

T.C.
MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
TOPLUM RUH SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI



**HATAY İLİ TOPLUM RUH SAĞLIĞI MERKEZLERİNDE TAKİP
EDİLEN ŞİZOFRENİ HASTA YAKINLARININ DAMGALANMA VE
RUHSAL HASTALIĞA YÖNELİK İNANÇLARININ BELİRLENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ
Gamze YILDIRIM

DANIŞMAN
Yrd. Doç. Dr. Hatice TAMBAĞ

HATAY-2017

T.C.
MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
TOPLUM RUH SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

**HATAY İLİ TOPLUM RUH SAĞLIĞI MERKEZLERİNDE TAKİP
EDİLEN ŞİZOFRENİ HASTA YAKINLARININ DAMGALANMA VE
RUHSAL HASTALIĞA YÖNELİK İNANÇLARININ BELİRLENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Gamze YILDIRIM

Danışman

Yrd. Doç. Dr. Hatice TAMBAĞ

HATAY-2017

T.C.
MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
TOPLUM RUH SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

**HATAY İLİ TOPLUM RUH SAĞLIĞI MERKEZLERİNDE TAKİP
EDİLEN ŞİZOFRENİ HASTA YAKINLARININ DAMGALANMA VE
RUHSAL HASTALIĞA YÖNELİK İNANÇLARININ BELİRLENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ
Gamze YILDIRIM

Bu tez isimleri yazılı tez jürisi tarafından 27/10/2017 günü sözlü olarak yapılan tez savunma sınavında oyeokluğu/oybirliği ile kabul edilmiştir.


Tez Jürisi: Jüri Başkanı: Prof. Dr. Fatma ÖZ

Üye : Prof. Dr. Nazan SAVAŞ

Üye : Yrd. Doç. Dr. Hatice TAMBAĞ



Bu tez, Enstitümüz Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalında hazırlanmıştır.

01.11.2017
Doç. Dr. Fatma SAKIN
Enstitü Müdür V.


TEŞEKKÜR

Hemşirelik bölümünde okurken kendimi geliőtirmem için yönlendiren, yüksek lisans eēitimim süresince, bilgi ve desteēiyle hep yanımda olan, tez çalıőmam boyunca gsterdiēi anlayıő ve desteēinin yanında bu çalıőmadan dikkate deēer ve verimli sonuçlar elde edilebilmem adına özveriyle çaba gösteren deēerli danışman hocam Yrd. Doç. Dr. Hatice TAMBAē' a,

Yüksek lisans eēitimimde emeiēi geçen, bilgi ve deneyimlerini benden esirgemeyen deēerli hocalarım Prof. Dr. Nazan SAVAŞ, Yrd. Doç. Dr. Rana CAN ve Yrd. Doç. Dr. Mehmet Hanifi KOKAYA' ya,

Bu zorlu süreçte benden daha çok sabır gösterip, baőarılı olacaēıma yürekten inanan ve tezimin veri toplama aşamasında yoēun çalışma temposuna raēmen yardımcı olmaktan kaçınmayan sevgili Dr. Ali KUSERLİ ile sosyal hizmet uzmanı Gönül GÖKPINAR başta olmak üzere, Antakya ve İskenderun Devlet Hastanesi Toplum Ruh Saēlıēı Merkezlerinin tüm çalıőanlarına,

Yüksek lisans tez çalıőmam sırasında istatistiksel deēerlendirmelerdeki desteklerinden dolayı Doç. Dr. Seval KUL' a,

Sayesinde bu çalıőmayı yapmış olduēum hastalara ve yakınlarına,

Hayatımın her aşamasında yanımda olan ve beni destekleyen deēerli aileme,

Sonsuz teőekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

Kabul ve Onay	II
TEŞEKKÜR.....	III
İÇİNDEKİLER	IV
ŞEKİLLER DİZİNİ	VIII
ÇİZELGELER DİZİNİ	IX
KISALTMALAR DİZİNİ.....	XIII
ÖZET	XIVV
ABSTRACT.....	XV
1.GİRİŞ	1
1.1.Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2.Araştırmanın Amacı.....	4
1.3.Araştırmanın Soruları	4
2.GENEL BİLGİLER	5
2.1. Toplum Ruh Sağlığı Hizmetleri.....	5
2.1.2. Dünyada ve Türkiye’de Toplum Ruh Sağlığı Hizmetleri.....	6
2.1.3. Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri	7
2.1.4. Toplum Ruh Sağlığı Hemşiresi.....	8
2.2. ŞİZOFRENİ	12
2.2.1 Şizofreni Tanımı ve Epidemiyolojisi	12
2.2.2. Şizofreninin Etiyolojisi	13
2.2.3. Tanılama	14
2.2.3.1. DSM 5’e Göre Tanılama.....	14
2.2.4.Şizofreninin Tedavisi.....	17
2.2.4.1.Psikofarmakolojik Yaklaşım.....	18
2.2.4.2.Psikososyal Tedavi Yöntemleri	18
2.2.5.Şizofreni ve Aile	21
2.2.6.Şizofreni Hasta ve Ailelerinde Hemşirelik Yaklaşımları	23
2.3. DAMGALANMA.....	24
2.3.1.Damgala(n)ma (Stigmatizasyon, Etiketleme) Kavramı	24
2.3.2.Damgala(n)ma Türleri	25
2.3.3.Damgala(n)manın Nedenleri.....	26
2.3.4.Damgala(n)manın Etkileri ve Sonuçları	26
2.3.5.Damgala(n)mayı Önleme ve Tedavi.....	27
2.3.7.Ruhsal Hastalığı Olan Bireylerin Hasta Yakınlarında Damgalanma.....	29
2.3.8. Şizofreni ve Damgalanma.....	31
2.3.9. Toplum Ruh Sağlığı Merkezi ve Şizofreni	32

2.3.10. Damgalanma ile Mücadelede Hemşirenin Rolü	33
2.4. RUHSAL HASTALIKLARA YÖNELİK İNANÇLAR	35
2.4.1. İnanç.....	35
2.4.2. Tutum.....	37
2.4.3. Şizofreni Hastalarına Yönelik Toplumdaki İnançlar	38
2.4.4. Şizofreni Hasta Yakınlarının Şizofreniye Yönelik İnançları	39
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	42
3.1. Araştırmanın Şekli	42
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yerler	42
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	43
3.4. Veri Toplama Araçları	43
3.4.1. Tanıtıcı Bilgi Formu (EK-2)	43
3.4.2. Şizofreni Hastalarının Yakınları İçin Damgalanma Ölçeği (ŞHYDÖ) (EK-3)	44
3.4.3. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği (RHİÖ) (EK-4)	44
3.5. Araştırmanın Uygulanması	45
3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları	46
3.7. Araştırmanın Etik Boyutu	46
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi	46
4. BULGULAR.....	48
5. TARTIŞMA	112
5.1. Hasta Yakınlarının ŞHYDÖ ve RHİÖ Puan Ortalamaları.....	112
5.2. Hasta Yakınlarının Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre ŞHYDÖ ve RHİÖ Puan Ortalamaları	113
5.2.1. Cinsiyet	113
5.2.2. Hasta Yakınının Hasta ile Yakınlık Derecesi	113
5.2.3. En Uzun Yaşanan Yer ile Şu Anda Yaşanan Yer	114
5.2.4. Medeni Durum	115
5.2.5. Yaşanan Yer.....	115
5.2.6. Eğitim Düzeyi	116
5.2.7. Meslek.....	116
5.2.8. Hane Aylık Gelir.....	117
5.2.9. Hasta İle Birlikte Yaşama Durumu.....	117
5.2.10. Hastayı Psikiyatri Kliniğine Yatırma Durumu	118
5.2.11. Tıbbi Tedavi Dışında Yardım Alma Durumu.....	119
5.2.12. Din Hocasından Yardım Alma Durumu	119
5.2.13. Damgalanmaktan Korkma Nedeniyle Tıbbi Tedavi Dışı Yöntemlere Başvurma Durumu	120
5.2.14. Faydalı Olacağını Düşünme Nedeniyle Tıbbi Tedavi Dışı Yöntemlere Başvurma Durumu	121
5.2.15. Çevredekiler Önerdiği İçin Tıbbi Tedavi Dışı Yöntemlere Başvurma Durumu ...	121

5.2.16. Hastaları Nedeniyle Akrabalarının Farklı Davrandığı Düşünme Durumu	122
5.2.17. Akrabalarından Hastalarını ve Hastalığını Gizleme Durumu	123
5.2.18. Akraba Ziyaretlerine Hastasıyla Birlikte Gitme Durumu	123
5.2.19. Hastaları Nedeniyle Akrabaların Yanında Kendini Yabancı Hissetme Durumu ..	123
5.2.20. Hastayla Birlikte Katıldıkları Sosyal Etkinliklerdeki İnsanların Tutumlarında Farklılık Hissetme Durumu	124
5.2.21. Hastayla Birlikte Katıldıkları Sosyal Etkinliklerdeki İnsanların Kendilerine Farklı Davrandığını Düşünme Durumu	124
5.2.22. Hastayla Birlikte Katıldıkları Sosyal Etkinliklerdeki İnsanlardan Hastalarını ve Hastalığını Gizleme Durumu	125
5.2.23. Hastalarıyla Birlikte Sosyal Etkinliklere Gitme Durumu	126
5.2.24. Hastayla Birlikte Katıldıkları Sosyal Etkinliklerde Kendini Yabancı Gibi Hissetme Durumu	126
5.3. Hastalarının Sosyo-Demografik Özellikleri ve TRSM İle İlgili Bireysel Özelliklerine Göre ŞHYDÖ ve RHİÖ Puan Ortalamaları	127
5.3.1. Yaş	127
5.3.2. Yaşadıkları Yer	127
5.3.3. Eğitim Düzeyi	128
5.3.4. Meslek	128
5.3.5. Medeni Durum	129
5.3.6. Çocuk Sayısı	130
5.3.7. Çocuğa Bakan Kişi	130
5.3.8. Hastalık Süresi	131
5.3.9. TRSM'ye Kayıt Süresi	131
5.3.10. TRSM'ye Gitme Sıklığı	132
5.3.11. TRSM Dışında Sosyal Etkinliklere Katılım Durumu	132
5.3.12. TRSM Başladıktan Sonra Sosyal Etkinliklere Katılımındaki Değişiklik Durumu	133
5.4. ŞHYDÖ ve Alt Ölçekleri ile RHİÖ ve Alt Ölçekleri Arasındaki İlişki	134
6. SONUÇ	135
6.1. Sonuçlar	135
6.2. Öneriler	148
7. KAYNAKLAR	151
EKLER	161
EK-1 AYDINLATILMIŞ ONAM	161
EK-2. TANITICI BİLGİ FORMU	164
EK-3. ŞİZOFRENİ HASTALARININ YAKINLARI İÇİN DAMGALANMA ÖLÇEĞİ (ŞHYDÖ)	167
EK-4. RUHSAL HASTALIĞA YÖNELİK İNANÇLAR ÖLÇEĞİ (RHİÖ)	168

EK-5. ETİK KURUL KARAR FORMU.....	169
EK-6. KURUM İZİN YAZISI.....	172
EK-7. ÖLÇEK İZİNLERİ.....	173
EK-8. EK ÇİZELGELER	174
ÖZGEÇMİŞ	180



ŞEKİLLER DİZİNİ

Sayfa No

Şekil 4.1. RHIÖ Tehlikeli Alt Ölçeği İle Şizofreni Hastalarının Yakınları İçin Damgalanma Ölçeği Arasındaki Korelasyon	110
Şekil 4.2. RHIÖ Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma Alt Ölçeği İle Şizofreni Hastalarının Yakınları İçin Damgalanma Ölçeği Arasındaki Korelasyon	110
Şekil 4.3. RHIÖ Utanma Alt Ölçeği İle Şizofreni Hastalarının Yakınları İçin Damgalanma Ölçeği Arasındaki Korelasyon	111
Şekil 4.4. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği (RHIÖ) İle Şizofreni Hastalarının Yakınları İçin Damgalanma Ölçeği (ŞHYDÖ) Arasındaki Korelasyon	111

ÇİZELGELER DİZİNİ

	Sayfa No
Çizelge 2.1. Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliğinin Rollerinin 18 Bileşeni	10
Çizelge 2.2. Amerikan Psikiyatri Birliği DSM-5 Tanısal Sınıflamasına Göre Psikotik Belirtilerin Görüldüğü Ruh Sağlığı Bozuklukları	15
Çizelge 4.1. Hasta Yakınlarının Sosyo-Demografik Özellikleri	49
Çizelge 4.2. Hasta Yakınlarının Damgalanmaya Yönelik Özellikleri.....	51
Çizelge 4.3. Hasta Yakınlarının Hastalarının Sosyo-Demografik Özellikleri.....	53
Çizelge 4.4. Hasta Yakınlarının Hastalarının TRSM İle İlgili Özellikleri	55
Çizelge 4.5. Hasta Yakınlarının ŞHYDÖ ve RHIÖ Puan Ortalamaları	56
Çizelge 4.6. Hasta Yakınlarının Cinsiyetlerine Göre ŞHYDÖ ve RHIÖ Puan Ortalamaları.....	57
Çizelge 4.7. Hasta Yakınlarının Hastayla Olan Yakınlık Derecelerine Göre ŞHYDÖ ve RHIÖ Puan Ortalamaları	58
Çizelge 4.8. Hasta Yakınlarının En Uzun Yaşadığı Yere Göre ŞHYDÖ ve RHIÖ Puan Ortalamaları.....	60
Çizelge 4.9. Hasta Yakınlarının Şu Anda Yaşadığı Yere Göre ŞHYDÖ ve RHIÖ Puan Ortalamaları.....	61
Çizelge 4.10. Hasta Yakınlarının Medeni Durumlarına Göre ŞHYDÖ ve RHIÖ Puan Ortalamaları.....	62
Çizelge 4.11. Hasta Yakınlarının Kaldığı Yere Göre ŞHYDÖ ve RHIÖ Puan Ortalamaları.....	63
Çizelge 4.12. Hasta Yakınlarının Eğitim Düzeylerine Göre ŞHYDÖ ve RHIÖ Puan Ortalamaları.....	64
Çizelge 4.13. Hasta Yakınlarının Çalışma Durumlarına Göre ŞHYDÖ ve RHIÖ Puan Ortalamaları.....	66
Çizelge 4.14. Hasta Yakınlarının Hane Aylık Gelirlerine Göre ŞHYDÖ ve RHIÖ Puan Ortalamaları.....	68
Çizelge 4.15. Hasta Yakınlarının Hasta İle Birlikte Yaşama Durumlarına Göre ŞHYDÖ ve RHIÖ Puan Ortalamaları	69

Çizelge 4.16. Hasta Yakınlarının Hastayı Daha Önce Psikiyatri Kliniğine Yatırma Durumlarına Göre ŞHYDÖ ve RHİÖ Puan Ortalamaları	70
Çizelge 4.17. Hasta Yakınlarının Tıbbi Tedavi Dışında Yardım Alma Durumlarına Göre ŞHYDÖ ve RHİÖ Puan Ortalamaları.....	71
Çizelge 4.18. Hasta Yakınlarının Din Hocasından Yardım Alma Durumlarına Göre ŞHYDÖ ve RHİÖ Puan Ortalamaları.....	72
Çizelge 4.19. Hasta Yakınlarının Damgalanmaktan Korkma Nedeniyle Tıbbi Tedavi Dışı Yöntemlere Başvurma Durumlarına Göre ŞHYDÖ ve RHİÖ Puan Ortalamaları.....	73
Çizelge 4.20. Hasta Yakınların Faydalı Olacağını Düşünme Nedeniyle Tıbbi Tedavi Dışı Yöntemlere Başvurma Durumlarına Göre ŞHYDÖ ve RHİÖ Puan Ortalamaları.....	74
Çizelge 4.21. Hasta Yakınlarının Çevredekiler Önerdiği İçin Tıbbi Tedavi Dışında Dışın Yöntemlere Seçeneklerine Başvurma Durumlarına Göre ŞHYDÖ ve RHİÖ Puan Ortalamaları	75
Çizelge 4.22. Hasta Yakınlarının Hastaları Nedeniyle Akrabalarının Farklı Davrandığını Düşünme Durumlarına Göre ŞHYDÖ ve RHİÖ Puan Ortalamaları.....	76
Çizelge 4.23. Hasta Yakınlarının Akrabalarından Hastaları ve Hastalığını Gizleme Durumlarına Göre ŞHYDÖ ve RHİÖ Puan Ortalamaları	78
Çizelge 4.24. Hasta Yakınlarının Akraba Ziyaretlerine Hastasıyla Birlikte Gitme Durumlarına Göre ŞHYDÖ ve RHİÖ Puan Ortalamaları	79
Çizelge 4.25. Hasta Yakınlarının Hastaları Nedeniyle Akrabalarının Yanında Kendilerini Yabancı Gibi Hissetme Durumlarına Göre ŞHYDÖ ve RHİÖ Puan Ortalamaları.....	80
Çizelge 4.26. Hasta Yakınlarının Hastayla Birlikte Katıldıkları Sosyal Etkinliklerdeki İnsanların Tutumlarında Farklılık Hissetme Durumlarına Göre ŞHYDÖ ve RHİÖ Puan Ortalamaları.....	81
Çizelge 4.27. Hasta Yakınlarının Hastayla Birlikte Katıldıkları Sosyal Etkinliklerdeki İnsanların Kendilerine Farklı Davrandığını Düşünme Durumlarına Göre ŞHYDÖ ve RHİÖ Puan Ortalamaları	82

Çizelge 4.28. Hasta Yakınlarının Hastayla Birlikte Katıldıkları Sosyal Etkinliklerdeki İnsanlardan Hastalarını Ve Hastalığını Gizleme Durumlarına Göre ŞHYDÖ ve RHİÖ Puan Ortalamaları	84
Çizelge 4.29. Hasta Yakınlarının Hastalarıyla Birlikte Sosyal Etkinliklere Gitme Durumlarına Göre ŞHYDÖ ve RHİÖ Puan Ortalamaları	85
Çizelge 4.30. Hasta Yakınlarının Hastayla Birlikte Katıldıkları Sosyal Etkinliklerde Kendilerini Yabancı Gibi Hissetme Durumlarına Göre ŞHYDÖ ve RHİÖ Puan Ortalamaları	86
Çizelge 4.31. Hasta Yakınlarının Hastalarının Yaş Gruplarına Göre ŞHYDÖ ve RHİÖ Puan Ortalamaları	87
Çizelge 4.32. Hasta Yakınlarının Hastalarının Yaşadıkları Yere Göre ŞHYDÖ ve RHİÖ Puan Ortalamaları	89
Çizelge 4.33. Hasta Yakınlarının Hastalarının Eğitim Düzeylerine Göre ŞHYDÖ ve RHİÖ Puan Ortalamaları	90
Çizelge 4. Hasta Yakınlarının Hastalarının Mesleklerine Göre ŞHYDÖ ve RHİÖ Puan Ortalamaları	92
Çizelge 4.35. Hasta Yakınlarının Hastalarının Medeni Durumlarına Göre ŞHYDÖ ve RHİÖ Puan Ortalamaları	93
Çizelge 4.36. Hasta Yakınlarının Hastalarının Çocuk Sayılarına Göre ŞHYDÖ ve RHİÖ Puan Ortalamaları	94
Çizelge 4.37. Hasta Yakınlarının Hastalarının Çocuklarına Bakan Kişilere Göre ŞHYDÖ ve RHİÖ Puan Ortalamaları	96
Çizelge 4.38. Hasta Yakınlarının Hastalarının Hastalık Sürelerine Göre ŞHYDÖ ve RHİÖ Puan Ortalamaları	98
Çizelge 4.39. Hasta Yakınlarının Hastalarının TRSM'ye Kayıtlı Olduğu Süreye Göre ŞHYDÖ ve RHİÖ Puan Ortalamaları	100
Çizelge 4.40. Hasta Yakınlarının Hastalarının TRSM'ye Gitme Sıklıklarına Göre ŞHYDÖ ve RHİÖ Puan Ortalamaları	102
Çizelge 4.41. Hasta Yakınlarının Hastalarının TRSM Dışında Sosyal Etkinliklere Katılım Durumlarına Göre ŞHYDÖ ve RHİÖ Puan Ortalamaları	104

Çizelge 4.42. Hasta Yakınlarının Hastalarının TRSM'ye Başladıktan Sonra Sosyal Etkinliklere Katılımındaki Değişiklik Durumlarına Göre ŞHYDÖ ve RHİÖ Puan Ortalamaları	106
Çizelge 4.43. ŞHYDÖ Toplam ve Alt Ölçekleri İle RHİÖ Toplam ve Alt Ölçekleri Arasındaki İlişki	106



KISALTMALAR DİZİNİ

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
APA	: Amerikan Psikiyatri Birliği
DSM	: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EKT	: Elektrokonvülsif Tedavi
GABA	: Gamma-aminobutirik Asit
JPNT	: Japon Psikiyatri ve Nöroloji Topluluğu
KLP	: Konsültasyon-liyezon Psikiyatri
RHIÖ	: Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği
Ort	: Ortalama
SPSS	: Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paketi
ŞHYDÖ	: Şizofreni Hastalarının Yakınları İçin Damgalanma Ölçeği
TDK	: Türk Dil Kurumu
TRS	: Toplum Ruh Sağlığı
TRSH	: Toplum Ruh Sağlığı Hemşiresi
TRSM	: Toplum Ruh Sağlığı Merkezi
WHO	: World Health Organisation

ÖZET

Hatay İli Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde Takip Edilen Şizofreni Hasta Yakınlarının Damgalanma ve Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlarının Belirlenmesi

Damgalanma şizofreni hastaları ve yakınları için olumsuz sonuçlar doğuran önemli bir sorundur. Araştırma şizofreni hasta yakınlarında damgalanma ve ruhsal hastalığa yönelik inançlarını belirlemek amacıyla metodolojik ve kesitsel tipte yapılmıştır. Araştırmanın evrenini Hatay ilindeki Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerine kayıtlı olan şizofreni hastalarının yakınları oluşturmuştur. Örnekleme TRSM'ye aktif kayıtlı olan şizofreni hastalarının yakınları (n=170) oluşturmuştur. Veriler tanıtıcı bilgi formu, Şizofreni Hastalarının Yakınları İçin Damgalanma Ölçeği (ŞHYDÖ), Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği (RHİÖ) ile Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde uygun bir ortamda toplanmıştır. ŞHYDÖ'nün geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Ölçeğin geçerliliği faktör analiziyle, güvenilirliği Cronbach Alfa katsayısıyla değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzdeler, Mann-Whitney U, Kruskal Wallis, All Pairwise, Spearman Kolerasyon Katsayısı testleri kullanılmıştır. Araştırmaya katılan hasta yakınlarının, ŞHYDÖ toplam puan ortalaması 30,64±8,35, sosyal izolasyon ve yetersizlik alt ölçeği puan ortalaması 11,29±3,85, kaçınma ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt ölçeği puan ortalaması 4,83±2,00, toplumsal negatif ayrımcılık alt ölçeği puan ortalaması 4,34±1,75, gizleme ve utanma alt ölçeği puan ortalaması 5,05±1,85, olumsuz içselleştirme alt ölçeği puan ortalaması 5,12±1,13 olarak bulunmuştur. ŞHYDÖ'den alınabilecek toplam puan 17 ile 51 arasında değişmektedir. Hasta yakınlarının, eğitim düzeyi, din hocasından yardım alma durumu, hastaları nedeniyle akrabalarının farklı davrandığını düşünme durumu, hastayla birlikte katıldıkları sosyale etkinliklerdeki insanlardan hastalarını ve onun hastalığını gizleme durumuna göre istatistiksel olarak anlamlılık tespit edilmiştir (p<0,05). ŞHYDÖ toplamı ile RHİÖ tehlikeli alt ölçeği (r=0,422), çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt ölçeği (r=0,311), utanma alt ölçeği (r=0,385) arasında istatistiksel olarak pozitif yönde zayıf bir anlamlı ilişki bulunmuştur (p<0,05). ŞHYDÖ toplam ve RHİÖ toplam (r=0,464) arasında istatistiksel olarak orta düzeyde pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur (p<0,05). Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda hasta yakınlarının damgalandıkları ve ruhsal hastalığa yönelik olumsuz inanca sahip oldukları belirlenmiştir. Çalışmanın sonucunda TRSM ve ilgili diğer kurumlarda sağlık çalışanları tarafından toplumun şizofreni hastalarına ve yakınlarına yönelik olan tutumunun iyileştirilebilmesi ve damgalanmayı ortadan kaldırmaya yönelik faaliyetlerin başlatılması önerilir.

