

**T.C.**  
**ERZİNCAN ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**  
**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**ŞİZOFRENİ HASTALARINDA AİLE ORTAMI**  
**İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMA**  
**VE**  
**YAŞAM KALİTESİ**

**Ebru KARAAĞAÇ ÖZÇELİK**

**Yüksek Lisans Tezi**

**Danışman**

**Doç. Dr. Arzu YILDIRIM**

**Erzincan 2015**

## SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Doç.Dr. Doç.Dr.Arzu YILDIRIM danışmanlığında, 097801006 nolu yüksek Lisans öğrencisi Ebru KARAAĞAÇ ÖZÇELİK tarafından hazırlanan bu çalışma 09.09.2015 tarihinde saat 14.<sup>00</sup> de jürimiz tarafından oy birliği ile Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir. 09.09.2015


	<b><u>Jüri Üyesinin Adı Soyadı</u></b>
Jüri Başkanı	Doç.Dr.Arzu YILDIRIM
Üye	Doç.Dr.Rabia HACIHASANOĞLU AŞILAR
Üye	Yrd.Doç.Dr.Döndü ÇUHADAR
Üye	Yrd.Doç.Dr.Alp AKÇA

**İmza**



### **ONAY:**

Bu tez Erzincan Üniversitesi Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim kararıyla kabul edilmiştir.

  
Yrd.Doç.Dr. İlyas SAYAR

Enstitü Müdürü

## İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
<b>TEŞEKKÜR</b> .....	III
<b>KISALTMALAR</b> .....	IV
<b>ŞEKİLLER DİZİNİ</b> .....	V
<b>TABLOLAR DİZİNİ</b> .....	VI
<b>ÖZGEÇMİŞ</b> .....	VII
<b>ÖZET</b> .....	VIII
<b>ABSTRACT</b> .....	X
<b>1.GİRİŞ</b> .....	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi .....	1
1.2. Araştırmanın Amacı .....	3
<b>2.GENEL BİLGİLER</b> .....	4
2.1. Şizofreninin Tanımı.....	4
2.2. Şizofreninin Epidemiyolojisi.....	6
2.3. Şizofreninin Etiyolojisi.....	7
2.4. Şizofrenide İşlevsellik.....	12
2.5. Şizofrenide Tedavi.....	12
2.6. Şizofreni Hastalarında Aile Ortamı.....	18
2.7. İçselleştirilmiş Damgalanma ve Şizofreni.....	20
2.8. Yaşam Kalitesi ve Şizofreni .....	22
2.9. Şizofrenide Hemşirelik Bakımı.....	24

<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM</b> .....	27
3.1. Araştırmanın Türü .....	27
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman .....	27
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi .....	27
3.4. Araştırmanın Değişkenleri .....	28
3.5. Veri Toplamada Kullanılan Formlar .....	28
3.6. Verilerin Toplanması.....	29
3.7. Verilerin Analizi .....	30
3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri .....	30
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği.....	30
<b>4. BULGULAR</b> .....	31
<b>5. TARTIŞMA</b> .....	37
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER</b> .....	42
<b>7. KAYNAKLAR</b> .....	43
<b>8. EKLER</b> .....	58
<b>EK I:</b> Tanımlayıcı Soru Formu	
<b>EK II:</b> Hasta Yakınlarının Sosyo-Demografik Özelliklerini İçeren Soru Formu	
<b>EK III:</b> Aile Ortam Ölçeği (Family Environment Questionnaire:FEQ)	
<b>EK IV:</b> İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ)	
<b>EK V:</b> Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL BREF- TR)	
<b>EK VI:</b> Resmi İzin Yazısı	
<b>EK VII:</b> Etik Kurul Onayı	

## TEŞEKKÜR

Çalışmamın her aşamasında bilgi ve birikimiyle bana destek veren, değerli önerileri ile yüksek lisans eğitimim boyunca beni destekleyen ve hiçbir konuda yardımını esirgemeyen danışman hocam Sayın, Doç. Dr. Arzu YILDIRIM'a

Çalışmamda değerli görüşleri ile önemli katkılarda bulunan Sayın, Doç. Dr. Rabia HACIHASANOĞLU AŞILAR'a, Yrd. Doç. Dr. Döndü ÇUHADAR'a ve Yrd. Doç. Dr. Alp AKÇA'ya,

Verilerin toplanması sırasında destek ve yardımlarını gördüğüm Erzincan Devlet Hastanesi Psikiyatri polikliniği çalışanlarına, çalışmamın veri tabanını oluşturan tüm bireylere,

Beni yetiştiren ve tüm eğitim hayatım boyunca hiçbir zaman desteğini esirgemeyen anne ve babama ve hayatı paylaştığım sevgili eşim ve oğluma sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

## KISALTMALAR

<b>DSM-IV-TR</b>	: Amerikan Psikiyatri Birliği (2000) Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı
<b>DSM-5</b>	: Amerikan Psikiyatri Birliği (2013) Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı.
<b>MR</b>	: Manyetik Rezonans
<b>NMDA</b>	: N-metil D-aspartat
<b>EKT</b>	: Elektrokonvülsif Tedavi
<b>NANDA-I</b>	: Uluslararası Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Birliği
<b>UCLA</b>	: Sosyal ve Bağımsız Yaşam Becerileri Programı
<b>DSÖ</b>	: Dünya Sağlık Örgütü
<b>NIC</b>	: Hemşirelik Girişimleri Sınıflaması
<b>NOC</b>	: Hemşirelik Sonuçları Sınıflaması
<b>RUTBE</b>	: Ruhsal Toplumsal Beceri Eğitimi
<b>RHİDÖ</b>	: Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği
<b>AOÖ</b>	: Aile Ortamı Ölçeği
<b>WHOQOL BREF- TR</b>	: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Türkçe Versiyonu
<b>SPSS</b>	: Statistical Package for the Social Sciences

## ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No	Sayfa No
Şekil 1. Şizofreninin Taşkınlık ve Yoksunluk Belirtileri ve Köken Aldıkları İşlev Bozuklukları .....	4
Şekil 2. Şizofrenide Gelişimsel Açıdan Nedensel Etkileşim.....	11

## TABLolar DİZİNİ

<b>Tablo No</b>	<b>Sayfa No</b>
<b>Tablo 1.</b> Hastaların Sosyo-demografik Özelliklerinin Dağılımı .....	31
<b>Tablo 2.</b> Hastaların Hastalığına İlişkin Özelliklerin Dağılımı .....	32
<b>Tablo 3.</b> Hasta Yakınlarının Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı.....	33
<b>Tablo 4.</b> Hasta ve Hasta Yakınlarının AOÖ Ortalamalarının Dağılımı.....	34
<b>Tablo 5.</b> Hastaların RHİDÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı .....	34
<b>Tablo 6.</b> Hastaların WHOQOL-BREF-TR Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	35
<b>Tablo7.</b> Hastaların WHOQOL-BREF-TR, AOÖ ve RHİDÖ Ölçekleri arasındaki İlişki.....	35
<b>Tablo8.</b> Hasta ve Hasta Yakınlarının AOÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	36



## ARAŐTIRMACININ ÖZGEÇMİŐİ

Araştırmacı, 1987 yılında Erzincan'da doğdu. İlk ve orta öğrenimini Erzincan'da tamamladı. Atatürk Üniversitesi Erzincan Sağlık Yüksek Okulu'ndan 2008 yılında mezun oldu. Erzincan Devlet Hastanesi'nde 2009 yılında hemşire olarak göreve başlamıŐ olup, 2013 yılından itibaren MuŐ Devlet Hastanesi'nde hemşire olarak görevine devam etmektedir. Evli ve bir çocuk sahibidir.

Ebru KARAAĞAÇ ÖZÇELİK

## ÖZET

### **Şizofreni Hastalarında Aile Ortamı, İçselleştirilmiş Damgalanma ve Yaşam Kalitesi**

Bu araştırma şizofreni hastalarında aile ortamı, içselleştirilmiş damgalanma ve yaşam kalitesini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmanın evrenini Erzincan Devlet Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'nde DSM-IV-TR (Amerikan Psikiyatri Birliği 2000) ölçütlerine göre son bir yılda şizofreni tanısı alan ve ayaktan izlenen kayıtlı toplam 64 hasta oluşturmuştur. Örneklem seçimi yapılmayarak araştırmaya alma ölçütlerini karşılayan 51 hasta ve 51 hasta yakını araştırmaya alınmıştır. Araştırmanın verileri Aralık 2011-Şubat 2012 tarihleri arasında tanımlayıcı soru formu, Aile Ortamı Ölçeği (AOÖ), Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ) ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kısa Formu Türkçe Versiyonu (WHOQOL-BREF-TR) kullanılarak yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır.

Bu araştırmada hastalar ( $43.94 \pm 8.20$ ,  $27.10 \pm 5.59$ ) ve hasta yakınlarının ( $46.29 \pm 6.72$ ,  $26.57 \pm 4.30$ ) aile ortamında kişilerarası ilişkiler ve denetim puan ortalamaları arasında önemli bir fark olmadığı ( $p > 0.05$ ); RHİDÖ toplam ( $76.12 \pm 17.15$ ) ve alt ölçekler Yabancılaşma ( $15.63 \pm 4.41$ ), Kalıp Yargıların Onaylanması ( $18.24 \pm 4.20$ ), Algılanan Ayrımcılık ( $13.67 \pm 4.09$ ), Damgalanmaya Karşı Direnç ( $12.35 \pm 3.36$ ) ve Sosyal Geri Çekilme ( $16.24 \pm 5.21$ ) puan ortalamasına göre hastaların orta düzeyin üzerinde içselleştirilmiş damgalanma algıladığı ve hastaların bedensel ( $12.00 \pm 2.75$ ), ruhsal ( $11.11 \pm 3.02$ ), sosyal ( $9.15 \pm 3.72$ ) ve çevresel ( $11.56 \pm 2.61$ ) yaşam kalitesi algılarının genel olarak orta düzeyde olduğu görülmüştür.

Sonuç olarak bu araştırmada hastalar ve hasta yakınlarının kişilerarası ilişkiler ve denetim algıları arasında bir fark olmadığı, hastaların orta düzeyin üzerinde içselleştirilmiş damgalanma algıladığı, yaşam kalitesi değerlendirmelerinin genel olarak orta düzeyde olduğu; içselleştirilmiş damgalanma algı düzeyi arttıkça yaşam kalitesi alanlarının önemli düzeyde azaldığı, aile ortamında kişilerarası ilişkiler ve kontrol algılarının ise pozitif yönde önemli düzeyde arttığı belirlenmiştir.

Bu sonuçlar doğrultusunda psikiyatri hemşirelerinin aile ortamı, içselleştirilmiş damgalanma gibi hastaların depresme ve iyileşimini etkileyen faktörleri değerlendirip, karar verme becerisini ve benlik saygısını artırarak hastaların yaşam kalitesinin iyileşmesine önemli katkı sağlayan programları geliştirip uygulaması önerilebilir.

**Anahtar Kelimeler:** Şizofreni hastaları, aile ortamı, içselleştirilmiş damgalanma yaşam kalitesi, psikiyatri hemşiresi.

## ABSTRACT

### **Family Environment, Internalized Stigma and Quality of Life in Patients with Schizophrenia**

This descriptive study was performed to determine the family environment, internalized stigma, and quality of life in patients with schizophrenia. The study population consisted of 64 registered outpatients who were diagnosed with schizophrenia according to the DSM-IV-TR (American Psychiatry Society, 2000) criteria in the last one year at the Psychiatry Outpatient Clinic of Erzinçan State Hospital. No sampling was attempted and 51 patients and 51 patient relatives who met the inclusion criteria were included in the study. The study data were collected between December 2011 and February 2012 at face-to-face interviews using a descriptive questionnaire, the Family Environment Scale (FES), the Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI) Scale and the Abbreviated Turkish Version of the World Health Organization Quality of Life Questionnaire (WHOQOL-BREF-TR).

It was observed in this study that there was not any significant difference between the mean scores of the patients' and their relatives' interpersonal relationships ( $43.94 \pm 8.20$ ,  $27.10 \pm 5.59$ ) and control ( $46.29 \pm 6.72$ ,  $26.57 \pm 4.30$ ) in the family setting; that the patients ( $43.94 \pm 8.20$ ,  $27.10 \pm 5.59$ ) perceived significantly more negative interpersonal relationships and more control in their family environment than the patient relatives ( $46.29 \pm 6.72$ ,  $26.57 \pm 4.30$ ) ( $p < 0.01$ ,  $p < 0.05$ ); the patients perceived internalized stigma at above the moderate level according to their mean scores of total ISMI ( $76.12 \pm 17.15$ ) and of subscales of Alienation ( $15.63 \pm 4.41$ ), Stereotype Endorsement ( $18.24 \pm 4.20$ ), Perceived Discrimination ( $13.67 \pm 4.09$ ), Stigma Resistance ( $12.35 \pm 3.6$ ), and Social Withdrawal ( $16.24 \pm 5.21$ ); and the patients' perception of physical ( $12.00 \pm 2.75$ ), mental ( $11.11 \pm 3.02$ ), social ( $9.15 \pm 3.72$ ), and environmental ( $11.56 \pm 2.61$ ) quality of life was generally at the moderate level.

In conclusion, it was found in this study that there was not any difference between the patients' and their relatives' perception of interpersonal relationships and control; that the patients perceived significantly more negative interpersonal relationships and more control in their family environment than the patient relatives and they perceived internalized stigma at above the moderate level; their quality of life evaluations were generally at the moderate level; as their perceived internalized stigma level went up, their quality of life areas significantly decreased and their perception of interpersonal relationships and control in the family environment increased significantly in the positive direction.

In the light of these results, it can be suggested that psychiatry nurses should assess the factors affecting the patients relapses and treatment such as family environment and internalized stigma and develop and implement programs aiming at increasing decision making skills and self-esteem, so that they would make significant contributions to the quality of life of the patients.

**Keywords:** Schizophrenic patients, family environment, internalized stigma, quality of life, psychiatry nurses.

## 1. GİRİŞ

### 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Aile, toplum ve ülkeye ekonomik ve sosyal yük oluşturan ruhsal bozukluklar, yeti yitimi, etiketleme, intihar girişimi ve maliyet yükü açısından dünyada önemli bir halk sağlığı sorunudur (1,2). Nöropsikiyatrik bozukluklara bağlı Yeti yitimine Uyarlanmış Yaşam Yılı ölçümlerine göre dünyada 1998'de toplam yeti yitimi kayıplarının %12'sinin nedeni ruhsal bozukluklar olup, yeti yitimine en çok neden olan 10 hastalıktan beşini oluşturmaktadır. Türkiye'de Hastalık Yükü Çalışması'nda yeti yitimi ile kaybedilen yaşam yılı yönünden nöropsikiyatrik hastalıkların %27.8 ile ilk sırada, şizofreninin ise %2.5 ile ilk 20 hastalık içinde yer aldığı görülmüştür (2).

Yapılan birçok araştırma sonuçlarına göre şizofreni sıklığının %0.4-0.7 ve 15 yaş üzeri nüfusta %0.30–1.20 arasında değiştiği belirlenmiş olup (2), Türkiye'de psikoz epidemiyolojisi üzerine yapılan sistematik bir çalışmada şizofreni yaygınlığı 1000 kişide 8.9 ve bu yaygınlığın farklı ülkelerde bildirilen tahminlerden daha yüksek olduğu bildirilmiştir (3).

Şizofreni dikkat, bellek ve yürütücü işlev alanlarında taşkınlık (pozitif), yoksunluk (negatif) ve bilişsel eksiklik belirti kümeleriyle belirli karmaşık, süregelen (4), yeterince tedavi edilmediği ve hastaların büyük çoğunluğu ekonomik ve toplumsal nedenlerle yeterli destek görmediği için maliyeti yüksek, toplum temelinde ele alınması gereken ciddi bir ruhsal bozukluktur. Hastane yatışı, ilaç tedavisi, ayaktan takip, psikoterapi ve uyumlandırım hizmetleri doğrudan maliyeti; iş kaybı, ailenin hastalıkla ilgili geçen zamanı, ekonomik ve yasal kayıplar ve diğer manevi yükler ise dolaylı maliyeti artırmaktadır (1).

Ailenin insanın ruhsal yapısının gelişiminde önemli bir dönüm noktası olduğu, bazı aile ortamlarının ruhsal hastalıkların seyrini değiştirdiği kabul edilmektedir (5). Yapılan çalışmalarda ruhsal bozukluğu olan hasta ailelerinin, ruhsal bozukluğu olmayan ailelerden aile işlevlerini daha bozuk ve sağlıksız olarak algıladığı (6) ve ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz tutum gösterdikleri bulunmuştur (7,8). Şizofreni gelişiminde biyolojik olmayan bileşenlerden sağlıksız aile iletişimi gibi ruhsal toplumsal stresörler gösterilmekte ve yüksek riskli çocukların ebeveyninde iletişim sorunlarının şizofrenide incinebilirliği artırdığı ifade edilmektedir (9). Çin'de yapılan bir çalışmada da şizofreni hasta ailelerinin kontrollere göre daha çatışmacı ve tutarsız, entellektüel ve eğlenceli aktivitelerinin yetersiz olduğu bulunmuştur (10).

Damgalanma bireyin yaşadığı toplumun normal kabul ettiği ölçütlerin dışında sayılması nedeniyle, toplum tarafından bireye itibarını azaltıcı isnatta bulunulmasıdır. Şizofreninin etiketleyici etkisi çevrenin hasta bireylere yaklaşımını olumsuz etkileyerek hastaların çevresini daraltabilmektedir. İçselleştirilmiş ya da öz damgalanma ise bireyin toplumdaki olumsuz yargıları kabullenmesi ve değersizlik, utanç gibi olumsuz duygularla kendisini toplumdan geri çekmesi olup, bireylerin ciddi şekilde örselenmesine yol açmaktadır (11,12). Şizofreni hastalarında içselleştirilmiş damgalanma tedaviye uyumu ve iyileşmeyi engellemektedir (12,13). Yapılan bir çalışmada yüksek içselleştirilmiş damgalanma algısı, düşük benlik saygısı ve zayıf içgörünün tedaviye uyumu etkileyen olumsuz faktörler olduğu (14), başka bir çalışmada da işlevselliği yüksek, davranış değiştirmeye hazır ve içselleştirilmiş damgalanma algısı düşük olan şizofreni hastalarının tedaviye uyumunun daha iyi olduğu belirlenmiştir (15).

Çalışmalarda şizofreni hastalarında yaşam kalitesini iyileştirmenin, belirtilerde düzelme ve işlevsel iyileşmede önemli bir belirleyici ve bu hastalarda yaşam kalitesinin geçerli ve yararlı bir sonuç ölçütü olduğu gösterilmektedir (16,17). Şizofrenide hastalıkla birlikte iş, kişilerarası ilişkiler ve kendine bakım gibi önemli işlevsellik alanlarında belirgin bozulma yaşanmakta, bu bozulma ise hastaların toplumsal ilişkiler geliştirmesini, toplumsal rollerini yerine getirmesini, ya da

toplumsal gereksinimlerinin karşılanmasını engelleyerek yaşam kalitesinde düşmeye neden olmaktadır (18). Şizofrenide öznel yaşam kalitesi belirleyicilerinin klinik, sosyo-demografik ve ruhsal toplumsal faktörler olduğu, ruhsal toplumsal durumlar ve depresyona yönelik ruhsal tedavi programlarının hastaların yaşam kalitesini iyileştirebileceği belirtilmektedir (19). Şizofreni ve duygudurum bozukluklarında yaşam kalitesini inceleyen bir çalışmada ruhsal sıkıntı, aile yükü, öz kırım girişimi, olumsuz bakım verici tutumu ve evden uzakta yaşama gibi hastalık faktörlerinin yaşam kalitesinde en önemli belirleyiciler olduğu, ruhsal belirti düzeyinde aile faktörlerinin sosyal faktörlerden daha önemli bulunduğu saptanmıştır (20).

