan araştırmaları

Araştırmacı : Amacı, kapsamı ve destek durumu ne olursa olsun Sağlık Müdürlüğüne Bağlı 2. Ve 3. Basamak Sağlık Tesislerinde yapılması planlanan araştırmaların yürütülmesinde sorumlu kişiyi ifade eder.

**Genel Hükümler**

**Madde 6-** Çalışma izni başvuruları İl Sağlık Müdürlüğünde oluşturulan Değerlendirme Komisyonu tarafından incelenecek ve uygun bulunan çalışmalar Sağlık Müdürü tarafından onaylanacaktır.

**Madde 7-**Sağlık Müdürlüğü, çalışmaların yürütülebilmesi için İlgili Sağlık Tesislerini bilgilendirmek ve iş akışını bozmamak kaydı ile araştırmacıya gerekli kolaylık sağlamakla yükümlüdür.

**Madde 8-** Araştırmacı; çalışmaya dair, ilgili etik kurul ve diğer izinlerin alınmasının gerekip gerekmediği ile ilgili durumların ve izinlerin sorumluluğunu üstlenecektir.

**Madde 9-** Çalışmaya katılan Sağlık Müdürlüğü ve Sağlık Tesisleri çalışanları ile hasta ve hasta yakınlarından gerekli onayları araştırmacı kendisi alacaktır.



**Madde 10-** Çalışmaya katılımda gönüllülük esas alınacak, gönüllü katılımı olumsuz etkileyecek ve fiziksel/ruhsal sağlığı tehdit edecek soru, durum ve tutumlardan kaçınılacaktır.

**Madde 11-**Çalışmanın her aşamasında, Sağlık Müdürlüğü veya Sağlık Tesisine ait verilerin kullanılmasında gizlilik ilkelerine riayet edilecektir.

**Madde 12-**Sağlık Müdürlüğü izni olmadan; veriler, başka kişi ya da kişiler ile paylaşılmayacaktır.

**Madde 13-**Çalışma, Sağlık Müdürlüğü tarafından onaylanmasına/protokol imzalanmasına rağmen başlatılmadığında, herhangi bir sebeple yarıda bırakıldığında veya araştırmacı değişikliğine gidildiğinde, araştırmacı durumu Sağlık Müdürlüğüne yazılı olarak beyan etmekle yükümlüdür.

**Madde 14-** Çalışma yürütülürken Sağlık Müdürlüğü Değerlendirme Komisyonunca izin verilen kapsamın dışına çıkılmayacaktır.

**Madde 15-**Çalışmanın süresi, Sağlık Tesisi Araştırma İzin Belgesinde ve Sağlık Müdürlüğü Başvuru Değerlendirme Komisyonu kararında belirtilen tarih aralığı ile sınırlıdır.

**Madde16-** Çalışma içeriğinde katılımcıya ait kişisel bilgilere yer verilmeyecek (ad-soyad, telefon, adres v.b), özel hayatın korunmasına özen gösterilecek, bilgi güvenliği ve mahremiyet hususlarına riayet edilecektir.

**Madde 17-**Araştırmaya ait veriler, sözel ya da yazılı olarak kullanıldığında ilgili Sağlık Tesisinin ismi zikredilmeyecektir.

**Madde 18-**Çalışma ilgili Kurum/ kuruluş tarafından kabul edildikten sonra bir nüshası kitapçık halinde Sağlık Müdürlüğüne teslim edilecektir.

**Madde 19-**Çalışmayı yapacak olan kişi/ kişiler tarafından bu protokol hükümlerine uyulmadığı takdirde Sağlık Müdürlüğüne ait veriler yayın/proje/tez vs. gibi bilimsel bir çalışmada kullanılmayacaktır.

**Madde 20-**Protokol süresince yapılan çalışmayı devam ettiren araştırmacı kişi ya da kişiler aynı olacaktır. Araştırmacı kişi veya kişilerin değişmesi durumunda, tekrar Sağlık Müdürlüğü onayı alınacaktır.

**Madde 21-** Protokol Hükümleri ihlal edildiğinde, protokolda imzası ve beyanı bulunan ilgili kişiler hakkında Sağlık Müdürlüğü tarafından, kamudaki gizlilik ilkelerine ve resmi işleyiş esaslarına aykırı davranıldığı gerekçesiyle adli merciler nezdinde suç duyurusunda bulunulacaktır.

**Madde 22-** Şartlarda oluşabilecek değişikliklere bağlı olarak Sağlık Müdürlüğü protokolü sonlandırabilir.

**Madde 23-** Yapılacak olan çalışma Sağlık Müdürlüğüne ve Sağlık Tesisine herhangi bir maddi yükümlülük getirmeyecektir.

**Madde 24-** Bu protokol, Rize Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde(TRSM) gerçekleştirilmesi planlanan **şizofreni hastasına bakım verenlerde içselleştirilmiş damgalanma ve öğrenilmiş güçlülük ilişkisi** konulu tez çalışma için geçerlidir.

**Madde 25-** Bu protokol 25(yirmi beş) madde ve 2 (iki) sayfadan ibaret olup, hükümleri taraflarca okunmuş, uygulanmak üzere **25/06** 2020 tarihinde imza altına alınmış olup, Protokolden kaynaklanacak ihtilafların çözümünde Rize Mahkemeleri yetkilidir.