Anahtar Kelimeler: Damgalanma, şizofreni, hasta yakını, inanç

ABSTRACT

Determination of Stigmatization and Mental Illness Beliefs of Relatives of Patients with Schizophrenia Followed-up in Community Mental Health Centers in the Province of Hatay

Stigmatization is an important problem that causes negative consequences for patients with schizophrenia and their relatives. The study was carried out with a methodological and cross-sectional design to determine the stigmatization and mental illness beliefs of relatives of patients with schizophrenia. The universe of this study was consist of the relatives of schizophrenia patients registered to the Community Mental Health Center in Hatay. The samples were consist of the relatives of Community Mental Health Center registered schizophrenia patients (n=170). The data were collected in a suitable environment at the Community Mental Health Centers using an introductory information form, the Stigmatization Scale for Relatives of Patients with Schizophrenia (SSRPS) and the Beliefs Towards Mental Disorders Scale (BMDS). The validity and confidence studies of incuse scale of schizophrenia patient's relatives (ISSPR) were performed. The validity and confidence of scale was assessed by factor analysis and Cronbach alpha coefficient respectively. in the evaluation of the data, numbers, percentiles, Mann-Whitney U, Kruskal Wallis, All Pairwise and Spearman's Correlation Coefficient tests were used. The mean SSRPS score of the patient relatives participated in the study was 30.64 ± 8.35 , the mean social isolation and disability sub-scale score was 11.29 ± 3.85 , the mean avoidance and deterioration in interpersonal relations sub-scale score was 4.83 ± 2.00 , the mean social negative discrimination sub-scale score was 4.34 ± 1.75 , the mean suppression and shame sub-scale score was 5.05 ± 1.85 , and the mean negative internalization sub-scale score was found to be 5.12 ± 1.13 . The total obtained point of ISSPR is change 17 to 51. Educational rate, religious support, idea of different behaviors from other relatives due to their patients, hiding their patient or disease of patients in social events attend with their patient were found statistically significant ($p < 0,05$). There was a statistically significant and weakly positive correlation between the total SSRPS score and the dangerous sub-scale ($r = 0.422$), helplessness and deterioration in interpersonal relations sub-scale ($r = 0.311$) and the shame sub-scale ($r = 0.385$) of the Beliefs Towards Mental Disorders Scale. There was a statistically significant and moderately positive correlation between the total SSRPS score and the total score of BMDS ($r = 0.464$, $p < 0,05$). According to the results obtained in the study, it was determined that the relatives of the patients have been stigmatized and have negative beliefs about mental illness. The results of study suggested that the medical employees from Community Mental Health Center and related institution should begin the activity for enhance the manner of society and destroy the stamping, exclusion and bias as well as develop the mental educational programs.

Keywords: Stigma, schizophrenia, patient relatives, beliefs

1.GİRİŞ

1.1.Problemin Tanımı ve Önemi

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre şizofreni, dünya çapında 21 milyondan fazla bireyi etkilemektedir. Nöropsikiyatrik koşullar nedeniyle tüm hastalık ve yaralanmalar ile kaybedilen “İşlevsizliğe Adapte Edilmiş Yaşam Yılları (Disability Adjusted Life Years-DALY)” toplam sayısının %13'ünü oluşturmaktadır 2020'ye kadar bu oranın %15'e yükseleceği tahmin edilmektedir (DSÖ 2017).

Günümüzde toplum temelli ruh sağlığı hizmetinin önemi ruhsal hastalıkların sağlık, ekonomik ve sosyal alanlarda artmakta olan yükünü azaltma konusunda tartışılmaktadır. Bu doğrultuda öncelikli olan hedefler, psikososyal iyilik halini geliştirmek ve ruhsal sorunu olan bireylerin özel bakım alabilmelerini sağlamaktır (Hallaç ve ark 2014). Ülkemizde 2006'da açıklanmış olan “Ulusal Ruh Sağlığı Politikası” metninde de ruh sağlığı sisteminin toplum temelli olmasının sağlanması, genel olarak sağlık sistemi ve birinci basamağıyla bütünleştirilmesi vurgulanmaktadır. Toplum temelli sağlık hizmet modelinin çekirdeğini Toplum Ruh Sağlığı Merkezi (TRSM) oluşturduğundan Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı'na göre Türkiye'de merkez nüfusu 100 bin ve üzerinde olan her yerleşim merkezinde bir TRSM olmak üzere ülke genelinde toplam olarak 236 TRSM açılması planlanmıştır (Sağlık Bakanlığı 2011). TRSM'nin amacı, belirli bir coğrafi bölgede yaşamakta olan ağır ruhsal hastalığa sahip olan bireylerin bu merkeze kaydını yapmak, gezici ekipler ile düzenli olarak rehabilitasyon, tedavi ve takiplerini sağlayarak tekrardan topluma kazandırmaktır. Ülkemizde ilk olarak Bolu'da kurulan TRSM, 2008 yılında uygulamaya geçmiştir. Bolu'da kurulduktan sonra son yıllarda ülkemizde birçok TRSM açılmıştır (Bağ 2012). Ülkemizde son yıllara kadar şizofreni ile benzer ruhsal hastalara yönelik olan ruh sağlığı hizmetleri hastanelere dayalı olarak kurumsal tabanlı yürütülmekteydi, hasta birey yalnızca hastalandığında hastaneye ailesi ya da polis gücüyle getirildiğinde tedavi görmekte; bu tedavi yalnızca psikofarmakolojik müdahale ya da elektrokonvulzif tedaviler ile sınırlı kalmaktadır. Dolayısıyla yalnızca hastanede yatarak tedavi görebilen şizofreni ile benzer ağır ruhsal hastalığı olan hasta bireyler taburcu olduktan sonra çoğu zaman ilaçlarını düzenli olarak kullanmamakta ve uyumlandırma

hizmetlerinden mahrum kalmaktadır. Böylelikle yaşam kalitesi bozulmuş olan, çalışamayan, sahip oldukları yetilerini kaybeden hasta bireyler toplum tarafından da dışlanarak damgalanmaları çok kolay olmaktadır (Yanık 2007). Şizofreni hastası olan bireylere verilmiş olan tedavilerden istenen sonuçlar alınamayınca değişik tedavi modelleri denenmiştir. Şizofreni hastalığının tedavisinde ilaç tedavisinin yanı sıra verilen aile eğitimi, ruhsal eğitim, bilişsel davranışçı terapi ve sosyal beceri eğitimleri gibi ruhsal-toplumsal girişimlerin belirtilerin iyileşmesinde ve işlevselliğin artmasında yararlı olduğu saptanmıştır (Schooler 2006). Bu bağlamda, toplum temelli modeline geçilmesi sonucu kurulmuş olan TRSM'lerde şizofreni gibi ağır ruhsal hastalığı olan bireylerin hastaneye yatırılmadan tedavileri yapılmakta ve rehabilitasyonları yürütülmektedir (Yüksel 2006).

Şizofreni hastası olan bireylerin çoğu aileleriyle beraber yaşamaktadır ve bu sebeple şizofreni hastalığı, hasta bireyin olduğu kadar aile üyelerinin de hayatını olumsuz etkilemektedir (Bademli ve Çetinkaya Duman 2013). Şizofreni tanısı alan bireylerin toplumsal, davranışsal, duygusal ve maddi sıkıntıları yaşamaları sonucunda beraber yaşadıkları aile üyelerinin üzerinde de ciddi sorunlar yaratabilmekte (Yıldız ve ark. 2010), bu aileler hastalarına bakım verme sürecinde çeşitli zorluklar ile karşı karşıya kalabilmektedirler. Bu aileler depresyon, anksiyete, suçluluk, utanç, çaresizlik, korku, zorlanma, umutsuzluk, endişe, kayıp ve öfke duyguları yaşamaktadırlar (Çam ve Bilge 2013). Ailelerin yaşamakta olduğu bir diğer güçlük ise, toplumun ruhsal bozukluklara yönelik reddedici bir tutum içinde olmasıdır (Taşkın ve ark. 2002). Toplumun ruhsal bozukluklara ilişkin tutumlarını belirlenmeye yönelik yapılan çalışmada genellikle halkın ruhsal hastalığa sahip olan bireyleri reddettiği ve bu hastalara karşı olumsuz tutum içerisinde oldukları bildirilmiştir (Arıkan ve ark. 2011). Olumsuz tutumlardan etkilenen hastalıkların başında ruhsal bozukluklar gelmektedir ve bu hastalıklardan olumsuz tutumların en fazla görüldüğü ise "şizofreni"dir (Özyiğit ve ark. 2004).

Toplum, ruhsal bozukluğa sahip olan bireyi farklı olarak görmekte ve onu bu farklılığından dolayı suçlamakta, saldırgan olduğunu düşünmekte, davranışlarına anlam verememektedir. Ayrıca toplum, ruhsal bozukluğa sahip olan bireyin davranışlarındaki tutarsızlıktan dolayı, nerede nasıl davranış sergileyeceğini tahmin edememekte ve bilinmeyenden korkmakta, bireye uygun olan yaklaşımı bilmemekte, ruhsal bozukluğa sahip olan bireyin topluma ait olmadığını düşünmekte, değersiz görmekte ve bu bireyin asla iyileşmeyeceği düşünmektedir. Böylece olumsuz tutum sergilemekte, ruhsal hastalığı

olan bireylerin toplum tarafından dışlanmasına ve damgalanmasına neden olmaktadır (Halter 2002, Ergün 2005).

Damga (stigma), “işaret, iz, yara” anlamına gelmektedir (TDK 2017). Damgala(n)ma (stigmatization) ise, bireyin içinde yaşamakta olduğu toplumun normal kabul ettiği ölçülerin dışında olması sebebiyle, toplumdaki diğer kişiler tarafından, bireye saygınlığını azaltacak atıfta bulunulmasıdır (Özbaş ve ark. 2008). Bir başka ifadeyle damgalama; ortamda farklı olduğu düşünülmekte olan bireye yönelik olarak hissedilen duygu ve beraberindeki önyargılı bir davranıştır (Hallaç ve ark. 2014). Önyargılı davranışlar da dışlama ve ayrımcılık davranışlarını beraberinde getirmektedir (Yıldız ve ark. 2010). Damgala(n)madan en çok etkilenmekte gruplardan biri de ruhsal sorunu olanlardır (Sarikoç ve ark 2015). Psikiyatrik hastalıklar arasından, şizofreni hastalığına yönelik olan damgalama eğilimi şizofreni hastası olan bireylerin toplum tarafından dışlanmasına neden olmakta, tedaviye olan uyumlarını ciddi boyutta engellemekte, hasta bireylerin ve yakınlarının yaşam kalitesinde bozulmaya neden olmaktadır (Özbaş ve ark. 2008).

Şizofreni hastalığına yönelik olan damga karışık bir olgudur, yalnızca bilgi eksikliği ya da eğitimle açıklanamaz. Fakat hem toplumun, hem de toplumdaki anahtar bireylerin doğru bilgilendirilmesi, hasta bireylerin damgalanmasını ve buna bağlı olarak ortaya çıkan ayrımcılığı azaltmada en etkili yöntemdir. Psikiyatri hemşiresinin damgalanmayı önlemeyle ilgili olarak, ruhsal hastalıklara yönelik tutumları, bütün sağlık profesyonelleri ile toplum arasında köprü oluşturmasından dolayı önemlidir. Bu sebeple ilk olarak psikiyatri hemşireleri bu konudaki tutumlarını yeniden gözden geçirmeli ve ruhsal hastalığı olan kişilerin bu tutumlardan ne şekilde etkilendiğini değerlendirebilmelidir. Hastalarla doğrudan temas halinde olan hemşireler, psikiyatrik tedavi ile hasta ve yakınları ile arasında bir köprü oluşturduğundan hemşirelerin bu konudaki tutumlarının olumlu olması, halkın büyük bir kısmına ulaşabilecek şekilde eğitilmeleri ve halkın bu konudaki doğru bilgiye ulaşabilmesi bakımından önemlidir (Ergün 2005, Kayahan 2009). Şizofreni hastalarına sağlık hizmetleri veren psikiyatri ve ruh sağlığı hemşiresinin, ruhsal bozukluğu olan bireyi damgalayıcı davranışlardan sakındığı gibi, bu davranışlara karşı hasta bireyleri koruyucu da olmalıdır, hasta birey için terapötik bir ortam sağlamalıdır (Ergün 2005). Hemşire, tedavi sürecinin her aşamasına hasta bireyin ailesinin de katılımını sağlamalıdır. Hemşire damgalanmanın ruhsal bozukluğa sahip olan bireyi ve ailesini nasıl etkilediğini

bilmeli ve bu konuda halkı eğitecek seminerler vermelidir. Hemşire stigma konusu üzerine araştırmalar yapmalı ve bunların sonuçlarını uygulamaya geçirmelidir. Ayrıca hemşire hasta birey ve ailesinin sosyal destek sistemlerini belirleyerek kullanmaları konusunda yönlendirici olmalıdır (Ergün 2005). Toplum ruh sağlığı hemşiresinin damgalanmayla etkili olarak baş etme yöntemleri ile ilgili danışmanlık girişimleri ile damgalanma ve damgalanmanın kişilerdeki olumsuz etkileri azaltılabilir (Yılmaz 2012).

1.2.Araştırmanın Amacı

Bu araştırma şizofreni hasta yakınlarının damgalanma ve ruhsal hastalığa yönelik inançlarının belirlenmesi amacıyla metodolojik ve kesitsel tipte yapılmıştır.

1.3.Araştırmanın Soruları

- Şizofreni hasta yakınlarının damgalanma düzeyleri nedir?
- Şizofreni hasta yakınlarının ruhsal hastalığa yönelik inanç düzeyleri nedir?
- Şizofreni hasta yakınlarının ruhsal hastalığa yönelik inanç düzeyleri ile sosyo-demografik özellikleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark var mıdır?
- Şizofreni hasta yakınlarının damgalanma düzeyleri ile sosyo-demografik özellikleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark var mıdır?
- Damgalanma toplam ve alt boyut düzeyleri ile ruhsal hastalığa yönelik inanç toplam ve alt boyut düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki var mıdır?

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Toplum Ruh Sağlığı Hizmetleri

Toplum ruh sağlığı terimi; birey ve bireyin etkileşimde bulunduğu çevreye ilişkin psikiyatrik tedavi ve bakımını tanımlar (Thomas 2009). Bu bakım hizmeti; hastane dışında, toplum içinde bireyin evinde ya da yaşamakta olduğu ortamda sunulur. Bir başka ifade ile hastane merkezli olan görüşün, yerini toplum merkezli görüşün almasıdır (Çam ve Bilge 2014). Dünyada ruh sağlığı hizmet modelleri; hastane temelli, toplum-hastane denge temelli ve toplum temelli olmak üzere üçe ayrılmaktadır (Gökçearslan Çifci ve ark. 2015).

Hastane temelli model, 1800-1960 yılları arasında Dünya’da yaygın olarak kullanılmış olan en geleneksel ve en eski modeldir. Bu tarihlerde çok sayıda psikiyatri hastaneleri kurulmuştur. Ruhsal bozuklukların hastanelerde tedavi edilebilir olması düşüncesi psikiyatrik hastalıklara karşı olan bakış açısında gelişime neden olmuştur. Fakat bu hastanelerin şehir merkezi dışında yer alması ile fazla yatak kapasitesine sahip olduğundan çok kalabalık olması, hijyen koşullarının kötü olması, hasta haklarının ihmal edilmesi, hastaların aile desteği alamaması ve damgalanmanın pekişmesi gibi sorunlara neden olduğu görülmektedir (Sağlık Bakanlığı 2011).

Toplum temelli model, 1960’lardan sonra yaygınlaşmış olup asıl hedef kitlesini ağır ruhsal bozukluğa sahip olan ya da uzun süre hastanede yatan kişiler oluşturmaktadır. Bu modelde hasta bireylerle ilgili sorunlar sadece tedavi boyutu değil, bunun yanı sıra ekonomik, sosyal, tıbbi ve hukuki boyutlarını da düşünerek hizmetin planlanması yapılmaktadır (Sağlık Bakanlığı 2011).

Hastane temelli modelde hastanın yalnızca tedavi ihtiyacı karşılanabilmekte iken diğer sorunlarına müdahale edilememektedir. Bu nedenle Tüm bu boyutları ile “sorun”un ele alınabilmesi için hastane temelli sistemin değiştirilip toplum temelli ruh modeline geçilmesi gerektiği savunulmaktadır (Sağlık Bakanlığı 2011).

Toplum-hastane denge modeli 3 ana başlığı kapsar (Gürhan 2016). Bunlar;

- Poliklinik ile yataklı tedavi hizmetleri,
- Hasta olmayan kişilere ruh sağlığıyla ilgili hizmetlerin verilmesi,
- Ruh sağlığıyla ilgili kurumsal faaliyetlerdir.

Ülkemizde en uygun modelin toplum-hastane denge modeli olduğu düşünülmektedir (Sağlık Bakanlığı 2011).

2.1.2. Dünyada ve Türkiye’de Toplum Ruh Sağlığı Hizmetleri

Toplum temelli ruh sağlığı modeli İtalya’da 1961 yılında ruh sağlığı reformu ile başlamış ve 30 yıldır Avrupa ülkelerinin çoğunda uygulanmaktadır. Bütün bu ülkelerdeki değişim, hastane temelli ruh sağlığı sisteminden toplum temelli ruh sağlığı sistemine geçilmesi şeklinde olmuştur. En son Yunanistan ruh sağlığı sistemini değiştirmiştir. Romanya ve Bulgaristan gibi bazı Doğu Avrupa ülkelerinde de bu değişim programları yürütülmektedir. Bu değişim süreci İran’da da yürütülmektedir ve DSÖ Afganistan’a da aynı sistemi önermektedir. Bu değişim, hastane temelli ruh sağlığı sisteminden toplum temelli ruh sağlığı sistemine geçilmesi şeklinde olmuştur. Modern batı ülkelerinin sağlık hizmetlerindeki temel unsurlardan biri de toplum temelli ruh sağlığı modeli olmuştur (Sağlık Bakanlığı 2011).

Ülkemizde toplum temelli ruh sağlığı modeline geçme çalışmaları çerçevesinde, ilk olarak 2006’da Elazığ Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi korumalı ev projesi başlatılmıştır. Önemli adımlardan biri de Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesinin yürütmüş olduğu Bahçelievler projesi ve hastane bünyesinde kurulan gündüz hastanesidir. İlerleme ve modelin bilinirliği bakımından Kocaeli, Akdeniz ve Ankara Üniversite’leri bünyelerinde gündüz hastaneleri ve rehabilitasyon merkezlerinin açılmış olması da önemlidir (Ensari ve ark. 2013). Toplum temelli bakım modelinin ilk adımı olan TRSM’lerin açılışı Sağlık Bakanlığı tarafından Nisan 2009’da onaylanmış olup projelendirme sürecine başlanmıştır (Gökçearsan Çifci E. ve ark. 2015). Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı’na göre Türkiye’de merkez nüfusu 100 bin ve üzerinde olan her yerleşim merkezinde bir TRSM ve ülke genelinde toplam olarak 236 TRSM açılması planlanmıştır (Sağlık Bakanlığı 2011). Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı’nın TRSM’leri “sistemin merkezinde olan kurumlar” şeklinde konumlanması toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin kurumsallaşması bakımından çok önemlidir (Gürhan 2016). Gelişmeler doğrultusunda yayımlanmış olan Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM) Yönergesi ile ülkenin planlanan bölgelerinde TRSM açılmaya başlanmıştır (Sağlık Bakanlığı 2011). Ruh sağlığı hizmetlerini ülkemizde birinci basamakta sunmak için İtalya, Finlandiya, İngiltere, Hollanda ve Almanya’ya özellikle de ruh sağlığı hastanelerinde hizmet verenlerden oluşan

bir ekip ile gidilmiş, bu ülkelerin sistemleri incelenerek toplum ruh sağlığı merkezleri açılması planlanmıştır (Gürhan 2016).

2.1.3. Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri

Toplum ruh sağlığı merkezi (TRSM), ağır ruhsal hastalığı olan bireylerin hastaneye yatırılmadan tedavilerinin yapıldığı ve rehabilitasyonlarının yürütüldüğü merkezdir (Yüksel 2006). Ağır ruhsal bozukluklar yönetsel, bilişsel ve sosyal beceri alanlarındaki yıkıcı etkisi nedeniyle yeti yitimiyle giden şizofreni ve benzeri psikotik bozukluklar ve duygudurum bozuklukları gibi kronik ruhsal bozukluklar olarak tanımlanmaktadır (TRSM Hakkında Yönerge 2014).

Ülkemizde ilk olarak Bolu Ruh Sağlığı Hastanesine bağlı olan Bolu Toplum Ruh Sağlığı Merkezi 2008 yılı Mayıs ayında açılmıştır (Ensari ve ark. 2013). Türkiye' de Bolu TRSM' nin ardından son dönemlerde çok sayıda TRSM açılmıştır ve günümüzde bu sayı 106'ya ulaşmıştır (Bilge ve ark. 2016). Ağır ruhsal bozukluğu olan hastalar için açılan TRSM'lerin amacı, hastaların kayıt altına alınarak takip edilmesi, hala hastanelerde yatmakta olan ve ihtiyacı bulunan hasta bireylerin projenin sonraki aşamasında açılması düşünülen yarı-yol evleri ya da korumalı evlerde kalması ve korumalı işyerlerinde istihdamlarının sağlanmasıdır (Sağlık Bakanlığı 2011).

Toplum ruh sağlığı merkezleri (WHO 2007);

- Ruh sağlığı bakımının birincil sağlık bakım sistemine entegrasyonunu sağlamak,
- Topluma yönelik olarak etkili önleyici girişimler başlatmak,
- Ruhsal bozukluğa sahip olan bireylerin topluma katılımını sağlamak,
- Toplumda damgalanma karşıtı programları uygulamak,
- Hastanelerde uzun süre yatan ruhsal bozukluğu olan hasta bireylerin toplum içinde rehabilitasyonu sağlamak şeklindeki hizmetleri sunmaktadır.

TRSM'de sırasıyla kayıt işlemleri, takip işlemleri, eğitim, terapi gibi işlemleri yapılmaktadır (Sağlık Bakanlığı 2011).

Kayıt işlemleri: Kendisinin sorumluluğunda olan coğrafi bölgede yaşayan “ağır ruhsal bozukluğu” olan hastaları tespit edip merkezin veri tabanına kaydetmek, kaydı yapılan hasta ve/veya yakınlarıyla irtibata geçerek merkezin amacı, işlevleri, hastaya sağlayacağı

faydalar hakkında bilgi vermek, merkeze devam eden hastaların sosyal, psikiyatrik profillerini ölçekleyerek sosyodemografik veri formu belirlemektir.

Takip işlemleri: Merkeze devam eden hastaların ilaçlarını düzenli olarak, doğru doz da, doğru zamanda kullanıp kullanmadığı, yan etkilerinin olup olmadığı gibi süreçleri takip etmek, merkeze devam etmeyen hasta ve/veya yakınları ile irtibata geçerek ev ziyaretleri yaparak bu ziyaretler esnasında hastaların farmakolojik tedavisini planlamak ve hastayı merkeze devam etmesi konusunda isteklendirmek, merkezde ya da evde takip esnasında herhangi bir nedenle alevlenerek çevresine ya da kendine zarar verme potansiyelinde olan hastanın ilgili kurumlarla iletişim kurarak yataklı bir psikiyatri kliniğine yatışını sağlamaktır.

Eğitim: Hasta ve/veya hasta yakınlarına psikoeğitim vermek, durumu uygun olan hastalara sosyal beceri eğitimi vermek ve toplum içinde uygulamalar yapmaktır.

Terapi: Durumu uygun olan hastalar ile açık/kapalı grup terapileri düzenlemek, hastaların kişilik özellikleri ve ilgilerine göre uğraşı alanları planlayarak uğraşı terapilerine katılımlarını programlamaktır.

Diğer fonksiyonlar: Yerel yönetimler, bölgesel yazılı ya da görsel medya aracılığıyla toplumu bilinçlendirmek ve damgalama/dışlama karşıtı çalışmalar yapmak, yapılan çalışmalar esnasında tespit edilen hastaneye yatış, bakım, çalışacak iş yeri ihtiyaçlarına göre ilgili kurumlar ile iletişime geçmektir.

2.1.4. Toplum Ruh Sağlığı Hemşiresi

Toplum ruh sağlığı hemşiresi (TRSH), ruhsal hastalıkların birincil, ikincil, üçüncül önleme aşamalarının sürekliliğini sağlayan ruh sağlığı hizmetlerinde tanılama, planlama, uygulama, değerlendirmeye katılan kişidir (Bağ 2012). TRSH, toplum içindeki yüksek riskli grupları belirleme, yeni tedavi modelleri olan eğitim, krize müdahale ve danışmanlık gibi işlevleri de gerçekleştirir (Çam ve Bilge 2014). Hemşirelik yönetmeliğine göre, TRSM hemşiresi toplum, aile ile bireyin ruh sağlığını koruma, geliştirme ve sürdürülmesinde hizmet eden sağlık ekibinin profesyonel bir üyesi olarak tanımlanmaktadır. Tanımlarından yola çıkılarak TRSH'nin toplum temelli uygulamalarını da içerdiği görülmektedir (Sağlık Bakanlığı 2011). TRSM hareketiyle birincil koruyucu önlemler, ortam terapisi, kısmi hospitalizasyon ve gündüz hastaneleri önem kazanmıştır. Aynı zamanda hemşirelerin rollerinin hastaneden topluma doğru geçişi sağlanmıştır. Böylelikle 'Psikiyatri Hemşiresi' terimi, hastanelerde ruhsal hastalığı olan bireylerle çalışan hemşireler ve toplum temelli

uygulamalar yapan hemşireler olmak üzere bu iki hemşire grubunun birleşimi anlatan “Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşiresi” olarak değişmiştir (Özbaş ve Buzlu 2011). Toplum ruh sağlığı hemşireliği, ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliğinin özelleşmiş bir alanı olarak kabul edilmektedir (Edwards ve ark. 2000).