Şizofreni tedavisinde temel amaç, belirtileri azaltma ve yinelemeleri önleme yoluyla hastanın iyileşmesini ve yaşam kalitesini yükseltmeyi sağlamaktır (21). Hasta, aile ve tedavi ekibinin işbirliği içinde olması tedavinin etkinliğini artırmaktadır. Psikiyatri hemşireleri aile ortamı, içselleştirilmiş damgalanma gibi hastaların iyileşmesini etkileyen faktörleri değerlendirerek, toplumsal becerileri geliştirme fırsatı sunan, karar verme becerisini ve benlik saygısını artıran programları geliştirip uygulayarak hastaların yaşam kalitesinin iyileşmesini sağlayabilir.

## **1.2. Araştırmanın Amacı**

Bu araştırma şizofreni hastalarında aile ortamı, içselleştirilmiş damgalanma ve yaşam kalitesini belirlemek amacıyla yapılmıştır.



## 2. GENEL BİLGİLER

### 2. 1. Şizofreninin Tanımı

Ruhsal toplumsal işlevselliği olumsuz etkileyen, yetiyetimine neden olan ve genellikle yaşam boyu süren şizofreni, değişik sıklık ve şiddette taşkınlık ve yoksunluk belirtilerin görüldüğü (18), çok değişik etiyojiler, klinik türler, gidiş ve sonlanış gösteren, farklı tedavi yolları olabilen bir bozukluklar kümesi olarak kabul edilmektedir (2).

#### 2.1.1. Şizofreninin Belirtileri

<b>Taşkınlık belirtileri:</b> Beyin işlevselliğinde aşırılaşma ya da çarpıtma	
Belirti	Bozulan işlev
Varsanılar	Algı
Sanrılar	Düşünce
Dağınık düşünme ve konuşma	Düşünme, dil
Dağınık davranış	Davranışın örgütlenmesi ve kontrolü
<b>Yoksunluk belirtileri:</b> Beyin işlevselliğinde azalma ya kaybolma	
Belirti	Bozulan işlev
Düşünce fakirleşmesi	Düşünce ve konuşmanın üretimi
Duygulanımda donuklaşma	Duyguların ifadelendirilmesi
İrade/istek azalması	İstek ve dürtü
Zevk almada azalma	Zevk alma kapasitesi
Hareketlerde yavaşlama	Hareket
Dikkat sorunları	Dikkat
Bellek sorunları	Bellek

**Şekil 1.** Şizofrenin Taşkınlık ve Yoksunluk Belirtileri ve Köken Aldıkları İşlev Bozuklukları (1).

Şizofreninin temel klinik belirtileri Bleuler (1911) tarafından 4A ile formüle edilmiştir. Bunlar: düşünce akışında, çağrışımların düzen ve sürekliliğinde bozulma (Association disorder), duygusal ifadenin bozulması, donuklaşma (Affective bluntedness), iç dünyaya çekilme (Autism) ve birbirine zıt duygu, düşünce ve dürtülerin aynı anda var olmasıdır (Ambivalence)(1).

### 2.1.2. Tanı Kriterleri

#### DSM-5'e Göre Tanı Kriterleri

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

1.Sanrılar

2.Varsanılar

3.Darmadağın konuşma (örn.sık sık konudan sapma gösterme, anlaşılmaz konuşma).

4.İleri derecede dağınık davranış ya da katatoni davranışı.

5.Yoksunluk belirtileri, duygusal katılımda azalma ya da kalkışmama.

B. Bu bozukluğun başlangıcından beri geçen zamanın önemli bir kesiminde, iş, kişilerarası ilişkiler ya da kendine bakım gibi, bir ya da birden çok ana alanda işlevsellik düzeyi, bu bozukluğun başlangıcından önce erişilen düzeyin belirgin olarak altındadır.

C. Bu bozukluğun bulguları en az altı ay sürer. Bu altı aylık evre A tanı ölçütünü karşılayan, en az bir aylık (ya da başarıyla tedavi edilmişse daha kısa süreli) belirtileri (açık evre belirtilerini) kapsamalıdır ve ön ve artakalan belirti evrelerini kapsayabilir.

D. Şizoduygusalımsal (şizoaffektif bozukluk ya da psikoz özellikleri gösteren depresyon bozukluğu ya da iki uçlu) bozukluk dışlanır.

E. Bu bozukluk bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojisiyle ilgili etmenlerine bağlanamaz.

F. Otizm açılımı kapsamında bir bozukluk ya da çocuklukta başlayan bir iletişim bozukluğu öyküsü ve gerekli diğer belirtilerin yanı sıra belirgin sanrılar ya da

varsanılar da en az bir aylık (başarıyla tedavi edilmişse daha kısa) bir süreyle varsa ayrıca şizofreni tanısı da konulur (22).

## **2.2. Şizofreninin Epidemiyolojisi**

Şizofreni her toplum ve her coğrafi bölgede görülen bir bozukluktur. Dünya genelinde her yıl 2 milyon yeni vaka ortaya çıkmaktadır (23). Şizofreninin yıllık ortalama insidansı 100.000' de 15, ortalama nokta prevalansı yaklaşık 1000'de 4.5'tir (24). Yaygınlık oranları ülkeden ülkeye, araştırmadan araştırmaya büyük ayrımlar göstermektedir. A.B.D'de %0.6- 1.9, Amiş topluluğunda %0.3, İrlanda'da ortalama %3.3, Finlandiya'da %1.3, İsveçte %1.7 oranları bildirilmiştir. DSÖ verilerine göre de sıklığı Avrupa ve Asya'da %0.85 olarak bildirilmektedir (2). Şizofreninin en sık görüldüğü yer Kanada, en az görüldüğü yer ise Gana'dır. Kanada'da hastalanma riski (15-45 yaşları arasında görülme sıklığı) binde 11, Gana'da ise binde 0.6'dır (25).

Şizofreni genellikle 15-40 yaşları arasında, çoğunlukla 18-25 yaşlarında her çeşit ruhsal zorlanmayla başlayabilir. Hastalık on yaşından önce çok ender olarak ortaya çıkmaktadır. On sekiz yaş öncesi başlayan şizofrenilere erken başlangıçlı, 13 yaşından önce başlayan şizofrenilere ise çok erken başlangıçlı şizofreni denilmektedir. Erkeklerde hastalık kadınlara göre daha erken yaşlarda başlar, daha kötü gidiş özellikleri gösterir ve beyinin yapısal anormallikleri de erkeklerde daha fazla görülmektedir (2).

Şizofreni sıklık değişiminde göç öyküsü, erkek cinsiyet, kentleşme, kışın dünyaya gelme, kannabis kullanımı, gebelik sırasında influenza geçiren annelerden doğan bebekler hastalık gelişmesinde önemli risk faktörleridir (23,24).

### 2.3. Şizofreninin Etiyolojisi

Şizofreninin oluş nedenleri henüz kesin olarak aydınlatılamamıştır. Etiyoloji üzerindeki görüşler organik ve ruhsal toplumsal olmak üzere iki ana grupta toplanmakla birlikte beynin gelişimsel bir bozukluğu olarak kabul edilmektedir (2). Geçmişte bütün ruhsal bozuklukların nedeni olarak çevre gösterilmiş, daha sonra vaka kontrol ve aile temelli çalışmalarda genetik ilişkiler bulunmuştur. Gen-çevre yaklaşımı olası ilişkiler için yeni bir umut vermiş ve bağıntının çift yönlü olduğunu vurgulamıştır. Gen-çevre ilişkisi belirli çevresel risklere duyarlılıkta genetik kontrolü ifade etmektedir. Diğer bir deyişle çevresel patojenler bozukluğa neden olmakta ve genler patojenlere duyarlılığı etkilemektedir. Bu nedenle gen-çevre ilişkisi çift yönlüdür: Organizma hem çevreyi etkiler hem de çevreden etkilenir (26). Hastalığın kesin nedeninin henüz kanıtlanmamış bir beyin bozukluğu olduğu görüşü kesinlik kazansa da, bu bozukluğun ortaya çıkışında ve alevlenmelerde çevresel-ruhsal etkenlerin varlığı küçümsenmemektedir (2,27).

#### 2.3.1. Kalıtım

Genetik faktörler beyin gelişimi ve sinaptik bağlantılarda hatalara neden olabilmektedir (9). Yakın akrabalık ve hasta akraba sayısında ki fazlalık şizofreni riskini artırmakta olup risk, normal nüfustan 7-10 kat daha yüksektir. Araştırmalara göre anne babadan biri hasta ise çocuklarda hastalık riski %12.5–13.8 arasındadır. Hem anne hem baba hasta ise bu risk %35–46 arasındadır. Anne baba sağlam, fakat çocuklardan biri hasta ise, kardeşlerde şizofreni riski %6.7–8.2'dir. Evlat edinme çalışmalarında öz ana babası şizofreni hastası olan ve başka bir aile tarafından yetiştirilmiş kişilerde şizofreni yelpazesi bozukluklarının görülme riskinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu sonuçlar kalıtım ve aile ortamının şizofreni riskinde büyük rol oynadığını göstermektedir (2).

### **2.3.2. Beyinde Yapısal ve İşlevsel Bozukluklar**

Psikozlar beyin gelişimi süresince ve adolesan dönemi sonunda klinik fenotipin ortaya çıkmasına yol açan genetik incinebilirlik ve çeşitli çevresel risk faktörleri arasındaki etkileşimden kaynaklanan karmaşık bozukluklardır. Çocukluk ve adolesan dönemi yıkıcı çevresel travmalara karşı incinebilirliğin olduğu kritik bir devre olup kortekste uyarıcı/baskılayıcı denge ve beyin alanlarını bağlayan yollar bozulmaktadır (28). Manyetik Rezonans (MR) çalışma sonuçlarına göre sağlıklı kontroller ile karşılaştırılan şizofreni hastalarında yan karıncıklarda ve üçüncü karıncıkta genişleme, amigdala, hipokampus ve parahipokampus girus de olmak üzere orta temporal lob ve üst temporal girus oylumunda azalma olduğu bildirilmiştir (2).

### **2.3.3. Doğum Öncesi, Doğum Sırası ve Sonrasında Travma ve Virüs Varsayımları**

Doğum öncesi dönemde, doğum sırasında ve doğumdan sonra bebeğin karşılaştığı fiziksel travmaların beyin gelişimini etkileyerek şizofreni etiyolojisinde yer alabileceği bildirilmiştir. Gebeliğin ikinci üç ayında geçirilen enflüenza, kızamıkçık, poliovirüs, herpes simpleks gibi enfeksiyonlar ve intrauterin fetal hipoksinin çocukta şizofreniye yol açabileceği, ayrıca düşük doğum ağırlıklı doğmuş olma riskinin kontrol grubundan daha yüksek olduğu öne sürülmüştür (2,26).

### **2. 3. 4. Biyokimyasal Araştırmalar**

#### **a) Dopamin Varsayımı**

Şizofreni belirtileri artmış limbik dopamin aktivitesi (taşkınlık belirtileri) ve azalmış frontal dopamin aktivitesinden (yoksunluk belirtileri) kaynaklanıyor olabilir. Dopaminerjik patoloji anormal reseptör sayısı veya duyarlılığına veya anormal dopamin salıverilmesine (çok fazla veya çok az) ikincil olabilir. Bu kuram dopamin düzeylerini artıran ilaçların psikojenik etkilerine ve dopamin reseptör antagonistlerinin (haloperidol) antipsikotik etkilerine dayanmaktadır (23).

**b) Noradrenalin**

Şizofreni hastalarının bazılarında beyinde ve beyin-omurilik sıvısında noradrenalinin arttığı ve bu yolla dopaminerjik yayılımın çoğaldığı bildirilmiştir. Şizofrenide artmış norepinefrin düzeyi ise duyuşal girdiye duyarlılıkta artışa neden olmaktadır (2,23).

**c) Serotonin Hipotezi**

Bazı kronik şizofreni hastalarında serotonin metabolizmasının anormal ve hem hiperserotoninemi hem de hiposerotoninemi olduğu bildirilmiştir. Özellikle serotonin 5-HT<sub>2</sub> reseptörlerinin antagonizmasının psikotik belirtileri azaltmakta önemli olduğuna vurgu yapılmaktadır ve hareket bozukluğunun gelişmesi D<sub>2</sub> antagonizması ile ilişkilendirilmektedir (23).

**d) Glutamat Varsayımı**

Glutamat beyinde temel eksitatör nörotransmitterdir (27). Araştırmalar önemli bir uyarıcı aminoasit olan glutamat aracılığı ile beyinde gerçekleştirilen nöral iletimin şizofreni hastalarında bozuk olabileceğini göstermiştir. Bir NMDA reseptör kanalı antagonisti olan fensiklidinin (PCP) sağlıklı kişilere verilmesinin şizofreni benzeri bir sendroma yol açtığı bildirilmiştir; taşkın ve yoksun belirtilere neden olduğu görülmüştür (2,27). N-metil D-aspartat (NMDA) reseptör işlevlerinde azalmanın şizofrenin hem pozitif hem de negatif belirtilerine neden olduğu öne sürülmüştür (23).

**e) GABA**

GABA beyindeki ana önleyici nörotransmitterdir. GABA-A ve GABA-B reseptörleri üzerinden etkilerini gösterirler. Şizofrenide GABA ile ilgili bulgular kortikal GABAerjik ara nöronlarda azalma, prefrontal kortekste GABA-A reseptör yoğunluğunda artma, hipokampusta GABA gerilim bölgelerinde azalma şeklinde olup (2), azalmış GABA aktivitesi artmış dopamin aktivitesine yol açar (23).

### **2.3.5. Nörogelişim Kuramı**

Nörogelişimsel kuramlar fetal gelişimin ikinci trimesteri sırasında anormal nöron göçüne dayanır. Anormal nöron işlevi ergenlik sırasında belirtilerin ortaya çıkmasına yol açabilir (23). Şizofreni hastalarının çocukluk öykülerinde anormal nörolojik ve davranışsal bulgular olduğu bilinmektedir. Erken beyin gelişim döneminde oluşan akuadukt daralması, araknoid ve septal kistler, korpus kallozum gelişmemesi, normal beyin asimetrisinin tersine dönmesi gibi yapısal anormallikler sık görülmektedir (2).

### **2.3. 6. Yozlaşma (Nörodejenerasyon) Kuramı**

Nörogelişim kuramının tersine yozlaşma kuramına göre hastalık başladıktan sonra beynin belli bölgelerinde yozlaşma olmakta, bu da klinik olarak kötüleşmeye eşlik etmektedir. Yoksunluk belirtilerinin hastalığın ilk döneminde sık görülmemesi ya da hafif olması, hastalık süregelenlik kazandıkça ön plana geçmesi ve şiddetlenmesi bu kuramı desteklemektedir (2). Tedaviye direnç gelişmesi, her yinelemeden sonra hastalığın kontrol altına alınması için gerekli sürenin uzaması, her atakta tedavinin güçleşmesi şizofrenide ilerleyici patofizyolojik bir sürecin olduğunu düşündürmektedir (27).

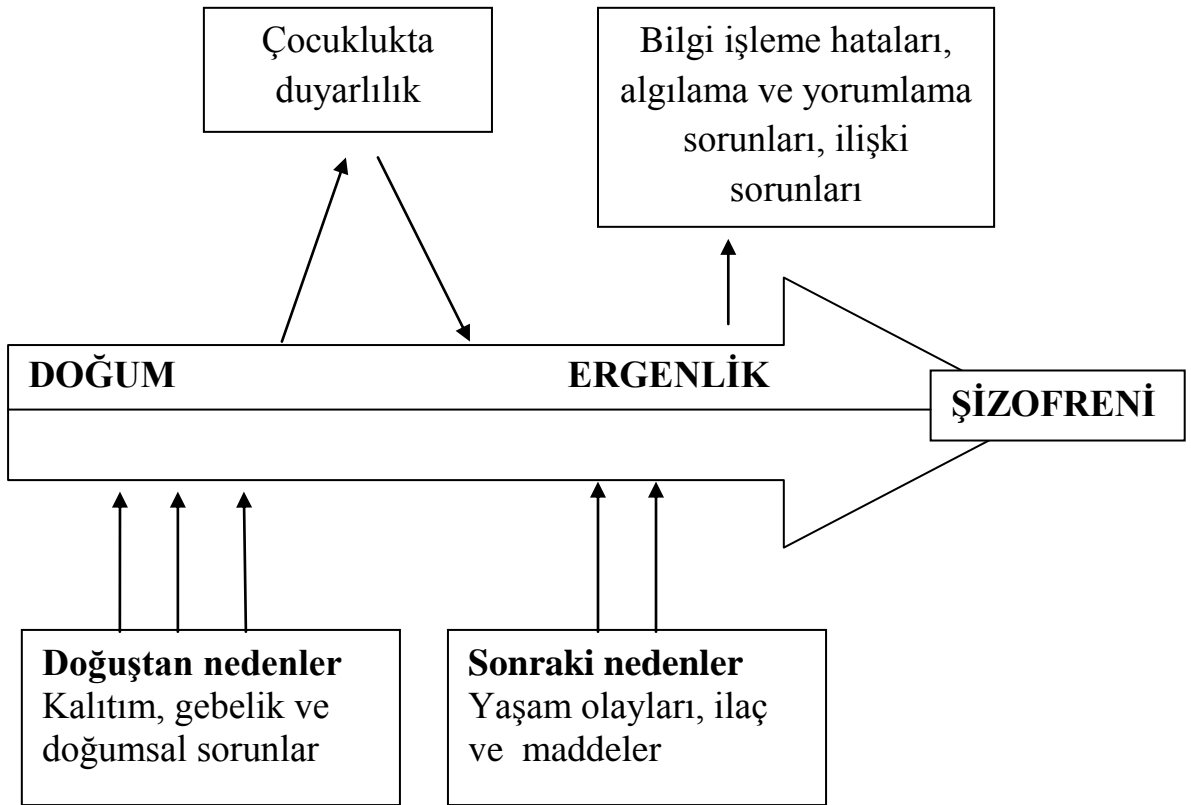
### **2. 3. 7. Bilgi İşlemede Bozukluk Varsayımı**

Şizofreni hastalarında görülebilen bu psikonörofizyolojik kusurların çocukluktan beri var olduğu, bu nedenle bu hastaların beyne giden uyarı ve bilgi kalitesi yeterince seçerek, ayıklayarak, azaltarak, bütünleştirerek ve depolayarak uyum amacıyla kullanamadığı ileri sürülmektedir (2).