Toplum ruh sağlığı hemşiresi; değerlendirme, sevk etme, krize müdahale, koordinasyon, ev ziyaretleri, savunma, hasta haklarını gözetme, ilaç uygulama beceri ve yeteneklerini edinmiş olması gerekmektedir (Özgür ve ark. 1998). Hemşirelik yönetmeliğinde belirtildiği gibi TRSH; hasta bireyin bakımını planlar, bireysel danışmanlık verir ve zorluk yaşayan hastalarının bakımı için daha etkili çözüm yolları arar (Flaskerud 1982, Sağlık Bakanlığı 2011). TRS hemşiresi öncü belirtileri tanılama basamağında rehabilitasyon ve sosyalizasyon sürecinin takibi ile değerlendirilmesi; kurum içi ya da dışı boyutta yapılandırdığı hemşirelik sürecini uygulama, danışmanlık sunma, eğitim verme, kriz ve risk durumlarını belirleyerek yönetme işlevlerini gerçekleştirir (Bağ 2012 ve Hallaç ve ark. 2013). Bu nedenle öncü belirtilerin hastalığın seyrindeki rolünü en iyi şekilde tanımlayarak ekip üyelerine ve hastaya bununla ilgili olarak farkındalık kazandırma basamağında TRS hemşirelerinin rolü önceliklidir (Bilge ve ark. 2015). Çizelge 2.1’de Avusturalya’da TRSH’nin rolleri 18 bileşenle verilmiştir (Heslop ve ark. 2016).

Çizelge 2.1. Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliğinin Rollerinin 18 Bileşeni (Şentürk 2017)

Rolün Bileşeni	Rolün Boyutları
1. Ruhsal durum muayenesi/ Risk değerlendirme/ Geçici hemşirelik tanısı	Kapsamlı ruhsal durum muayenesi ve risk değerlendirmesi ve kabul edilmiş tanılama sistemlerinin DSM V, ICD 10 gibi kullanılması
2. Hastanın psikopatolojisini gözlemek	Hastanın ruhsal durumunu, semptomlarını, risk seviyesini, yaşam kalitesini gözlemek
3. Psikofarmakoloji	Reçete edilen ilaçların yönetimi
4. Fiziksel sağlığın yükseltilmesi- Metabolik izlem	İyilik halinin yükseltilmesi. Komorbid fiziksel sağlık problemleri gelişmesi konusunda risk altındaki bireylerin erken tanınması. Diş hijyeni; madde ve alkol kullanımına ilişkin eğitim
5. Girişken sosyal yardım	Tedaviye uyumu kötü olan hastaların takibi. Krize müdahale. Aileyi dahil etme.
6. Konsültasyon ve liyezon	Birinci basamak sağlık hizmetleri, sivil toplum kuruluşları ve yerel idari kurumlar ile işbirlikçi çalışma.
7. Bakımın iç koordinasyonu	Disiplinler arası takım koordinasyonu, takım toplantıları, vaka yönetimi ve klinik gözden geçirme.
8. Fonksiyonel değerlendirme	Hastanın günlük yaşam aktivitelerini, bağımsızlık düzeyini değerlendirmek ve sosyal, ekonomik ve kültürel olarak daha geniş bir çevre ile bütünleşmesini sağlamak.
9. Psikoterapötik girişimler/ Tedavi girişimleri	Psikolojik teknikleri içeren müdahalelerde bulunmak
10. Terapötik ilişki	İleri derecede ruhsal bozukluğu olan bireylerin sosyal ve mesleki işlevselliğini sürdürmek için desteklemek.
11. Eğitim Resmi/ Resmi olmayan	Hasta, bakım verenleri, idari personel, sivil toplum kuruluşları gibi ilgili bireylere ruh sağlığı hakkında bilgi vermek.
12. Ruh Sağlığı Yasası Altındaki Sorumluluklar	Yasanın sorumluluklarını yerine getirmek
13. Birinci bakım hizmetleri ile paylaşılan bakım	Taburcu olan hastaların birinci basamak hizmetlerinden faydalanıp faydalanmadığından emin olmak.
14. Klinik dokümantasyon ve ulusal veri toplama sorumlulukları	Ulusal istatistik verilerine hizmeti ve yapılan aktivitelerin bilgisini toplamak.
15. Disiplinler arası takım eğitimi, organizasyonu ve yönetimi	Daha az deneyimli takım üyesinin denetimi ve disiplinler arasında aracı hizmetlerin müzakeresi
16. Rehberlik, süpervizyon ve diğer klinisyenleri desteklemek	Daha az tecrübeli veya yeni klinisyenleri/ öğrencilerin denetimi ve uzman görüşünün beyanı.
17. Stratejik takım planlaması	Ulusal devlet politikaları çerçevesinde hizmetin ve takımın düzeyini açıklamak
18. Diğer görevler	1-17 arasında belirtilmemiş tanımlanmış diğer roller

Çizelge 2.1'in 12. bileşenine göre hemşire, Ruh Sağlığı Yasası altındaki sorumluluklarını yerine getirmelidir; fakat Türkiye'de henüz ruh sağlığı yasası bulunmamaktadır. Bu konuyla ilgili eksiklikler olmasına rağmen, ülkemizde 2011'de oluşturulmuş olan ve 2016'da güncellenen ruh sağlığı eylem planı doğrultusunda psikiyatri hemşireliğinde lisansüstü eğitiminin artırılması hedeflenmektedir. Bu yönergeye göre; TRSM hemşiresi hasta bireylerin genel sağlık durumunun takibi ile tedavilerinden sorumludur (Sağlık Bakanlığı 2011).

Bu yönergeye ek olarak hemşirelik yönetmeliğindeki TRSM hemşiresinin yetki, görev ve sorumluluklarını özetlersek (Sağlık Bakanlığı 2011):

- Ruh sağlığı bakımından risk taşıyan kişilerin (gebe, emekli, işsiz, engelli, adolesan, yaşlı) ruh sağlığını değerlendirerek gereken müdahaleyi yapmak,
- Taburculuk dönemi sonrası hasta bireylerin topluma uyumuna ve tedavisine yardımcı olmak,
- Stresle baş etme, öfke kontrolü, evlilik eğitimleri gibi programlar hazırlamak,
- Grup ve bireysel danışmanlık vermek,
- Koruyucu ruh sağlığına yönelik olarak toplumu bilgilendirmek,
- Ruhsal bozuklukların damgalanmasıyla mücadele etmek

Bir ülkenin ruh sağlığı hizmetlerinin verimli olabilmesi için o ülkenin toplumunun ruh sağlığı açısından korunması, erken tanı ve müdahalenin sağlanması, riskli grupların belirlenmesi ve böylelikle sağlıkta yaşam kalitesinin artırılabilmesi için eğitim ile danışmanlık içeren rehabilitasyon hizmetlerinin olması gerekir. Bütün bu hizmetlerin sağlanabilmesi için TRSH'lerine ihtiyaç duyulmaktadır (Pektaş ve ark. 2006).

Ülkemizde TRSM'de çalışan hemşireler, psikiyatri kliniği deneyimi olan ya da psikiyatri dışındaki başka kliniklerde çalışmış hemşirelerdir. Psikiyatri hemşireliği lisansüstü eğitimi almış hemşirelerin de çalıştığı fakat az sayıda olduğu söylenebilir. Bu durumda TRSM'de çalışan hemşire çeşitliliğinin önüne geçebilmek için standart bir eğitimin gerekliliği ortaya çıkmaktadır (Çam ve Bilge 2014). Bu bağlamda Türkiye'de ilk olarak Mustafa Kemal Üniversitesi'nde Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı tezli yüksek lisans programı açılmış olup 2014-2015 eğitim öğretim yılı güz döneminde öğrenci alımı yapmıştır.

2.2. ŞİZOFRENİ

2.2.1 Şizofreni Tanımı ve Epidemiyolojisi

Şizofreni, Türk Dil Kurumu (TDK) (2017) tarafından, gerçekler ile olan ilişkilerin önemli ölçüde azalması, davranış, duygu ve düşünce alanlarında ciddi bozulmaların ortaya çıkması vb. belirtilerle kendini gösteren bir ruh hastalığı şeklinde tanımlanmaktadır. Şizofreni, değişik sıklık ve şiddette irade azalması, düşünce fakirleşmesi, duygulanımda sığlaşma ya da küntleşme, zevk almada azalma gibi yoksunluk (negatif) ve varsanı, sanrı, katatonik davranış, dağınık davranışlar ya da konuşma gibi taşkınlık (pozitif) belirtilerin görüldüğü bir ağır ruhsal bozukluktur (Yıldız 2011). Başka bir tanıma göre ise; şizofreni özellikle algı, düşünce ve duygulanım alanlarındaki bozulmalar ile seyreden bir ağır ruhsal hastalıktır (Candansayar 2005). Şizofrenik bozukluk bireylerde algılama, düşünme, duygulanım, davranış, iş yaşamı, toplumsal ilişki vb. alanları olumsuz etkileyerek; yeti yitimine sebep olan, relapslarla devam eden kronik belirtiler kümesidir (Doğan ve ark. 2002).

Şizofreni hastalığı hem genç yaşta ortaya çıkması hem de yaygınlığı nedeniyle bireyin hayatında yol açtığı kayıplardan dolayı önemli bir halk sağlığı sorunudur (Öztürk ve Uluşahin 2015). Dünya Sağlık Örgütü (2017)'ne göre şizofreni hastalığı, dünya çapında diğer zihinsel hastalıklar kadar yaygın olmamakla birlikte 21 milyondan fazla kişiyi etkilemektedir. Şizofreni erkeklerde (12 milyon) kadınlara (9 milyona) oranla daha yaygın olup, erkeklerde çoğunlukla erken yaşta başlamaktadır. Şizofreni hastalığının başlama yaşı kadınlarda 25-35, erkeklerde ise 18-25'tir. Şizofreni ile ilgili verilerin toplanması ile karşılaştırılmasındaki zorluklara rağmen, tüm dünyada şizofreni görülme sıklığının ve yaşam boyu yaygınlığının eşit olduğu söylenebilir (Yüksel 2006, Köroğlu ve Güleç 2007). Şizofreni prevalansı erişkinlerde %0,3-1,5 arasında değişebilmektedir, şizofreni yıllık insidansı ise 10.000'de 0,5-5 arasındadır. Yaşam boyu şizofreniye yakalanma oranı %1 civarındadır (Yüksel 2006, Köroğlu ve Güleç 2007, Çam ve Engin 2014). Binbay ve ark. (2010) tarafından yapılan bir çalışmaya göre Türkiye'de şizofreninin yaşam boyu görülme sıklığı %0,9 olarak saptanmış olup bu oran kadınlarda %0,6, erkeklerde ise %1,1 olarak bulunmuştur.

Şizofreni sıklık değişiminde kentleşme, erkek cinsiyet, göç öyküsü, kannabis kullanımı, kışın dünyaya gelme, gebelik esnasında influenza geçiren annelerden doğan bebekler hastalık gelişmesinde önemli risk faktörlerindedir (Tandon ve ark 2008, Sadock

ve Sadock 2009). Bekarlar da şizofreni gelişme durumu; erkeklerde genel topluma göre 12 ile 50 kat, kadınlarda ise 3 ile 15 kat daha çok ilişkili olduğu bulunmuştur. Şizofrenlerin birinci derecede yakınlarında hastalık gelişme olasılığının yaklaşık olarak 10 kat daha çok olduğu bildirilmektedir (Dülgerler 2004). Göçmenlerde ilk ve sonraki nesillerde sıklık farklılık göstermektedir ve sonraki nesillerde azalmaktadır. Etnik azınlıklarda da 3 kat kadar fazladır. Bu farklılık stres etkenleri, beslenme sorunları, doğum komplikasyonları vb. gibi nedenler ile karşılaşma durumlarının farklılığı ile açıklanmaktadır (Yüksel 2014). Şizofreni hastalığı tüm kültürlerde görülmektedir. Sosyoekonomik durumu yüksek olanlarda şizofreni prevalansı %0,5 düşük olanlarda ise %2,5 olarak belirtilmektedir (Yüksel 2014).

2.2.2. Şizofreninin Etiyolojisi

Şizofreni hastalığı tıptaki bütün gelişmelere rağmen halen etiyolojisi yaygınlığı, sıklığı, tanı ve tedavisi konusunda belirsizliğini korumaktadır (Akbulut 2009). Şizofreni hastalığı tek bir nedene bağlı değildir, hastalığın oluşumunda; biyolojik yaklaşımlar, eşlik eden bulgular, psikodinamik yaklaşımlar ve diğer sebepler gibi birden fazla etkenden bahsedilmektedir. Etiyolojinin bir nedene bağlı olması hastalığın tedavisini zorlaştırmakta ve tedavide çoklu yaklaşım uygulanmasına neden olmaktadır (Büyüksandıç Özşen 2013, Kaya 2012).

Biyolojik yaklaşımlara bakıldığında; aile ile ilgili yapılan çalışmalar, şizofreni hastalığının kalıtım ile ilgisinin kuvvetli bulgularının olduğunu göstermektedir (Büyüksandıç Özşen 2013). Şizofreni de genetik yatkınlığın önemi bilinmesine rağmen hastalıktan hangi genlerin kesin olarak sorumlu olduğu net değildir (Özcan ve Gürhan 2016). Sağlıklı bireyler ile şizofreni hastası olanlar karşılaştırıldığında şizofreni hastalarında daha yüksek oranda gebelik ile doğum komplikasyonları öyküsü bulunduğu saptanmıştır (Kokurcan 2014).

Eşlik eden bulgular değerlendirildiğinde, dopaminin şizofreni hastalarında çok olduğu (Şimşek 2006, Yılmaz 2012), serotonin metabolizmasının şizofreni hastalarının bazılarında anormal ya da hem hiperserotoninemi hem de hiposerotoninemi olduğu, GABA aktivitesi ise, dopamin aktivitesinin artmasına yol açmaktadır (Sadock ve Sadock 2009). Bazı şizofreni hastalarının beyin-omurilik sıvısında ve beyinde noradrenalinin arttığı görülmüştür (Öztürk ve Uluşahin 2015).

Psikodinamik yaklaşımlara göre, şizofreni hastası olan bireylerin içinde büyüdükleri ailelerde bozuklukların olduğu, anne ve baba tarafından çocuğa ikili (zıt) ileti verildiği ve bu çelişkili iletiler çocuğun çıkmaza girmesine neden olduğunu böylece çocukların nasıl davranacaklarını bilemediklerinden bahsedilmektedir. Bu ikili çıkmaz varsayımının şizofreniye yatkınlığa neden olduğu öne sürülmektedir (Dereboy 2000, Öztürk ve Uluşahin 2015). Diğer sebepler ise, toplumsal ve biyolojik çevre, hormonal sebepler ve hastalık öncesi kişilik olarak belirtilmektedir (Yüksel 2006). Şizofreni hastalığının yaygınlığı nüfus yoğunluğu ile doğru orantılı olup yaşanan çevrenin yaygınlığını etkilediği söylenebilir. Hastalık öncesi dönemde ise; şizoid, paranoid ve patlayıcı özellikler diğer psikotik bozukluklara göre şizofrenide daha çok bulunmaktadır (Sadock ve Sadock 2009).

2.2.3. Tanılama

2.2.3.1. DSM 5'e Göre Tanılama

Şizofreninin tanı ölçütleri olarak DSM-5 tanı ölçütleri kullanılmaktadır (Kokurcan 2014).

Çizelge 2.2. Amerikan Psikiyatri Birliği DSM-5 Tanısal Sınıflamasına Göre Psikotik Belirtilerin Görüldüğü Ruh Sağlığı Bozuklukları (Ünal 2015)

ŞİZOFRENİ AÇILIMI KAPSAMINDA VE PSİKOZLA GİDEN DİĞER BOZUKLUKLAR
Şizotürü (Şizotipal) Kişilik Bozukluğu
Sanrılı Bozukluk Erotomanik türü / Büyüklük türü / Kıskançlık türü / Kötülük görme (perseküsyon) türü / Bedensel tür / Karma tür / Belirlenmemiş tür
Kısa Psikotik Bozukluk Belirgin tetikleyici etken(ler) olan (kısa tepkiselpsikoz) Belirgin tetikleyici etken(ler) olmayan Doğum sonrası başlayan
Şizofreniform Bozukluk Sonlanım özellikleri iyi olan/olmayan
Şizofreni
Şizoaffektif Bozukluk İki Uçlu (bipolar) tip / Depresif tip
Madde / İlacın Yol Açtığı Psikotik Bozukluk Esiklik (entoksikasyon) sırasında başlayan / Yoksunluk sırasında başlayan
Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Psikotik Bozukluk Sanrılarla giden / Halüsinasyonlarla giden
Katatoni Başka bir ruhsal bozukluğa eşlik eden katatoni (Katatoni belirleyicisi) Başka bir sağlık durumuna bağlı katatoni bozukluğu
Tanımlanmış Diğer Bir Şizofreni Açılımı Kapsamında ve Psikozla Giden Diğer Bozukluklar Süregiden duyma varsanıları Duygudurum dönemlerinin belirgin olarak örtüştüğü sanrılar Eşik altı psikoz sendromu Sanrılı bozukluğu olan kişilerin eşinde sanrısız belirtiler
Tanımlanmamış Şizofreni Açılımı Kapsamında ve Psikozla Giden Diğer Bozukluklar
DİĞER RUHSAL BOZUKLUKLAR
Duygudurum Bozuklukları Bipolar Bozukluk / Depresif Bozukluk
A Kümesi Kişilik Bozuklukları Paranoid / Şizoid / Şizotipal Kişilik Bozuklukları

Sanrılı Bozukluk, hasta bireyin en az 1 ay sanrılar yaşamaması ile karakterizedir (APA 2013). Halüsinasyonlar varsa bile belirgin değildir ve davranışlar ise tuhaf bizar değildir. Sanrısız bozukluğun alt tipleri baskın olan sanrısız tema üzerine temellenmektedir. DSM-5'e göre sanrılar tuhaf düşünülürse (örneğin; açıkça anlaşılmaz, mantıksız, sıradan yaşam deneyimlerinden meydana gelmemişse) bir belirtecin ekleneceği belirtilir. Sanrılı bozukluğun alt tipleri bulunmaktadır. Bunlar; erotomanik tür, grandiyöz (büyüklük) türü, kıskançlık türü, perseküsyon türü (kötülük görme), bedensel tür ve karma türdür.

Hasta bireyin yüksek bir statüdeki başka bireyin kendisine aşık olduğuna inandığı *erotomanik tür*, bireylerin kendi bilgileri, güçleri, yetenekleri ve değerlerine ilişkin gerçek olmayan düşünceleri olan *grandiyöz tür*, bireyin cinsel eşi tarafından aldattığı üzerine yoğunlaştığı kıskançlık türü, insanların zulmeden ve kötü kalpli olduğuna inanıldığı *perseküsyon türü* (kötülük görme), bireyin bazı hastalıkları olduğuna inandığı bedensel (*somatik tür*), birden fazla sanrısız konu baskın ise *karma tür* olarak adlandırılmaktadır.

Kısa Süreli Psikotik Bozukluk, bu bozukluğun önemli özelliği psikotik belirtilerin aniden başlamasıdır. Bu belirtilerden önce şiddetli bir psikososyal stres bulunabilir ya da bulunmayabilir. Bu belirtiler en az 1 gün devam eder ama 1 aydan az sürer. Premorbid (hastalık öncesi) işlevsellik düzeyine tam dönme vardır. Birey duygusal karmaşa ve konfüzyon yaşar. Bağlantısız konuşmalar, halüsinasyonlar, sanrılar, uyum bozukluğu ve bizar davranışların varlığı gerçeği değerlendirmede bozukluğun kanıtıdır. Daha önceleri kişilik bozuklukları (en yaygın olarak narsistik, histronik, paranoid, borderline ve şizotipal kişilik bozukluğu olanlarda) olan bireyler bu hastalığa karşı daha yatkındırlar (Sadock ve Sadock 2007). Katotonik özellikler aynı zamanda bu bozuklukla ilişkili olabilir.

Maddenin/İlacın Yol Açtığı Psikoz Bozukluğu, bu bozukluk ile ilişkili belirgin sanrılar ve halüsinasyonlar madde zehirlenmesi ya da çekilmesi, bir ilaç ya da toksine doğrudan maruz kalmak ile ilişkilidir. Bu tanı genellikle yoksunluk ya da zehirlenme belirtilerini takiben çok yoğun olduğu zaman konulur (APA 2013). Tıbbi öykü, fiziki muayene ve laboratuvar bulguları belirtilerin madde zehirlenmesi, çekilme, ilaca ya da toksine maruz kalma ile oluştuğunu gösterir.

Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Psikoz Bozukluğu, bu bozukluğun önemli özelliği başka bir sağlık durumunun doğrudan patofizyolojisiyle ilgili bir sonucu olarak sanrılar ya da varsanılar vardır (APA 2013). Deliryum esnasında belirtiler oluşur ise bu tanı konulamaz. Bu bozukluk klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Katatoni Bozukluğu, bu bozukluk katatoni belirtileri ile belirlenir. Belirtiler laboratuvar sonuçları, fizik muayene, öykü ve bu bozukluğun başka bir sağlık durumunun doğrudan fizyolojisiyle ilgili direk bir sonucu olduğuna dair kanıtların varlığında bu tanı konulur (APA 2013). Katotonik bozuklukla ilişkili olan tıbbi durumlarda nörolojik durumlar (örneğin; tümörler, epilepsi, kardiyovasküler hastalık, ensefalit, kafa travması), metabolik bozukluklar (örneğin;

hepatikenselopati, hiper ve hipotroidizm, hiper ve hipoadrenalizm, B vitamini eksikliği) yer alır.

Şizofreniform (Şizofrenimsi) Bozukluk, bu bozukluğun en önemli özelliği prodromal, aktif ve rezidüel olan bu üç dönem dâhil sürenin 1-6 ay arasında olması dışında şizofreni ile aynı olmasıdır (APA 2013). Belirtiler 6 aydan az süredir devam ediyorsa “geçici” olarak bu tanı konabilir. Klinik tablo 6 ayın üzerine çıktığı durumda şizofreni tanısı konur. Şizofrenimsi bozuklukta hasta bireylerin duygulanımı donuk ya da künt olduğunda, alışılmışın dışında davranışlar görüldüğünde ilk psikotik belirtilerin hızla başlaması durumunda, hastalık öncesi toplumsal ve yapılan işle ilgili işlevsellik düzeyi iyi olduğunda iyi prognoz düşünülür. Katatonik özellikler de bu bozukluk ile ilişkili olabilir (APA 2013).

Şizoaffektif (Şizoduygulanımsal) Bozukluk, bu bozuklukta şizofrenide görülen davranışlarla birlikte duygulanım bozukluklarıyla (depresyon veya mani) ilişkili belirgin belirtiler görülür. Hasta bireyde intihar düşünceleri ve psikomotor retardasyonla beraber depresyon görülebilir ya da belirtilerde hiperaktivite, öfori ve büyüklük düşünceleri olabilir. Şizoaffektif (şizoduygulanımsal) bozukluk tanısının belirleyici faktörü majör bir duygudurum döneminin yani depresyon ya da mani döneminin olmadığı ve en az 2 hafta devam eden sanrılar ya da halüsinasyonların bulunmasıdır (APA 2013). Bununla beraber belirgin duygulanım bozukluğu belirtileri toplam sürenin büyük bir kısmında bulunur. Şizoaffektif (şizoduygulanımsal) bozukluğun prognozu genel olarak şizofreni bozukluğundan daha iyi fakat tek başına duygulanım bozukluklarından daha kötüdür (Andresan ve Black 2011). Katatonik özellikler bu bozukluk ile ilgili olabilir.

2.2.4.Şizofreninin Tedavisi

Şizofreni tedavi edilebilir bir hastalıktır (Yıldırım 2007). Tedavinin derecesi ve niteliği kişiden kişiye ve tedavi tekniklerinin uygulanma durumlarına göre değişkenlik göstermektedir (Yüksel 2006, Karaağaç Özçelik 2015).

Şizofreni hastalığı, bireyin yaşamını tüm yönleriyle etkileyen kronik bir hastalık olduğundan dolayı, tedavi de belirtileri ortadan kaldırmak ya da azaltmak, hastalığın yıkıcı olan etkilerini olabildiği kadar azaltmak, hastanın uyumunu ve yaşam kalitesini olabildiği kadar artırmak amaçlanmaktadır (Taşkın 2007). Başka bir ifadeyle belirtilerin kontrolünün beraberinde sağlık ile ilgili kişisel esenliğin ve yaşam kalitesinin artırılması tedavinin amaçları haline gelmelidir (Chan ve ark. 2007). Günümüzde şizofreninin tedavisi çok

yönlü olarak ele alınmaktadır ve bu çok yönlü yaklaşım, psikososyal ve psikofarmakolojik yaklaşımları içerir (Soygür 1999, Uslu ve Buldukoğlu 2016).

2.2.4.1.Psikofarmakolojik Yaklaşım

Şizofreni tedavisinde kullanılan temel ilaçlar antipsikotiklerdir (Yılmaz 2011, Köroğlu 2013, Kokurcan 2014). Antipsikotikler şizofreni hastalığının alevlenme, başlangıç ve koruyucu tedavi basamaklarında etkin olduğundan uzun süre kullanımının alevlenme riskini azalttığı belirtilmiştir (Sofuoğlu 2000). Antipsikotiklerin akut sanrılarının, varsanılarının, uyku sorunlarının ve saldırgan düzeyde ortaya çıkabilen davranış bozukluklarının ortadan kaldırılmasındaki etkinliği vurgulanmıştır (Kızıltoprak 2006, Yüksel 2006).

Antipsikotikler, serotonin-dopamin reseptör antagonistleri olan yeni antipsikotikler (atipik) ve dopamin reseptör antagonisti olan klasik antipsikotikler (tipik) olmak üzere 2 gruba ayrılırlar (Yılmaz 2011, Büyüksandıç Özşen 2013). Pozitif belirtiler üzerinde daha çok klasik (tipik) antipsikotikler etkilidir. Fakat negatif belirtiler üzerine etkileri daha azdır. Klasik (tipik) antipsikotik ilaçlar; lidanil, largactil, norodol, sitillizan, nörofren, melleril vs.dir (Dülgerler 2004, Büyüksandıç Özşen 2013).

Hasta bireylerin sağaltıma uyumlarını ya da yaşam kalitelerini olumsuz etkileyerek ekstrapiramidal yan etkilere yol açmış olmaları, ilaç kullanımına bağlı olarak sosyal ve mesleki işlevsellikteki bozulmaların devam etmesi ilaçların kullanımını sınırlandırmaktadır. Yapılan çalışmada yeni (atipik) antipsikotiklerin klasik (tipik) antipsikotikler ile karşılaştırıldığında hasta bireylerde yaşam kalitesinin daha yüksek ve yan etkilerinin ise daha düşük düzeyde olduğu saptanmıştır (Gülseren ve Erol 2000).

2.2.4.2.Psikososyal Tedavi Yöntemleri

Şizofreni hastalığında psikotik semptomlarını azaltmada antipsikotikler oldukça önemlidir. Fakat farmakolojik sağaltımın, şizofreni hastalarında toplumsal işlevsellik kazanmalarında etkisi sınırlıdır. Birçok şizofreni hastası ilaç tedavisinden faydalansa bile kısıtlayıcı rezidüel semptomlar ve sosyal işlevsellikteki bozulmalar devam edebilir; hatta düzenli ilaç tedavisine uyum sağlamasına rağmen nüksler yaşayabilir (Bustillo ve ark. 2001, Yılmaz 2011). Hastaneye yatışı azaltmada ve nüksleri önlemede psikososyal yaklaşımlar ile antipsikotik ilaç tedavisini birlikte uygulamanın tek başına uygulanan ilaç tedavisine göre daha etkili olduğu bulunmuştur (Kızıltoprak 2006).

Psikofarmakolojik girişimler şizofreni tedavisinde negatif, pozitif, dezorganize, bilişi ve duygulanım belirtilerini hedefler. Psikososyal girişimler ise, bağımlılığı, kötü yaşam kalitesini, öz bakım yetersizliklerini, tedaviye uyumsuzluğu, kişilerarası ilişki sorunlarını, işlev bozukluklarını, mesleki ve toplumsal becerileri hedef alarak üretkenliğe zemin hazırlar (Doğan 2008).

Şizofreni tedavisinde kullanılan psikososyal tedavi yöntemleri arasında aile grupları, aile psikoeğitimi, grup psikoterapisi, bireysel psikoterapi, uyumlandırma tedavileri (işe uyumlandırma, sosyal beceri eğitimi, bilişsel davranışçı terapiler) yer alır. En fazla uygulanan psikososyal yaklaşımlar uyumlandırma tedavileri ve aile psikoeğitimidir (Dülgerler 2004). Bu yaklaşımların; şizofreninin belirtileri, gidişi, sonlanması, tedavisi, ilaçlarla ilgili eğitim, komorbiditeyi ve belirtilerin şiddetini azaltmak, erken tanı/tedavi, kişilerarası ile aile içi ilişkileri geliştirmek, toplumsal işlevselliği artırmak, aşırı duygu dışavurumunu azaltmak, nüksleri azaltma ya da önlemek, günlük yaşam etkinliklerini yerine getirmeyi sağlamak, gerçekçi beklentiler oluşturmak, toplumsal yeterliliği ve toplumda özerk davranabilmeyi sağlamak, bağımsız yaşamayı, yaşam kalitesini artırmak gibi amaçları vardır (Doğan 2008).

Bireysel psikoterapi yöntemi kişinin sorun yaşadığı konu/konuları temel alarak terapistin (uzmanın) belirleyeceği yöntemlerin uygulanmasıyla gerçekleştirilen bir terapi şeklidir. Başka ifadeyle, bireysel psikoterapi yöntemi yardım arayan bireyle (terapist) uzman arasında olan ve sözel iletişimin kullanıldığı bir tedavi ilişkisidir. Bu ilişkide yardım arayan bireyin sorunları tanımlanarak bunları aşabileceği davranış şekilleri/değişiklikleri oluşturmaya çalışılır (Özkan 2016). Bireysel psikoterapi, yöntemlerinin en çok bilinenleri yoğun iç görü yönelimli olanlar ve destekleyici olanlardır (Dülgerler 2004). Şizofreni hastaları için yoğun içgörü yönelimli olan psikoterapi şeklinin uygun olmadığı ve gerçeğe uyumu destekleyici yaklaşımların bu bireyler için daha faydalı olduğu belirtilmektedir. Hastaların çoğunluğunda öncelikli olarak uygulanması gereken destekleyici psikoterapidir. Destekleyici psikoterapi yönteminin birincil amacı hasta bireyin kontrol duygusunu geliştirmesinde, yaşam streslerini ele almasında, benlik saygısını yükseltmesinde, iş ve toplumsal işlevselliğini arttırmasında bireye yardımcı olmaktadır (Büyüksandıç Özşen 2013).

Grup terapisi, destekleyici, psikodinamik, ruhsal eğitim, davranışçı öğrenme ve kişilerarası ilişkiler kuramlarını baz alan ilkeleri bir grup ortamında uygulayan tedavi

şeklidir. Ayaktan izlenen hastalara, yatan hastalara ve ailelere uygulanabilen bir tedavi yöntemidir (Ceylan ve Çetin 2009). Çoğunlukla klinikte şizofreni hastalarının ayaktan bakımında daha çok grup tedavisi tercih edilmektedir. Çok tercih edilmesinin sebebi, grup terapisi yalıtılmış hasta bireyler için toplumsal etkileşim sağlamasıdır (Sevinçok 2000). Şizofreni hastalarında grup terapisi çoğunlukla gerçek hayat planlarına, ilişkilere ve sorunlara odaklanmaktadır (Büyüksandıç Özşen 2013). Grup tedavileri hasta bireyler için gerçeği değerlendirebilme ortamı, arkadaş destekli eğitimler, akran desteği, sorunların paylaşılması ve çözümlenmesi olanağı sağlayan bir tedavi şeklidir. Gruplarda hasta bireylerin benzer sorunları yaşamış olması onların kaynaşmalarını kolaylaştırarak ortak çözümler üretmelerinde yardımcı olur. Toplum içinde yaşam becerileri kazanıldığı gibi duygusal ilişkiler de geliştirilir. Özellikle yalıtılmaya eğilimli olan şizofrenler için grup ortamı iyi bir toplumsallaşma aracıdır (Yıldız 2011). Grup tedavisinde kimi zaman olumsuz etkilerde görülebilir. Grup ortamı hasta bireyler için çok stresli bir hale gelirse belirtiler kötüleşebilir. Yüzleştirme, sorunları deşme, aşırı duygu dışavurumu uyarıcı olabilir ve bu durum hasta için olumsuz etki yapabilir. Oluşabilecek bu tür olumsuzluklardan kaçınmak için terapistin sınır koyması gerekebilir (Dülgerler 2004). Yapılmış olan bir çalışmaya göre uzun dönemli olan grup psikoterapilerinin psikoz hastalarında ruhsal acıyı, etiketlemeyi azalttığı, yaşam kalitesini iyileştirdiği ve üstbilişi geliştirdiği belirtilmiştir (Pesek 2009).

Bilişsel davranışçı terapinin amacı işlevsel olmayan inanç ve düşünceleri değiştirmektir. Psikotik bozuklukların tedavisinde, özellikle de davranışçı stratejiler ile birlikte daha etkili olabilmektedir (Ceylan ve Çetin 2009). Şizofreniye yönelik bilişsel-davranışçı tedavi uygulamaları, temelde hastalığa bakış açısını normale dönüştürerek kendine yönelik damgalamayı, varsanı ve sanrılar gibi psikotik belirtilerin şiddetini ve sıklığını azaltmakla birlikte; bu belirtilerin deneyimlenmesi sonucu ortaya çıkan umutsuzluk, depresyon ve anksiyete gibi sorunları gidermek, benlik saygısını arttırmak için uygulanan stratejileri de içerir (Mortan ve Sütçü 2011). Şizofrenide bilişsel-davranışçı tedavide amaç; hasta ile iyi bir iş birliği kurmak, hastaya şizofreni belirtilerinin açıklanmasında seçenekleri göstermek, hasta üzerindeki yoksunluk ve taşkınlık belirtilerinin etkilerini azaltacak düşünce seçenekleri önererek hasta bireyin bu belirtilere karşı olan bakış açısını değiştirmesinde yardımcı olmak, hasta bireyin ilaçlarını düzenli olarak alması için tıbbi modelin dışındaki önerileri sunmaktır (Karaağaç Özçelik 2015).

Başka bir tedavi yöntemi ise elektrokonvülsif tedavi (EKT)'dir. EKT, beyin dokularını elektrik akımı ile uyararak jeneralize (yaygın) konvülsiyonlar oluşturma işlemine denir (Kıvrak ve ark. 2011). EKT işlemi esnasında 2007'den buyana tonik-klonik kasılmaya bağlı olarak dramatik bir görüntü ve sık görülen ekstremite, diş ve vertebra kırıkları sebebiyle uygulama anestezi desteği ile birlikte yapılmaktadır (Köksal ve ark 2015). Güvenli ve etkin bir tedavi şekli olan EKT psikoz tedavilerinde kullanılmaktadır (Kıvrak ve ark. 2011). EKT şizofreni için de temel tedavi yöntemlerinden biridir (Büyüksandıç Özşen 2013). İlaçlara dirençli ya da ilaç tedavisine sınırlı yanıt veren olgularda, ağır katatonik ya da eksitasyon gösteren hasta bireylerde EKT'nin farmakolojik tedaviye ek olarak uygulaması faydalı olabilmektedir (Dülgerler 2004). EKT'den çabuk sonuç alınması, dehidratasyon vb. ikincil komplikasyonların oluşmasını önleyebilmektir. Bundan dolayı katatoni EKT için hala önemli klinik endikasyonlardan biridir (Büyüksandıç Özşen 2013).

2.2.5.Şizofreni ve Aile

Aile toplumun temel birimi, aynı zamanda evrensel ve en eski bir kurumdur. Her birey bir ailede doğmakta, büyümekte ve ömrünü tamamlamaktadır (Ünal 2013). Büyüksandıç Özşen (2013)'in tanımına göre aile, biyolojik ilişkiler sonucunda insan türünün devamlılığını sağlayan, toplumsallaşmanın ilk olarak ortaya çıktığı, karşılıklı ilişkilerin belirli kurallara bağlandığı ve o güne kadar toplum tarafından oluşturulan manevi zenginlikleri nesilden nesile aktaran, psikolojik, biyolojik, ekonomik, hukuksal, toplumsal vb. yönleri olan toplumsal bir birimdir. En genel ifadeyle aile, 'toplumun en küçük yapı taşı'dır (Yaşar Ekici 2014).

Ailenin en çok etkilendiği psikiyatrik hastalıklardan birisi şizofrenidir (Tel ve Terakya 2000). Şizofreni ile birlikte ortaya çıkan davranış, düşünce ve duygulardaki aşırı bozulmalar bütün aile üyeleri tarafından hissedilmektedir (Durmaz 2011). Bu açıdan, şizofreni hastalığının aile üzerindeki etkileri önemlidir (Yılmaz 2011). Bir ailenin, çocuklarının şizofreni hastası olduğunu öğrendiğindeki duyguları, ciddi bir hastalık ya da kaza olduğu zamanki duygularından farklı değildir (Gülseren 2002, Yılmaz 2011). Anne ve babalar hasta olan çocukları ile ilgili beklenti ve umutlarını kaybederek bu durumun yasını tutabilirler ve adeta bu "bitmeyen yas" sürecine dönüşebilmektedir (Yılmaz 2011). Hastalığın yaratmış olduğu aile üyeleri üzerindeki bu etki, hastalığın aşamalarıyla ilişkilidir. Hasta bireyin ailesi ilk psikotik atak esnasında endişe ve şaşkınlık içindeyken,

hastaneye yatış sayısı arttıkça hasta bireyin ailesi bıkkınlık yaşayabilir. Bu duruma ek olarak, hasta bireyin ailesinde duygusal sorunlar olabileceği gibi bireylerin mesleki/iş verimleri de düşebilir (Gülseren 2002, Özütek 2005).

Sağlık personelleri daha çok akut dönemdeki hastalarla kısıtlı bir süre beraberken aileler bütün günlerini hastayla beraber geçirmekte, hasta bireyin bakımını zorunlu ya da gönüllü olarak yürütmekte, bunu gerçekleştirirken de hastalık sürecinde, hasta bireye yaklaşım konularında bilgiye, beceriye, sosyal ve duygusal desteğe ihtiyaç duymaktadırlar. Bu nedenle aile, hastalık ile baş etme sürecinde pozitif katkılar sağlayabildiği için en önemli doğal kaynak olarak belirtilmektedir (Tel ve Terakya 2000).

Aile, hasta birey için en geçerli ve en fazla kullanılan rehabilitasyon ortamıdır. Son dönemde, hasta bireyi en kısa sürede hastaneden çıkarma da ailenin önemi artırmıştır (Tanrıverdi 2008). Çünkü ailenin ruhsal bozukluklarda tedavi edici ve bakım rolü önemli olduğundan aile birimi bu bozuklukların başlangıcı, seyri, tedavisi ve sonlanmasına kadar en önemli ve tek değişkendir. Yapılan klinik çalışmalarda, ruh sağlığı üzerine hayat boyu etkisi olan ebeveyn reddi, ayrılması ya da ölümü, evlilik sorunları, hatalı aile içi iletişimi, aile içi şiddet vb. ailesel zorlanma unsurlarının özellikle de erken çocukluk dönemi deneyimlerinin etkilerini göstermektedir (Bellack ve ark 2000, Kumar ve Tiwari 2008).

Karaağaç Özçelik (2015) çalışmasında, şizofreni hastası olan aileleri hastalığın sebebi olarak suçlamaktansa hastalığın yönetimi ve tedavisinde önemli yardımcıları olarak benimsenmeleri gerektiğini vurgulamıştır. Şili’de yapılmış bir çalışmaya göre olumsuz tutumlar sergileyen şizofrenlere bakım verenlerin yük algısı yüksek çıkmıştır. Sadece hastaların değil aynı zamanda ailelerinde şizofreni hastası ile yaşamaya bağlı olarak ortaya çıkabilecek ruhsal bozulmaları ya da zorlanmaları da tedavi edilmelidir (Caqueo Urizor ve ark. 2011).

Şizofreni hastalığının seyrinde, hasta bireyle ailesi arasındaki duygusal bağın çok önemli olduğu vurgulanmaktadır. Aile üyelerinin fazla ilgisi, eleştirel tarzdaki yorumlar, hostilete, hastaneye yatış ve nüks oranının artmasına sebep olurken, içten sıcak tutum ile olumlu uyarıların koruyucu rolü olduğu, ancak ailenin duygusal uzaklığının ise olumsuz etkileri olduğu belirtilmiştir (Özden 1995, Yüksel 2001, Çetinkaya Duman ve ark. 2007, Yıldırım 2007).

2.2.6.Şizofreni Hasta ve Ailelerinde Hemşirelik Yaklaşımları

Ruh sağlığı hizmetlerindeki temel amaç, hasta bireylerin yaşam kalitesi ve özgüvenini artırmaya yönelik yardım edici bir güçlenme sağlamaktır. Hasta bireylerin yaşam kalitesini etkileyen anahtar faktörlerin belirti düzeyleri, ruhsal toplumsal müdahalenin ve güçlenmenin olduğu belirtilmektedir. Hasta bireylerin yaşam kalitesinin belirti düzeyleriyle negatif yönde, ruhsal toplumsal iyileştirmenin ve güçlenmenin ise pozitif yönde ciddi anlamda ilişkili olduğu belirtilmektedir (Chou ve ark. 2012).

Toplumun ruh hastalıklara yönelik inanç ve görüşlerinin hemşirelik mesleği işlevleri üzerine bazen etki göstereceği belirtilmektedir (Emiroğlu ve ark. 2009). Ruh sağlığı alanındaki sağlık çalışanlarının, psikiyatrik hastalıklara sahip olan bireylere karşı olan tutumlarını ve bu hastalıklar ile ilgili temel inanışlarını bilmesi, hasta bireylere sunulan hizmetin kalitesini etkileyeceği için oldukça önemlidir (Gee ve ark 2003, Arslantaş ve ark 2009). Hasta bireylerle uzun süre ve yakından ilişki içinde olduklarından hemşirelerin tutumlarının bu hasta bireyler üzerine doğrudan etkisi olmakta ve bununla birlikte hemşirenin tutumları klinikteki terapötik ortamı etkileyebilmektedir (Emiroğlu ve ark. 2009).

Toplumun bir üyesi olan sağlık çalışanlarının da ruhsal bozuklukları olan hasta bireylere karşı tutumları olumsuz olabilmektedir (Eşsizoğlu ve Arısoy 2004). Hasta ve hastanın ihtiyaçları hemşireliğin odak noktasıdır. Psikiyatri hemşireliğinde en önemli sorumluluklarından biri öncelikli olarak tedavi edici ortamı sağlamaktır (Büyüksandıc Özşen 2013). Psikiyatri hemşireleri şizofreni hastaları ile günlük uygulamalarında çok sık karşılaşılırlar. Hemşirenin ilk hedefi hastalığın belirtilerini yatıştırabilmek için hemşirelik bakımını uygulamak, ikinci hedefi ise tedavinin devamlılığını sağlamak ve tekrarlamaları önlemektir (Karaağaç Özçelik 2015).

Hasta bireylerin toplumsal düzeyli iletişimdeki kusurlar sebebiyle ihtiyaçları karşılanmadığında yaşam kalitesi düşer ve buna bağlı olarak toplumsal becerilerden yoksun olan hasta bireyler başkalarıyla doyurucu ilişkiler kuramazlar, kendilerini engellenmiş, yalıtılmış ve yalnız hissederler (Yıldız ve Danacı 2013, Karaağaç Özçelik 2015). Hasta-hemşire işbirliğinde şizofreni hastasıyla ilişki kurmak en önemli evredir. Hastayla kurulmuş olan tedavi edici ilişkideki hemşirenin yoğunlaşmış olduğu nokta, hasta birey ve gereksinimleridir. Hasta bireye ihtiyaç duyduğu yardımı verilebilmek onunla kurulan tedavi edici ilişkinin niteliğiyle bağlantılıdır (Karaağaç Özçelik 2015).

Saunders (2003)'e göre, şizofreni hastası olan bireyler çoğunlukla aileleri ile beraber evde yaşamaktadırlar. Bu nedenle hasta bireyin taburcu olup hastaneden çıktıktan sonra döneceği ortam, evleri olduğu için bu ortamı paylaştıkları aile üyelerinin de bakıma katılması ve aile üyelerinin bakım konusunda desteklenmesi sağlanmalıdır (Yıldırım 2007, Durmaz 2011).

Şizofreni hastasına sahip olan ailelere destek sağlamak amaçlı yapılan girişim aşamalı bir süreçtir (Durmaz 2011). İlk olarak, hasta bireyi ve ailesini tanımlaması gereklidir. Bu aşamada, aile ile bağlantı kurularak hasta birey için planlanmış olan bilgi ve tedaviler aileyle paylaşılır. Ailenin hastalığa karşı tepkileri incelenerek endişeleri öğrenilir. Karşılıklı bir şekilde hedefler belirlenip bir tedavi sözleşmesi oluşturulmaktadır. İkinci olarak, şizofreni tanılı birey ile yaşayan ailelerin baş etme becerileri üzerine odaklanılır. Bu aşamada hastanın bakımına katılabilecek olan ev içindeki diğer bireyler belirlenir. Aile içinde bakım sürecine katılan bütün bireylerin birbirlerini desteklemeleri ve bu destekleri geliştirebilecekleri planların oluşturulması amaçlanır. Daha sonra, aileler ile bireysel tartışmalar yapılır ve bu evrede genel olarak iki hedef yer alır. Bu hedeflerin ilki aile üyelerinin sınırlılıklarını kuvvetlendirmek, diğeri ise hasta bireyin yavaş yavaş sorumluluk üstlenmesini sağlamaktır. Son olarak, ileriye yönelik olarak ulaşılabilir hedefler belirlenmektedir. Bütün aşamalarda oluşturulacak olan ve var olan programlara katılımlarını sağlamak için aileleri cesaretlendirmek söz konusudur (Durmaz 2011).

2.3. DAMGALANMA

2.3.1. Damgala(n)ma (Stigmatizasyon, Etiketleme) Kavramı

Damga TDK (2017)'na göre, işaret ya da bir kimsenin adını kötüye çıkararak yüz kızartıcı bir durum olarak tanımlanmaktadır. Damga (stigma), iz, yara, delmek, delik anlamını ifade etse de, şimdilerde daha çok “kara leke” olarak kullanılmaktadır. Ortaçağda suçluların, suçluluğun bir göstergesi olarak kızgın demir ile dağlanmalarından sonra damga sözcüğü bu anlamda kullanılmıştır (Çam ve Bilge 2007). Amerikalı sosyolog Goffman damgalama kuramının öncüsüdür. Goffman damgalamayı, “damgalanan kişiye daha az değer verilmesi, bu etiketi taşıyan bireylerin neredeyse bir insan gibi algılanmaması ve bu bireylerin daha az istenebilir olması, derin bir saygınlığın kaybı” olarak tanımlamıştır (Çam ve Bilge 2007). Damgalama (stigmatizasyon), toplumda farklı olduğu düşünülen bireye yönelik hissedilen duygu ve beraberindeki önyargılı bir davranış olarak da ifade

edilmektedir. Bu önyargılar dışlama ve ayrımcılık davranışlarını beraberinde getirir (Ergün 2005).

Damgalama süreci, etiketlemeyle başlar, ayrımcılık ve dışlamayla sonlanır. Etiketlenen bireyin etiketleme olduğunda, kimliği ile özellikleri önemli değildir. Etiketlenen birey, toplum tarafından gerçek davranışlarından ve gerçek kimliğinden bağımsız olarak algılanırken toplum bu bireylere olan tutumlarını bu duruma göre düzenler. Genel olarak ifade edildiğinde damgalama, bazı hastalara ya da gruplara karşı toplumun tavır alarak onları toplumdan dışlamaya kadar gidebilen davranışlar bütünüdür (Taşkın 2007).

2.3.2.Damgala(n)ma Türleri

Corrigan ve Shapiro (2010)'a göre iki tür damgala(n)ma olduğu belirtilmektedir: Toplumsal damgala(n)ma; genel nüfusun tutumlarını ve buna meslek gruplarının tutumunun da dahil olduğu tutumları ifade eder. Nüfusun büyük bir kısmı basmakalıp düşüncelerde hem fikir olduğu zaman toplumsal damgala(n)ma ortaya çıkar. Bu basmakalıp düşüncelerin bazıları; ruhsal hastalığı olanlar tehlikelidir (ne yapacakları bilinmez ve şiddete yatkındırlar), yetenezsizdirler (çalışabilme yeterlikleri yoktur), ayıplıdırlar (kişilikleri ahlaki açıdan yoksundurlar) şeklindedir. Toplumsal önyargılar, diğer bireylerden ayırma (geçmişte bu bireyler, günümüzde psikiyatrik getto olarak isimlendirilebilecek hastanelerde tutulurdu), kendi kendine karar vermesine engel olma “bir otorite figürü bireyin hedefleriyle ilgili kararlar vermeli ve bu hedeflere ulaşabilmek için tedavinin türünü belirlemeli” ve fırsatlardan yoksun bırakma “işe ruhsal hastalığı sahip olan bir kişiyi alma. Çünkü beraber çalıştığı bireylere zarar verir” gibi çeşitli ayrımcılık türlerini içerir (Corrigan ve Shapiro 2010).

Kendini damgalama (içselleştirilmiş damgala(n)ma); olumsuz bir kendilik algısını vurgulamaktadır. Kendini damgalama da, birey kendisiyle ilgili olumsuz basmakalıp düşünce ve tutumlara sahiptir. Bu önyargılar bireyin davranışlarını da etkiler (örneğin hevesle iş aramazlar). Genellikle duygusal tepkiler düşük öz-yeterlilik hissi ve düşük benlik saygısı içerir. Kendini damgalamada ruhsal hastalık tanısı, ayrımcılığa maruz kalma ya da objektif bir dışlanma eğiliminin dışında hastalığın etiketiyle birlikte almayla kendisini göstermektedir. Başlıca kaynak bireyin kendisidir. Hasta bireyin bulunduğu toplumda ve yakın çevresinde de damgalama eğilimi var ise bu durumun şiddetini artabileceği tahmin edilebilir (Corrigan ve Watson 2002).

2.3.3.Damgala(n)manın Nedenleri

Toplumun ruhsal bozukluğa sahip olan bireyi damgalanmasının sebepleri vardır. Bu sebepler, ruhsal bozukluğa sahip olan bireyi farklı olarak görmek ve onu bu farklılığından dolayı suçlamak, saldırgan olduğunu düşünmek, davranışlarına anlam verememektir. Ayrıca, ruhsal bozukluğa sahip olan bireyin davranışlarındaki tutarsızlıktan dolayı, nerede nasıl davranış sergileyeceğini tahmin edememek ve bilinmeyenden korkmak, bireye uygun olan yaklaşımı bilmemek ruhsal bozukluğa sahip olan bireyin topluma ait olmadığını düşünmesi, değersiz görmesi, bireyin asla iyileşemeyeceği düşüncesinde olmasıdır (Halter 2002, Ergün 2005). Özellikle de damgalamaya sebep olan en büyük etkenin ruhsal bozukluğa sahip olan bireye karşı duyulan korku olduğu belirtilmektedir (Taşkın 2007). Ruhsal hastalığın bir hastalık olarak algılanmaması da bir diğer etken ve en önemli sebeplerden biridir. Cinsiyet, yaş, eğitim, medeni durum, meslek, iletişim araçları, sosyal sınıf, kültür, hastalık hakkında bilgi, dini inançlar, ruhsal hastalık ile temas, ruhsal hastalık etiketi, hastaların özellikleri, psikopatoloji türü damgalamayı etkileyen faktörlerdendir (Taşkın 2007).