### **2.3. 8. Ruhsal Toplumsal Etkenler**

Psikozun ortaya çıkmasında biyolojik incinebilirlik, toplumsal risklerle etkileşim içindedir. Şizofrenide yüksek kalıtsallığa rağmen tek yumurta ikizlerinde eş hastalanma oranı 0.50 olup bu fenotipik uyumsuzluk, psikozu önleme stratejileri ve

erken müdahalede yeni yaklaşımlar olarak toplumsal faktörleri kapsamaktadır (29). Ruhsal bozuklukların aile patolojisi ya da hatalı iletişim ve hatalı kişilerarası ilişkilerin sonucu olarak da geliştiği, bu durumdan etkilenen bireyin kendisi olmasına rağmen ruhsal sorunlardan dolayı tüm ailenin hasta olduğu bildirilmektedir<sup>30</sup>. Şizofreni gelişiminde istenmeyen gebelik, doğum öncesi çökkünlük, atipik anne çocuk ilişkisi, yetersiz annelik, erken anne baba kaybı, kentsel alanda yaşam ve işlevsel olmayan aile iletişimi gibi ruhsal toplumsal etkenler gösterilmektedir (2,9).



Şekil 2. Şizofrenide Gelişimsel Açıdan Nedensel Etkileşim (1).



## 2.4. Şizofrenide İşlevsellik

Şizofrenide hastalıkla birlikte bireysel ve toplumsal yetkinlik bozulmaktadır. Bu bozulma bireyin arkadaşlık, iş ve aile ilişkilerini, mesleki başarısını, plan yapmasını, üretkenliğini ve yaratıcılığını etkileyerek toplumsal rollerini yerine getirmesini ya da toplumsal gereksinimlerinin karşılanmasını engeller. Yeti yitimi fazla olan hastalar ise aileleri ve toplum için ciddi bir yük oluşturur (18,31). Şizofrenide toplumsal işlevselliğin bozulmasında yoksunluk belirtileri, bilişsel işlevlerde sorunlar, çevresel etkenler, sık alevlenmeler ve taşkınlık belirtilerinin uzun sürmesi rol oynayabilmektedir. Bu durum ise büyük olasılıkla altta yatan dikkat, bellek ve yürütücü işlev sorunlarıyla ilişkilidir (18). Yapılan bir çalışmada şizofrenide yoksunluk belirtilerinin toplumsal işlevselliğin en önemli yordayıcısı olduğu (32), bir meta analiz çalışmasında da sosyal bilişselliğin nörobilişsellikten çok toplumsal işlevsellikle daha güçlü ilişkisi bildirilmektedir (33).

Hastaların işlevsellik düzeyi bireyden bireye değişebileceği gibi aynı bireyde zamanla da değişebilmektedir. Bu nedenle hastanın işlevsellik düzeyine uygun işleri yapabileceği konusunda cesaretlendirilmesi gerekmektedir (1). İşlevselliğin gelişmesi hastaların toplum ve mesleki yaşamla yeniden bütünleşmesini sağlayan, toplumsal yükü ve bakım maliyetini azaltan önemli bir tedavi hedefi olmalıdır (31,34).

## 2.5. Şizofrenide Tedavi

Şizofreni tedavi edilebilir bir bozukluk olup tedavisi, maliyet ve hastalığın topluma etkileri nedeni ile özel önem arz eder. Tedavinin niteliği ve derecesi bireyden bireye ve tedavi tekniklerinin uygulama durumuna göre değişkenlik gösterir. Tedavide belirtileri yatıştırma (semptomatik tedavi) ve hastalığı iyileştirme amaçlanmaktadır (1,27). Hastalık öncesi kişilik, tıbbi durum, ruhsal toplumsal stres etkenleri, hastalık öncesi ve hastalık seyri sırasındaki uyum ayrıntılı olarak değerlendirilerek her hastanın tedavi açısından farklı nitelikleri olabileceği temel ilkesi ile ilaç seçimi, doz ayarlaması ve ek olarak kullanılacak diğer yöntemler dikkate alınmalıdır (27).

### 2.5.1. Farmakolojik Tedaviler

Antipsikotiklerin 1950'lerin başından beri kullanımı ile şizofreni sağaltımında bir çığır açılmıştır. Sanrı, varsanı ve bizar davranışlar büyük ölçüde antipsikotiklerle kontrol edilebilmekte ancak, klasik antipsikotik ilaçlar duygusal küntlük ve sosyal geri çekilmeyi düzeltmemektedir (2). Son yıllarda atipik olarak adlandırılan antipsikotik ilaçlar yoksunluk belirtilerine karşı da kullanılmaktadır (27).

**Tipik Antipsikotikler (dopamin reseptör antagonistleri):** Birinci kuşak antipsikotik ilaçlardır. Genellikle şizofreninin taşkın belirtilerinin tedavisinde etkilidir. Haloperidol gibi yüksek potanslı ilaçlar büyük olasılıkla akatizi, akut distoni ve psödoparkinsonizm, düşük potanslı ilaçlar (klorpromazin vb.) ise daha fazla sedasyon, hipotansiyon ve antikolinerjik gibi etkilere neden olur (23).

**Atipik Antipsikotikler (serotonin dopamin antagonistleri):** Yeni veya ikinci kuşak antipsikotikler olarak da bilinirler. Güçlü 5-HT<sub>2</sub> reseptör blokajı ve değişen derecelerde D<sub>2</sub> reseptör blokajı yanında diğer reseptör etkileri de vardır. Dopamin reseptör antagonistlerine göre bu ilaçlar şizofrenideki taşkın ve yoksun belirtilere etki eder ve daha az ekstrapiramidal yan etki yaparlar (23). İkinci kuşak antipsikotik ilaçların şizofreni sağaltımındaki etkisini ve ekstrapiramidal belirtilere yol açma olasılığının düşüklüğünü gösteren çalışmalar artmaktadır. Bunun sonucu olarak bu tür antipsikotikler dünyada şizofreni sağaltımında tercih edilen ilaç grubu olmuş, ancak sağaltım maliyeti on kat artmıştır (2). Yapılan bir çalışmada ise özellikle klozapin ve ziprasidon gibi atipik antipsikotik ilaç kullanan hastalarda diğer yan etkilerle birlikte psikiyatrik, nörolojik ve otonom yan etkilerin yaygın ve en az yan etkisi olan ilacın olanzapin olduğu, yaşam kalitesinin ilaç yan etkilerinden ve ekonomik durumdan etkilendiği, bu antipsikotik ilaç etkilerinin ise sosyal ve ekonomik durumun kötüleşmesiyle maskelendiği saptanmıştır (35).

### **2.5.2. Elektrokönvülsif Tedavi (EKT)**

Elektrokönvülsif Tedavi (EKT) elektrikle könvülziyon oluşturmadır. Aygıt 70-130 volt arası akımı ayarlayabilmektedir. Akım verilmesinden sonra yaklaşık 5-10 saniye kadar tonik kasılma ardından klonik dönem başlar. Toplam nöbet süresi 10-60 saniye kadardır. Tedaviye genellikle düşük akım ve sürelerde başlanması ve epilepsi eşiğine göre dozun ayarlanması önerilmektedir (27). EKT plazma kortizol ve prolaktin düzeylerindeki yükselme ve hipotalamik etkinliğin, dolayısıyla nörotransmitterlerin etkinliğinin artması ile etkili olmakta ancak, günümüzde antipsikotiklerin kullanılması ile şizofreni sağaltımında fazla uygulanmamaktadır (2). EKT dirençli taşkın belirtiler için ümit verici olup, tedaviye en çok hastalığın bir yıldan kısa sürdüğu hastalar yanıt vermektedir. Antipsikotik ilaçlarla sinerjistik etkinliği olduğu gösterilmiştir (23,27).

### **2.5.3. Ruhsal Toplumsal Tedaviler**

Şizofreninin ilaçla tedavisindeki gelişmeyi takiben hastaların kurumlardan çıkarılması ve toplum temelli bakım alanlarına gereksinim duyulması ile birlikte şizofreni hastalarına yönelik ruhsal ve toplumsal tedavi girişimleri hızla gelişmeye başlamıştır (25). Şizofrenide ilaç tedavisi ve ruhsal toplumsal girişimler birbirinin tamamlayıcısı niteliğindedir (1,18). İlaçlar belirgin taşkın belirtileri ve depresmeyi azaltmada etkili olmasına rağmen toplumsal işlevselliği ve bağımsız yaşama becerilerini kazandırmada yeterince etkili olamamaktadır (34,36). Bu nedenle tedavide ilaçlara aile tedavisi ve bireysel ya da grup halinde uygulanan ruhsal tedavilerin eklenmesiyle hastalığın yinelemeleri azalmakta, yaşam kalitesi (1) ve hastaların hastalıklarıyla başa çıkma ve hedeflerine ulaşma başarısı artmaktadır (37). Ruhsal ve toplumsal tedavi yöntemlerinde söz ve davranışlarla beyinde yeni sinirsel bağlantılar oluşturularak duygu, düşünce ve davranışların düzenlenmesi amaçlanmakta olup, ilaçların etkisi daha hızlı, ruhsal tedavilerin etkisi ise uzun zamanda ortaya çıkmaktadır (1).

Kanıtla dayalı ruhsal toplumsal tedaviler hastaların bağımsızlığına, yaşam memnuniyetine ve iyileşmesine yardım eden önemli girişimler olduğundan (15), hastaların kendi tedavileri ve yaşamlarıyla ilgili sorumlulukları almalarını sağlamak önemli bir hedefdir (38), Yapılan bir çalışmada toplumsal bilişsel beceri eğitiminin hastaların sosyal işlevselliğinde önemli etkisinin olduğu tespit edilmiştir (39). Hastaların yaşam kalitesini iyileştirme ve hastalıkla başa çıkmalarını sağlamada bilişsel ve davranışçı terapi, aile girişimleri, ruhsal toplumsal beceri eğitimleri ve destekleyici terapi gibi müdahaleler uygulanmaktadır (40).

### **2.5.3.1. Bilişsel ve Davranışçı Terapi**

Bilişsel tedavi işlevsel olmayan düşünce ve inançları değiştirmeyi amaçlar. Genelde depresyon ve anksiyetede kullanılmakla birlikte psikotik bozukluklarda da özellikle davranışçı stratejilerle birlikte etkili olabilmektedir (25). İstenen davranışlar izinler veya ayrıcalıklarla ödüllendirilerek pozitif olarak pekiştirilebilir. Amaç pekiştirilen davranışı dış dünyaya genelleştirmektir (23). Şizofrenide bilişsel-davranışçı tedavide:

- Hastayla iyi bir iş birliği kurulması,
- Şizofreni belirtilerinin açıklanmasında hastaya seçeneklerin gösterilmesi,
- Taşkınılık ve yoksunluk belirtilerinin hasta üzerindeki etkilerini azaltıcı düşünce seçenekleri önererek hastanın bu belirtilere bakış açısını değiştirmesine yardımcı olma,
- Hastanın ilaçlarını düzenli alması için tıbbi modelin dışında öneriler sunma amaçlanmaktadır (2).

### **2.5.3.2. Grup Terapisi**

Psikodinamik, destekleyici, ruhsal eğitim, kişilerarası ilişkiler ve davranışçı öğrenme kuramlarını temel alan ilkeleri grup ortamında uygulayan bir tedavi yöntemidir. Yatan ve ayaktan izlenen hastalara ve ailelere uygulanabilir (25). Grup tedavileri hastalar için akran desteği, arkadaş destekli eğitim ve gerçeği değerlendirme ortamı, sorunların paylaşılması ve çözümlenmesi olanağı sağlar. Hastaların benzer sorunları yaşamış olmaları onların kaynaşmalarını kolaylaştırır ve ortak çözüm üretmelerinde

yardımcı olur. Duygusal ilişkiler geliştirildiği gibi toplum içinde yaşam becerileri de kazanılır. Grup ortamı özellikle yalıtılmaya eğilimli şizofreni hastaları için iyi bir toplumsallaşma aracıdır (18). Yapılan bir çalışmada uzun dönemli grup psikoterapilerinin psikoz hastalarında üstbilişi geliştirdiği, etiketlemeyi, ruhsal acıyı azalttığı ve yaşam kalitesini iyileştirdiği belirlenmiştir (41).

### **2.5.3.3. Aile Terapisi**

Şizofreni hastalarına bakım, aile ve bakım vericilerde önemli yük oluşturur. Biyolojik tedavilerdeki son gelişmeler uzun dönemli hastane yatış gereksinimini azaltmış ve bu nedenle hasta aileleri tedavi sürecinde baskın duruma gelmiştir. Bu durum ise hastalıkla ilişkili sorunların ailelerin günlük yaşamını etkileyen daha çok aile ortamında deneyimlenmesine yol açmaktadır. Ayrıca kültürel ve sosyal durumlar, hasta ve ailenin hastalığa karşı tutumları çeşitli toplumlarda farklılaşabilmektedir. Bu nedenle eğitim programlarının gereksinimler doğrultusunda düzenlenmesi önemlidir (42). Yapılan bir çalışmada şizofreni hastalarının birincil bakım verenlerinin yaşam kalitesinin kontrollerden daha düşük olduğu saptanmış ve psikoeğitimsel girişim programlarının ailenin gereksinimlerini bütüncül olarak ele almayı hedeflemesi gerektiği belirtilmiştir (43).

Hastaların hastalıkla baş etme ve zorlanmaya karşı korunmada en önemli kaynakları aileler olup hasta eğitimlerine ailelerin dâhil edilmesi hedefe ulaşmayı kolaylaştırmaktadır. Aynı zamanda aileler, hastalarının toplumsal ortamda alıştırma ve uygulama yapmalarını sağlayacak önemli bir kaynaktır. Eğitim programlarında aile üyelerinin olumsuz tutum ve davranışlarının değiştirilmesi sağlanarak tedavinin başarısı artmaktadır (18). Şizofreni hasta ailelerine yönelik yapılan eğitim programları sonucunda ailelerin olumlu aile işlevleri, hastaların aile sosyal destek algısı ve ilaca uyum düzeyleri artmış (44), ailelerin hastalık hakkında bilgi düzeyi ve öz yeterliliklerinde artma, yük algısında azalma olduğu bildirilmiştir (45). Yapılan başka bir çalışmada da gereksinim değerlendirme odaklı aile psikoeğitimsel yaklaşımının şizofreni hastalarında genel işlevsellikte ve yaşam kalitesinde iyileşme sağladığı tespit edilmiştir (42).

#### **2.5.3.4. Destekleyici Psikoterapi**

Şizofreni hastalarının egosu çok kırılgan olduğundan geleneksel iç görü yönelimli psikoterapi, şizofreni hastalarının tedavisinde genellikle önerilmez. Öneri güven verme, eğitim, model alma, sınır koyma ve gerçeklik testini içerebilen destekleyici terapi genellikle tercih edilen tedavidir. Hastanın arzuladığı ve tolere edebileceği kadar iç görü kazanması kabul edilebilir bir amaçtır. Destekleyici terapi türü olan bireysel terapi terapötik ilişkiye, ümit aşlamaya ve bilgilendirmeye dayanır (23).

#### **2.5.3.5. Ruhsal Toplumsal Beceri Eğitimi (RUTBE)**

İşlevselliğin gelişmesi şizofrenide önemli bir tedavi hedefidir(34). RUTBE ruhsal eğitimi, toplumsal beceri eğitimini, grup tedavisini ve aile eğitimini de içeren çok yönlü bir yaklaşımdır. RUTBE, UCLA Toplumsal ve Bağımsız Yaşama Becerileri modüllerinden Belirti Yönetimi (46), İlaç Tedavisi Yönetimi (47) ve Boş Zamanda Eğlenti (48) ana modüllerinden oluşmaktadır (18). Toplumsal beceri eğitiminin kanıta dayalı bir hizmet olarak ruhsal yetiyitlimli bireylerin işlevlerinin artırılmasına ve hedeflerine ulaşmalarına yardımcı olduğu kesinlik kazandığından bu eğitimin iyileştirme hizmetlerindeki yeri önemlidir (49).

Ülkemizde uygulanan şizofrenide ruhsal toplumsal beceri eğitimi çalışmalarında hastalarda psikopatoloji düzeyinde azalma, toplumsal işlevsellikte, yaşam kalitesinde ve içgöründe artma görüldüğü tespit edilmiştir (50,51,52). Yıldırım ve arkadaşlarının (53) çalışmasında RUTBE programının şizofreni hastalarında belirti düzeyinde iyileşmeyi, içgörünün artmasını, içselleştirilmiş damgalanmanın azalmasını ve işlevsellik düzeyinin artmasını sağladığı, bu nedenle günlük uygulamalarda ilaç tedavilerine eklenecek önemli bir program olarak değerlendirilebileceği belirtilmektedir.

#### **2.5.3.6. Olgu Yönetimi**

Olgu yönetiminin temel amacı, olguya ya da ciddi ruhsal hastalığı olan bireye yaşadığı ortamda ilaç temini ya da kullanımı, mali kaynaklara ulaşım, uygun barınma

ortamının sağlanması ya da sürdürülmesi ve gerektiğinde hastaneye ulaştırılması gibi alanlarda pratik yardımların sağlanmasıdır (23). Hastanın tedavisinin sürdürülerek hastane yatışlarının azaltılması ve toplumsal işlevselliğin artırılması hedeflenmektedir (25).

## 2.6. Şizofreni Hastalarında Aile Ortamı

Aile bireyin kimliğini ve yaşama arzusunu bulduğu temel birimdir. Bütün toplumlarda birey, aile, kültür ve medeniyet arasındaki ilişkiler değişken ve karmaşık olmasına rağmen bu birimin bazı ortak özellikleri vardır. Aile ortak bir kültürü devam ettirir, ancak onu farklı şekilde işlevsel kılar (30). Ruhsal bozukluklar ve psikiyatri hastaları üzerine yapılan bilimsel gözlemler ailenin ruhsal bozuklukların gelişmesinde önemli düzeyde katkısı olduğunu göstermiştir. Ruhsal bozukluklar aile patolojisi ya da hatalı iletişim ve hatalı kişilerarası ilişkilerin sonucu olarak gelişir. Aile psikopatolojisi ruhsal sağlık üzerine etkisi olan hatalı aile ilişkisi ve iletişim örüntüleri, işlevsel olmayan aile yapısı gibi çeşitli risk durumlarını ifade eder. Başka bir ifade ile patolojik aile yaşamı aile ortamı dengesinde sorunlar oluşturduğunda aile patolojisi olarak adlandırılır (54).

Ruhsal bozukluklarda ailenin rolü üç grupta sınıflandırılır:

- 1-Ailenin nedensel rolü
- 2- Ailenin bakım rolü
- 3-Ailenin terapötik rolü

1-Ailenin nedensel rolü: Ruhsal bozukluklar aile dinamiklerinin nedensel rol oynadığı aile ortamında gelişir.

A- Hatalı anne-baba-çocuk ilişkisi: Çocukta duygusal sıkıntılara neden olan ilişki biçimleridir.

a) *Reddetme*: Fiziksel ihmal, sevgi ve şefkat göstermeme, çocuğun davranışları ve başarısına ilgisizlik, çocukla zaman geçirmeme ve birey olarak saygı göstermeme gibi hatalı ilişkiler sergileme.

*b)Aşırı korumacı ve kısıtlayıcı ilişki:* Aşırı korumacı anne çocuğu sürekli izler, en küçük risklerde bile korumaya çalışır, çocuk adına karar alır, bağımsızlığını desteklemez.

*c)Aşırı serbestlik ve aşırı hoşgörü:* Bazen bir veya her iki ebeveyn çocuğun sorunlarıyla ilgilenirken arzu edilen davranış standartlarını öğretme ve ödüllendirmede başarısız kalır. Bu tür çocuklar genelde antisosyal ve saldırgan davranış gösterip asi olurlar.