Aynı şekilde kültür de ruhsal hastalıkların belirtilerini, gidişatını ve sonuçlarını etkilemektedir (Katkak 2008). Batılı toplulukların dışında kültürel farklılıkların psikiyatrik damgalamanın daha ciddi boyutlarda olabileceği düşünülmektedir. Batılı ülkelerde ruhsal bakıma daha az para harcanması, daha kısıtlı tıbbi kayıt ve daha az insan haklarının olması; psikiyatrik tedavi almanın daha az açıklanabilir olması ve kötü bir yargı sisteminin olması bu durumun nedeni olarak gösterilmiştir (Barrio ve ark. 2003). Batılı olmayan topluluklarda ruhsal hastalıkların daha çok gelenek ve kültürden etkilendiği öne sürülmüştür. Mesela, Afrika ülkelerinin çoğunda geleneksel dinler ile ruhsal hastalıklar arasında güçlü bağlantılar kurulmakta olduğu belirtilmiştir (Katkak 2008). Afrika ülkelerinde yapılmış olan çalışmalar ruhsal hastalıkların daha çok doğaüstü güçlere atfedildiğini göstermektedir. 1989 yılında yapılmış olan bir çalışmada, daha çok siyah toplumlarda ruhsal hastalıkların damgala(n)ma tutumuna maruz kaldığı bildirilmiştir (Katkak 2008).

2.3.4.Damgala(n)manın Etkileri ve Sonuçları

Damgalanan kişi, içinde bulunduğu toplumdan zamanla uzaklaşarak giderek kendisini yalnız hissetmeye başlar, ümitsizlik, güçsüzlük, karamsarlık gibi duygular birey

tarafından deneyimleyebilir eğer damgala(n)ma sürerse hayattan zevk alma duygusu yanı sıra yaşama isteği azalabilir. Kişinin sosyal destekten yoksun kalması hayatının her adımında baş gösterir (Ferriman 2000). Damgala(n)ma hasta bireyin tedavi görme şansını azaltmaktadır. Ruhsal hastalığa sahip olan bireyin toplumdaki damgalamayı hissetmesi ve kendi kendini damgalaması sonucu hastalığının başlarındaki belirtileri inkar edebileceğinden dolayı bunun için tıbbi bir çözüm aramayabilir (Özmen ve ark 2004). Tedaviye ulaşma ile tedaviyi devam ettirme imkanları azalan hastaların işlevsellikleri azalmakta olup toplum ile uyumları bozulmaktadır (Çam ve ark 2014).

Damgalanma ruhsal bozukluğa sahip olan bireyleri dışsal ve içsel olarak etkiler (Ergün 2005). Dışsal olarak damgalanma, hasta bireyin akrabaları, arkadaşları, işverenler ve yakın çevresi tarafından reddedilmesidir. Eğer hasta çalışıyorsa genel de işyerinde damgalanma korkusu yaşayarak, ilaçların dozunu atlatarak tedaviye uyumsuzluk gösterebilir ve bu durumdan ilaç tedavisi olumsuz etkilenebilir (Çobanoğlu ve ark 2003). Bu durumdan yalnız stigmatize edilen birey değil aynı zamanda bireyin aile üyeleri de etkilenir. Özellikle de anne ve babalar yetersizlik, yalnızlık ve suçluluk duygusu deneyimleyebilirler (Ergün 2005). İçsel olarak damgalanma ise; reddedilmenin bireyin psikolojisinde depresyon ve yalnızlığa yol açmasıdır. Toplumda özellikle, hastalığa ailenin neden olduğu düşünülür ve aileler suçlanır. Bu tür yanlış inanışlar ve bunun doğrultusunda damgalayıcı yaklaşımlar ailelerin kendilerini kötü hissetmelerine neden olur. Ruhsal hastalığa sahip olan ailelerde anne ve baba ruhsal bozukluğu olan çocuğa daha çok yöneldiğinden diğer çocuklarını ihmal ettiği düşüncesine kapılabilir. Stigmatizasyon hasta birey de olduğu kadar aile üyelerinde de, içine kapanmaya, sosyal aktivitelerinde ve çevreyle olan etkileşiminde azalmaya neden olabilir. Ruhsal hastalığa sahip olan bireylerin ailelerinde üyelerden birisi bazı durumlarda işini kaybedebilir ve böylelikle sorunlara ekonomik bir boyut da eklenmiş olur (Ergün 2005).

2.3.5.Damgala(n)mayı Önleme ve Tedavi

Ruhsal bozukluğa sahip olan bireyin damgalanmasını önlemek için psikiyatrist, psikiyatri hemşiresi, pratisyen hekim, ruhsal bozukluğa sahip olan birey ile ailesi, yakınları gibi birçok disiplin beraber hareket etmelidir. İlk olarak, toplumun ruhsal hastalıklar konusunda eğitilmesi gereklidir (Deahl ve Welsh 2002, Üçok 2003). Medya, eğitimde kullanılacak en güçlü kaynaklardan biridir. Bu nedenle basın mensuplarının çalışmalarına dahil olması ve eğitilmeleri önemlidir. Halka yönelik olarak planlı bir şekilde

bilgilendirme, bilinçlendirme programları yapılmalıdır. Toplumun hasta bireyi ve hastalığını daha iyi anlaması hasta bireylerin kendi tecrübelerini yazması ya da anlatması ile sağlanabilir (Özmen ve ark 2004). Bu konuda eğitimcilerin eğitilmesi de çok önemlidir. Çünkü ruhsal bozukluğa sahip olanlara yönelik tutumlar bireylerin büyüme döneminden itibaren şekillenmeye başlar. Hekimler, ruhsal bozukluğa sahip olan bireye yönelik tutumlarını gözden geçirmelidir. Toplumdaki bireyler, doktorun bu konudaki olumsuz düşüncelerinden etkilenebilir ve bu şekilde koşullanabilir. İlk olarak doktor düşünceleri hakkında bir farkındalık geliştirerek hatalı yargı ve yaklaşımları var ise bunu düzeltmelidir (Üçok 2003). Hemşirelerin damgala(n)mayı önlemede, ruhsal bozukluklara ve ruhsal bozukluğa sahip olan bireylere yönelik tutumları, bireylerle bütün sağlık profesyonelleri arasında bir köprü oluşturması bakımından önemli bir konumdadır. Bu konuda hemşirelerin olumlu düşüncelerinin olması, toplumun büyük bir bölümüne ulaşacak şekilde eğitilmiş olmaları gerekmektedir (Özmen ve ark 2004).

Toplumdaki şizofreni hastalığına yönelik damgalama eğiliminin nedeni, toplumun şizofreni hastalığı konusunda yanlış inançlar ve yetersiz bilgi sahibi olmasıyla doğrudan ilişkilidir (Üçok 2003). Ruhsal hastalık ve bu hastalığa sahip bireylere yönelik olan tutumların, önyargıların, yanlış inanışların değiştirilmesi ancak toplumun eğitilmesi ile mümkün olabilir. Bunu mümkün kılmamanın en etkili yöntemi ise toplumdaki anahtar bireylerin doğru bir biçimde bilgilendirilerek hasta bireylerin damgala(n)masını ve buna bağlı gelişen ayrımcılığı azaltmaktır (Akkaya ve ark. 2008, Bilge ve Çam 2010). Yapılmış olan bir çalışmanın sonuçlarına göre, ilaç tedavisinin riskleri, yan etkileri, yararları hakkında, toplumun, özellikle de düşük sosyoekonomik ve düşük eğitim düzeyi olanların bilgilendirilmeye ihtiyacı olduğunu, yapılacak bu bilgilendirmelerin de derneklerin ya da kendine yardım gruplarının destekleriyle yapılmasının faydalı olacağını göstermiştir (Sağduyu ve ark. 2001).

Ruhsal hastalıklara yönelik birçok tedavi şekli olduğu halde ruhsal bozukluğa sahip olan bireylerin çoğu damgalanma korkusu sebebiyle çözüm yolu olarak tedavi aramamaktadır (Graves ve ark 2005). Tedavinin gecikmesinin nedeni sadece hastalıktan kaynaklı damgalanma korkusu sebebiyle değil aynı zamanda ruh sağlığı çalışanlarının toplum tarafından damgalanmasından (deli doktoru vb.) kaynaklanmaktadır (Katkak 2008). Hong Kong'ta yapılmış olan bir çalışmaya göre şizofreni hastalarının tedavisinde, damgala(n)ma beklentisi nedeniyle ortalama 2 yıl gecikme olduğu saptanmıştır (Ho ve

Adreasen 2001). Bu tür gecikmelerin sebebi toplumun ruhsal hastalıklara yönelik bir farkındalığının olmamasına bağlanmıştır. Fakat bireylerin şizofrenik yaşantının patolojik doğasını bilmesi de, bu hastaların tedaviyi ertelemeyi tercih etmelerine sebep olabilmektedir (Link ve ark 1989).

Toplumun ruhsal bozukluklarla ilgili doğru bilgiler öğrenmesi hastaları, onların neler yaşadıklarını ve hastalığı daha iyi anlayabilmelerini sağlar. Bu açıdan toplumun ruhsal bozukluklar konusunda değişik yöntemlerle bilgilenmesi sağlanmalıdır. Bunun için televizyon programları, afişler, broşürler, internet, gazete ve kitaplar kullanılabilir. Sağlık profesyonellerinin, hastanın olası semptomları ve iyileşme potansiyeli konusunda da bilgi vermesi gereklidir. Ayrıca negatif belirtiler bilinmeli ve bu belirtilerle mücadele edebilmelidir çünkü bunlar damgala(n)mayı azaltmada ilk adımlar arasında yer almaktadır (Ergün 2005).

2.3.7. Ruhsal Hastalığı Olan Bireylerin Hasta Yakınlarında Damgalanma

Damgala(n)manın aileler üzerinde ağır sonuçları olduğu belirtilmektedir. Aileler kendilerini kardeşlerinin, çocuklarının, hastalığından sorumlu tutmakta bunun yanı sıra suçluluk hissi yaşamaktadırlar. Ruhsal hastalığa sahip olan bireyin ailelerine çevrelerindeki insanlar sanki bu durumun yüz kızartıcı bir suçmuş gibi davrandıkları ve “ruhsal hastalığa sahip olan bir bireyin annesi ya da babası olmak” şeklinde damgalayıcı tutumlar sergiledikleri için aile üyeleri bunlarla mücadele etmektedir. Aileler toplumda kendilerine farklı davranıldığından dolayı yakınlarının hasta olduğunu gizli tutmaya çalışmaktadırlar (Kıvırcık Akdede 2004). Hastalara önerilmesine ya da sevk edilmesine rağmen psikiyatriste başvuramamaların sebebi tedavi ve onun niteliğiyle ilgili olumsuz düşünceler değildir. Asıl sebep ruhsal hastalıklara bağlı damgala(n)ma korkusudur. Ayrıca psikiyatrik tedaviler bakımından hasta birey ve yakınları da toplumda yaygın olan düşüncelere sahiptirler (Taşdemir 2014). Psikiyatrik ilaçların hastalığının sebebini ortadan kaldırmadıklarını (Lazaratou 2007), bağımlılığa sebep olduklarını (Chakraborty 2009), normal duyguları baskıladıklarını (Baumann ve ark 2004) ve kişilik değişikliğine sebep olduklarını düşünmektedirler (Thorens ve ark 2008).

Şizofreni tanılı birey ile yaşamak birçok aile tarafından olumsuz olarak değerlendirilmektedir (Boye ve ark 2001). Ailenin bu hastalarla ilgili belirtmiş olduğu başlıca sıkıntılar arasında, hastalık sürecindeki belirsizlikler, hastada oluşan rahatsızlık verici davranışlar, aile üyeleri dışında yeterli destek alamama, yalnızlık, hasta bireyin

öngörülemeyen duygu dışavurumu ve şiddet eylemlerinden korkmak, hastayla karşılıklı iletişim kuramama, hasta bireyin kaybettiği ve kaybetmeye devam ettiği potansiyeline üzülmünün olduğu belirtilmektedir (Saunders ve Byrne 2002, Holzinger 2003).

Aileler şizofreni tanılı akrabalarında bulunan sıkıntıları farklı yorumlayabilirler. Akrabaları en çok rahatsız eden belirtiler, sorumsuzluk hali, enerji azlığı, amaca yönelik eylemlerde azalma vb. negatif belirtilerdir (Hooley ve Campbell 2002, Katkak 2008). Aileler çoğunlukla bu belirtileri hasta olan akrabalarının karakter ve kişilik kusurlarına bağlayabilmektedirler ve kötü hissettirmek, kıskırtmak ya da kızdırmak gibi davranışları şizofren bireyin diğer aile üyelerine karşı kasıtlı olarak yaptığı düşünebilmektedirler (Villares ve Sartorius 2003).

Aile bağları güçlü olanlarda aile üyelerinden biri hastalandığında, rahatsızlık tüm aileye yansımaktadır. Bununla beraber, ruhsal hastalıklar ile uğraşan profesyoneller akrabalarının sorunlarını nadiren fark etmektedirler. Hasta bireyin tedavisinde çok önemli olmasına rağmen, çok az sayıda psikiyatri servisi hasta ailesine yönelik müdahaleler yapmaktadır. Aileler stigmatizasyonu içselleştirir, utanır, kızgınlık, suçluluk ya da başkalarına karşı buna sağlık çalışanları da dahil olmak üzere güvensizlik hissedebilirler (Espina ve ark 2003). Şizofreni hastalığı çok fazla zaman ve ilgi gerektirdiğinden şizofren akrabası olan aileler kendi ailelerinin ihtiyaçlarını karşılayamamaktadırlar. Ebeveynler ve kardeşler, hastanın davranış ve belirtilerinden utanabilmekte ve bu nedenle başkalarını evlerine davet etmekten kaçınabilmektedirler (Katkak 2008).

Aileler, hastalar için zorlanmalara karşı korunmada ve hastalıkla baş etmede en önemli kaynaklardır (Yıldız 2011). Ruhsal hastalıklarda aile, tedavi ve bakımda önemli role sahip olup aile birimi ruhsal hastalıkların bütün aşamalarında tek ve en önemli değişkendir (Karaağaç Özçelik 2015). Hastalık belirtilerinin aileler tarafından yanlış yorumlanması, yüksek duygu dışavurumuna (aşırı koruyucu kollayıcı, eleştirel, düşmanlı) sebep olmaktadır. Yüksek duygu dışavurumu aile içi dinamiklerini olumsuz olarak etkilemekte, tekrarlı yatış ve relapsların daha çok olmasına neden olduğu bildirilmektedir (Yavaş Ayhan 2013). Aile ortamında kendini ifade edebilme, çatışma, birbirine bağlılık gibi ilişki alanların yanında kontrol, kuralların açıklığı gibi özellikler hasta bireyin yaşam kalitesini, belirti ve şiddetini etkileyebilmektedir. Ailenin hasta bireyden beklentisinin düşük olması ve olumlu duyguların ifade edilmesi, negatif belirtilerin daha az görülüp daha iyi yaşam kalitesiyle ilişkili olduğu belirtilmiştir (Öbekli 2013).

2.3.8. Şizofreni ve Damgalanma

Ruhsal hastalığa sahip olanlar da toplumdaki diğer bireyler gibi, kalıplaşmış yargılar ile karşı karşıya kalmaktadırlar (Ersoy ve Varan 2007). Psikiyatrik rahatsızlıkların bazıları diğerlerine oranla daha çok damgalanmaktadır (Chee ve ark 2005). Bunlardan biri de şizofrenidir. Şizofreni hastalığında damgalamanın; anksiyete, depresyon gibi psikiyatrik hastalıklara göre daha çok olduğu bildirilmiştir (Arslantaş ve ark 2010). Bu hastalıklara sahip olan bireyler çoğunlukla ucu kestirilemez, sorumsuz, tehlikeli ve çocuk gibi algılanırlar (Penn ve ark 1999, Wilson ve ark 2000). Bu damgalayıcı tutumların sebebi birkaç faktör olabilir. Bu faktörlerin arasında; bu tür hastalıklarla ilgili gözlemlenen davranışlar, sınıflama ve basının bu tür ruhsal hastalıkları yanlış sunması vardır (Penn ve ark 2000, Sato 2000). Şizofreni hastası olan kişiler gizleme davranışını kendilerini korumak için geliştirebilirler. On şizofreni hastasından dördü hastalığının bilinmesinin başkalarının ailelerinden uzaklaşmasına neden olacağına inanmaktadır. Bu durum hasta bireylerin ailelerini korumak için sosyal olarak arka planda durmalarına sebep olabilecektir. Fakat bu daha da acı verici durumdur. Çünkü bu durum tedaviye uyumu güçleştirdiğinden, damgalanabilir şizofreni tekrarıyla sonuçlanmasına neden olabilir (Ono ve ark 1999). Dünya Psikiyatri Birliği 1996'da şizofreni ile ilgili ayrımcılık ve damgalanma ile mücadele programını geliştirmiştir. 1993 yılında ise Japon Psikiyatri ve Nöroloji Topluluğu (JPNT) şizofreniyle ilgili ön yargıları ve yanlış anlamaları çözmek için çalışmalar başlatmıştır. Bu çalışmalardan birisi şizofreni için kullanılmakta olan “zihin yarılması hastalığı” teriminin “bütünleştirememme bozukluğu” terimiyle değiştirmek olmuştur (Ono ve ark 1999). Şizofreninin eski tanımı, hasta birey ile ailesine yapmış olduğu olumsuz etkileri kaldırmak amacıyla yeniden tanımlanmıştır. Japonya'daki psikiyatri uzmanlarının çoğu hasta ve ailesini tanıyı söylerken eski terimi söylemekten kaçınılmaktadırlar.

Yapılan bir araştırmaya göre psikiyatri uzmanlığı üyelerinin %82'sine göre yeni terimin, tedavi onayı almakta, tedaviye uyumu sağlamakta, damgalamayı etkin bir şekilde azaltmakta ve sosyal entegrasyonu başarmakta faydalı olduğu bildirilmiştir (Ono ve ark 1999). Aynı şekilde, Hong Kong'ta bu konudaki tutumu değiştirmek amacıyla psikiyatri uzmanları kullandıkları “zihnin yarılması” terimi “algılama bozukluğu” olarak değiştirmişlerdir. Fakat bu yeni terimler de zamanla damgalanmıştır ve şizofreni ile özdeş

bir hale gelmiştir (Lee ve ark 2006). Bu da terim değişikliğinin, damgalamayı azaltmak için etkin bir strateji olmadığını göstermektedir.

Son zamanlarda şizofreni hastalarının tedaviye olan uyumsuzluğu ve tedavi ile alevlenen damgalanma konusu üzerine odaklanılmıştır (Schulze ve Angermeyer 2003, Bağ ve ark 2006). Katkız (2005)'a göre tedavi ile indüklenen damgalanmanın, hasta bireyin kendisini gizlemesine neden olmakta, tedaviye uyumunu, iş performansını ve aile ilişkilerini tehlikeye düşürmektedir. Şizofreni hastalığına yönelik damgalamaların incelendiği bir araştırmada, katılımcıların kendilerine verilmiş olan örnek olguya şizofreni tanısı konduğunu öğrendikten sonra ifadelerinde belirgin bir düzeyde olumsuz döndüklerini aktarmaktadırlar (Akdede ve ark. 2004). Yapılan bir çalışmada, ruhsal bozukluklarla ilgili olumsuz yorum ve olaylara maruz kalmanın damgalamayla doğrudan ilişkili olduğu belirtilmiştir (Özten ve ark. 2006).

Lise öğrencilerinde yapılmış olan ruhsal bozukluklara yönelik damgalamayı belirleyen etmenlere yönelik olan araştırmada, öğrencilerin ruhsal bozukluklara yönelik önyargı, olumsuz tutumlar ve sosyal mesafe olmasını istedikleri belirlenmiştir (Oban ve Küçük 2011). Hemşirelik öğrencileri ve hemşirelerin şizofreni hastalığıyla ilgili tutumlarına yönelik olarak yapılmış olan araştırmada, katılımcılardan özellikle hemşirelik öğrencilerinin en çok kişisel yakınlık gerektiren birlikte çalışma, evlenme gibi durumlar başta olmak üzere şizofreni hastalarına karşı reddedici tutuma sahip oldukları belirlenmiştir (Özyiğit ve ark. 2004).

2.3.9. Toplum Ruh Sağlığı Merkezi ve Şizofreni

Ülkemizde önceleri şizofreni ve benzeri ağır ruhsal hastalara yönelik ruh sağlığı hizmeti hastanelere dayalı kurumsal tabanlı yürütülmekteydi, hasta birey yalnızca hastalandığında ailesi ya da polis gücü ile hastaneye getirilerek tedavi hizmeti almakta ve tedavi yalnızca psikofarmakolojik müdahale ya da elektrokonvulzif tedavi ile sınırlıydı. Bu nedenle sadece hastanede yatarak tedavi görebilen şizofreni gibi ağır ruhsal hastalığı bulunan hasta bireyler taburcu olduktan sonra ilaçlarını düzenli bir şekilde kullanmamakta ve uyumlandırma hizmetlerinden yoksun kalmaktaydı. Böylelikle yaşam kalitesi bozulan, sahip oldukları yetileri kaybeden, çalışamayan hasta bireyler toplum tarafında dışlanarak damgalanmaları kolaylaşmaktaydı. Şizofrenilere verilen tedavi hizmetlerinden beklenen sonuçlar alınamayınca farklı tedavi şekilleri denenmeye başlanmıştır. Şizofreni tedavisinde ilaç tedavisine ek olarak verilen sosyal beceri eğitimi, aile eğitimi, ruhsal eğitim, bilişsel

davranışçı terapileri gibi ruhsal-toplumsal girişimlerin belirtilerin iyileşmesine ve işlevselliği arttırmaya yardımcı olduğu saptanmıştır (Gürhan 2016).

Şizofreni hastalarına 6 ay süre ile verilen ruhsal toplumsal beceri eğitiminin etkisi araştırıldığında negatif ya da pozitif belirtiler ile depresif bulguların azaldığı, yaşam kalitesi ve içgörünün arttığı görülmüştür. TRSM açılmasıyla kurumsal tabanlı olan hizmet modelinden toplum temelli hizmet modeline geçiş süreci başlamıştır ve bu süreç Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından da benimsenerek desteklenmiştir. TRSM'lerin şizofreni tanılı bireylere için iç görünüm ve yaşam kalitesinin artması gibi birbirinden farklı olumlu fırsatlar sunduğu gerçeği hiçbir şekilde yadsınamaz (Gürhan 2016).

2.3.10. Damgalanma ile Mücadelede Hemşirenin Rolü

Hemşirelik bakımı ve etkinliklerinin temel parçalarından biri de tedavi edici bir ortamın sağlanması, sürdürülmesidir; ortamın öneminin, özelliklerinin anlaşılması hemşireler açısından ayrı bir öneme sahiptir. Ekte hastayla en çok zaman geçiren kişi hemşirelerdir. Hasta bireyin kişilerarası ortamının terapötik olup olmaması tam olarak, hemşirelik ekibinin ilgili olmasına ve becerilerine bağlıdır. Bu yüzden hemşireler, çevrenin hastadaki etkisini anlamalı ve bunu bilinçli bir şekilde hasta bireyin yararına kullanılmalıdır. Ruh sağlığı bakımından insanın çevresiyle birlikte bir bütün olarak ele alınmasının, çevrenin hastalara yönelik davranış ve tutumlarının önemi gündeme getirilmektedir (Akbulut 2009, Sarıkoç ve Öz 2016).

Şizofreni hastalığına yönelik olan damga karışık bir olgudur, yalnızca bilgi eksikliği ya da eğitimle açıklanamaz. Fakat hem toplumun, hem de toplumdaki anahtar bireylerin doğru bilgilendirilmesi, hasta bireylerin damgalanmasını ve buna bağlı olarak ortaya çıkan ayırmacılığı azaltmada en etkili yöntemdir. Psikiyatri hemşiresinin damgalanmayı önlemeyle ilgili olarak, ruhsal hastalıklara yönelik tutumları, bütün sağlık profesyonelleri ile toplum arasında köprü oluşturmasından dolayı önemlidir. Bu sebeple ilk olarak psikiyatri hemşireleri bu konudaki tutumlarını yeniden gözden geçirmeli ve ruhsal hastalığa sahip olan kişilerin bu tutumlardan ne şekilde etkilendiğini değerlendirebilmelidir. Hastalarla doğrudan temas halinde olan hemşireler, psikiyatrik tedavi ile hasta ve yakınları ile arasında bir köprü oluşturmaktadır. Bu nedenle hemşirelerin bu konudaki tutumlarının olumlu olması, halkın büyük bir kısmına ulaşabilecek şekilde eğitilmeleri ve halkın bu konudaki doğru bilgiye ulaşabilmesi bakımından önemlidir (Ergün 2005, Kayahan 2009).