*d)Gerçekçi olmayan istekler:* Bazı ebeveynler gerçekleşmesi mümkün olmayan yüksek standartlara ulaşması için çocuğa aşırı baskı yaparlar.

**B)Uyumsuz aile yapısı:** Araştırmalar genel aile ortamının anne-baba-çocuk ilişkisinde uyumsuz davranışı geliştirebileceğini göstermiştir. Sorunlarla başa çıkamayan *yetersiz aile*; çocuğa sevgi ve ilgi gösteremeyen, ayakta kalma mücadelesi veren *örselenmiş aile*; toplumun büyük bir kesimi tarafından kabul edilmeyen değerleri benimsemiş *antisosyal aile*; ölüm, boşanma, ayrılma ya da diğer bazı durumlardan dolayı *parçalanmış aile* olmak üzere başlıca uyumsuz aile yapıları bulunmaktadır (30,55).

### **Şizofreni gelişiminde aile faktörleri:**

*a)İkili çıkmaz (çözümsüz çelişki):* Çocuğa çelişkili mesajlar vermeyi vurgular (neden bana daha fazla sevgi göstermiyorsun derken fiziksel bir kucaklamadan kaçınma gibi). Çocuk, ailesi içinde uzun yıllar birbirine çelişkili iletiler ile karşılaşmakta, bu iletiden hangisine göre davranacağını bilmemekte ve bir çıkmaza girmektedir. Giderek bu iletilere aldırılmamayı öğrenerek ya da kendisi çelişkili yanıtlar vererek kendine özgü acayip bir anlayış ve iletişim biçimi oluşturmaktadır. Çocuk iki arada bir derede kalmış gibi hisseder. Bu şekilde tekrarlanan ikilemlerin şizofreniyi ortaya çıkardığı ya da şizofrenik durumu ağırlaştırdığı varsayılır.

*b)Bölünme ve çarpıklık:* Psikanalitik yönelimli psikodinamik açıdan şizofrenik aile özellikleri açıklanmıştır. Her iki ya da tek bir ebeveyn arasında karşı cinsten çocuğa karşı aşırı yakın olma veya tek bir ebeveynin baskınlığı ile sonuçlanan çarpık ilişkide



önemli bir güç mücadelesi vardır. Ana babadan biri diğerinden doyum ve destek bulamamakta, bu yüzden doyum ve destek için çocuğa yönelmektedir.

*c)Yalancı karşılıklılık-yalancı düşmanlık:* Bu ailelerde duygusal ifade yalancı karşılıklı ya da yalancı düşmanca iletişimle baskılanır. Bu baskı sözel iletişimi engeller.

*d)Aile etkileşim örüntüsü:* Aile sistemleriyle ilişkili iletişim örüntüsünün şizofreni gelişimine katkıda bulunduğu düşünülmektedir. Açıklığı ve doğruluğu yeterli olmayan iletişimde bulunulur (2,30,55)

Ruhsal bozukluklarda ailenin bakım ve tedavi edici rolü önemli olup aile birimi ruhsal bozuklukların başlangıcı, seyri, tedavi ve sonlanmasında tek ve en önemli değişkendir. Klinik çalışmalarda ruhsal sağlık üzerine yaşam boyu etkileri olan ebeveyn ölümü, ayrılması ya da reddi, evlilik sorunları, aile içi şiddet, hatalı aile iletişimi gibi ailesel zorlanma faktörlerinin özellikle erken çocukluk deneyimlerinin etkileri gösterilmiştir (30,55,56). Sistematik bir çalışmada aile ortamı ile psikoz başlangıcı ya da psikotik depresme arasında ilişki olduğu belirlenmiştir (57).

Aileleri hastalığın nedeni olarak suçlamak yerine hastalığın tedavisi ve yönetiminde önemli yardımcıları olarak gören yaklaşım benimsenmeli ve aile üyelerinin şizofrenili bir bireyle yaşamaktan kaynaklanan ruhsal zorlanma ya da bozulmaları da tedavide ele alınmalıdır (25). Şili’de yapılan bir çalışmada olumsuz tutum sergileyen şizofreni hastasına bakım verenlerin yük algısının yüksek olduğu gösterilmiştir (58).

## **2.7. İçselleştirilmiş Damgalanma ve Şizofreni**

Ruhsal bozukluklarda damgalanma yaygın olup hastalar, aileleri ve bakım vericileri için büyük yük oluşturur (59). Damgalanma bireyin ya da grubun, ruhsal hastalık, etnik grup, ilaç kötüye kullanımı ya da fiziksel yetersizlik gibi özelliklerine dayanarak kusurlu veya gözden düşmüş olarak olumsuz değerlendirilmesidir (12). Damgalanma bilgi sorunları (yanlış), tutum sorunları (önyargı) ve davranış sorunları (ayrımcılık) olmak üzere üç unsurdan oluşmakta ve sosyal ve bireysel damgalama olarak iki şekilde sınıflandırılmaktadır. *Sosyal damgalanma* profesyoneller ve toplum

tarafından ruhsal bozukluğu olanlara karşı alışlagelen tutumların onaylanması ve davranışların kabul edilmesidir. *Bireysel damgalanma* ise bireyin toplumun damgalanan grup hakkındaki inançlarını düşünmesi (*algılanan*); gerçek ayrımcılık yaşanılması (*deneyimlenen*) ve toplumsal damgalanmanın içselleştirilmiş ürünü olan (*öz*) damgalanma olarak üç şekilde ele alınmaktadır. Sosyal, içselleştirilmiş ve algılanan damgalanma kısır bir döngüyü tetikleyebilmekte ve bireyin damgalanmaya karşı direncini azaltabilmektedir (60,61).

Ruhsal bozukluklarda damgalanmada bireyin davranışlarında tutarsızlık olması ve farklı görülmesi nedeniyle nasıl yaklaşılacağını bilmeme, suçlama, değersiz bulma, iyileşemeyeceğine inanma ve hastalık konusunda yanlış bilgi gibi nedenler sıralanabilmekte ve şizofreni bozukluğunun kendisi damgalanmaya yol açmaktadır (62,63). Dünya Psikiyatri Birliği'nin "kapıların açılması" başlıklı küresel etiketleme karşıtı programının odak noktası olarak seçilen şizofreni, en çok engelleyen ve ciddi biçimde etiketlenen ruhsal bozukluklardan biridir. Şizofreni günümüzde cüzzama karşılık gelen modern bir ifade olarak hasta ve ailelerine yönelik toplumdan uzaklaştırmayı ifade eder (60). Halkın şizofreniye ilişkin düşünce ve tutumlarını inceleyen çalışmalarda katılımcıların çoğunluğu şizofreni hastalarının saldırgan olduğunu, aynı ortamda çalışmak istemediğini ve komşu olmaktan rahatsızlık duyacağını belirtmektedir (64,65).

Toplumsal damgalanmanın içselleştirilmiş ürünü olan *öz* (içselleştirilmiş) damgalanma bireyin toplumdaki olumsuz yargıları kabullenmesi ve değersizlik, utanç gibi olumsuz duygularla kendisini toplumdan geri çekmesidir(11,60). Çalışmalarda şizofreni hastalarında yüksek düzeyde içselleştirilmiş damgalanmanın düşük benlik saygısı, toplumsal yalıtım, belirti şiddetinde artma ve tedaviye uyumda yetersizlik gibi çok sayıda olumsuz sonuçlara yol açtığı, depresif belirtiler ve umutsuzlukla ilişkili olduğu bildirilmektedir. Ayrıca kaçınmalı uyarıcılara duyarlı şizofreni hastalarının damgalayıcı inançları onaylayarak ve toplumsal reddetmeyi bekleyerek, içselleştirilmiş damgalanma sonrasında artmış depresif tepki riskini gösteren pasif ve kaçınan başa çıkma stratejilerini kullanmaya da yatkın oldukları

Açıklanmaktadır (60,61,66). Yapılan bir çalışmada şizofreni hastalarında içselleştirilmiş damgalanma ve depresif belirti arasında güçlü bir ilişki olduğu, depresyonun içselleştirilmiş damgalanmanın psikopatolojik sonuçlarından biri ve hastaların kişiliğinin içselleştirilmiş damgalanma ve depresyon ilişkisinde belirleyici faktör olabileceği belirtilmiştir (67). Yapılan diğer çalışmalarda da ciddi ruhsal hastalığı olanlarda yüksek içgörünün umudu, benlik saygısını ve yaşam kalitesini olumsuz etkilediği, depresyon ve intihar girişimlerinin olduğu ve bu olumsuz sonuçların içselleştirilmiş damgalanma ile ilişkili bulunduğu belirtilmektedir (68,69,70).

## **2.8. Yaşam kalitesi ve şizofreni**

Süregen ruhsal bozuklukların kurum dışında toplum içinde tedavisi ve hastanın bildirdiği sonuçlarla klinik ölçüm çeşitlendirilmesi yönünde tedavi edici sonuç kriterlerindeki değişim, şizofreni hastalarının klinik seyrini inceleyen çalışmalarda yaşam kalitesini değerlendirmeye artan bir şekilde dikkat çekilmesini sağlamış ve toplumda tedavinin hastaların yaşam kalitesini artırdığı gösterilmiştir. DSÖ yaşam kalitesini bireylerin amaçları, beklentileri, standartları ve ilgileri ile ilişkili olarak yaşadıkları değer sistemleri ve kültür bağlamında yaşam konumlarını algılama olarak tanımlamıştır (16). Bireyin kendini iyi algılaması, yaşamdan doyum alması öznel boyutu; bağımsız yaşayabilme, üretici olma ve toplumsal ilişkiler ise nesnel boyutu ifade etmektedir (71). Bazı yazarlar ruhsal bozukluğu olan bireyin yaşam kalitesinin sadece kendisi tarafından değerlendirildiğinde anlamlı olabileceğini savunmuştur. Bu görüşe karşı çıkanlar ise şizofrenide yargılamanın bozulması, içgöçünün zayıflığı ve çeşitli nörobilişsel eksiklik nedeniyle hastadan alınan bilginin güvenilirliğine şüpheyle yaklaşmış ve ölçülebilir verilere odaklanmanın daha doğru olacağını savunmuşlardır (72).

Şizofreni hastalarının tedavisinde yer alan önemli sorunlar yeterince kontrol edilememiş belirtilerin yönetimi, günlük yaşam işlevselliğinin geliştirilmesi ve yaşam kalitesinin iyileştirilmesidir. Şizofrenide yoksunluk ve taşkınlık belirtileri, bilişsel işlevlerde sorunlar, sık alevlenmeler ve çevresel etkenler iş, kişilerarası

ilişkiler ve kendine bakım gibi önemli işlevsellik alanlarında belirgin bozulmaya yol açmakta, bu bozulma ise hastanın toplumsal rollerini yerine getirmesini, ya da toplumsal gereksinimlerinin karşılanmasını engelleyerek yaşam kalitesinde düşmeye neden olmaktadır (18).

Psikotik belirtilere ya da tek başına işlevselliğe odaklanan girişimler öznel yaşam kalitesini geliştirmede başarısız olabileceğinden, belirtilerin farklı alanları ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi anlama önemlidir. Şizofreni ve ilişkili bozukluk (şizoaffektif, sanrısız bozukluk) tanısı alan hastalarla yaşam kalitesinin hastalar (öznel) ve değerlendirmeciler (nesnel) tarafından ölçülen bildirimini karşılaştıran bir çalışmada, öznel değerlendirme ile depresif belirtili hastalar yaşam kalitelerini daha düşük, düşük içgörüyü sahip hastalar ise yaşam kalitelerini daha yüksek olarak algılamış ve bu sonucun klinik ve araştırma ortamında şizofrenide yaşam kalitesi ölçümünün kullanımı ve yorumunda önemli olduğu belirtilmiştir (17). Özellikle kesitsel çalışmalarda taşkınlık, yoksunluk belirtiler ve bilişsel işlevsellik büyük ölçüde öznel yaşam kalitesinden bağımsız değişkenler olarak görülebilmese rağmen uzun süreli çalışmalar, kısa vadeli yaşam kalitesinin uzun vadeli semptomatik ve işlevsel düzelme üzerine ve erken semptomatik yanıtın ise uzun vadeli yaşam kalitesi üzerine etkisini doğrulamıştır. Şizofreni spektrum bozukluklarında yaşam kalitesinin iç görü ve psikopatoloji ile ilişkisini araştıran bir çalışmada içgörünün yaşam kalitesiyle ters ilişkili, depresif belirtilerin yaşam kalitesinde en güçlü olumsuz belirleyici ve içgörü ile yaşam kalitesi arasındaki ters ilişkinin ise depresif belirtilerle ilgisi olduğu gösterilmiştir (73).

Şizofreni hastalarında yaşam kalitesini iyileştirmenin semptomatik düzelme ve işlevsel iyileşmede önemli bir belirleyici olduğu kanıtlanmış ve Nijerya'da yapılan bir çalışmada da şizofreni hastalarında yüksek işlevsellik ve ilaca uyumun iyi yaşam kalitesiyle ilişkisi bildirilmiştir. Sağlık bakım kuruluşlarının hastaların karşılanmamış gereksinimlerine yeterli uyumunun klinik sonuçları ve yaşam kalitesini iyileştirdiği gösterilmiştir. Bu nedenle semptomatik düzelme, işlevsel durumlar ve yaşam kalitesi üzerine gizil etki yapan yoksunluk, bilişsel ve duygulanım belirtileri kalıcı geliştirmeyi amaçlayan tedavi edici girişimlerin sürekliliğini gizlememelidir (16).

Günlük ve evde bakım kuruluşlarında şizofreni hastalarının yaşam kalitesini araştıran bir çalışmada, günlük bakım alan hastaların çeşitli alanlarda yaşam kalitesinin daha yüksek, daha fazla iş fırsatları ve taşkınlık belirti şiddetinde azalma olduğu, bu hastalara çalışma olanakları ve uygun ruhsal bakım sağlamanın yaşam kalitelerini artırabileceği belirtilmektedir (74).

## 2.9. Şizofrenide Hemşirelik Bakımı

Ruh sağlığı hizmetlerinde ana hedef, hastaların özgüvenini ve yaşam kalitesini artırmaya yardım eden güçlenmeyi sağlamaktır. Hastaların yaşam kalitesini etkileyen anahtar değişkenlerin belirti düzeyi, ruhsal toplumsal müdahale ve güçlenme olduğu belirtilmekte ve hastaların yaşam kalitesinin belirti düzeyi ile negatif, ruhsal toplumsal iyileştirme ve güçlenme ile pozitif yönde önemli düzeyde ilişkili olduğu bildirilmektedir (75).

Psikiyatri hemşireleri hastalığın doğası gereği şizofreni hastalarıyla günlük uygulamalarında sürekli karşılaşırlar. Hemşirenin birincil hedefi hastalığın belirtilerini yatıştırmak için hemşirelik bakımını uygulama, ikincil hedefi ise tedavinin sürekliliğini sağlama ve yinelemeleri önlemedir. Hastanın bakım gereksinimlerini karşılamada eklettik yaklaşım kullanılması bakımın bütüncül ve bireye özgü olabilmesinde verimlilik sağlar (76).

Toplumsal iletişimdeki kusurlar nedeniyle gereksinimleri karşılanmayan hastalarda yaşam kalitesi azalır. Bu nedenle toplumsal becerilerden yoksun hastalar başkaları ile doyurucu ilişkiler kuramaz ve kendilerini yalnız, engellenmiş ve yalıtılmış hissederler (49). Şizofreni hastası ile ilişki kurmak hasta-hemşire işbirliğinde en önemli evredir. Hasta ile kurulan tedavi edici ilişkide psikiyatri hemşiresinin yoğunlaştığı nokta hasta ve hastanın gereksinimleridir. Hastaya gereksinim duyduğu yardımın verilebilmesi ise onunla kurulacak tedavi edici ilişkinin niteliğine bağlıdır (76). Çağdaş hemşirelik çeşitli alanlarda bilgi ve beceriye sahip olmayı gerektirir. Bakım verici, karar verici, koruyucu ve hasta savunucu, yönetici, rehabilite edici, rahatlatıcı ve eğitici rolleri üstlenen çağdaş hemşire tedavi edici

iletişim yoluyla hastanın tedavisinde etkin rol alır (77). Tedavi edici iletişim çabası göstermeden doğrudan ilaç tedavisi uygulaması hasta üzerinde sonradan onarılması güç izler bırakabileceğinden güven verici ilişki kurularak hastaya yaklaşılmalıdır. Psikotik birey için hemşire ya da tedavi ekibinden beklenen güven duygusunun oluşturulmasıdır. Tedavi ekibinin hasta için her zaman hazır olduğu, diğer bireylerin anlamadığı özel durumlarını dinleyip anlamlandırmaya çalışacakları bildirilmeli ve hasta iyi bir tedavi ilişkisi sonucunda kendisini tedavi ekibinin bir parçası olarak görebilmelidir. Hastada kendisine bir şey yapılan konumundan kendisi için bir şey yapan konumuna geçme duygusu oluşturulabilirse tedavinin sürekliliği için önemli bir adım atılmış olur (76).

Hastalığın damgalayıcı etkisi çevrenin hasta bireylere yaklaşımı üzerine olumsuz etki yaparak hastaların çevresini daraltmakta (18) ve hastaların kendilerine olan saygı ve özgüvenini azaltmaktadır. Hastalar tüketici konumdan üretici konuma geçip örgütlenerek toplumsal hareketler içerisinde yer alabilirse ve gizlenmeden şizofreni hastasıyım diyebilirse damgalanmanın bir önemi kalmayacaktır. Kriz durumunda yardım istenecek ve anlayışla karşılamaları beklenecek olan çevre, yakın çevre olduğundan ailelerin de yalnızlığa itilmelerini önlemek için yakın çevreleriyle hastalık sorununu paylaşmaları önerilebilir. Hasta yakınlarının hastalık hakkındaki bilgilerini yenileyip hastalarına karşı nasıl davranmaları gerektiğini öğretmek, edinilen yanlış bilgileri düzeltmek hemşirelik bakım sanatının en sağlıklı yönüdür (76).

Hemşirelerin ruhsal hastalığı olanlara yönelik tutum ve ilişkisini anlama etkili ruh sağlığı hemşireliği bakımı sunmada kritik öneme sahiptir (78). Japonya'da yapılan bir çalışmada psikiyatri hastanelerinde çalışan psikiyatri hemşireleri, toplumda yaşayan şizofreni hasta ve ailelerine ilişkin görüşlerini kötümser olarak, başka bir ifade ile hastanede yatmanın toplumda yaşayıp sosyal dezavantajlara sahip hastaların ayaktan tedavi almasından daha iyi olduğunu ifade etmiştir (79).

Başka bir çalışmada ruh sağlığı bakımında daha fazla klinik deneyimi olan hemşirelerin ruhsal hastalığı olanlara karşı eşgüdüm ve olumlu tutumlarının daha

yüksek olduğu, psikiyatrik iyileştirim üniteleri, poliklinikler veya toplum psikiyatrik iyileştirim merkezlerinde çalışanlar ile karşılaştırıldığında akut psikiyatri birimlerinde çalışan psikiyatri hemşirelerinin ise daha olumsuz tutum gösterdikleri ve hemşirelerin tutumlarında hemşirelik uygulama süresi ve eşgüdümün etkili olduğu belirtilmiştir (78).