Ruhsal bozukluğa sahip olan bireye karşı sağlık profesyonelleri önyargılı olmamalıdır, sosyal çevre ve medyanın ayrımcılığı destekler nitelikteki mesajlarıyla mücadele etmelidir. Ayrıca sağlık profesyonellerinin şizofreni hastalığı ya da genel ruhsal bozukluklara yönelik olan etiketlemeyi tanıyabilmesi gereklidir. Örneğin, ruhsal bozukluğa sahip olan bireyler “toplum için tehlikelidir”, “iş yaşantısı için yeter değildir” gibi etiketlemeleri bilmesi gereklidir. Özellikle şizofreni hastası olan bireye sağlık hizmetleri veren psikiyatri ve ruh sağlığı hemşiresinin, ruhsal bozukluğa sahip olan bireyi damgalayıcı davranışlardan sakındığı gibi, bu davranışlara karşı hasta bireyleri koruyucu da olmalıdır, hasta birey için terapötik bir ortam sağlamalıdır (Ergün 2005). Ayrıca hemşire, hasta bireyin tedavi sürecine uyumunda yardımcı olmalı, serviste yapılan aktivitelere katılımını sağlamalı, hastaya yönelik bireysel bir yaklaşım tarzı benimsemeli, hasta bireyin kültürel yapısını (normları, değerleri vb.) öğrenmeli ve bireyin özelliklerine saygı göstermelidir. Hemşire, tedavi sürecinde her aşamaya hasta bireyin ailesinin de katılımını sağlamalıdır. Hemşire stigma karşıtı olan örgütlerde aktif bir şekilde yer almalıdır. Hemşire damgalanmanın ruhsal bozukluğa sahip olan birey ve ailesi üzerinde nasıl bir etki bıraktığını bilmeli ve bu konuda halkı eğitecek seminerler vermelidir. Hemşire stigma konusu üzerine araştırmalar yapmalı ve bunların sonuçlarını uygulamaya geçirmeli, basın gücünden faydalanarak ruhsal bozukluklara yönelik olan tanıtıcı televizyon programlarına katılmalıdır. Ayrıca hemşire hasta birey ve ailesinin sosyal destek sistemlerini belirleyerek kullanmaları konusunda yönlendirici olmalıdır (Ergün 2005).

Olumlu tutumlar; hastaların tedaviye katılmalarını kolaylaştırıcı, çevreyle bütünleştirici ve rahatlatıcı rol oynamaktadır. Olumsuz tutumlar ise, hasta bireyin toplumsal ilişkilerden kopmasına, hastayla çevre arasındaki uçurumun artmasına ve bunların sonucunda tedaviye dirençli hale gelmesine sebep olmaktadır (Akbulut 2009, Sarıkoç 2011). Psikiyatri hemşirelerinin danışman, konsültan, eğitmen, terapist, vaka yöneticisi ve araştırmacı gibi rolleri vardır, aynı zamanda toplum ruh sağlığı (TRS) alanında politika üretebilen bir kimliğe sahiptir (Bilge 2006).

TRS politikalarında,

- Birincil önleme; ruh sağlığını bozan unsurları belirlenme ve önlenme,
- İkincil önleme; hastalıkların erken tanınması ve tedaviyle risk altındaki kişilerin hastalık oranlarının azaltılması

- Üçüncül önleme; ruhsal bozukluğun kişi üzerindeki etkilerinin bakım ve rehabilitasyon ile en aza indirilmesini içermektedir.

TRS ekibindeki hemşireler, riskli gruplar, sağlıklı ve psikiyatrik bir hastalık tanısı alan kişilere hizmet sunan, her 3 gruptaki kişileri gözlemleyen önemli bir elemanıdır. Koruyuculuk, ruhsal hastalıklarda önemlidir. Koruyucu ruh sağlığı hizmetinin önemi, damgalanma endişesinden dolayı ruhsal hastalığa sahip olan kişilerin tedaviden ve psikiyatri kliniklerine başvurmadan kaçındıkları düşünüldüğü zaman ortaya çıkmaktadır. Bu açıdan erken tanı tedaviyle ilgili yapılacak olan hemşirelik girişimleri sayesinde ruhsal hastalıkları erken fark edilebilir, psikiyatrik sağaltım süresini azaltılarak ruhsal soruna sahip olan kişiler ile ailelerinin damgalanmayla ilgili sorunları, korkuları erkenden belirlenebilir. Bu durum da, TRSH'nin damgalanmayla etkili olarak baş etme yöntemleri ile ilgili danışmanlık girişimleri ile damgalanma ve damgalanmanın kişilerdeki olumsuz etkileri azaltılabilir (Yılmaz 2012).

2.4. RUHSAL HASTALIKLARA YÖNELİK İNANÇLAR

2.4.1. İnanç

İnanç (TDK 2017)'na göre bir dine, Tanrı'ya inanma, birine karşı duyulan güven, itikat, iman ve inanma duygusu olarak tanımlanmaktadır. Başka bir ifadeyle inanç; belirli bir konuya yönelik olan düşüncenin kabul görmesi ile yerleşmiş ve kalıplaşmış olan kanılardır. Hem ilkel toplumlarda hem de gelişmiş kültürlerde inançlar çok önemli bir yere sahiptir. İnançlar sözel kanunlar niteliğindedir. İnançlar yıllarca insanların kişiler arası ilişkilerini düzenlemiş olup yaşama düzenlerini kararlaştırmıştır (Bilge 2006).

İnanç, kişinin herhangi bir konuyla ilgili bilişlerinin bütünüdür. Bilişler ve algılar kendi içinde örgütlenmelerdir. Bu örgütlerin birleşmesi sonucu inançlar ortaya çıkmaktadır (Bilge ve Çam 2007). İnançlar ister yanlış, ister gerçek, ister dayanaksız olsun, bireyin herhangi bir konuya ilişkin geçmişte edindiklerini, öğrendiklerini özetler ve gelecekteki olayları yorumlayışını, algılayışını etkiler. İnanç bu yönüyle tutumların öğelerinden biri olan bilişsel öğesinde yer alır. Bu nedenle içeriğindeki bilgi ve inanç derecesine göre tutumların farklılaşmasına sebep olabilmektedir (Bilge 2006). Tutumun üç ana bileşeninden biri olan bilişsel bileşen ile bağlantılı olan inanç, nesneye yönelik değerlendirmeler ile nesne hakkındaki gerçekleri, genel bilgileri ve görüşlerini kapsar (Bilge 2006). Güngörmüş ve ark. (2014)'na göre inanç ile tutum birbirine neden- sonuç

ilişkisi ile bağlıdır. Bireyler, inanç, kanaat ve bilgilerini açığa vurmak istediklerinde bunu davranış ve tutumlarıyla belli ederler.

Tutum ile inanç kavramlarının birbirlerine sebep-sonuç ilişkisi ile bağlı oldukları söylenebilir. İnançlar ve tutumlar birbirinden farklı olmasına rağmen sürekli birlikte bulunmaktadırlar. Bir nesneye yönelik olumlu ya da olumsuz bir tutum var ise, o nesne hakkında olumlu ya da olumsuz inanç da olmaktadır (Bilge 2006). Olumlu tutumlar kişileri toplum ile bütünleştiren, tedaviye katılımlarını kolaylaştıran ve rahatlatan bir rol oynarken; olumsuz tutumlar ise; ruhsal hastalığa sahip olan bireylerin sosyalleşmelerini engelleyerek, çalışma haklarını, işe alınmalarını, ev kiralamalarını, evlenme, çocuk sahibi olma haklarını ve komşuluk yapma, diğer insanlarla yakın yaşama olanaklarını kısıtlayabilmektedir. Diğer yandan hasta bireylerin hastalık ile etkin bir biçimde baş etmelerini, yaşam kalitelerini, bakım ve tedaviyi devam ettirmelerini olumsuz etkileyebilmektedir (Çam ve Bilge 2007, Arkan ve ark 2011, Güngörmüş ve ark 2014).

Herkes ruhsal hastalık kavramını bilemeyebilir. Bu sebeple, toplum genelinde ruhsal hastalıklara yönelik inancı ölçmek zor olabilir. Fakat eğitim almış bireylerin çoğunun ruhsal hastalık kavramıyla ilgili fikre sahip olacağı düşünülebilir. Örneğin; eğitim almış olma özelliğine sahip olan üniversite öğrencileri, toplumun farklı bölgelerinden gelmiş olup, içinde buldukları/yetiştikleri ortamların ruhsal hastalıklara yönelik olan inançlarının izlerini taşımaktadır (Kaya 2012).

Dünyada ruhsal hastalıklara yönelik olan inançlar çoğunlukla olumsuzdur. Bu sebeple her hasta birey hastalığını gizli tutma çabası içindedir. Yapılan araştırmaya göre, toplumdaki ruhsal hastalıklara yönelik olan yaygın olumsuz düşünceler ve inanışlar şu şekilde sıralanabilir:

- Ruhsal rahatsızlıklar kalp rahatsızlıkları gibi gerçek bir hastalık olamaz.
- Ruh hastası olan bireyler kurumlarda kilitli olarak tutulmalıdır.
- Ruh hastası olan biri asla normal hayatına dönemez.
- Ruhsal hastalığa sahip olan bireyler tehlikelidir.
- Ruh hastalarının düşük gelirli işlerde çalışmaları gerekir (Bilge ve Çam 2007).

Ruhsal hastalığa sahip olan bireylerin toplumdaki konumları, dışlanmaları ya da kabul görmeleri, başta hasta yakınları olmak üzere toplumun ruhsal hastalığa bakışıyla doğrudan ilişkilidir. Örneğin, bu ruhsal hastalığı olan bireylerin çevresine zarar verebileceği ve saldırgan oldukları düşünülüyorsa, büyük olasılıkla toplum tarafından

soyutlanmış bir hayat süreceklerdir. Bu nedenle tedavi için doğru adrese gelinmiş olsa bile, hastalığa karşı tutumlar ile bakış açısı doğrudan hastalığın prognozunu dolayısıyla tedaviye yanıtı etkileyecektir. Örneğin, hasta birey ve yaşamakta olduğu çevre şizofreni hastalığını cinlere bağlıyorsa ya da Allah'ın vermiş olduğu bir ceza ya da dert olarak görüyorsa, bu durumda doktora gelmeyecektir, getirilmeyecektir ya da geleneksel yöntemlere başvurulacaktır (Sağduyu ve ark 2003).

2.4.2. Tutum

Bilimsel olarak incelenmesi 19. yüzyılda başlayan tutum kavramının Latince karşılığı, "harekete hazır" demektir (Sağduyu ve ark 2003). Kayahan (2009)'a göre tutum, bir kişiye atfedilmiş olup bu kişinin bir psikolojik objeye ilgili duygu, düşünceleriyle davranışlarını düzenli bir şekilde oluşturan eğilimdir.

Tutumlar, toplumun bireysel inanışlarının ve kültürel özelliklerinin bireyin hayatı boyunca edinmiş olduğu deneyimlerle kesişmesi sonucu oluşur. Cinsiyet, yaş, toplumsal sınıf, yaşanan çevre, etnik köken gibi özellikler tutumların şekillenmesini etkileyebilmektedir. Tutumlar kişilerin gelişim sürecinde ilk defa 3 yaş civarında şekillenmeye başlar ve uzun zaman muhafaza edilme eğilimi sebebiyle değiştirilmesi zordur (Elçi 2013). Psikiyatrik hastalıklara yönelik tutum ve bilgilerin belirlenmesine ilişkin olarak yapılan çalışmada genellikle toplumdaki bireylerin ruhsal hastalıklar ile ilgili birçok olumsuz tutum, davranış ve düşünceye sahip olduğu belirtilmektedir (Savaş ve ark. 2006).

Günümüzde, ruh sağlığı hizmetlerini her aşamada etkileyen etmenlerin başında ruhsal hastalıklara ilişkin tutumlar gelmektedir. Özellikle ayrımcılık ve stigmatizasyon (damgala(n)ma) ruhsal hastalık geçirmiş olan bireylerin bu durumu fark edebilmesini, çözüm arayıp aramayacağını, rehabilitasyon ve tedaviye uyumunu, yatış sonrasında yeniden topluma uyum sağlayabilmesini direkt olarak etkilemektedir. Ayrıca hasta bireylere yönelik dışlama eğilimi ve olumsuz tutumlar hastaların iyileşmelerini ciddi anlamda etkilemektedir (Byrne 1997, Sağduyu ve ark. 2003, Bilge 2006).

Toplumdaki bireylerin psikiyatrik hastalıklarla ilgili olumsuz tutumları klinisyenlerin günlük uygulamalarında çeşitli sıkıntılar yaratır. Hasta bireylerin özellikle damgalanma korkusu nedeniyle psikiyatrik tedaviden kaçındıkları bilinmektedir. Diğer yandan hasta bireyler tedavi için başvurdukları zaman, sağlık kurumundaki çalışanların tutumları da tedavi bakımından önem taşımaktadır. Sağlık çalışanlarının hasta bireylere

yönelik damgalayıcı ve dışlayıcı yaklaşımları bu hasta bireylerin tedavi için başvurmalarını engelleyebilmektedir (Byrne 1997, Taşkın 2003).

İnsanlar belirli tutum ile inançlarla doğmamaktadır ve bu tutumlarıyla inançlarını bilişsel öğrenme, gözlem gibi değişik yollarla edinip sosyal deneyimlerle şekillendirmektedir. Bu bağlamda tutumun bilişsel bileşeni olan inanç yeni deneyim ve bilgilerle yavaş yavaş değişebilmektedir. Sağlığa yönelik tutum ile inançlar tedavi edici, koruyucu ve rehabilitasyon süreçlerinde kişileri etkilemektedir. Ruhsal hastalık ile ruhsal hastalığı olan bireyler damgalanmaya daha fazla maruz kaldıklarından psikiyatrik hastalıklar ile psikiyatriye ilişkin yapılan tutum çalışmasında üzerinde en fazla çalışılan hastalık şizofrenidir (Şavaş ve ark. 2006, Çam ve Bilge 2011).

2.4.3. Şizofreni Hastalarına Yönelik Toplumdaki İnançlar

Psikiyatrik bozukluklar, olumsuz tutumlardan etkilenen hastalıkların başında gelmektedir. “Şizofreni” ise en fazla bilinen ve olumsuz tutumların en fazla görüldüğü hastalıklardandır. Ruhsal sağlığı bozukluğu olan bireyler, hareketleri ve konuşmalarıyla toplumda kendilerinin farklı olduklarını belli ederken, bu farklılıklar toplum içerisinde bazı ön yargıların oluşmasına sebep olmuştur. Çevrenin ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz tutumları psikiyatri servisinde çalışan sağlık profesyonellerinin günlük uygulamalarında çeşitli zorluklara neden olmaktadır (Akbulut 2009). Burada çevre ile kastedilen hastanın beraber yaşamakta olduğu ailesi, mahalle sakinleri, hasta bireyin tanıdığı ya da tanımadığı insanlarıdır. Bütün bu kişilerin, yani toplumun hasta bireyle ve hastanın hatalığı ile ilgili tutumu şizofreni tedavisinde başlıca bir sorundur. Bu çevrenin en içteki halkasını oluşturan aileden başlarsak, aileler tükenmişlik, suçluluk, çaresizlik duygular yaşamaktadır ve bu durum tedaviyi olumsuz yönde etkileyerek zorlaştırmaktadır (Üçok 2016).

Cinsiyet, yaş, ırk, eğitim, kültür, meslek, hastalık ile önceden tanışıklık ve sosyal sınıf gibi faktörlerin ruhsal rahatsızlıklara yönelik tutumlar üzerine etkileri araştırıldığında, genel düşünce; düşük eğitim, düşük sosyoekonomik düzeyi ve yaşlıların ruhsal hastalığa sahip olan bireylere oranla daha az hoşgörülü oldukları şeklindedir (Taşkın ve ark 2002).

Yapılmış olan çalışmalar ruhsal hasta ile hastalığa yönelik olumsuz inanç, tutum ve bunların sonucu olarak damgala(n)manın yaşandığını göstermektedir. Damgalamanın sonucu olarak ruhsal hasta ile yakınları toplumdan izole olmakta ve sağlık yardımı aramaktan vazgeçmektedirler (Çam ve Bilge 2013).

2.4.4. Şizofreni Hasta Yakınlarının Şizofreniye Yönelik İnançları

Aileyi bir bütün olarak kabul edersek, bu sistemin tüm parçaları arasında sürekli bir etkileşim vardır. Ailede hastalık olduğunda; hasta olan kişinin işlev görmesinde değişiklikler olabileceği için, bu durumdan diğer aile üyeleri de etkilenecektir (Gürhan 1995, Sağduyu ve ark 2001, Çam ve Bilge 2007). Şizofreni tanılı bireyler için ailenin davranış ve tutumları, aile dinamikleri, aile ortamı önemlidir. Şizofreni hastası olan bireyler genellikle tam bir iyileşme olmadan taburcu edildikleri için, burada ana sorun iyileşmenin tamamlanamamasıdır. Şizofreni hastası olan bireyler hastalığı sonucu gerileyen işlevleri nedeniyle öz bakımlarını yapmada, kendilerini ifade etmede, yaşamlarını devam ettirmede, çevreleriyle sosyal ilişkiler kurmada sorun yaşarlar. Bu durumda diğer aile üyeleri çoğunlukla hastayı eskiden var olan etkinliklerine dönebilmesi için cesaretlendirir. Hastalık yüzünden kendilerini suçlamak, şizofreni hastalığının doğasını bilmemek, önemini yadsımak, hasta yüzünden utanmak bu yaklaşımın sebeplerindedir. Bunlar aile üyelerinin hasta bireye karşı davranışlarını ve tutumlarının olumsuz yönde etkilenmesine neden olabilir. Aileler, zamanla beklentileri gerçekleşmediği takdirde düşmanca, eleştirel bir tutum içinde olabilirler. Tedavi, bu duygu dışavurumundan olumsuz yönde etkilenir. Fakat aile üyelerinin de tedaviye katılması hasta bireyin iyileşmesini hızlandırmakta, nüks oranlarını azaltmaktadır (Akbulut 2009). Ruhsal hastalığa sahip olan kişilerin toplumdaki konumları, dışlanmaları ya da kabul görmeleri de, başta hasta yakınları da dahil toplumun bu hastalığa bakışıyla doğrudan ilişkilidir. Örneğin, bilindiği üzere ruhsal hastalıkların en başında şizofreni hastalığı gelmektedir, bu hastalığa sahip olan bireylerin çoğunlukla saldırgan oldukları ve çevresine zarar verebilecekleri düşünülüyorsa, büyük olasılıkla toplum tarafından soyutlanarak yaşayacaklardır (Çam ve Bilge 2007).

İtalya'daki 30 sağlık merkezinde tedavi gören şizofrenlerin 709 yakınında yapılmış olan bir araştırmaya göre, hasta yakınlarının hastalık ile baş etme sürecinde kendilerini çok yalnız hissettiklerini ve psikiyatri hastanelerinin tedavi için uygun bir seçenek olmadığını belirtmişlerdir. Bununla birlikte bu hastaların evlenmek ve çocuk sahibi olma isteklerine olumlu bakmadıkları fakat oy kullanabilmelerinin gerektiğini düşündükleri belirlenmiştir (Magliano ve ark 2001).

Yapılmış olan bir çalışmada sosyal mesafe ile ilgili yargılara bakıldığında, araştırmaya katılmış olan şizofreni hasta yakınlarının büyük bir kısmı şizofreni hastalarının saldırgan oldukları, sokakta serbest olarak dolaşmamaları gerektiği, şizofreni hastası olan

bir bireye kiraya ev verilmemesini ve şizofreni hastası olan bir bireyle evlilik durumunun olamayacağı belirtilmektedir (Durat ve ark. 2017).

Yapılan bir çalışmaya göre, hasta yakınlarının hem komşuları hem de kendi aileleri/akrabaları tarafından damgalandıkları ve bunu çok fazla yaşadıkları belirtilmektedir. Bu sebepten dolayı hasta yakınları, yaşamlarında birçok değişiklik yapma mecburiyetinde kalmış olduklarını ifade etmektedirler (Özkan ve ark. 2014).

Özyiğit ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, ailedeki eşlerin tutumları karşılaştırılmıştır. Erkekler ve kadınlar arasında bir fark olmadığı görülmüştür, fakat ruhsal hastalıklar konusundaki bilgiler bu iki grupta da yetersizdir ve kadınların daha yüksek oranda ruhsal hastalıkları dinsel ve doğa dışı nedenlerle açıklama tutumuna sahip oldukları belirlenmiştir (Özyiğit ve ark 2004).

Bu durumda, ruh hastalarının doğru teşhis edilip etkili bir şekilde tedavi edilebilmesi için, en başta hasta yakınları da dahil olmak üzere, toplumdakilerin bu hastalığa yönelik tutum ve inançlarının bilinmesi gereklidir (Özbaş ve ark 2008). Şizofreni hastası olan bireylerin bakımının hastane ortamından çok toplumda yürütülmesi ile ailelerin önemi daha çok artmıştır (Yılmaz 2011). Ailesiyle beraber yaşayan hasta bireyler için evde bakımın amacına ulaşmak ancak hasta birey ve ailesi ile birlikte çalışılırsa mümkün olabilir. Hasta birey ve ailesinin; yaşadığı yer, inançları, alışkanlıkları, günlük yaşam aktiviteleri, kültürel değerleri, yapısı, gelenek-görenekleri, hastanın ruhsal-fiziksel durumu, tedaviye uyumu, iletişim biçimleri, destek sistemleri, aile üyelerinin birbiriyle ilişkileri, boş vakitlerini değerlendirme biçimi, kullandıkları başa çıkma yollarının tümü değerlendirilmelidir. Bu yaklaşımda hemşirenin, danışmanlık ile eğitmenlik rolünü kullanarak hasta bireyi ve ailesini destekleyerek ailenin bu süreçte yaşadığı zorlukları azaltma sorumluluğu vardır. Hemşire, hasta bireyin öz bakımını bağımsız olarak yapıp yapmadığını değerlendirerek, hastanın öz bakımını yapamadığı ya da aileye bağımlı olarak yerine getirdiğinde hasta bireye öz bakımını nasıl yapacağını öğretir. Böylece hem hasta bireye hem de hastanın ailesine destek olmuş olur. Hemşire, düzenli ev ziyaretleri yaparak hasta bireyin zorlandığı aktiviteleri geliştirmek için uygun beceri eğitimleri planlar. Bu eğitimlerde yemek pişirme, kişisel hijyen, alış-veriş yapma gibi beceriler üzerine uygulamalar yapılır. Hasta bireyin ailesini ilacın kullanımı, etkileri/yan etkileri ve kullanımı hakkında bilgilendirir, danışmanlık rolüyle aileye, hastalık ile ilgili bilgi, eğitim vererek sosyal ve duygusal sorunlar ile baş etmeleri konusunda yardımcı olur. Hasta

bireyin ailesinin hastalığı doğru anlaması, gerçekçi beklentiler ve olumlu tutumlar geliştirmesini sağlar. Ayrıca hastanın normal yaşama uyum sağlayabilmesi için yaşadığı çevredeki bireyleri bilgilendirerek hasta bireyin toplumdan soyutlamasına engel olmaya çalışır.

Hemşire ruhsal hastalığa sahip bireylere yönelik gerçekçi inanç ile tutumların oluşması ve sosyal kabulün sağlanabilmesi için topluma yönelik eğitimler yapar. Böylece hemşire; hasta bireyin iyilik halinin devam etmesini, ailenin de hastalık ile uygun bir biçimde baş etmesini sağlayarak hem hasta bireyin hem de ailenin yaşam kalitesinin artmasını sağlar (Tel ve Terakye 2000, Avcı 2001, Doğan 2001). Bütün bu bilgiler genel olarak değerlendirildiğinde bu araştırmada, toplum ruh sağlığı merkezlerinde takip edilen şizofreni hasta yakınlarının damgalanma ve ruhsal hastalığa yönelik inançların belirlenmesi amaçlanmıştır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma, toplum ruh sağlığı merkezlerinde takip edilen şizofreni hasta yakınlarının damgalanma ve ruhsal hastalığa yönelik inançlarını belirlemek amacıyla metodolojik ve kesitsel tipte yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yerler

Araştırma, Hatay İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği'ne bağlı olarak hizmet veren toplum ruh sağlığı merkezlerinde yapılmıştır. Hatay'da Antakya Toplum Ruh Sağlığı Merkezi ve İskenderun Toplum Ruh Sağlığı Merkezi olmak üzere toplam iki tane toplum ruh sağlığı merkezi bulunmaktadır.

Antakya Toplum Ruh Sağlığı Merkezi, Hatay Devlet Hastanesi'ne bağlı olarak hizmet veren toplum ruh sağlığı merkezidir. Bu merkez 2014 yılında kurulmuş olup üç hemşire, bir psikolog, bir sosyal çalışmacı, bir psikiyatrist, bir müzik hocaları, bir el sanatları hocaları ve bir spor hocaları çalışmaktadır. Merkez hafta içi her gün 08.00-17.00 saatleri arasında hizmet vermektedir. Takip edilen toplam 123 hastası olmakla birlikte günde ortalama 20 hasta merkezi ziyaret etmektedir. Hastaların izlemleri merkezde, telefon aracılığıyla ve ev ziyaretleriyle yapılmaktadır. Her sabah günaydın toplantısı yapılmaktadır. Her hafta aile toplantısı yapılmaktadır. Her ay doğum günü kutlamaları yapılmaktadır. Her gün spor etkinlikleri sonrasında müzik ve el sanatları dersleri verilmektedir. Psikolog tarafından psikoeğitim yapılmaktadır. Merkez dışında da sergi, piknik, gezi gibi birçok sosyal faaliyet yapılmaktadır.

İskenderun Toplum Ruh Sağlığı Merkezi, İskenderun Devlet Hastanesi'ne bağlı olarak hizmet veren toplum ruh sağlığı merkezidir. Bu merkez 2013 yılında kurulmuştur. Merkezde bir psikiyatrist, üç hemşire, bir psikolog, bir sosyal çalışmacı kadrolu olarak çalışmaktadır. Takı tasarımı, el sanatları, ahşap boyama ve resim hocaları ile bilgi işlem ve temizlik görevlileri ekipte yer almaktadır. Merkez hafta içi her gün 08.00-17.00 saatleri arasında hizmet vermektedir. Merkezde 330 hasta takip edilmektedir. Hastaların TRSM'ye geliş ve gidişlerini sağlamak amacıyla hastane tarafından bir servis aracı tahsis edilmiştir. Hastaların izlemleri ev ziyaretleriyle, merkezde ve telefon aracılığıyla yapılmaktadır.

Merkezde günde ortalama 25 hasta izlenmektedir. Hemşire tarafından aile psikoeğitimi, sosyal çalışmacı tarafından sosyal beceri eğitimi ve grup psikoterapisi psikolog tarafından yapılmaktadır. Sanat ve uğraşıya yönelik eğitimler ise ilgili öğretmenler tarafından eğitim verilmektedir. Her sabah günaydın toplantısı yapılmakta ve ayda 2 gün mutfak etkinliği yapılmaktadır. Merkez dışında gezi, yemek ya da sergi gibi sosyal faaliyetler düzenlenmektedir.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Hatay'da bulunan TRSM'lere kayıtlı olup en az bir kez TRSM'ye gelmiş olan şizofreni hastalarının yakınları oluşturmaktadır. İskenderun ve Antakya ilçelerinde birer tane olmak üzere toplam da iki tane TRSM bulunmaktadır. İskenderun TRSM'de 330 ve Antakya TRSM'de 109 olmak üzere toplam 439 şizofreni hastası bulunmaktaydı. Örneklemi TRSM'ye aktif kayıtlı olup en az bir kez TRSM'gelmiş olan şizofreni hastalarının yakınları (n=170) oluşturmuştur. Örneklem sayısını belirleyebilmek için Şizofreni Hastalarının Yakınları İçin Damgalanma Ölçeği (ŞHYDÖ)'nin madde sayısı baz alınarak, madde sayısının (17) 10 katı alınmıştır. Bu doğrultuda TRSM'ye düzenli olarak devam eden en az 171 şizofreni hasta yakınına uygulanması planlanmış olup, araştırma sonunda ölçek, araştırmaya katılmayı kabul eden 170 kişiye uygulanmıştır. Çünkü bir hasta yakını araştırmaya katılmayı reddetmiştir. Bunun üzerine araştırmaya katılmayı kabul 170 şizofreni hasta yakını ile örneklem sınırlandırılmıştır.

3.4. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından geliştirilen Tanıtıcı Bilgi Formu, araştırmacılar tarafından geliştirilen Şizofreni Hasta Yakınları İçin Damgalanma Ölçeği (ŞHYDÖ) ile Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği (RHIÖ) kullanılmıştır.

3.4.1. Tanıtıcı Bilgi Formu (EK-2)

Bu form hasta ve hasta yakınlarının sosyodemografik özelliklerini, hasta yakınlarının damgalanma ile ruhsal hastalıklara yönelik inanç, tutum ve davranışlarla ilgili literatür doğrultusunda hazırlanan 37 soru içermektedir (Ergün 2005, Kuş Saillard 2010, Işık 2010, Yenilmez ve ark. 2010, Arkan ve ark. 2011, Çam ve Bilge 2013).

3.4.2. Şizofreni Hastalarının Yakınları İçin Damgalanma Ölçeği (ŞHYDÖ) (EK-3)

Kol Akıncı tarafından oluşturulan şizofreni hasta yakınlarında damgalanmayı ölçen stigmatizasyonla ilgili anket'in (SİA) (Kol Akıncı 2010), araştırmacı tarafından geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılarak Şizofreni Hastalarının Yakınları İçin Damgalanma Ölçeği (ŞHYDÖ)'ne dönüştürülmüştür. ŞHYDÖ veri toplama aracı olarak kullanılmıştır. Ölçek şizofreni hastası olan hasta yakınlarındaki damgalanmayı belirlemek amacıyla oluşturulmuştur. Ölçek, 17 maddeden oluşmaktadır ve faktör analizi sonucu hiçbir madde ölçekten çıkarılmamıştır. Ölçek beş faktörden oluşmaktadır. Bunlar;

Sosyal İzolasyon ve Yetersizlik Alt Ölçeği: 1, 2, 3, 4, 9, 15 maddeleri içermektedir ve Cronbach Alfa değeri 0,87'dir.

Kaçınma ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma Alt Ölçeği: 5, 6, 7 maddeleri içermektedir ve Cronbach Alfa değeri 0,80'dir.

Toplumsal Negatif Ayrımcılık Alt Ölçeği: 8, 10, 11 maddeleri içermektedir ve Cronbach Alfa değeri 0,76'dır.

Gizleme ve Utanma Alt Ölçeği: 12, 13, 14 maddeleri içermektedir ve Cronbach Alfa değeri 0,71'dir.

Olumsuz İçselleştirme Alt Ölçeği: 16, 17 maddeleri içermektedir ve Cronbach Alfa değeri 0,69'dur. ŞHYDÖ toplam Cronbach Alfa değeri 0,90 olarak hesaplanmıştır.

Şizofreni Hastalarının Yakınları İçin Damgalanma Ölçeği; 3'lü likert tipi bir ölçek olup, Evet: 3, Bazen: 2, Hayır: 1 şeklinde puanlanmaktadır. Ölçek hem toplam puan, hem de alt ölçek puanları üzerinden yorumlanmakta olup, ölçek ve alt ölçeklerden alınan puan yükseldikçe damgalanmanın o derecede çok olduğunu ifade etmektedir. Ölçekten alınabilecek min puan 17, max puan ise 57'dir. Ölçeğin Cronbach Alfa değeri 0,90 olarak hesaplanmıştır.

3.4.3. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği (RHİÖ) (EK-4)

Hirai ve Clum (2000) tarafından Amerika'da geliştirilen, Bilge ve Çam (2008) tarafından Ölçeğin Türkiye için geçerlik güvenilirlik çalışması yapılan 'Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği' veri toplama aracı olarak kullanılmıştır. Ölçek, ruhsal hastalığa yönelik farklı kültürel özelliklere sahip bireylerin olumlu olumsuz inançlarını belirlemek amacıyla oluşturulmuştur. Ölçek madde havuzunda toplam 24 madde olarak oluşturulmuş,

faktör analizi sonucunda ise 21 madde ile sınırlı kalmıştır. Ölçek, Tehlikelilik, Zayıf Sosyal ve Kişiler Arası Beceri ve Çaresizlik olmak üzere üç alt ölçekten oluşmuştur. Bunlar;

Tehlikelilik Alt Ölçeği: Ruhsal hastalıkların ve hastaların tehlikeli olduğundan bahseder. Alt ölçek 1., 2., 3., 6., 13. maddeleri içermektedir.

Zayıf Sosyal ve Kişiler Arası Beceriler Alt Ölçeği: Ruhsal hastalıkların kişilerarası ilişkiyi etkileme durumlarından bahseder. Bireylerin özellikle duygusal etkilenmesinden dolayı, ruhsal hastalıklı bireylerle kişilerarası ilişki süresince kendini engellemesini ifade eder. Alt ölçek 4., 5., 8., 11., 12., 14., 15, 17., 18., 21.maddeleri içermektedir.

Çaresizlik Alt Ölçeği: Ruhsal hastalığın tedavi ve bakımının güçlüklerinden bahseder. Ruhsal sorunlu bireylerin çaresiz bir yaşantıya sahip olduklarını ifade eder. Alt ölçek 7.,9.,10.,16.,19.,20. maddeleri içermektedir.

Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanç Ölçeği; 6'lı Likert tipi bir ölçek olup, Tamamen katılmıyorum: 0, Çoğunlukla katılmıyorum: 1, Kısmen katılmıyorum: 2, Kısmen katılıyorum: 3, Çoğunlukla katılıyorum: 4, Tamamen katılıyorum: 5 şeklinde puanlanmaktadır. Ölçek hem toplam puan, hem de alt ölçek puanları üzerinden yorumlanmakta olup, ölçek ve alt ölçeklerden alınan yüksek puan olumsuz inancı ifade etmektedir (Elçi 2013). Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'nin Cronbach Alpha değeri 0,82 bulunmuştur. Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma alt boyutunun Cronbach Alpha değeri 0,80, Tehlikeli alt boyutunun Cronbach Alpha değeri 0,71 ve Utanma alt boyutunun Cronbach Alpha değeri 0,69 olarak saptanmıştır (Bilge 2006). Bu araştırmanın Cronbach Alpha değeri 0,73 olarak hesaplanmıştır.

3.5. Araştırmanın Uygulanması

Araştırmanın uygulanmasına Eylül 2015'te başlanmıştır ve toplum ruh sağlığı merkezlerine ziyaretler gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın yapılması planlanan toplum ruh sağlığı merkezlerinin sorumlu hekim ve hemşireleri ile uygulamanın yapılacağı yer ve uygulama tarihleri beraber belirlenmiş randevular alınmıştır. Belirlenen tarihlerde gerçekleştirilen TRSM'lerde toplam 100 hasta yakını ile TRSM'ye gelemeyen hasta yakınlarına ev ziyaretleri yaparak, hastaların evlerinde 70 hasta yakını ile toplamda 170 hasta yakını ile yüz yüze görüşme yapılmıştır. TRSM ya da ev ziyaretlerinde belirlenen uygun bir odada hasta yakınlarına uygulamanın amaçları açıklanarak sözlü ve yazılı

onamları alındıktan sonra tanıtıcı bilgi formu, anket ve ölçek formu araştırmacı tarafından uygulanmıştır. Form ve ölçeklerin doldurulma süresi yaklaşık 45 dakika sürmüştür.

3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırma, hasta ve hasta yakınlarının kişisel ve ailesel niteliklerine ilişkin kendilerine verilen bilgi toplama formlarına verdikleri yanıtlarla sınırlıdır.

Araştırma, Hatay İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği'ne Bağlı Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde Eylül 2015-Eylül 2016 tarihlerinde merkezlere kayıtlı olup düzenli olarak devam etmeyen hastaların yakınları araştırmaya dahil edilememiştir. Bu durumdan dolayı araştırma, geçerlik güvenirlilik çalışmasından dolayı ölçek madde sayısının (17 madde) 10 katı baz alındığından TRSM'lere düzenli olarak devam 170 hasta yakını ile sınırlıdır.

3.7. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırma Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından uygun bulunmuştur (EK-5). Araştırmanın yapıldığı toplum ruh sağlığı merkezleri için Hatay İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği'nden yazılı izin alınmıştır (EK-6). Ölçeklerin kullanabilmek için ölçek sahiplerinden e-posta yolu ile izin alınmıştır (EK-7). Uygulamaya başlamadan önce hasta yakınlarına araştırmanın amacına ilişkin bilgi verilmiş ve bilgilendirilmiş onam formu ile yazılı onamları alınmıştır (EK-1).

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler toplandıktan sonra araştırmacı tarafından SPSS (Statistical Package for Social Sciences) (SPSS Inc., 2012) 21.0 istatistik yazılım programında bilgisayara kaydedilmiş ve analizler gerçekteştirilmiştir. Ölçeğin geçerliliği faktör analiziyle, güvenilirliliği ise Cronbach Alfa katsayı analizi ile değerlendirilmiştir. Kaiser-Mayer-Olkin Measure of Sampling Adequacy (KMO) analizi ve örnek sınaama büyüklüğü olarak, örneklemin faktör analizi için uygun olup olmadığını değerlendirmede Barlett's Test of Sphericity Analizi kullanılmıştır. Maddelerin ölçekten çıkarılması için faktöre katkı sınırı $\leq 0,40$ alınmıştır. Örneklem verilerinin normal dağılım gösterip göstermediği Kolmogorov-Smirnov Testi ile test edilmiş olup, örneklemin normal dağılım göstermediği belirlenmiş ve non-parametrik testlerden ikili grup karşılaştırmalarında Mann Whitney U Testi yapılmıştır.

Tanımlayıcı istatistikler için, sayı ve yüzelik kullanılmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Shaphiro Wilk testi ile test edilmiş, normal dağılmayan özelliklerin 2 bağımsız grupta karşılaştırılmasında Mann Whintney U testi ve 2 den fazla bağımsız grupta karşılaştırılmasında ise Kruskal Wallis ve All Pairwise çoklu karşılaştırma testleri kullanılmıştır. Sayısal değişkenler arasındaki ilişkiler Spearman korelasyon katsayısı ile test edilmiştir. Tanımlayıcı istatistik olarak sayısal değişkenler için ortalama±standart sapma, kategorik değişkenler için ise sayı ve % değerleri verilmiştir. İstatistiksel analizler için $P<0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.



4. BULGULAR

Bu bölümde, araştırma sonucunda yapılan istatistiksel analizler ve bu analizler sonucunda elde edilen bulgulara yer verilmiştir. Veriler değerlendirilirken, hasta ve yakınlarının ŞHYDÖ ile RHIÖ alt ölçekleri düzeylerine, sosyo-demografik özellikleri ve damgalanmaya yönelik bireysel özellikleri ile hastalarının sosyo-demografik özellikleri ve TRSM ile ilgili bireysel özellikleri, ŞHYDÖ ile RHIÖ ve alt ölçekleri arasındaki korelasyona bakılmıştır.



Çizelge 4.1. Hasta Yakınlarının Sosyo-Demografik Özellikleri

Özellikler (n=170)	Sayı	%
Cinsiyet		
Kadın	110	64.7
Erkek	60	35.3
Yaş		
18-29	12	7.0
30-39	17	10.0
40-49	46	27.1
50-59	40	23.5
60-69	44	25.9
70 ve üstü	11	6.5
Hasta İle Yakınlık Derecesi		
Anne-Baba	10	5.9
Çocuk	82	48.2
Eş	28	16.5
Kardeş	44	25.9
Diğer (Amca, yenge, yeğen, kayınvalide)	6	3.5
En Uzun Yaşanan Yer		
Köy/Kasaba	15	8.8
Şehir	155	91.2
Şuanda Yaşanan Yer		
Köy/Kasaba	14	8.2
Şehir	156	91.8
Medeni Durum		
Evli	127	74.7
Bekar	18	10.6
Boşanmış/ Dul	25	14.7
Kalınan Yer		
Apartman dairesi	82	48.2
Müstakil	88	51.8
Eğitim Düzeyleri		
Okuryazar-Okuryazar değil	28	16.5
İlkokul	71	41.8
Ortaokul	28	16.5
Lise	25	14.7
Üniversite	18	10.5
Meslek		
İşçi	20	11.8
Memur	6	3.5
Emekli	39	22.9
Çalışmıyor	105	61.8
Hane Aylık Geliri		
0-1000	59	34.7
1001-2500	100	58.8
2501 ve üstü	11	6.5

Çizelge 4.1'den devam

Özellikler (n=170)	Sayı	%
Sosyal Güvence		
Var	141	82.9
Yok	29	17.1
Hasta İle Birlikte Yaşama Durumu		
Yaşayan	142	83.5
Yaşamayan	28	16.5
Ailede Ruhsal Hastalığa Sahip Başka Bireyin Olması		
Var	28	16.5
Yok	142	83.5
Ailedeki Ruhsal Hastalığa Sahip Olan Diğer Bireyle Yakınlık Derecesi		
1.derece akraba	12	7.1
Diğer	15	92.9
Hastayı Daha Önce Psikiyatri Kliniğine Yatırma Durumu		
Yatan	147	86.5
Yatmayan	23	13.5
Toplam	170	100.0

Çizelge 4.1'de araştırmaya katılan hasta yakınlarının sosyodemografik özellikleri yer almaktadır. Çizelge incelendiği zaman hasta yakınlarının, %64.7'sinin kadın, %27.1'nin 40-49 yaşları arasında olduğu, %91.2'sinin en uzun yaşadığı yer şehir, %91.8'nin şurada şehirde yaşadığı, %74.7'sinin evli, %51.8'inin müstakil evde yaşamakta olduğu, %41.8'nin ilkokul mezunu olduğu, %61.8'nin çalışmadığı, %58.8'nin hane gelir düzeyinin 1001-2500 arasında olduğu, %82.9'nun sosyal güvencesinin olduğu, %83.5'nin hasta ile birlikte yaşadığı, %83.5'inin ailesinde ruhsal hastalığa sahip başka bireyin olmadığı, %86.5'inin ise hastasını psikiyatri servisine yatırdığı belirlenmiştir.

Çizelge 4.2. Hasta Yakınlarının Damgalanmaya Yönelik Özellikleri

Özellikler (n=170)	Sayı	%
Tıbbi Tedavi Dışında Yardım Alma Durumu		
Alan	113	66.5
Almayan	57	33.5
Tıbbi Tedavi Dışındaki Yardım Seçenekleri*		
Din hocası	108	63.5
Çeşitli bitkiler	6	3.5
Hacamat	2	1.2
Büyücü	1	0.6
Tıbbi Tedavi Dışındaki Yardım Seçenekleri Tercih Etme Nedenleri*		
Fayda Göreceğini Düşündüğü İçin	86	50.6
Çevredekiler Önerdiği İçin	45	26.5
Damgalanmaktan/Dışlanmaktan Korktuğu İçin	4	2.4
Teşhisi Kabullenme Durumu		
Evet	112	65.9
Hayır	31	18.2
Kısmen	27	15.9
Hastaları Nedeniyle Aile/Akrabalık İlişkileri Nasıl Değişir *		
Hastaları Nedeniyle Akrabalarının Farklı Davrandığını Düşünme	80	47.1
Akrabalarından Hastayı ve Onun Hastalığını Gizleme	42	24.7
Akraba Ziyaretlerine Hastasıyla Birlikte Gitme	20	11.8
Hastaları Nedeniyle Akrabalarının Yanında Kendini Yabancı Gibi Hissetme	14	8.2
Hastayla Birlikte Katıldığı Sosyal Etkinliklerdeki İnsanların Kendileri Yönelik Tutumlarında Farklılık Hissetmesi Durumu		
Hisseden	93	54.7
Hissetmeyen	77	45.3
Hastayla Birlikte Katıldığı Sosyal Etkinliklerdeki İnsanlarla İlişkileri*		
Hastaları Nedeniyle Sosyal Etkinliklerdeki İnsanların Kendilerine Farklı Davrandığını Düşünme	93	54.7
Hastasıyla Birlikte Katıldığı Sosyal Etkinliklerdeki İnsanlardan Hastalarını ve Hastalığını Gizleme	64	37.6
Hastalarıyla Birlikte Sosyal Etkinliklere Gitme	48	28.2
Hastalarıyla Birlikte Katıldığı Sosyal Etkinliklerde Kendini Yabancı Gibi Hissetmesi	33	19.4
	12	7.1
Toplam	170	100.0

*Birden fazla yanıt verildiğinden n katlanmıştır.

Çizelge 4.2’de araştırmaya katılan hasta yakınlarının damgalanmaya yönelik bireysel özellikleri yer almaktadır. Çizelge incelendiği zaman hasta yakınlarının, %66.5’inin tıbbi tedavi dışında yardım aldığı, %63.5’inin din hocasına başvurduğu,

%50.6'sının fayda göreceğini düşündüğü için tıbbi tedavi dışı yöntemlere başvurduğu, %65.9'nun hastanın teşhisi konduktan sonra kabullendiği, %47.1'inin hastaları nedeniyle akrabalarının farklı davrandığını düşündüğü, %24.7'sinin akrabalarından hastasını ve hastalığını gizlediği, %11.8'inin akraba ziyaretlerine hastasını götürmediği, %8.2'sinin hastasında dolayı akrabalarının yanında kendini yabancı gibi hissettiği, %54.7'sinin hastası ile birlikte katıldığı sosyal etkinliklerdeki insanların kendine yönelik tutumlarında farklılık hissettiği, %37.6'sının hastaları nedeniyle sosyal etkinliklerdeki insanların kendilerine farklı davrandığını düşündükleri, %28.2'sinin hastasıyla birlikte katıldığı sosyal etkinliklerdeki insanlardan hastalarını ve hastalığını gizlediği, %19.4'ünün hastalarıyla birlikte sosyal etkinliklere gitmediği, %7.1'inin hastalarıyla birlikte katıldığı sosyal etkinliklerde kendini yabancı gibi hissettiği belirlenmiştir.

Çizelge 4.3. Hasta Yakınlarının Hastalarının Sosyo-Demografik Özellikleri

Özellikler (n=170)	Sayı	%
Cinsiyet		
Kadın	46	27.1
Erkek	124	72.9
Yaş		
18-29	29	17.1
30-39	67	39.4
40-49	42	24.7
50-59	23	13.5
60 ve üstü	9	5.3
Yaşadığı Yer		
Köy-Kasaba	14	8.3
Şehir	155	91.7
Eğitim Düzeyleri		
Okuryazar-Okuryazar değil	16	9.4
İlkokul	57	33.5
Ortaokul	42	24.7
Lise	48	28.2
Üniversite	7	4.1
Meslek		
Yok /Emekli	10	9.3
Memur	11	10.3
İşçi	86	80.4
Çalışma Durumu		
Hastalıktan Sonra Çalışmadı	91	53.5
Hiç çalışmadı	70	41.2
Yarı/Tam Zamanlı Çalışıyor	9	5.3
Medeni Durum		
Bekar	116	68.2
Evli	43	25.3
Boşanmış	11	6.5
Çocuk Sayısı		
Yok	131	77.1
1	9	5.3
2	12	7.1
3 ve üstü	18	10.6
Çocuğa kim bakıyor		
Kendi	6	3.5
Eşi	22	12.9
Hastanın Annesi	2	1.2
Çocuklar Evli	7	4.1
Hastalık Süresi		
0-5 yıl	16	9.4
6-10 yıl	42	24.7
11-15 yıl	38	22.4
16 yıl ve üstü	74	43.5
Toplam	170	100.0

Çizelge 4.3'te araştırmaya katılan hasta yakınlarının hastalarının sosyodemografik özellikleri yer almaktadır. Çizelge incelendiği zaman hasta yakınlarının hastalarının, 72.9'unun erkek, %39.4'ü 30-39 yaşları arasında olduğu, %91.7'sinin şehirde yaşadığı, %33.5'nin ilkokul mezunu olduğu, %80.4'ünün işçi, %53.5'nin hastalıktan sonra çalışamadığı, %68.2'sinin bekar, %77.1'nin çocuğunun olmadığı, %43.5'inin 16 yıldan fazla süredir hasta olduğu belirlenmiştir.



Çizelge 4.4. Hasta Yakınlarının Hastalarının TRSM ile İlgili Özellikleri

Özellikler (n=170)	Sayı	%
Hastalarının TRSM'ye Kayıt Süresi		
0-6 ay	18	10.6
6-12 ay	39	22.9
12 ay ve üstü	113	66.5
Hastalarının TRSM'ye Gitme Sıklığı		
Haftada 1-2 gün	56	32.9
Haftada 3-5 gün	52	30.6
Ayda 1-3 gün	57	33.5
İki ayda 1 gün	5	2.9
Hastalarının TRSM'ye Ulaşım Şekli		
Toplu taşıma araçları ile	124	72.9
Özel araç ile	27	15.9
Yürüyerek	19	11.2
Hastalarının Sosyal Etkinliklere Katılma Durumu		
Bazen Katılıyor (ayda 1-2 kez)	92	54.1
Hiç Katılmıyor	45	26.5
Sıklıkla Katılıyor (haftada 1 ve üstü)	33	19.4
TRSM'ye Başladıktan Sonra Hastanın Sosyal Etkinliklere Katılımındaki Değişiklik Durumu		
Evet (Arttı)	115	67.6
Hayır (Değişmedi)	55	32.4
Toplam	170	100

Çizelge 4.4'te araştırmaya katılan hasta yakınlarının hastalarının TRSM ile ilgili bireysel özellikleri yer almaktadır. Çizelge incelendiği zaman hasta yakınlarının hastalarının, %66.5'inin 12 aydan fazla süredir TRSM'ye kayıtlı olduğu, %33.5'inin ayda 1-3 gün TRSM'ye gittiği, %72.9'unun TRSM'ye toplu taşıma araçları ile ulaşımını sağladığı, %54.1'nin sosyal etkinliklere bazen (ayda 1-2 kez) katıldığı, %67.6'sının TRSM'ye başladıktan sonra sosyal etkinliklere katılımında artış olduğu belirlenmiştir.