Ruhsal bozukluğu olan hastalarda NANDA-I (Uluslararası Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Birliği), NIC (Hemşirelik Girişimleri Sınıflaması) ve NOC (Hemşirelik Sonuçları Sınıflaması) sınıflandırmalarını tanımlama amacıyla yapılan bir çalışmada, hemşirelik sürecini uygulamanın psikiyatri hemşirelerinin multidisipliner ekip içerisinde rolünü güçlendirme, kanıta dayalı uygulamaların hayata geçirilmesi, sürekli eğitim programlarının planlanması, bakım kalitesinin iyileştirilmesi, standart bakım planlarının geliştirilmesi ve ekip içerisinde psikiyatri hemşirelerinin çalışmalarının değerini kanıtlamayı desteklediği gösterilmiştir (80).

Psikiyatri hemşireleri hasta ve ailelere yönelik gereksinim odaklı eğitimsel programlar yoluyla hasta ve ailelerin hastalıkla baş etmeyi kolaylaştıracak yöntemler geliştirmesini ve olumlu bir tedavi işbirliğini sağlayarak damgalamayı azaltmada ve yaşam kalitesini iyileştirmede önemli katkı sağlar.

### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Türü**

Bu araştırma tanımlayıcı özellikte yapıldı.

#### **3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zamanı**

Araştırma Erzincan Devlet Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'nde Aralık 2011-Şubat 2012 tarihleri arasında yapıldı.

#### **3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi**

Araştırmanın evrenini Erzincan Devlet Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'nde DSM-IV-TR (Amerikan Psikiyatri Birliği 2000) ölçütlerine göre son bir yılda (Aralık 2010-Aralık 2011) şizofreni tanısı alan ve ayaktan izlenen kayıtlı toplam 64 hasta oluşturdu. Araştırmada herhangi bir örneklem seçimi yapılmadı ve araştırmaya alma ölçütlerini karşılayan 51 hasta ve aile ortamı değerlendirmesinde hasta yakınının da algıları önemli ve Aile Ortamı Ölçeği hasta yakınlarına da uygulanabilen bir ölçek olduğundan 51 hasta yakını da araştırma kapsamına alındı.

#### **Hastalar için araştırmaya alma/dışlama ölçütleri**

Hastalar için DSM-IV-TR ölçütlerine göre şizofreni tanısı alan, klinik remisyonda olan ve ayaktan izlenen hasta olma, 18-65 yaş arasında ve çalışmaya katılmaya gönüllü olma alma ölçütü; formların uygulanmasını etkileyecek düzeyde herhangi bir fiziksel (işitme, konuşma bozukluğu), nörolojik bozukluk ve zihinsel engellilik dışlama ölçütü olarak kabul edilmiştir.

#### **Hasta yakını için araştırmaya alma/dışlama ölçütleri**

Şizofreni tanısı almış hastası ile en az bir yıldır birlikte yaşama, 18-65 yaş arasında olma ve çalışmaya katılmaya gönüllü olma alma ölçütü; formların uygulanmasını etkileyecek düzeyde herhangi bir fiziksel (işitme, konuşma bozukluğu) ve ruhsal (psikotik bozukluk, zihinsel engellilik vb.) engeli olma dışlama ölçütü olarak belirlenmiştir.



### 3.4. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmada Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ), Aile Ortamı Ölçeği (AOÖ) ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kısa Formu Türkçe Versiyonu (WHOQOL-BREF-TR) puan ortalamaları **bağımlı**, sosyo-demografik (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu vb.) ve hastalık özellikleri , (hastalık süresi, hastaneye yatış sayısı vb) **bağımsız** değişkenleri oluşturmaktadır.

### 3.5. Veri Toplamada Kullanılan Formlar

Verilerin toplanmasında hastaları tanımlayıcı form (EK-I), hasta yakınlarını tanımlayıcı form (EK-II), AOÖ (EK-III), RHİDÖ (EK-IV) ve WHOQOL-BREF-TR (EK-V) kullanılmıştır.

**Hastaları Tanımlayıcı Form:** Hastaların sosyo-demografik (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, çalışma durumu, birlikte yaşadığı kişiler, ekonomik durum) özellikleri belirten yedi ve hastalık (hastalık süresi, hastaneye yatış sayısı, hastalık/tedavisi hakkında bilgi durumu) özelliklerini belirten üç olmak üzere toplam 10 sorudan oluşmaktadır.

**Hasta Yakınlarını Tanımlayıcı Form:** Hasta yakınlarının sosyo-demografik (yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim düzeyi, mesleği, hastaya yakınlık derecesi, rol yüklenmesi, destek durumu) özelliklerini içeren sekiz sorudan oluşmaktadır.

**Aile Ortamı Ölçeği (AOÖ):** Fowler (1982) tarafından geliştirilmiş, Usluer (1989) tarafından geçerlilik ve güvenilirliği yapılmış olup, aile ortamının ruhsal toplumsal algılanışını değerlendirmekte ve hasta ve aile üyelerine uygulanabilmektedir. Toplam 26 maddeden oluşan ölçeğin Kişilerarası İlişkiler ve Kontrol olmak üzere iki alt boyutu bulunmaktadır. En yüksek puan Kişilerarası İlişkiler için 64, Kontrol için 40 olup, her bir alt boyuttan elde edilen puan, bireyin ailedeki kişilerarası ilişkiler ve kontrol niteliklerini hangi düzeyde algıladığını gösterir. Ölçeğin iç tutarlılığı

hesaplamasında Cronbach alfa değerleri alt boyutlar için sırasıyla .82 ve .74 olarak hesaplanmış (81,82), bu araştırmada ise .83 ve .67 olarak bulunmuştur.

**Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ):** Ritscher ve ark. (2003) tarafından geliştirilen, geçerlik ve güvenilirliği Ersoy ve Varan (2007) tarafından yapılan ölçek, içsel damgalanmayı değerlendirmekte ve 29 maddeden oluşmaktadır. Yabancılaşma, Kalıp Yargıların Onaylanması, Algılanan Ayrımcılık, Sosyal Geri Çekilme ve Damgalanmaya Karşı Direnç şeklinde beş alt boyutu bulunmaktadır. Toplam puan 29-116 arasında değişmektedir. Yüksek puanlar, kişinin içselleştirilmiş damgalanmasının olumsuz yönde daha şiddetli olduğunu göstermektedir. Alt ölçeklerin Cronbach alfa katsayıları sırasıyla 0.84, 0.71, 0.87, 0.85, 0.63 ve tüm ölçek için elde edilen iç tutarlık katsayısı ise .93'tür (11). Bu araştırmada ise alfa değerleri tanı grubu farklılığından dolayı sırasıyla .69, .58, .75, .0.86, .48 ve toplam alfa değeri .90 olarak belirlenmiştir.

**Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kısa Formu Türkçe Versiyonu (WHOQOL-BREF-TR):** DSÖ tarafından geliştirilen sağlıkla ilişkili Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin geçerlik ve güvenilirliği Eser ve arkadaşları (1999) tarafından yapılmıştır. Ölçek bedensel, ruhsal, sosyal ve çevresel iyilik hallerini değerlendirmekte ve 26 sorudan oluşmaktadır. Türkiye sürümünde Çevre-TR alan skoru kullanılmaktadır. Alan puanları 4-20 arasında değişmekte ve puan arttıkça yaşam kalitesi artmaktadır. Alt ölçeklerin Cronbach alfa katsayıları sırasıyla .83, .66, .53 ve .73 olarak belirlenmiştir (83,84). Bu araştırmada ise alfa katsayıları grup farklılığından dolayı sırasıyla .72, .55, .59, .60 olarak bulunmuştur.

### 3.6. Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri araştırmacı tarafından Erzincan Devlet Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'nde görüşme için uygun bir odada hastalarla ve yakınları ile yüz yüze görüşülerek 25-30 dakikada toplanmıştır.

### **3.7. Verilerin Analizi**

Verilerin analizinde tanımlayıcı özellikler sayı, yüzdeler ve ortalama değerler olarak gösterildi. Hasta ve hasta yakınlarının AO puan ortalamaları arasındaki farkı belirlemede bağımsız gruplarda t testi ve ölçekler arasındaki ilişkiyi belirlemede Pearson korelasyon analizi kullanıldı. İstatistiksel analizlerde SPSS (Statistical Package for Social Science for Windows) 22.0 sürümü kullanıldı ve anlamlılık düzeyi  $p < 0.05$  olarak kabul edildi.

### **3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri**

Araştırmaya başlamadan önce Erzincan Devlet Hastanesi ve Erzincan İl Sağlık Müdürlüğü'nden yazılı izin, (EK VI) Erzincan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Etik kurulundan etik onay alındı (Ek VII). Ayrıca araştırmaya alma ölçütlerini karşılayan hasta ve yakınlarına araştırmanın amacı, yöntemi ve katkıları açıklanarak sözel onamları alınmıŐ ve araştırmadan istedikleri zaman ayrılacakları ifade edilmiştir.

### **3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği**

Araştırmada aile ortamı, içselleştirilmiş damgalanma ve yaşam kalitesi algısını etkileyebilecek hastalığa özgü değişkenler iyi kontrol edilememiŐtir. Bu sınırlılığa rağmen örneklem büyüklüğü Erzincan için geniŐ alınmıŐ olup sonuçlar bu çalışma grubuna genellenebilir.

#### 4. BULGULAR

**Tablo 1.** Hastaların Sosyo-demografik Özelliklerinin Dağılımı (n=51)

Tanıtıcı Özellikler	Sayı	Yüzde (%)
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	15	29.4
Erkek	36	70.6
<b>Medeni Durum</b>		
Bekar	32	62.8
Evli	12	23.5
Dul/boşanmış	7	13.7
<b>Eğitim Düzeyi</b>		
Okur yazar değil	13	25.5
İlkokul	18	35.3
Ortaokul	9	17.6
Lise	11	21.6
<b>Çalışma durumu</b>		
Hiç çalışmamış	14	27.5
Çalışmıyor	9	17.6
Geçici işlerde çalışmış	16	31.4
Çalışıyor	12	23.5
<b>Gelir düzeyi algısı</b>		
Geliri giderinden az	24	47.1
Geliri giderine eşit	21	41.2
Geliri giderinden fazla	6	11.7
<b>Birlikte Yaşadığı Kişiler</b>		
Yalnız	2	3.9
Anne-baba	30	58.8
Eş ve çocuklar	13	25.5
Diğer bir yakınıyla (kardeş ve kuzen)	6	11.8
<b>Yaş (yıl)</b>	38.61±11.29	

Araştırmaya alınan hastaların % 70.6'sının erkek, % 62.8'inin bekar, % 35.3'ünün ilkokul mezunu, % 31.4'ünün geçici işlerde çalıştığı, % 47.1'inin geliri giderinden az, % 58.8'inin anne baba ile birlikte yaşadığı ve yaş ortalamasının 38.61±11.29 yıl olduğu görülmüştür (Tablo 1).

**Tablo 2.** Hastaların Hastalığa İlişkin Özelliklerinin Dağılımı (n=51)

<b>Tanıtcı Özellikler</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde (%)</b>
<b>Hastalık- tedavisi hakkında bilgi durumu</b>		
Yok	20	39.2
Var-az	23	45.1
Var-orta	8	15.7
<b>Hastalık süresi (yıl)</b>	16.08±10.87	
<b>Hastaneye yatış sayısı</b>	5.04±7.22	

Hastaların % 45.1'i hastalık ve tedavisi hakkında bilgisinin az olduğunu ifade etmiş ve hastalığın ortalama süresi 16.08±10.87 yıl, hastaneye yatış sayısı 5.04±7.22 olarak belirlenmiştir (Tablo 2).

**Tablo - 3.** Hasta Yakınlarının Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı (n=51)

<b>Tanıtıcı Özellikler</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde (%)</b>
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	31	60.8
Erkek	20	39.2
<b>Medeni Durum</b>		
Bekar	7	13.7
Evli	37	72.6
Dul	7	13.7
<b>Eğitim Düzeyi</b>		
Okur yazar değil/Okur yazar	19	37.3
İlkokul	20	39.2
Ortaokul	4	7.8
Lise	8	15.7
<b>Mesleği</b>		
Çalışmıyor	5	9.8
Ev hanımı	26	51.0
Emekli	6	11.8
İşçi	10	19.6
Memur	4	7.8
<b>Hastaya yakınlık derecesi</b>		
Eşi	9	17.7
Anne	26	51.0
Çocukları	4	7.8
Akrabası	4	7.8
Kardeş	8	15.7
<b>Rol yüklenmesi</b>		
Yalnızca hasta	24	47.0
Hasta ve diğer aile üyesi	25	49.0
Hasta ve kendi hastalığı	2	4.0
<b>Destek durumu</b>		
Yok	23	45.1
Diğer aile üyeleri/çevre	10	19.6
Kurum /dernek/vakıf	18	35.3
<b>Yaş (yıl)</b>	48.37±14.68	

Hasta yakınlarının tanıtıcı özellikleri incelendiğinde % 60.8'inin kadın, % 72.6'sının evli, % 39.2'sinin ilkokul mezunu, % 51'inin ev hanımı ve hastanın annesi, % 49'unun hasta ile birlikte diğer aile üyesine bakım verdiği, % 45.1'nin desteği olmadığı ve yaş ortalamasının 48.37±14.68 yıl olduğu bulunmuştur (Tablo3).

**Tablo 4.** Hasta ve Hasta Yakınlarının AOÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=51)

<b>AOÖ</b>	<b>Alınabilecek Puan Aralığı</b>	<b>Alınan Puan Aralığı</b>	<b>Ort±SS</b>
<b>Hasta</b>			
<b>Kişilerarası ilişkiler</b>	16-64	22-64	43.94±8.20
<b>Kontrol</b>	10-40	13-40	27.10±5.59
<b>Hasta yakını</b>			
<b>Kişilerarası ilişkiler</b>	16-64	23-60	46.29±6.72
<b>Kontrol</b>	10-40	13-39	26.57±4.30

Hastaların AOÖ alt alanlarından Kişilerarası ilişkiler puan ortalaması 43.94±8.20, Kontrol puan ortalaması 27.10±5.59, hasta yakınlarının ise sırasıyla 46.29±6.72 ve 26.57±4.30 olarak bulunmuş olup, hasta yakınlarının hastalara göre aile ortamında kişilerarası ilişkileri daha olumlu ve kontrolü daha az algıladığı görülmüştür (Tablo 4).

**Tablo- 5.** Hastaların RHİDÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=51)

<b>RHİDÖ</b>	<b>Alınabilecek Puan Aralığı</b>	<b>Alınan Puan Aralığı</b>	<b>Ort±SS</b>
<b>Yabancılaşma</b>	6-24	7-24	15.63±4.41
<b>Kalıp Yargıların Onaylanması</b>	7-28	8-26	18.24±4.20
<b>Algılanan Ayrımcılık</b>	5-20	5-20	13.67±4.09
<b>Damgalanmaya Karşı Direnç</b>	5-20	5-19	12.35±3.36
<b>Sosyal Geri Çekilme</b>	6-24	6-24	16.24±5.21
<b>RHİDÖ toplam</b>	29-116	36-105	76.12±17.15

Hastaların RHİDÖ alt ölçekleri puan ortalaması Yabancılaşma 15.63±4.41, Kalıp Yargıların Onaylanması 18.24±4.20, Algılanan Ayrımcılık 13.67±4.09, Damgalanmaya Karşı Direnç 12.35±3.36, Sosyal Geri Çekilme 16.24±5.21 ve RHİDÖ toplam puan ortalaması ise 76.12±17.15 olarak tespit edilmiştir (Tablo 5). Başka bir ifade ile hastalar bütün boyutlarda orta düzeyin üzerinde içselleştirilmiş damgalanma algılamaktadır.

**Tablo 6.** Hastaların WHOQOL-BREF-TR Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=51)

WHOQOL-BREF-TR	Alınabilecek Puan Aralığı	Alınan Puan Aralığı	Ort±SS
<b>Bedensel</b>	4-20	4-17	12.00±2.75
<b>Ruhsal</b>		4-16	11.11±3.02
<b>Sosyal</b>		4-16	9.15±3.72
<b>Çevre-TR</b>		6-16	11.56±2.61

Hastaların yaşam kalitesi alt alan puan ortalamaları bedensel 12.00±2.75, ruhsal 11.11±3.02, sosyal 9.15±3.72 ve çevresel 11.56±2.61 olup, genel olarak yaşam kalitelerinin orta düzeyde ve bedensel alan puan ortalamasının en yüksek, sosyal alan puan ortalamasının ise en düşük olduğu görülmüştür (Tablo 6).

**Tablo -7.** Hastaların WHOQOL-BREF-TR, AOÖ ve RHİDÖ Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki (n=51)

Ölçekler	WHOOQ-BREF-TR								AOÖ			
	Bedensel		Ruhsal		Sosyal		Çevresel		Kişilerarası ilişkiler		Kontrol	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
<b>RHİDÖ</b>												
<b>Yabancılaşma</b>	-.406	<b>.003</b>	-.448	<b>.001</b>	-.230	.105	-.332	<b>.017</b>	.055	.703	.355	<b>.011</b>
<b>Kalıp Yargıların Onaylanması</b>	-.294	<b>.036</b>	-.320	<b>.022</b>	-.239	.091	-.271	.055	.054	.708	.377	<b>.006</b>
<b>Algılanan Ayrımcılık</b>	-.290	<b>.039</b>	-.300	<b>.032</b>	-.307	<b>.029</b>	-.213	.134	.120	.400	.358	<b>.010</b>
<b>Sosyal Geri Çekilme</b>	-.402	<b>.003</b>	-.492	<b>.001</b>	-.354	<b>.011</b>	-.354	<b>.011</b>	-	.731	.184	.197
<b>Damgalanmaya Karşı Direnç</b>	-.324	<b>.020</b>	-.463	<b>.001</b>	-.376	<b>.006</b>	-.355	<b>.011</b>	-	.206	-.245	.083
<b>RHİDÖ toplam</b>	-.432	<b>.002</b>	-.505	<b>.001</b>	-.372	<b>.007</b>	-.379	<b>.006</b>	<b>.006</b>	.968	.277	<b>.049</b>
<b>AOÖ</b>												
<b>Kişilerarası ilişkiler</b>	-.016	.913	.222	.118	.072	.615	.247	.081	1	-	.501	<b>.001</b>
<b>Kontrol</b>	-.201	.158	-.029	.839	-.116	.418	-.019	.893	.501	<b>.001</b>	1	-



Tablo 7’de görüldüğü üzere hastaların RHİDÖ yabancılaşma ile WHOQOL-BREF-TR bedensel, ruhsal ve çevresel alan puan ortalamaları arasında zayıf negatif ( $p<0.01$ ,  $p<0.05$ ), AOÖ kontrol alanı ile zayıf pozitif ( $p<0.05$ ); kalıp yargıların onaylanması ile bedensel ve ruhsal alan arasında zayıf negatif ( $p<0.05$ ), kontrol alan ile zayıf pozitif ( $p<0.01$ ); algılanan ayrımcılık ile bedensel, ruhsal ve sosyal alan arasında zayıf negatif ( $p<0.05$ ), kontrol alan ile zayıf pozitif ( $p<0.05$ ); sosyal geri çekilme ve damgalanmaya karşı direnç ile bedensel, ruhsal, sosyal ve çevresel alan arasında zayıf negatif ( $p<0.01$ ,  $p<0.05$ ); RHİDÖ toplam puanı ile bedensel, sosyal ve çevresel alan arasında zayıf negatif ( $p<0.01$ ,  $p<0.05$ ), ruhsal alan ile orta negatif ve kontrol alan ile zayıf pozitif yönde bir ilişki tespit edilmiştir ( $p<0.01$ ,  $p<0.05$ ).

**Tablo -8.** Hasta ve Hasta Yakınlarının AOÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=51)

	<b>Aile Ortamı Ölçeği</b>	
	<b>Kişilerarası İlişkiler Ort±SS</b>	<b>Kontrol Ort±SS</b>
<b>Hasta</b>	43.94±8.20	27.10±5.59
<b>Hasta Yakını</b>	46.29±6.72	26.57±4.30
<b>Test ve Önemlilik</b>	t= 1.827 p=.071	t= -.481 p= .631

Hastalar (43.94±8.20, 27.10±5.59) ve hasta yakınlarının (46.29±6.72, 26.57±4.30) aile ortamında kişilerarası ilişkiler ve denetim puan ortalamaları arasında önemli bir fark olmadığı saptanmıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 8).

## 5. TARTIŞMA

Olumlu aile ortamı, aile öyküsünde psikoz olan bireylerde koruyucu olup, psikoz gelişme riski olanlarda belirtileri azaltma ve toplumsal işlevselliği artırmada katkı sağlar ve zorlanma etkilerini azaltır. Çatışmacı, koruyuculuk düzeyi düşük, şiddet, ihmal ve saldırganlık durumlarıyla belirgin zorlu aile ortamları ise kötü sağlık sonuçları ve allostatik yüklenmeye yol açmaktadır. Bu bağlamda işlevsel olmayan aile ortamı ruh sağlığı üzerine olumsuz etkide bulunur ve aile öyküsünden bağımsız olma riskini artırır (29,85). Olumlu aile özelliklerinin ise tedavi gücünü olumlu etkilediği ve adolesan dönemde psikoz başlangıcı riski olan hastalarda aile üyelerinin samimiyeti, olumlu görüşleri gibi olumlu aile ilişkileri belirleyicilerinin hastalık belirtilerini azaltıp, sosyal işlevselliği artırdığı belirtilmektedir (86). Yakınları tarafından düşmanca, eleştirel, duygusal olarak aşırı ilgili tutum ve aile yüksek duygu dışavurumu ile karşılaşan hastalar depresme riski taşırken, ailede düşük duygu dışavurumu zorlu yaşam olaylarının etkisini azaltmaktadır (85).

Bu araştırmada hastaların ( $43.94 \pm 8.20$ ,  $27.10 \pm 5.59$ ) hasta yakınlarına ( $46.29 \pm 6.72$ ,  $26.57 \pm 4.30$ ) göre aile ortamında kişilerarası ilişkileri daha olumsuz ve denetimi daha fazla algıladığı ve farkın önemli olmadığı belirlenmiştir. Şizofreni ve duygudurum bozukluğu tanısı alan hasta ve aileleriyle yapılan başka bir çalışmada da hasta yakınlarının ( $47.46 \pm 7.24$ ,  $27.76 \pm 4.59$ ) hastalara ( $45.96 \pm 5.42$ ,  $26.40 \pm 5.68$ ) göre kişilerarası ilişkileri daha olumlu, kontrolü ise daha fazla algıladığı ve farkın önemli olmadığı tespit edilmiştir (87).

İspanya ve Amerika'da şizofreni hastaları ve birinci derece yakınları ile yapılan çalışmalarda hasta ve yakınlarının AOÖ puanları arasında önemli düzeyde bir ilişki belirlenmiştir (5,88). Yapılan bir çalışmada ise hastaların ( $33.53 \pm 7.94$ ,  $18.94 \pm 4.74$ ) hasta yakınına ( $32.67 \pm 6.37$ ,  $18.58 \pm 5.18$ ) göre kişilerarası ilişkileri daha olumlu, kontrolü ise aynı düzeyde algıladığı (89) ve diğer çalışmalarda belirti şiddeti ile aile algısı arasında önemli bir ilişki olduğu gösterilmiştir (88,89). Ayrıca şizofreni hasta ailelerinde bozuk aile işlevselliğinin duygu dışavurumunu, hastaların algıladığı aile ve sosyal desteği olumsuz etkilediği (90), hastalar ailelerini daha ilgili, birbirine bağlı,

organize, bağımsız ve daha az çatışmacı olarak algıladığında ise zorlu yaşam olaylarıyla daha etkili başa çıkabildiği bildirilmiştir (85). Mısır'da yapılan bir çalışmada taşkın belirtiler, erkek cinsiyet, tedaviye uyumsuzluk, şiddet öyküsü ve algılanan aile eleştirisinin hastalarda şiddet davranışıyla ilişkili olduğu bulunmuş, aile eleştirisi algısını hafifletme ve aile müdahaleleri ile sağlıklı iletişimi geliştirmenin hastalarda şiddeti azaltan önemli araçlar olarak görülebileceği belirtilmiştir (91). Şizofreni hastasına bakım veren ailelerin problem çözme becerileri ve başa çıkma stratejilerini kullandıklarında daha işlevsel oldukları, sosyal destek algıladıkları, ruhsal sıkıntı ve davranış sorunlarını daha az yaşadıkları, ailede ruhsal sıkıntı ve hastada davranış sorunlarının etkili aile işlevselliğinde önemli belirleyiciler olduğu açıklanmıştır (92). Bu araştırma sonucu hastanın aile ortamını algılamasının belirti şiddeti ve hasta ve hastalığa ilişkin özellikler ile ilişkili olabileceğini göstermektedir.

Damgalanma benlik saygısı ve öz-etkililik kaybı, moral bozukluğu, umutsuzluk ve depresyon gibi ruhsal mekanizmalar yoluyla tedaviye uyumu etkileyebilmekte ve bağımsız yaşama gibi iyileştirim hedeflerinin başarısını sınırlayabilmektedir (60). Bu çalışmada RHİDÖ toplam (76.12±17.15) ve alt ölçekler Yabancılaşma (15.63±4.41), Kalıp Yargıların Onaylanması (18.24±4.20), Algılanan Ayrımcılık (13.67±4.09), Damgalanmaya Karşı Direnç (12.35±3.36) ve Sosyal Geri Çekilme (16.24±5.21) puan ortalamasına göre hastalar orta düzeyin üzerinde içselleştirilmiş damgalanma algılamaktadır. Tel ve Ertekin Pınar'ın (66) (sırasıyla 64.28±18.98, 13.93±4.92, 15.19±4.83, 10.36±4.87, 10.66±3.32, 14.12±5.45), Coşkun ve Güven Caymaz'ın (93) çalışmalarında RHİDÖ toplam ve alt ölçek puanları bu araştırma sonucuna göre düşük olmakla birlikte hastaların orta-orta düzeyin üzerinde içselleştirilmiş damgalanma algıladığı belirlenmiştir. Adli psikiyatri hastalarıyla yapılan bir çalışmada psikotik bozukluk tanısı alan ve sosyal geri çekilme düzeyi yüksek olan hastaların öz damgalanma algılarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (94). Etiyopya'da yapılan bir çalışmada da hastaların yaklaşık yarısının orta-yüksek düzeyde içselleştirilmiş damgalama algıladığı ve kırsal alanda yaşam, bekar olma ve belirgin psikotik belirtilerin yüksek düzeyde içselleştirilmiş

damgalanma ile ilişkili olduğu, tedavisine devam etmeyen hastaların yarısının algıladıkları damgalanma nedeniyle tedavisini bıraktığı, yüksek düzeyde damgalanma algısı olanların aynı zamanda intihar teşebbüsünde bulunduğu; sosyal çekilme, algılanan ayrımcılık, yabancılaşma ve alışlagelen onaylamaların içselleştirilmiş damgalanmada belirleyici faktörler olduğu tespit edilmiştir (60). Yapılan diğer bir çalışmada ise şizofreni hastalarının çoğunluğunun damgalanmaya karşı direncinin düşük olduğu ve kırsal kesimde yaşama, antipsikotik ilaca uyumda güçlük, yüksek düzey içselleştirilmiş damgalanma, yabancılaşma ve sosyal izolasyonun damgalanma direnci ile istatistiksel olarak önemli düzeyde ilişkili olduğu bulunmuştur (59).

Tedavi edici etkide bir ölçüt olarak yaşam kalitesi, uzun dönemde farmakolojik, ruhsal toplumsal tedavi, iyileştirim ve sağlık bakım maliyetlerine yol açması gibi yaşamın tüm yönlerine olumsuz yansıyan özellikle şizofreni hastalarında önemlidir. Hastaların öznel yaşam kalitesinin değerlendirilmesi depresme ve öz kırım riskinde önemli bir belirleyici olarak bildirilmiştir. Ruh sağlığı bakımının kurum dışında ele alınması nedeniyle yaşam kalitesinin giderek artan biçimde çalışmalarda ilgili kavram olmaya devam ettiği ve toplumda tedavinin hastaların yaşam kalitesi düzeyinde artma sağladığı gösterilmiştir (95,96). Bu araştırmada hastaların bedensel ( $12.00 \pm 2.75$ ), ruhsal ( $11.11 \pm 3.02$ ), sosyal ( $9.15 \pm 3.72$ ) ve çevresel ( $11.56 \pm 2.61$ ) yaşam kalitesi algılarının genel olarak orta düzeyde ve bedensel alan algısının en yüksek, sosyal alan algısının ise en düşük olduğu görülmüştür.

Güneş (97) ve Doğanavşargil'in (98) çalışmalarında sırasıyla bedensel ( $12.37 \pm 2.19$ ,  $13.94 \pm 3.22$ ), ruhsal ( $12.53 \pm 2.24$ ,  $13.42 \pm 3.24$ ), sosyal ( $11.76 \pm 3.96$ ,  $12.45 \pm 4.50$ ) ve çevresel ( $13.11 \pm 2.70$ ,  $14.13 \pm 23.60$ ) yaşam kalitesi algılarının genel olarak orta-orta düzeyin üzerinde ve çevresel alan algısının en yüksek, sosyal alan algısının ise en düşük olduğu saptanmıştır. Bedensel alan canlılık, ağrı, uyku ve dinlenme gibi günlük işlevselliği ifade etmekte olup, bu araştırmada hastaların bedensel alan algısının yüksek olması, ayaktan takip ve tedavileri yapılan hastaların belirti düzeyinde iyileşme ve araştırma kapsamına alınan hastaların çoğunluğunun (%56.9,  $s=29$ ) ilaç yan etkilerinin olmadığını belirtmesi ve canlılık ve enerjilerini iyi

algıladıkları ile açıklanabilir. Yapılan diğer bir çalışmada da psikiyatri hastalarının bütün yaşam kalitesi alanlarının hasta olmayan kontrollerden daha düşük olduğu, şizofreni hastalarının şizoaffektif ya da duygudurum bozukluğu olanlara göre sosyal ilişkilerden daha az doyum aldığı ve yaşam kalitesini psikopatolojik belirtilerden ziyade ruhsal toplumsal faktörlerin etkilediği bulunmuştur (99).

Bu araştırmada hastaların içselleştirilmiş damgalanma algı düzeyi arttıkça yaşam kalitesi bütün alanlarının önemli düzeyde azaldığı, aile ortamında kişilerarası ilişkiler ve kontrol algılarının ise pozitif yönde önemli düzeyde arttığı belirlenmiştir. Hastalığın damgalayıcı etkisi çevrenin hasta bireylere yaklaşımı üzerine olumsuz etki yaparak hastaların çevresini daraltabilmektedir (18). Ayrıca toplumsal iletişimdeki kusurlar nedeniyle gereksinimleri karşılanmayan hastalarda yaşam kalitesi azalmakta, bu nedenle toplumsal becerilerden yoksun hastalar başkaları ile doyurucu ilişkiler kuramayı kendilerini yalnız, engellenmiş ve yalıtılmış hissetmektedirler (49). Bir çok çalışmada şizofreni hastalarının çoğunluğunda damgalanma algısının görüldüğü, damgalanma algı düzeyi yükseldikçe öznel yaşam kalitesinin azaldığı ve düşük yaşam doyumunun öznel damgalanma deneyiminin önemli bir yönü olabileceği (21,98,100,101), hem damgalanmanın içselleştirilmesi hem de damgalanmadan kaçınmanın hastayı rahatsız ettiği ve enerji harcayarak yaşam kalitesinde düşmeye yol açtığı ifade edilmektedir (21). Öz damgalanma düşük benlik saygısı nedeniyle öznel yaşam kalitesini; belirtileri şiddetlendirerek ve sosyal işlevselliği azaltarak ise nesnel yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (102). Şizofreni hastalarında çok boyutlu yaşam kalitesi soru formu kullanılarak yapılan bir çalışmada yaşam kalitesi düzeyini yüksek algılayan hastaların Pozitif ve Negatif Sendrom ve Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği puanlarının düşük, İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi Ölçeği puanlarının yüksek olduğu bulunmuştur(103). Şizofreni ve ilişkili bozukluk (şizoaffektif, sanrısız bozukluk) tanısı alan hastalarla yaşam kalitesinin hastalar (öznel) ve değerlendirmeciler (nesnel) tarafından ölçülen bildirimini karşılaştıran bir çalışmada ise, öznel değerlendirme ile depresif belirtili hastalar yaşam kalitelerini daha düşük, düşük içgörüyeye sahip hastalar ise yaşam kalitelerini daha yüksek olarak algılamış ve bu sonucun klinik ve araştırma

ortamında şizofrenide yaşam kalitesi ölçümünün kullanımı ve yorumunda önemli olduğu belirtilmiştir (17). İlgörü eksikliğinin tedaviye uyum ve sosyal işlevsellikte yetersizlikle ilişkili sonuçları bildirilmekle birlikte, ciddi ruhsal hastalığı olanlarda yüksek içgörünün umudu, benlik saygısını ve yaşam kalitesini olumsuz etkilediği, depresyon ve intihar girişimlerinin olduğu ve bu olumsuz sonuçların içselleştirilmiş damgalanma ile ilişkili bulunduğu belirtilmektedir (68,69,70). Bu çalışmada hastalarda öz damgalanma algısının kişilerarası ilişkiler ve denetim algısı ile pozitif yönde ilişkili olması içgörü ile ilişkili olabileceğini düşündürmektedir.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışma sonuçlarına göre hastalar ve hasta yakınlarının kişilerarası ilişkiler ve kontrol algıları arasında bir fark olmadığı ve içselleştirilmiş damgalanmayı orta düzeyin üzerinde algıladığı, yaşam kalitelerini ise genel olarak orta düzeyde değerlendirdiği; hastaların içselleştirilmiş damgalanma algı düzeyi arttıkça yaşam kalitesi alanlarının önemli düzeyde azaldığı, aile ortamında kişilerarası ilişkiler ve kontrol algılarının ise pozitif yönde önemli düzeyde arttığı belirlenmiştir.

### **Bu sonuçlar doğrultusunda,**

-Sağlık çalışanlarının ruhsal bozukluğu olan bireylere ilişkin düşünce, tutum ve davranışlarının sunulan hizmetin niteliği ve toplumun bu hastalara ilişkin tutum ve davranışlarının olumlu yönde gelişmesinde önemli olduğunun farkındalığını kazanması ve sürdürmesi,

-Ruhsal bozukluklarla ilişkili olarak etiketleyici kalıplaşmış toplum ifadelerine, basında çıkan haberlere ve duyurulara karşı çıkmaya; kitaplar, kamu spotları ve yapılandırılmış öğretim programları gibi yöntemlerle gerçek dışı, yanlış bilgi ve söylentiler konusunda eğitim vermeyi ve ruhsal bozukluğu olan bireylerle sürekli irtibat halinde olmayı öz damgalanma ile mücadelede önemli bir toplum ruh sağlığı girişimi olarak değerlendirme,

-Aile ortamının işlevselliği ve bakım verenlerin desteği hastalara sürekli bakım, sevgi, ve denetim sağlayıp hastaların kendine olan güveninin ve benlik saygısının artmasına, toplumdaki önyargıların kaybolmasına katkı sunarak hastalarda depresme, iyileştirim ve yaşam kalitesini olumlu yönde etkilediğinden aile eğitim ve destek programlarının sürekliliğini sağlama,

- Toplum temelli eğitim ve destek programları ve akran destek grupları gibi farklı eğitim ve sosyal aktiviteleri düzenleme, devamlılığını sürdürme ve bu programlara hastaların katılımını teşvik etme önerilmektedir.

## 7. KAYNAKLAR

1. Yıldız, M. (2005). Şizofreni. 2. Baskı. Sena Ofset Ltd. Ştd. İstanbul.
2. Öztürk, O. ve Uluşahin, A. (2011). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, cilt I, 11. baskı, Tuna Matbaacılık Yayın San. ve Tic. A.Ş., Nobel Tıp Kitapevleri, Ankara.
3. Binbay, T. Ulaş, H. Alptekin, K. (2010). Şizofreni Epidemiyolojisine Türkiye'den Katkı Yapmak: Nasıl ve Neden? *Klinik Psikiyatri*, 13(Ek 1):9-15.
4. Draper, M.L. Stutes, D.S. Maples, N.J. Velligan, D.I. (2009). Cognitive adaptation training for outpatients with schizophrenia. *Journal of Clinical Psychology*. 65:842-53.
5. Vidal, M.L. Cortes, M.J. Valero, J. Gutierrez Zotes, A. Labad, A. (2008). Family Environment and Expressed Emotion In Patients With Şchizophrenia Or Other Psychoses and In Their First-Degree Relatives. *Actas Esp Psiquiatr*. 36(5):271-6.
6. Kotama, A. Akiyama, T. Miyake, Y. Kurita, H. (2004). Family Functioning Perceived By Patients and Their Family Members In Three Diagnostic and Statistical Manual- IV Diagnostic Groups. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 58(5):495-500.
7. Özbaş, D. Küçük, L. ve Buzlu, S. (2008). Ruhsal Bozukluğu Olan Bireye Sahip Ailelerin Hastalığa Karşı Tutumları. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 21:14-23.



- 8.Öksüz, E. Vural, H. ve Oflaz, F. (2005).Aile Bireylerinin Psikiyatrik Hastalara İlişkin Tutumları. *Zonguldak Sağlık Yüksekokulu Sağlık Eğitim Araştırma Dergisi*, 1:11-20.
9. Tsuang, M. (2000). Schizophrenia: Genes and Environment. *Biological Psychiatry*, 1;47(3):210-20.
10. Phillips, M.R. West, C.L. Shen, Q. Zheng, Y. (1998). Fam Process. *Spring*, 37(1):95-106.
11. Ersoy, M. A. ve Varan, A. (2007). Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği Türkçe Formu'nun Güvenilirlik ve Geçerlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18(2):163-171.
12. Çam, O. ve Çuhadar, D. (2011). Ruhsal Hastalığa Sahip Bireylerde Damgalama Süreci ve İçselleştirilmiş Damgalama. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi. Journal of Psychiatric Nursing*, 2(3):136-140.
13. Fung, K.M.T. Tsang, H.W.H. ve Cheung, W.M. (2011). Randomized Controlled Trial of the Self-Stigma Reduction Program Among Individuals With Schizophrenia. *Psychiatry Research*, 189:208-14.
14. Fung, K.M.T. Tsang, H.W.H. ve Corrigan, P.W. (2008). Self-Stigma of People with Schizophrenia as Predictor of Their Adherence to Psychosocial Treatment. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 32, 485–495.
15. Tsang, H.W. Fung, K.M. ve Chung, R.C. (2010). Self-Stigma and Stages of Change as Predictors of Treatment Adherence of Individuals With Schizophrenia. *Psychiatry Research*, 180:10-5.

16. Karow, A. Wittmann, L. Schöttle, D. Schafer, I. Lambert, M. (2014).  
The Assessment of Quality of life in Clinical Practice in Patients With  
Schizophrenia. *Dialogues Clinical Neurosciences*.16(2):185-95.
17. Hayhurst, K. P. Massie, J. A. Dunn, G. Lewis, S. W. Drake, R. J. Validity  
(2014). of Subjective Versus Objective Quality Of Life Assessment In People  
With Schizophrenia. *BMC Psychiatry*, 14:365.
18. Yıldız, M. (2011). Ruhsal Toplumsal Beceri Eğitimi. 1. Baskı. Ankara Türkiye  
Sosyal Psikiyatri Derneği Yayınları.(3-18).
19. Chou, C.Y. Ma, M.C. ve Yang, T.T. (2014). Determinants Of Subjective Health-  
Related Quality Of Life (HRQoL) For Patients With Schizophrenia.  
*Schizophrenia Research*, 154(1-3):83-8
20. Huang, R.R. Chen, Y.S. Chen, C.C. Chou, F.H. Su, S.F. ve diğerleri. (2012).  
Quality Of Life And Its Associated Factors Among Patients With Two  
Common Types Of Chronic Mental İllness Living in Kaohsiung City.  
*Psychiatry and Clinical Neurosciences*.66(6):482-90
21. Katschnig, H. (2000). Schizophrenia and Quality of Life. *Acta Psychiatr  
Scandinavica*, 102(Suppl 407):33-37.
22. Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı,  
Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Elkitabı'ndan, çev. Köroğlu E  
Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2014.
23. Kaplan, H.I. ve Sadock, B.J. (2009). Klinik Psikiyatri El Kitabı. Dördüncü Baskı.  
Öncü Basımevi. Ankara.

24. Tandon, R., Keshavan, M. S. ve Nasrallah, H.A. (2008). Schizophrenia, “Just the Facts” What We Know in 2008. 2. Epidemiology and Etiology. *Schizophrenia Research*, 102; 1-8.
25. Ceylan, E. ve Çetin, M. (2009). Şizofreni. IV. Baskı, İncekara Kağıt Mat. San. ve Dış. Tic. Ltd. Şti. İstanbul.
26. Schlossberg, K.M.D., Massler, A.M.D. ve Zalsman, G. (2010). Environmental Risk Factors for Psychopathology, *Isr Journal. Psychiatry Relat Sci* .Vol. 47 - No 2.
27. Yüksel, N. (2006). Ruhsal Hastalıklar. 3. Baskı. MN Medikal & Nobel Tıp Kitap Sarayı. Ankara.
28. KQ, D. (2013). Schizophrenia: Genes, Environment and Neurodevelopment. *Revue Medicale Suisse*, 18;9(398): 1674-7.
29. Walder, D.J., Faraone, S.V., Glatt. S.J., Tsuang, M.T., Seidman, L.J. (2014). Genetic Liability, Prenatal Health, Stress and Family Environment: Risk Factors in the Harvard Adolescent Family High Risk for Schizophrenia Study. *Schizophrenia Research*, 157(1-3):142-8.
30. Kumar, P. (2008). Family and Psychopathology: An Overview Series-1: Children and Adults. *Delhi Psychiatry Journal*, 11:(2): 140-148.
31. Emiroğlu, B., Karadayı, G., Aydemir, Ö., Üçok, A. (2009). Şizofreni Hastalarında İşlevsel İyileşme Ölçeği: Güvenirlilik ve Geçerlik çalışması. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 46 Özel Sayı. 15-24.

32. Erol, A., Ünal, E.K., Aydın, E.T., Mete, L.(2009). Şizofrenide Sosyal İşlevselliği Yordayan Etmenler. *Turk Psikiyatri Dergisi*, 20:313-321.
33. Fett, A.K., Viechtbauer, W., Dominguez, M.D., Penn, D.L., Van Os, J., Krabbendam, L. (2011). The Relationship Between Neurocognition and Social Cognition With Functional Outcomes in Schizophrenia: a Meta-Analysis. *Neuroscience Biobehavioral Reviews*, 35:573-88.
34. Gupta, M., Holshausen, K., Mausbach, B., Patterson, T.L., Bowie, C.R.(2012). Predictors of Change in Functional Competence and Functional Behavior After Functional Adaptation Skills Training For Schizophrenia. *The Journal of Nervous Mental Disease*, 200:705-11.
35. De Araujo, A.A., De Araujo Dantas, D., Do Nascimento, G. G., Ribeiro, S.B., Chaves, K.M., De Lima Silva, V. ve diğerleri (2014). Quality of Life in Patients With Schizophrenia: the Impact of Socio-Economic Factors and Adverse Effects of Atypical Antipsychotics Drugs. *Psychiatric Quaterly*, 85(3):357-67.
36. Valencia, M., Rascon, M.L., Juarez, F., Escamilla, R., Saracco, R., Liberman, R.P. (2010). Application in Mexico of Psychosocial Rehabilitation with Schizophrenia Patients. *Psychiatry*, 73 :248-63.
37. Kern, R.S., Glynn, S.M., Horan, W.P., Marder, S.R. (2009). Psychosocial Treatments to Promote Functional Recovery in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 35:347-61.
38. Yıldız, M. (2004). Psikososyal Rehabilitasyon, Bireyden Topluma Ruh Sağlığı. 1. Baskı. Ed: Sayıl I. Erler Matbaacılık, İstanbul.

39. Horan, W.P., Kern, R.S., Shokat Fadai, K., Sergi, M.J., Wynn, J.K., Green, M.F. (2009). Social Cognitive Skills Training in Schizophrenia: An Initial Efficacy Study of Stabilized Outpatients. *Schizophrenia Research*, 107: 47-54.
40. Barlas, G.Ü. (2015). Psikozlarda ve Şizofrenide Bakım Sanatı. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 1(1): 67-72.
41. Pesek, M.B. (2009). Therapy and Quality of Life of Patients With Psychosis. *Psychiatria Danubina*, 1:146-8.
42. Omranifard, V., Yari, A., Kheirabadi, G.R., Rafizadeh, M., Maracy, M.R., Sadri, S. (2014). Effect of Needs-Assessment-Based Psychoeducation For Families of Patients With Schizophrenia on Quality of Life of Patients and Their Families: A Controlled Study. *Journal of Education Health Promotion*. 29;3:125.
43. Margetic, B.A., Jaksic, N., Marsanic, V.B., Jakovljevic, M. (2014). Harm Avoidance Moderates the Relation Ship Between Internalized Stigma and Depressive Symptoms in Patients With Schizophrenia. *Psychiatry Research*, 219: 92–94.
44. Yıldırım, A. ve Ekinci, M. (2010). Ruhsal Eğitimin Şizofreni Hastalarının Ailelerinin Ailen İşlevleri, Hastaların Sosyal Destek Düzeyleri Ve Tedaviye Uyum Üzerine Etkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 11:195-205.
45. Yıldırım, A., Buzlu, S., Hacıhasanoğlu Aşlar, R., Camcıoğlu, T.H., Erdiman, S., Ekinci, M. (2014). Şizofreni Hastalarının Ailelerine Uygulanan Aileden Aileye Destek Programının Hastalık Hakkında Bilgi, Aile Yükü ve Öz Yeterlilik Üzerine Etkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 25(1):31-7.

46. Liberman, R.P. (1986). Social and Independent Living Skills: Medication-Management Module, Trainer's Manuel. Los Angeles, CA. UCLA Department of Psychiatry.
47. Liberman, R.P. (1987). Social and Independent Living Skills: Recreation for Leisure Module, Trainer's Manuel. Los Angeles, CA. UCLA Department of Psychiatry.
48. Liberman, R.P. (1988). Social and Independent Living Skills: Symptom Management Module, Trainer's Manuel. Los Angeles, CA. UCLA Department of Psychiatry.
49. Liberman, R.P. (2011). Yetiyitiminden İyileşmeye. Psikiyatrik İyileştirim El Kitabı. American Psychiatric Publishing, Inc. Washington DC, 2008. (Çev. ed. Yıldız, M). Türkiye Sosyal Psikiyatri Derneği, Ankara, s: 278-310.
50. Yıldız, M., Yazıcı, A., Ünal, S., Aker, T., Özgen, G., Ekmekçi, H. ve diğerleri. (2002). Şizofreninin Ruhsal-Toplumsal Tedavisinde Sosyal Beceri Eğitimi. Belirtilerle Başetme ve İlaç Tedavisi Yaklaşımının Türkiye'de Çok Merkezli Bir Uygulaması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 13:41-47.
51. Yıldız, M., Veznedaroglu, B., Eryavuz, A., Kayahan, B. (2004). Psychosocial Skills Training on Social Functioning and Quality of Life in the Treatment of Schizophrenia: A Controlled Study in Turkey. *International Journal Psychiatry in Clinical Practice*, 8:219-25.
52. Deveci, A., Esen Danacı, A., Yurtsever, F., Deniz, F., Gürlek Yüksel, E. (2008). Şizofrenide Psikososyal Beceri Eğitiminin Belirti Örüntüsü, İçgörü, Yaşam Kalitesi ve İntihar Olasılığı Üzerine Etkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 19: 266-273.

53. Yıldırım, A., Hacıhasanoğlu Aşlar, R., Camcıoğlu, T.H., Eridman, S., Karaağaç, E. (2015). Effect of Psychosocial Skills Training on Disease Symptoms, Insight, Internalized Stigmatization, and Social Functioning in Patients with Schizophrenia. *Rehabilitation Nursing*, 0,1-8.
54. McDermut, W., Miller, I.W., Solomon, D., Ryan, C.E., Keitner, G.I. (2001). Family Functioning and Suicidality in Depressed Adults. *Comprehensive Psychiatry*, 42(2):96-104.
55. Weinstock, L.M., Keitner, G.I., Ryan, C.E., Solomon, D.A., Miller, I.W. (2006). Family Functioning and Mood Disorders: a Comparison Between Patients With Major Depressive Disorder and Bipolar I Disorder. *Journal of Consultant and Clinical Psychology*. 74(6):1192-202.
56. Bellack, A.S., Haas, G.L., Schooler, N.R., Flory, J.D. (2000). Effects of Behavioural Family Management on Family Communication and Patient Outcomes in Schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*. 177:434-9.
57. Lim, C., Chong, S. A. ve Keefe, R. S. (2009). Psychosocial Factors in the Neurobiology of Schizophrenia: A Selective Review. *Ann Acad Med Singapore*, 38:402-7.
58. Caqueo Urizar, A., Gutierrez Maldonado, J., Ferrer Garcia, M., Penaloza Salazar, C., Richards Araya, D., Cuadra Peralta, A. (2011). Attitudes and Burden in Relatives of Patients With Schizophrenia in a Middle Income Country. *BMC Family Practice*, 12:101:1-11.

59. Biffitu, B. B., Dachew, B. A., Tiruneh, B. T. (2014). Stigma Resistance Among People With Schizophrenia at Amanuel Mental Specialized Hospital Addis Ababa, Ethiopia: a Cross-Sectional Institution Based Study. *BioMed Central Psychiatry*, 14:259.
60. Assefa, D., Shibre, T., Asher, L., Assefa, A. F. (2012). Internalized Stigma Among Patients With Schizophrenia in Ethiopia: a Cross-Sectional Facility-Based Study. *BioMed Central Psychiatry*, 12:239.
61. Sibitz, I., Unger, A., Woppmann, A., Zidek, T., Amering M. (2011). Stigma Resistance in Patients With Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*.37(2):316-23.
62. Halter, M. J. (2002). Stigma in Psychiatric Nursing. *Perspectives in Psychiatric Care*, (38)1: 23-28.
63. Soygür, H., Aybaş, M., Hınçal, G., Aydemir, Ç. (2000.) Şizofreni Hastaları İçin Yaşam Niteliği Ölçeği: Güvenirlilik ve Yapısal Geçerlik Çalışması. *Düşünen Adam, Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 13(4);204-210.
64. Taşkın, E.O., Sen, F., Aydemir, Ö., Demet, M., Özmen, E., İçelli, İ. (2002). Türkiye’de Kırsal Bir Bölgede Yasayan Halkın Şizofreniye İlişkin Tutumları. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 13(3): 205-214.
65. Sağduyu, A., Aker, T., Özmen, E., Ögel, K., Tamar, D. (2001). Halkın Şizofreniye Bakışı ve Yaklaşımı Üzerine Bir Epidemiyolojik Çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12(2): 99-110.



66. Tel, H ve Ertekin Pınar, Ş. (2012). Ayaktan İzlenen Psikiyatri Hastalarında İçselleştirilmiş Damgalama ve Benlik Saygısı. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 3(2):61-66.
67. Margetic, B. A., Jaksic, N., Marsanic, V. B., Jakovljevic, M. (2014). Harm Avoidance Moderates The Relationship Between Internalized Stigma and Depressive Symptomsin Patients With Schizophrenia. *Psychiatry Research*, 219: 92–94.
68. Hasson Ohayon, I., Ehrlich Ben Or, S., Vahab, K., Amiaz, R., Weiser, M., Roe, D. (2012). Insight Into Mental İllness and Self-Stigma: The Mediating Role of Shame Proneness. *Psychiatry Research*, 30: 802-6.
69. Ampalam, P., Deepthi, R., Vadaparty, P. (2012). Schizophrenia-İnsight, Depression: a Correlation Study. *Indian Journal Psychological Medicine*, 34:44-8.
70. Cavelti, M., Kvrjic, S., Beck, E.M., Rüşch, N., Vauth, R. (2012). Self-Stigma and its Relationship With İnsight, Demoralization, and Clinical Outcome Among People With Schizophrenia Spectrum Disorders. *Compr Psychiatry*, 53: 468–479.
71. Soygür, H. (2003). Şizofreni/Ruh Hastalığı Damgası İle Mücadele. *Neden ve Nasıl?*.
72. Huppert, J.D., Weiss, K.A., Lim, R. ve diğerleri. (2001). Quality of life in Schizophrenia: Contributions of Anxiety and Depression. *Schizophrenia Research*, 51:171-180.

- 73.** Margariti, M., Ploumpidis, D., Economou, M., Christodoulou G.N., Papadimitriou, G.N. (2015). Quality of life in Schizophrenia Spectrum Disorders: Associations With Insight and Psychopathology. *Psychiatry Research*. 28;225(3):695-701.
- 74.** Kao, C.C. ve Huang, H.M. (2014). A Comparison of the Quality Of Llife of Patients With Schizophrenia in Day Care and Homecare Settings. *Journal of Nursing Research*, 22(2):126-35.
- 75.** Chou, K.R., Shih, Y.W., Chang, C., Chou, Y.Y., Hu, W.H., Cheng, J.S. ve diğlerleri. (2012). Psychosocial Rehabilitation Activities, Empowerment, and Quality of Community-Based Life For People With Schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 26:285-94.
- 76.** Dülgerler, Ş. (2014). Şizofrenik Bozukluklar. Çam O, Engin E. editörler. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı. 1. Baskı. İstanbul Medikal Yayıncılık Hiz. Tic. Ltd. Şti. İstanbul.
- 77.** Öz, F. (2010). Sağlık Alanında Temel Kavramlar. 2.Baskı, Mattek Matbaacılık Bas. Yay. Tic. Ltd. Şti. Ankara.
- 78.** Hsiao, C.Y., Lu, H.L. ve Tsai, Y.F. (2015). Factors İnfluencing Mental Health Nurses' Attitudes Towards People With Mental İllness. *International Journal of Mental Health Nursing*. 24(3):272-80.
- 79.** Hanzawa, S.N., Nosaki, A., Yatabe, K., Nagai, Y., Tanaka, G., Nakane, H. ve diğlerleri. (2012). Study of Understanding the İnternalized Stigma of Schizophrenia in Psychiatric Nurses in Japan.pcn\_2307 *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 66: 113–120.

- 80.** Escalada Hernandez, P., Munoz-Hermoso, P., Gonzalez Fraile, E., Santos, B., Gonzalez Vargas, J. A., Feria Raposo, I ve diğeri. (2015). A Retrospective Study of Nursing Diagnoses, Outcomes, and Interventions for Patients With Mental Disorders. *Applied Nursing Research*.28(2):92-8.
- 81.** Usluer, S. (1989). Aile Ortamı Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenilirliği. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi.
- 82.** Öner N. (1997). Türkiye'de Kullanılan Psikolojik Testler. Boğaziçi Üniversitesi Yayınları. 3. Basım. İstanbul.
- 83.** Aydemir, Ö. ve Köroğlu, E. (2007). Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- 84.** Eser, S.Y. Fidaner, H. Fidaner, C. Elbi, H. (1999). Measure of Quality of Life WHOQOL- 100 and WHOQOL-Bref. *3P Dergisi*, 7(2 Suppl.):5-13.
- 85.** Gretchen-Doorly, D., Detore, N.R., Ventura, J., Helleman, G., Subotnik, K.L., Nuechterlein, K.H.(2011). Relationships Between Perceptions of the Family Environment and of Negative Life Events in Recent-Onset Schizophrenia Patients. *Schizophrenia Research*, 127, 266–267.
- 86.** O'Brien, M.P., Gordon, J.L., Bearden, C.E., Lopez, S.R., Kopelowicz, A., Cannon, T.D. (2006). Positive Family Environment Predicts Improvement in Symptoms and Social Functioning Among Adolescents at Imminent Risk For Onset of Psychosis. *Schizophrenia Research*. 31;81(2-3):269-75.
- 87.** Dündar, D. (1999). Duygu Durum Bozukluğu ve Psikotik Hastalarda Aile Ortamı ve Bu Ortamın Hastaneye Yatış Sıklığına Etkisi. *Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul.

- 88.** Gurak Kayla, K. (2014). "Ethnicity, Perceptions of Family Environment, and Schizophrenia Symptoms" *Open Access Theses*.
- 89.** Tüzer V, Zincir S, Başterzi A D, Aydemir Ç, Kısa C, Göka E.(2003). Şizofreni Hastalarında Aile Ortamı ve Duygu Dışavurumunun Değerlendirilmesi. *Klinik Psikiyatri*, 6:198-203.
- 90.** Ebrinç, S., Çetin, M., Başoğlu, C., Ağargün, M.Y., Seçil, M., Can, S., Çobanoğlu, N. ve diğerleri. (2001). Şizofren Hasta ve Ailelerinde Aile İşlevselliği, Sosyal Destek ve Duygu Dışavurumunun İncelenmesi, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2(1):5–14.
- 91.** Sehlo, M.G., Youssef, U.M., Hussein, R.A., Elgohary, H.M. (2015). The Relationship of Perceived Family Criticism and Other Risk Factors to Violence Among Patients With Schizophrenia. *Middle East Current Psychiatry*, 22:70–75.
- 92.** Hassan, A., Hussein, A. ve Khudhiar. K.(2012). Family Functioning among Caregivers of Patients with Schizophrenia in Baghdad city Karbala *Journal of Medicine*, 5(1):1204-1210.
- 93.** Coşkun, S. ve Güven Caymaz, N.(2012). Bir Kamu ve Özel Psikiyatri Hastanesine Başvuran Hastaların İçselleştirilmiş Damgalanma Düzeyi Yönünden Karşılaştırılması. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 3(3):121-128.
- 94.** Baysan Arabacı, L., Başoğlu, C. ve Büyükbayram, A. (2015). Adli Psikiyatri Hastalarının İçselleştirilmiş Damgalanma ve Sosyal İşlevsellik Düzeyleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 16(2): 113-121.

95. Chien, W.T., Leung, S.F., Yeung, F.K., Wong, W.K. (2013). Current Approaches to Treatments For Schizophrenia Spectrum Disorders, Part II: Psychosocial Interventions and Patient-Focused Perspectives in Psychiatric Care. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 9:1463–1481.
96. Mihanovic, M., Restek Petrovic, B., Bogovic, A., Ivezic, E., Bodor, D., Pozgain, I.(2015).Quality of Life of Patients With Schizophrenia Treated in Foster Home Care and in Outpatient Treatment. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 5;11:585-95.
97. Güneş, D. Şizofreni Hastalarının Yaşam Kalitesinin ve Sosyal İşlevselliğinin Objektif ve Subjektif Değerlendirmesi. *Psikiyatri Uzmanlık Tezi*, İstanbul 2010.
98. Doğanavşargil, Ö. (2009). Şizofreni ve Depresyonda İçselleştirilmiş Damgalanma ve Yaşam Kalitesi. *Halk Sağlığı Yüksek Lisans Tezi*, İzmir.
99. Ritsner, M., Modai, I., Endicott, J., Rivkin, O., Nechamkin, Y., Barak, P. ve diğerleri (2000). Differences in Quality of Life Domains and Psychopathologic and Psycho Social Factors in Psychiatric Patients. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61:880-889.
100. Switaj,P., Wciorla, J., Smolarska-Switaj, J., Grygiel, P. (2009). Extent and Predictors of Stigma Experienced by Patients With Schizophrenia. *European Psychiatry*, 24; 513-520.
101. El- Badri, S. ve Mellsop, G. (2007). Stigma and Quality of Life as Experienced by People with Mental Illness. *Australas Psychiatry*, 15: 195.

- 102.** Doğanavşargil Baysal,G. Ö. (2013). Damgalanma ve Ruh Sağlığı. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 22(2):239-251.
- 103.** Michel, P., Auquier, P., Baumstarck, K., Loundou, A., Ghattas, B., Lançon, C., Boyer, L. (2015). How to İnterpret Multidimensional Quality of life Questionnaires For Patients With Schizophrenia? *Quality of Life Research*.

**8. EKLER****EK I****HASTALARI TANIMLAYICI FORM****1. Cinsiyet:****2. Yaş:****3. Medeni durum:** Bekar Evli Dul/Boşanmış**4. Eğitim düzeyi:** Okur-yazar değil İlkokul Ortaokul Lise**5. Çalışma durumu:** Hiç çalışmamış Çalışmıyor Geçici işlerde çalışmış Çalışıyor**6. Gelir düzeyi algısı:** Geliri giderinden az Geliri giderine eşit Geliri giderinden fazla





**EK II****HASTA YAKINLARINI TANIMLAYICI FORM****1. Cinsiyet:**

Kadın  Erkek

**2. Yaş:****3. Medeni Durum:**

Bekar  Evli  Dul

**4. Eğitim düzeyi:**

Okur-yazar değil/ okur-yazar  İlkokul  Ortaokul  lise

**5. Meslek:**

Çalışmıyor  Ev hanımı  Emekli

İşçi  Memur

**6. Hastaya yakınlık derecesi:**

Eşi  Anne/ babası  Çocukları  Akrabası  Kardeşi

**7. Rol yüklenmesi:**

Yalnızca hasta  Hasta ve diğer aile üyesi  Hasta ve kendi hastalığı

**8. Destek durumu**

Yok  Diğer aile üyeleri/çevre  Kurum/dernek/vakıf

## EK III

## AİLE ORTAMI ÖLÇEĞİ

**AÇIKLAMA:** Aşağıda aileler hakkında çeşitli ifadeler yer almaktadır. Sizden istediğimiz her birini okuyarak, ailenizi en iyi tanımlayan ifadenin sağındaki bölüme (X) koymanızdır. Burada öğrenmek istediğimiz, ailenizi nasıl gördüğünüzdür (algıladığınızdır). Ailenizin diğer bireylerinin bu soruyu nasıl cevaplayacaklarını tahmin etmeye çalışmayınız. Doğru ya da yanlış fikir yoktur. Bazılarını cevaplarken zorlanırsanız, karar verebilmek için size yakın gelen şıkkı işaretleyiniz.

Lütfen, kendi duygu ve düşüncelerinize göre cevaplayınız.

	Hiç	Katılmıyorum	Biraz	Katılıyorum	Katılmıyorum	Kuvvetle	Katılıyorum
1. Ailemizde faaliyetler oldukça dikkatli planlanır.	( )		( )		( )		( )
2. Aile üyeleri duygularını açıkca ifade eder	( )		( )		( )		( )
3. Ailemizde kurallara uymaya çok önem verilir.	( )		( )		( )		( )
4. Ailemizle ilgili kararlar, daha çok büyükler tarafından verilir.	( )		( )		( )		( )
5. Bizim ailede bireyler, kendi meselelerini kendileri hallederler.	( )		( )		( )		( )
6. Bizim evde işler belirli bir düzene göre yapılır.	( )		( )		( )		( )

7. Evde birbirimize kişisel sorumluluklarımızı anlatırız. ( ) ( ) ( ) ( )
8. Aile üyelerinin “doğru ve yanlışlar” hakkında kesin düşünceleri vardır. ( ) ( ) ( ) ( )
9. Aile üyeleri gerçekten birbirine destek olur ( ) ( ) ( ) ( )
10. Birbirimizle konuşurken ne dediğimize dikkat ederiz. ( ) ( ) ( ) ( )
11. Bizim ailede herkese verilecek bol zaman ve ilgi vardır. ( ) ( ) ( ) ( )
12. Bizim ailede canımız ne isterse yapabiliriz ( ) ( ) ( ) ( )
13. Ailemizde birlik, beraberlik duygusu vardır. ( ) ( ) ( ) ( )
14. Ailemizde uyulması gereken kurallar vardır. ( ) ( ) ( ) ( )
15. Ailemizde kararlaştırılmış bir şeyin tam zamanında yapılması (dakiklik) çok önemlidir. ( ) ( ) ( ) ( )
16. Bizim evde kurallar oldukça katıdır. ( ) ( ) ( ) ( )
17. Ailemizde üyelerin, sormadan karar değiştirmesi olumsuz karşılanır. ( ) ( ) ( ) ( )
18. Aile üyeleri, kızgınlıklarını açıkça gösterir. ( ) ( ) ( ) ( )
19. Ailece temiz ve düzenli insanlarız. ( ) ( ) ( ) ( )
20. Ailemiz bizi kendi kendimize yeterli olmaya teşvik eder. ( ) ( ) ( ) ( )
21. Ailemizde, sesimizi yükselterek bir şey elde edemeyeceğimize inanırız. ( ) ( ) ( ) ( )
22. Ailemizde her bireyin görevi açıkça belirtilmiştir ( ) ( ) ( ) ( )

23. Ailemizde bir anlaşmazlık olduğunda, bunu ( ) ( ) ( ) ( )  
çözümlenmek ve huzuru sağlamak için çaba  
sarfederiz.
24. Birbirimizle gerçekten iyi geçiniriz. ( ) ( ) ( ) ( )
25. Bizim evde aradığımız bir şeyi, yerinde ( ) ( ) ( ) ( )  
bulmak zordur.
26. Aile üyeleri karşılaştıkları sorunları kendi ( ) ( ) ( ) ( )  
kendilerine hallederler.

## EK IV

**RUHSAL HASTALIKLARDA İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMA  
ÖLÇEĞİ (RHİDÖ)**

Bu testte sık sık geçen ‘‘ruhsal hastalık’’ terimi, en geniŐ anlamda kullanılmıştır. Her bir cümleyi dikkatle okuduktan sonra eğer

- ‘‘Kesinlikle aynı fikirde değilim’’ diyorsanız ( 1 ) rakamını ;  
 ‘‘Aynı fikirde değilim’’ diyorsanız ( 2 ) rakamını ;  
 ‘‘Aynı fikirdeyim’’ diyorsanız ( 3 ) rakamını ;  
 ‘‘Kesinlikle aynı fikirdeyim’’ diyorsanız ( 4 ) rakamını daire içine

olarak 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. Ruhsal bir hastalığım olduğu için kendimi bu dünyada bir yabancı gibi hissediyorum.	1	2	3	4
2. Ruhsal hastalığı olan kişiler saldırgan olmaya eğilimlidirler.	1	2	3	4
3. Ruhsal bir hastalığım olduğu için insanlar bana farklı davranıyorlar.	1	2	3	4
4. Reddedilmemek için, ruhsal hastalığı olmayan kişilere yaklaŐmaktan kaçınıyorum.	1	2	3	4
5. Ruhsal bir hastalığım olduğundan dolayı utanıyorum.	1	2	3	4
6. Ruhsal hastalığı olan kişiler evlenmemelidir.	1	2	3	4

7. Ruhsal hastalığı olan kişiler topluma önemli katkılarda bulunurlar.	1	2	3	4
8. Kendimi ruhsal hastalığı olmayan kişilerden daha aşağı hissediyorum.	1	2	3	4
9. Ruhsal hastalığım benim “garip” görünmeme ya da davranmama neden olabileceğinden dolayı eskisi kadar sosyal değilim	1	2	3	4
10. Ruhsal hastalığı olan kişiler iyi ve doyum verici bir hayat yaşayamazlar.	1	2	3	4
11. İnsanları ruhsal hastalığımla sıkmak istemediğimden dolayı, kendi hakkımda fazla konuşmam.	1	2	3	4
12. Halk arasındaki ruhsal hastalıklarla ilgili olumsuz düşünceler, benim “normal” yaşamın dışında kalmama neden oluyor.	1	2	3	4
13. Ruhsal hastalığı olmayan kişilerle birlikteyken, kendimi sanki o ortama ait değilmiş ve yetersizmişim gibi hissediyorum.	1	2	3	4
14. Ruhsal hastalığı açıkça anlaşılan biriyle toplum içinde birlikte görülmek beni rahatsız etmez.	1	2	3	4
15. Sırf ruhsal hastalığımdan dolayı insanlar bana sık sık ne yapmam gerektiğini söyleyip, sanki çocukmuşum gibi davranırlar.	1	2	3	4
16. Ruhsal hastalığım olduğu için kendimden memnun değilim.	1	2	3	4
17. Ruhsal hastalığımanın olması hayatımı berbat etti.	1	2	3	4

18. İnsanlar görünüşümden ruhsal bir hastalığımın olduğunu anlayabilirler.	1	2	3	4
19. Ruhsal hastalığımın dolaylı benimle ilgili çoğu kararı başkalarının vermesine ihtiyaç duyarım.	1	2	3	4
20. Ailemi ve arkadaşlarımı utandırmamak için sosyal ortamlardan uzak dururum.	1	2	3	4
21. Ruhsal hastalığı olmayanların beni anlamaları mümkün değildir.	1	2	3	4
22. Sırf ruhsal hastalığım olduğu için insanlar beni göz ardı eder ya da pek ciddiye almazlar.	1	2	3	4
23. Ruhsal hastalığım olduğu için topluma hiçbir katkımlarım olamaz.	1	2	3	4
24. Ruhsal bir hastalıkla yaşamak beni mücadeleci bir insan yaptı.	1	2	3	4
25. Ruhsal bir hastalığım olduğu için kimse bana yaklaşmak istemez.	1	2	3	4
26. Genel olarak, hayatı istediğim şekilde yaşayabiliyorum.	1	2	3	4
27. Ruhsal hastalığıma rağmen, iyi ve dolu dolu yaşadığım bir hayatım var.	1	2	3	4
28. İnsanlar ruhsal bir hastalığım olduğu için hayatta fazla başarılı olamayacağımı düşünüyorlar.	1	2	3	4
29. Akıl hastalarıyla ilgili olumsuz yaygın inanışlar benim durumum dikkate alındığında hiç de yanlış sayılmaz.	1	2	3	4

## EK V

## YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ TÜRKÇE VERSİYONU KISA FORMU

## WHOQOL BREF (TR)

## SİZİNLE İLGİLİ

Başlamadan önce kendinizle ilgili genel birkaç soruyu cevaplamanızı istiyoruz. Lütfen doğru yanıtları yuvarlağa alınız ya da verilen boş yerleri doldurunuz.

Cinsiyetiniz nedir?  Erkek  Kadın

Doğum tarihiniz nedir? ...../...../.....

GÜN / AY / YIL

Gördüğünüz en yüksek eğitim derecesi nedir?  Hiç eğitim almadım  
 İlkokul-ortaokul  
 Lise veya eşdeğeri  
 Yüksek

Medeni durumunuz nedir?

Hiç evlenmemiş  Ayrılmış  
 Evli  Boşanmış  
 Evli gibi yaşıyor  Eşi ölmüş

Şu anda bir hastalığınız var mı?  Evet  hayır

Eğer şu anda sağlığınızla ilgili yolunda gitmeyen bir durum varsa, sizce bu nedir?

.....  
hastalık/ sorun

## Açıklama

Bu anket sizin yaşamınızın kalitesi, sağlığınızın ve yaşamınızın öteki yönleri hakkında neler düşündüğünüzü sorgulamaktadır. **Lütfen bütün soruları cevaplayınız.** Eğer bir soruya hangi cevabı vereceğinizden emin olmazsanız. **Lütfen size en uygun görünen cevabı seçiniz.** Genellikle ilk verdiğiniz cevap en uygun olacaktır.

Lütfen kurallarınızı, beklentilerinizi, hoşunuza giden ve sizin için önemli olan şeyleri sürekli olarak göz önüne alınız. Yaşamınızın **son iki haftasını** dikkate almanızı istiyoruz. Örneğin bir soruda son iki hafta kastedilerek şöyle sorulabilir.

ÖRNEK SORU	Hiç	Çok az	Orta derece	Çokça	Tamamen
İhtiyacınız olan desteği başkalarından alabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5



Son iki hafta boyunca başkalarından aldığınız desteğin miktarını en iyi karşılayan rakamı yuvarlağa almalısınız. Buna göre, eğer başkalarından çokça yardım alıyorsanız, aşağıdaki gibi 4 rakamını yuvarlağa almanız gerekiyor:

	ÖRNEK SORU	Hiç	Çok az	Orta derece	Çokça	Tamamen
	İhtiyacınız olan desteği başkalarından alabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5

Son iki hafta içinde, ihtiyacınız olan desteği başkalarından hiç almadıysanız, 1 rakamını yuvarlağa almalısınız.

**ŞİMDİ**, Lütfen her soruyu okuyunuz, duygularınızı değerlendiriniz ve her bir sorunun ölçeğinde size uygun olan yanıtın rakamını yuvarlağa alınız.

		Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi ne kötü	Oldukça iyi	Çok iyi
1 G1	Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?	1	2	3	4	5

		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
2 G4	Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorular son iki hafta içinde kimi şeyleri **ne kadar** yaşadığınızı soruşturmaktadır.

		Hiç	Çokça	Çok az	Orta derecede	Aşırı derecede
3 F1.4	Ağrılarınızın yapmanız gerekenleri ne derece engellediğini düşünüyorsunuz?	1	2	3	4	5
4 F11.3	Günlük uğraşlarınızı yürütemek için herhangi bir tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz?	1	2	3	4	5
5 F4.1	Yasamaktan ne kadar keyif alırsınız?	1	2	3	4	5
6 F24.2	Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz?	1	2	3	4	5

		Hiç	Çokça	Çok az	Orta derecede	Son derecede
7 F5.3	Dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız?	1	2	3	4	5
8 F16.1	Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?	1	2	3	4	5
9 F22.1	Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorular son iki haftada kimi şeyleri ne ölçüde **tam olarak** yaşadığınızı ya da yapabildiğinizi soruşturmaktadır.

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
10 F2.1	Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?	1	2	3	4	5
11 F7.1	Bedensel görünüşünüzü kabullenir misiniz?	1	2	3	4	5
12 F18.1	Gereksinimlerinizi karşılamak için yeterli paranız var mı?	1	2	3	4	5
13 F20.1	Günlük yaşantınızda gerekli bilgilere ne ölçüde ulaşabilir durumdasınız?	1	2	3	4	5
14 F21.1	Bos zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız olur?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorularda, son iki hafta boyunca yaşamınızın çeşitli yönlerini ne ölçüde **iyi ya da doyurucu** bulduğunuzu belirtmeniz istenmektedir.

		Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi ne kötü	Oldukça iyi	Çok iyi
15 F9.1	Hareketlilik (etrafta dolaşabilme, bir yerlere gidebilme) beceriniz nasıldır?	1	2	3	4	5

		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
16 F 3.3	Uykunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
17 F10.3	Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
17 F10.3	Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
19 F6.3	Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
20 F13.3	Diğer kişilerle iliksilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
21 F15.3	Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
22 F14.4	Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
23 F17.3	Yasadığımız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
24 F19.3	Sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
25 F23.3	Ulaşım olanaklarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki soru son iki hafta içinde bazı şeyleri **ne sıklıkta** hissettiğiniz ya da yaşadığınıza ilksindir.

		Hiçbir zaman	Nadiren	Ara sıra	Çoğunlukla	Her zaman
26 F8.1	Ne sıklıkta hüzün, ümitsizlik, bunaltı, çökkünlük gibi olumsuz duygulara kapılırsınız?	1	2	3	4	5

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
U.27	Yaşamınızda size yakın kişilerle (es, is arkadaşı, akraba) ilksilerinizde baskı ve kontrolle ilgili zorluklarınız ne ölçüdedir?	1	2	3	4	5

Bu formun doldurulmasında size yardım eden oldu mu?

.....

Bu formun doldurulması ne kadar süre aldı?

.....

**Soru formu ile ilgili yazmak istediğiniz görüş var mı?**

**YARDIMLARINIZ İÇİN TEŞEKKÜRLER.**

## EK VI

T.C.  
ERZİNCAN VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : B104ISM4240009/ 329

/09/2011

Konu : Şizofreni Hastalarında Aile Ortamı  
İçselleştirilmiş Damgalanma ve Yaşam KalitesiSayın Ebru KARAAĞAÇ  
Erzincan Üniversitesi Sağlık Bilim Enstitüsü Öğrencisi

Müdürlüğümüze bağlı Erzincan Devlet Hastanesinde Şizofreni Hastalarında Aile Ortamı İçselleştirilmiş Damgalanma ve Yaşam Kalitesi konulu tez çalışması yapma isteğiniz Valiliğimizce uygun görülmüştür.  
Bilgilerinize rica ederim.

Dr.Mesut TURAN  
İl Sağlık Müdürü

EK:

1- Valilik Oluru ( 1 sayfa )

## EK VII

**2011-4/1 SAĞLIK BİLİMLERİ ETİK KURUL KARARI 07.12.2011**

4/1 - Enstitümüz Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Ebru KARAAĞAÇ'ın; "Şizofreni Hastalarda Aile Ortamı, İçselleştirilmiş Damgalanma ve Yaşam Kalitesi" isimli tez konusu görüşüldü.

İlgilinin tez konusunun Etik değerlere uygun olduğuna oybirliği ile karar verildi.

  
Doç.Dr. Ali SÖLÜN  
Başkan

  
Yrd.Doç.Dr. Rabia HACIHASANOĞLU AŞILAR  
Başkan Yardımcısı

  
Doç.Dr. Abdulkadir ÇOBAN  
Üye

  
Doç.Dr. Murat MURAT  
Üye

  
Yrd.Doç.Dr. Papatya KARAKURT  
Üye (Raportör)