Çizelge 4.5. Hasta Yakınlarının ŞHYDÖ ve RHİÖ Puan Ortalamaları

Ölçekler	Ort ± SS	Min	Max
ŞHYDÖ			
Sosyal İzolasyon ve Yetersizlik	11.29±3.85	6.00	18.00
Kaçınma ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	4.83±2.00	3.00	9.00
Toplumsal Negatif Ayrımcılık	4.34±1.75	3.00	9.00
Gizleme ve Utanma	5.05±1.85	3.00	9.00
Olumsuz İçselleştirme	5.12±1.13	2.00	6.00
ŞHYDÖ Toplam	30.64±8.35	18.00	51.00
RHiÖ			
Tehlikeli	26.93±8.75	3.00	84.00
Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	43.18±10.48	3.00	10.00
Utanma	1.68±2.49	0.00	10.00
RHiÖ Toplam	71.81±17.08	8.00	137.00

Çizelge 4.5'te hasta yakınlarının ŞHYDÖ ve RHİÖ puan ortalamaları yer almaktadır. Hasta yakınlarının ŞHYDÖ ortalaması 30.64±8.35 olarak, ŞHYDÖ alt ölçeklerinden; sosyal izolasyon ve yetersizlik ölçeği ortalaması 11.29±3.85 olarak, kaçınma ve kişilerarası ilişkilerde bozulma ölçeği ortalaması 4.83±2.00 olarak, toplumsal negatif ayrımcılık ölçeği ortalaması 4.34±1.75 olarak, gizleme ve utanma ölçeği ortalaması 5.05±1.85 olarak, olumsuz içselleştirme ölçeği ortalaması 5.12±1.13 olarak bulunmuştur. Araştırmaya katılan hasta yakınlarının, RHİÖ toplam ortalaması 71.81±17.08 olarak, RHİÖ alt ölçeklerinden; tehlikeli alt ölçeği ortalaması 26.93±8.75 olarak, çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt ölçeği ortalaması 43.18±10.48 olarak ve utanma alt ölçeği ortalaması 1.68±2.49 olarak bulunmuştur.

Çizelge 4.6. Hasta Yakınlarının Cinsiyetlerine Göre ŞHYDÖ ve RHiÖ Puan Ortalamaları

Ölçekler	Cinsiyet		Z*	p
	Kadın (n=110)	Erkek (n=60)		
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$		
ŞHYDÖ				
Sosyal İzolasyon ve Yetersizlik	11,72 ± 3,87	10,52 ± 3,74	-1,959	0,050
Kaçınma ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	4,84 ± 2,04	4,83 ± 1,96	-0,115	0,908
Toplumsal Negatif Ayrımcılık	4,44 ± 1,79	4,17 ± 1,69	-1,165	0,244
Gizleme ve Utanma	5,16 ± 1,76	4,85 ± 2,01	-1,507	0,132
Olumsuz İçselleştirme	5,09 ± 1,19	5,18 ± 1,03	-0,169	0,866
ŞHYDÖ Toplam	31,25 ± 8,29	29,55 ± 8,42	-1,350	0,177
RHiÖ				
Tehlikeli	27,4 ± 9,33	26,08 ± 7,59	-0,444	0,657
Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	43,99 ± 10,34	41,72 ± 10,67	-1,286	0,198
Utanma	1,66 ± 2,55	1,73 ± 2,4	-0,186	0,853
RHiÖ Toplam	73,05 ± 17,06	17,03 ± 0	-0,827	0,408

* Mann Whitney U testi

Çizelge 4.6’da hasta yakınlarının cinsiyetlerine göre ŞHYDÖ ve RHiÖ puan ortalamaları verilmiştir. Çizelge incelendiğinde hasta yakınlarından kadınların erkeklere göre ŞHYDÖ alt ölçeklerinden; sosyal izolasyon ve yetersizlik alt ölçeği puan ortalaması yüksek olup istatistiksel olarak da anlamlı fark tespit edilmiştir ($p \leq 0,05$). Cinsiyet ile ŞHYDÖ toplam ve diğer alt ölçekleri ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0,05$). Cinsiyet ile RHiÖ toplam ve alt ölçekleri ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Çizelge 4.7. Hasta Yakınlarının Hastayla Olan Yakınlık Derecelerine Göre ŞHYDÖ ve RHİÖ Puan Ortalamaları

Ölçekler	Hasta İle Yakınlık Derecesi					χ^2*	p
	Anne-baba (n=10)	Çocuk (n=82)	Eş (n=28)	Kardeş (n=44)	Diğer (n=6)		
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$		
ŞHYDÖ							
Sosyal İzolasyon ve Yetersizlik	11,10±5,04	11,67±3,77	13,10±3,54	9,54±3,18	10,83±4,91	16,43	0,002
Kaçınma ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	5,20±2,57	5,07±2,19	5,03±1,75	4,31±1,62	3,83±1,32	5,38	0,251
Toplumsal Negatif Ayrımcılık	4,30±1,41	4,46±1,98	4,46±1,71	3,97±1,37	4,83±1,60	2,97	0,563
Gizleme ve Utanma	5,70±1,82	5,08±1,91	5,42±1,81	4,61±1,67	5,00±2,28	5,71	0,221
Olumsuz İçselleştirme	4,90±1,44	5,12±1,10	5,32±1,02	4,97±1,22	5,66±0,81	3,24	0,518
ŞHYDÖ Toplam	31,20±10,26	31,41±8,83	33,35±7,40	27,43±6,71	30,16±8,81	10,02	0,040
RHiÖ							
Tehlikeli	26,80±4,63	27,00±10,14	28,71±5,40	25,13±8,44	31,16±6,64	8,02	0,091
Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	38,80±10,23	42,40±10,16	47,42±11,87	42,50±9,87	46,50±9,31	5,49	0,241
Utanma	1,30±2,26	1,97±2,62	1,67±2,85	1,20±1,89	2,00±3,16	3,86	0,425
RHiÖ Toplam	66,90±12,96	71,37±18,31	77,82±16,14	68,84±15,90	79,66±11,84	6,97	0,137

* Kruskal wallis

Çizelge 4.7’de hasta yakınlarının hasta ile olan yakınlık derecelerine göre ŞHYDÖ ve RHİÖ puan ortalamaları verilmiştir. Araştırmaya katılan hasta yakınlarının hastayla olan yakınlık dereceleri ile ŞHYDÖ toplam ve alt ölçeklerinden; sosyal izolasyon ve yetersizlik alt ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir. Bu farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için ise, ileri analiz all pairwise testi yapılmıştır ($p<0,05$). ŞHYDÖ toplam ve sosyal izolasyon ve yetersizlik alt ölçeğinde istatistiksel olarak farkın hastanın eşi olanlardan kaynaklandığı bulunmuştur. Yakınlık derecesi ile ŞHYDÖ diğer alt ölçekleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Yakınlık derecesi ile RHİÖ toplam ve alt ölçekleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 4.8. Hasta Yakınlarının En Uzun Yaşadığı Yere Göre ŞHYDÖ ve RHİÖ Puan Ortalamaları

Ölçekler	En Uzun Yaşadıkları Yer		Z*	p
	Köy/Kasaba (n= 15) $\bar{x} \pm SS$	Şehir (n=155) $\bar{x} \pm SS$		
ŞHYDÖ				
Sosyal İzolasyon ve Yetersizlik	14,26±3,75	11,00±3,75	-3,098	0,002
Kaçınma ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	7,13±1,84	4,61±1,88	-4,307	<0,001
Toplumsal Negatif Ayrımcılık	6,06±1,86	4,17±1,65	-3,869	<0,001
Gizleme ve Utanma	6,00±2,23	4,96±1,79	-1,825	0,068
Olumsuz İçselleştirme	5,46±0,99	5,09±1,14	-1,361	0,174
ŞHYDÖ Toplam	38,93±9,12	29,84±7,85	-3,594	<0,001
RHiÖ				
Tehlikeli	27,53±6,25	26,87±8,97	-0,179	0,858
Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	42,20±8,56	43,28±10,67	-0,583	0,560
Utanma	3,33±2,87	1,52±2,40	-2,806	0,005
RHiÖ Toplam	73,06±13,71	71,69±17,40	-0,401	0,688

* Mann Whitney U testi

Çizelge 4.8’de hasta yakınlarının en uzun yaşadığı yere göre ŞHYDÖ ve RHİÖ puan ortalamaları verilmiştir. Çizelge incelendiğinde hasta yakınlarının köy/kasabada yaşayanların şehirde yaşayanlara göre ŞHYDÖ toplam ve alt ölçeklerinden sosyal izolasyon ve yetersizlik, kaçınma ve kişilerarası ilişkilerde bozulma, toplumsal negatif ayrımcılık puan ortalamaları yüksek olup istatistiksel olarak da anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0,05$). En uzun yaşadıkları yer ile gizleme ve utanma ile olumsuz içselleştirme alt ölçekleri puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$).

RHiÖ alt ölçeklerinden utanma alt ölçeğinin puan ortalaması köy/kasabada yaşayanların şehirde yaşayanlara göre daha yüksek olup istatistiksel olarak da anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). En uzun yaşadıkları yer ile RHİÖ toplam ve alt ölçeklerinden; tehlikeli, çaresizlik ve kişiler arası ilişkilerde bozulma alt ölçekleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 4.9. Hasta Yakınlarının Şu Anda Yaşadığı Yere Göre ŞHYDÖ ve RHİÖ Puan Ortalamaları

Ölçekler	Şu Anda Yaşadıkları Yer		Z*	p
	Köy/Kasaba (n=14) $\bar{x} \pm SS$	Şehir (n=156) $\bar{x} \pm SS$		
ŞHYDÖ				
Sosyal İzolasyon ve Yetersizlik	14,50±3,77	11,00±3,74	-3,177	0,001
Kaçınma ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	7,21±1,88	4,62±1,87	-4,190	<0,001
Toplumsal Negatif Ayrımcılık	6,07±1,94	4,18±1,65	-3,652	<0,001
Gizleme ve Utanma	6,14±2,24	4,95±1,78	-2,027	0,043
Olumsuz İçselleştirme	5,50±1,01	5,08±1,14	-1,541	0,123
ŞHYDÖ Toplam	39,42±9,26	29,85±7,82	-3,601	<0,001
RHiÖ				
Tehlikeli	27,64±6,47	26,87±8,94	-0,247	0,805
Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	42,21±8,88	43,27±10,63	-0,499	0,618
Utanma	3,28±2,97	1,54±2,40	-2,560	0,010
RHiÖ Toplam	73,14±14,22	71,69±17,35	-0,414	0,679

* Mann Whitney U testi

Çizelge 4.9’da hasta yakınlarının şu anda yaşadıkları yere göre ŞHYDÖ ve RHİÖ puan ortalamaları verilmiştir. Çizelge incelendiğinde hasta yakınlarının şu anda yaşadıkları yere göre köy/kasabada yaşayanların şehirde yaşayanlara göre ŞHYDÖ toplam ve alt ölçeklerinden sosyal izolasyon ve yetersizlik, kaçınma ve kişilerarası ilişkilerde bozulma, toplumsal negatif ayrımcılık puan ortalamaları yüksek olup istatistiksel olarak da anlamlı fark tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Hasta yakınlarının şuanda yaşadıkları yer ile olumsuz içselleştirme alt ölçeği puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0,05$).

RHiÖ alt ölçeklerinden utanma alt ölçeğinin puan ortalaması köy/kasabada yaşayanların şehirde yaşayanlara göre daha yüksek olup istatistiksel olarak da anlamlı fark saptanmıştır ($p < 0,05$). Hasta yakınlarının şuanda yaşadıkları yer ile RHİÖ toplam ve alt ölçeklerinden; tehlikeli, çaresizlik ve kişiler arası ilişkilerde bozulma alt ölçekleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Çizelge 4.10. Hasta Yakınlarının Medeni Durumlarına Göre ŞHYDÖ ve RHIÖ Puan Ortalamaları

Ölçekler	Medeni Durum			χ^2 *	p
	Evli (n=127) $\bar{x} \pm SS$	Bekar (n=18) $\bar{x} \pm SS$	Boşanmış/ Dul (n=25) $\bar{x} \pm SS$		
ŞHYDÖ					
Sosyal İzolasyon ve Yetersizlik	11,40±3,86	9,00±3,19	12,40±3,73	9,212	0,010
Kaçınma ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	4,82±2,02	4,27±1,70	5,28±2,07	2,993	0,224
Toplumsal Negatif Ayrımcılık	4,28±1,70	4,00±1,49	4,88±2,10	2,600	0,273
Gizleme ve Utanma	5,12±1,89	4,83±1,58	4,84±1,81	0,609	0,738
Olumsuz İçselleştirme	5,21±1,08	4,72±1,44	4,96±1,13	2,945	0,229
ŞHYDÖ Toplam	30,85±8,33	26,83±6,92	32,36±8,82	4,586	0,101
RHIÖ					
Tehlikeli	27,56±8,31	25,38±10,05	24,84±9,82	3,875	0,144
Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	44,05±10,13	41,27±11,25	40,16±11,33	1,535	0,464
Utanma	1,81±2,59	1,00±1,97	1,52±2,27	1,987	0,370
RHIÖ Toplam	73,44±16,20	67,66±18,11	66,52±19,71	2,889	0,236

* Kruskal wallis

Çizelge 4.10'da hasta yakınlarının medeni durumlarına göre ŞHYDÖ ve RHIÖ puan ortalamaları verilmiştir. Çizelge incelendiğinde hasta yakınlarının medeni durumu ile ŞHYDÖ alt ölçeklerinden sosyal izolasyon ve yetersizlik puan ortalamaları ile arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir. Bu farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için ise, ileri analiz all pairwise testi yapılmıştır ($p < 0,05$). Sosyal izolasyon ve yetersizlik alt ölçeğinde istatistiksel olarak farkı grubun boşanmış ya da dul olan hasta yakınları olduğu bulunmuştur. Medeni durum ile ŞHYDÖ toplam ve alt ölçeklerinden; kaçınma ve kişilerarası ilişkilerde bozulma, toplumsal negatif ayrımcılık, gizleme ve utanma, olumsuz içselleştirme alt ölçekleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0,05$). Medeni durum ile RHIÖ toplam ve tüm alt ölçekleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Çizelge 4.11. Hasta Yakınlarının Kaldığı Yere Göre ŞHYDÖ ve RHiÖ Puan Ortalamaları

Ölçekler	Kaldıkları Yer		t*	p
	Apartman dairesi (n= 82) $\bar{x} \pm SS$	Müstakil (n= 88) $\bar{x} \pm SS$		
ŞHYDÖ				
Sosyal İzolasyon ve Yetersizlik	10,76±3,52	11,78±4,10	-1,725	0,086
Kaçınma ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	4,50±1,75	5,14±2,17	-2,143	0,034
Toplumsal Negatif Ayrımcılık	3,95±1,39	4,70±1,97	-2,890	0,004
Gizleme ve Utanma	4,95±1,72	5,14±1,96	-0,691	0,491
Olumsuz İçselleştirme	5,07±1,20	5,17±1,07	-0,556	0,579
ŞHYDÖ Toplam	29,24±7,33	31,95±9,04	-2,153	0,033
RHiÖ				
Tehlikeli	26,96±6,91	26,90±10,21	0,040	0,968
Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	41,98±11,30	44,30±9,59	-1,446	0,150
Utanma	1,36±2,01	1,98±2,84	-1,656	0,100
RHiÖ Toplam	70,31±16,73	73,20±17,38	-1,102	0,272

* Student t testi

Çizelge 4.11’de hasta yakınlarının kaldıkları yere göre ŞHYDÖ ve RHiÖ puan ortalamaları verilmiştir. Çizelge incelendiğinde hasta yakınlarından müstakil evde yaşayanların apartman dairesinde yaşayanlara göre ŞHYDÖ toplam ve alt ölçeklerinden; kaçınma ve kişilerarası ilişkilerde bozulma, toplumsal negatif ayrımcılık alt ölçeği puan ortalaması yüksek olup istatistiksel olarak da anlamlı fark tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Hasta yakınlarının kaldıkları yer ile RHiÖ toplam ve tüm alt ölçekleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Çizelge 4.12. Hasta Yakınlarının Eğitim Düzeylerine Göre ŞHYDÖ ve RHİÖ Puan Ortalamaları

Ölçekler	Eğitim Düzeyi					χ^2*	p
	OY/OYD (n=28) $\bar{x}\pm SS$	İlkokul (n=71) $\bar{x}\pm SS$	Ortaokul (n=28) $\bar{x}\pm SS$	Lise (n=25) $\bar{x}\pm SS$	Üniversite (n=18) $\bar{x}\pm SS$		
ŞHYDÖ							
Sosyal İzolasyon ve Yetersizlik	13,92±3,46	11,81±3,81	10,39±3,03	9,52±3,44	9,00±3,66	28,000	0,001
Kaçınma ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	6,03±2,30	4,87±2,03	4,46±1,75	4,12±1,39	4,38±1,81	12,696	0,013
Toplumsal Negatif Ayrımcılık	5,60±2,36	4,38±1,70	3,92±1,24	3,68±0,94	3,77±1,47	14,590	0,006
Gizleme ve Utanma	5,89±2,04	5,15±1,81	4,89±1,74	4,40±1,65	4,50±1,68	11,073	0,026
Olumsuz İçselleştirme	5,57±0,87	5,16±1,06	5,07±1,11	4,84±1,40	4,72±1,22	8,243	0,083
ŞHYDÖ Toplam	37,03±8,16	31,39±8,29	28,75±6,44	26,56±6,51	26,38±7,67	27,533	0,001
RHİÖ							
Tehlikeli	27,50±9,59	29,36±9,62	26,10±6,13	23,52±6,89	22,50±6,54	20,445	0,001
Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	43,32±12,50	45,50±9,60	42,78±9,77	39,00±8,81	40,27±12,07	12,319	0,015
Utanma	2,57±3,06	1,88±2,73	1,71±2,27	0,56±1,08	1,05±1,55	11,163	0,025
RHİÖ Toplam	73,39±22,15	76,76±15,74	70,60±13,67	63,08±12,87	63,83±16,79	22,920	0,001

* Kruskal Wallis Testi

Çizelge 4.12’de hasta yakınlarının eğitim düzeylerine göre ŞHYDÖ ve RHİÖ puan ortalamaları verilmiştir. Eğitim düzeyi ile ŞHYDÖ toplam ve alt ölçeklerinden sosyal izolasyon ve yetersizlik, kaçınma ve kişilerarası ilişkilerde bozulma, toplumsal negatif ayrımcılık, gizleme ve utanma alt ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0,05$). Bu farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için ise, ileri analiz all pairwise testi yapılmıştır. istatistiksel olarak farkı yaratan grubun okuryazar olan ya da okuryazar olmayan hasta yakınları olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Eğitim düzeyi ile ŞHYDÖ alt ölçeklerinden olumsuz içselleştirme alt ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Eğitim düzeyi ile RHİÖ toplam ve tüm alt ölçekleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0,05$). Bu farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için ise, ileri analiz all pairwise testi yapılmıştır. RHİÖ toplam ve utanma alt ölçeğinde istatistiksel olarak farkı yaratan grubun okuryazar olan ya da okuryazar olmayan hasta yakınları olduğu bulunmuştur. Tehlikeli ve çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt ölçeğinde istatistiksel olarak farkı yaratan grubun ise ilkokul mezunu olan hasta yakınları olduğu bulunmuştur ($p<0,05$).

Çizelge 4.13. Hasta Yakınlarının Çalışma Durumlarına Göre ŞHYDÖ ve RHİÖ Puan Ortalamaları

Ölçekler	Çalışma Durumu				χ^2*	p
	İşçi (n=20) $\bar{x} \pm SS$	Memur (n=6) $\bar{x} \pm SS$	Emekli (n=39) $\bar{x} \pm SS$	Çalışmıyor (n=105) $\bar{x} \pm SS$		
ŞHYDÖ						
Sosyal İzolasyon ve Yetersizlik	10,30±3,85	8,50±2,94	10,51±3,74	11,93±3,82	9,280	0,026
Kaçınma ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	5,10±2,26	4,33±1,21	4,71±1,93	4,85±2,03	0,391	0,942
Toplumsal Negatif Ayrımcılık	3,80±1,57	3,33±0,81	4,15±1,70	4,57±1,80	8,527	0,036
Gizleme ve Utanma	5,05±1,84	5,00±2,36	4,48±1,93	5,26±1,77	8,546	0,036
Olumsuz İçselleştirme	5,10±1,11	4,66±1,63	5,00±1,23	5,20±1,07	1,059	0,787
ŞHYDÖ Toplam	29,35±8,53	25,83±6,96	28,87±8,78	31,82±8,07	7,466	0,058
RHİÖ						
Tehlikeli	26,05±7,40	26,83±3,25	25,97±7,79	27,46±9,54	0,952	0,813
Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	41,10±11,32	40,83±17,08	41,76±8,71	44,24±10,50	3,578	0,311
Utanma	1,45±3,11	1,33±1,75	2,02±2,29	1,62±2,48	3,026	0,388
RHİÖ Toplam	68,60±17,68	69,00±18,18	69,76±15,61	73,34±17,48	2,099	0,552

* Kruskal Wallis Testi

Çizelge 4.13'te hasta yakınlarının çalışma durumlarına göre ŞHYDÖ ve RHİÖ puan ortalamaları verilmiştir. Çalışma durumu ile ŞHYDÖ alt ölçeklerinden; sosyal izolasyon ve yetersizlik, toplumsal negatif ayrımcılık, gizleme ve utanma alt ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0,05$). Bu farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için ise, ileri analiz all pairwise testi yapılmıştır. İstatistiksel olarak fark yaratan grubun çalışmayan hasta yakınları olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Çalışma durumu ile ŞHYDÖ toplam ve alt ölçeklerinden kaçınma ve kişilerarası ilişkilerde bozulma ile olumsuz içselleştirme alt ölçekleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Çalışma durumu ile RHİÖ toplam ve tüm alt ölçekleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 4.14. Hasta Yakınlarının Hane Aylık Gelirlerine Göre ŞHYDÖ ve RHİÖ Puan Ortalamaları

Ölçekler	Hane Aylık Geliri			χ^2 *	p
	0-1000 (n=59)	1001-2500 (n=100)	2501 ve üstü (n=11)		
	$\bar{x}\pm SS$	$\bar{x}\pm SS$	$\bar{x}\pm SS$		
ŞHYDÖ					
Sosyal İzolasyon ve Yetersizlik	12,35±3,75	10,86±3,81	9,54±3,72	8,345	0,015
Kaçınma ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	5,15±1,99	4,66±2,03	4,72±1,73	4,005	0,135
Toplumsal Negatif Ayrımcılık	4,86±2,05	4,16±1,55	3,18±0,40	10,301	0,006
Gizleme ve Utanma	4,96±1,70	5,15±1,92	4,63±2,01	1,235	0,539
Olumsuz İçselleştirme	5,15±0,97	5,13±1,19	4,90±1,44	0,407	0,816
ŞHYDÖ Toplam	32,49±7,96	29,96±8,45	27,00±7,91	6,797	0,033
RHİÖ					
Tehlikeli	26,28±9,10	27,43±8,82	25,90±6,18	0,487	0,784
Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	42,42±12,86	43,96±8,39	40,27±13,43	2,819	0,244
Utanma	1,93±2,76	1,62±2,40	1,00±1,54	0,659	0,719
RHİÖ Toplam	70,64±19,77	73,01±15,32	67,18±17,09	1,697	0,428

*Kruskal Wallis testi

Çizelge 4.14'te hasta yakınlarının hane aylık gelirlerine göre ŞHYDÖ ve RHİÖ puan ortalamaları verilmiştir. Aylık gelir ile ŞHYDÖ toplam ve alt ölçeklerinden sosyal izolasyon ve yetersizlik, toplumsal negatif ayrımcılık, gizleme ve utanma alt ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0,05$). İstatistiksel olarak fark yaratan grubun 0-1000 TL aylık geliri olan hasta yakınları olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Aylık gelir ile RHİÖ toplam ve tüm alt ölçekleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 4.15. Hasta Yakınlarının Hasta ile Birlikte Yaşama Durumlarına Göre ŞHYDÖ ve RHIÖ Puan Ortalamaları

Ölçekler	Hasta ile Birlikte Yaşama Durumu		Z*	p
	Birlikte Yaşayan (n=142)	Birlikte Yaşamayan (n=28)		
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$		
ŞHYDÖ				
Sosyal İzolasyon ve Yetersizlik	11,57±3,82	9,89±3,79	-2,160	0,031
Kaçınma ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	4,85±2,01	4,75±2,01	-0,260	0,795
Toplumsal Negatif Ayrımcılık	4,35±1,81	4,28±1,43	-0,193	0,847
Gizleme ve Utanma	5,08±1,87	4,89±1,74	-0,415	0,678
Olumsuz İçselleştirme	5,12±1,15	5,10±1,06	-0,303	0,762
ŞHYDÖ Toplam	30,98±8,36	28,92±8,19	-1,232	0,218
RHIÖ				
Tehlikeli	27,19±9,08	25,64±6,86	-0,669	0,504
Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	43,61±10,32	41,00±11,20	-1,413	0,158
Utanma	1,71±2,57	1,53±2,06	-0,269	0,788
RHIÖ Toplam	72,52±17,21	68,17±16,21	-1,025	0,305

*Mann Whitney U testi

Çizelge 4.15'te hasta yakınlarının hasta ile birlikte yaşama durumlarına göre ŞHYDÖ ve RHIÖ puan ortalamaları verilmiştir. Çizelge incelendiğinde çalışmaya katılan hasta yakınlarından hasta ile birlikte yaşayanların hasta ile ayrı yaşayanlara göre ŞHYDÖ alt ölçeklerinden sosyal izolasyon ve yetersizlik alt ölçeği puan ortalaması yüksek olup istatistiksel olarak da anlamlı fark tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Hasta ile birlikte yaşama durumu ile ŞHYDÖ toplam ve diğer alt ölçekleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0,05$). Hasta ile birlikte yaşama durumu ile RHIÖ toplam ve tüm alt ölçekleri puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Çizelge 4.16. Hasta Yakınlarının Hastayı Daha Önce Psikiyatri Kliniğine Yatırma Durumlarına Göre ŞHYDÖ ve RHİÖ Puan Ortalamaları

Ölçekler	Hastayı Psikiyatri Kliniğine Yatırma Durumu		Z*	p
	Yatıran (n=142)	Yatırmayan (n=28)		
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$		
ŞHYDÖ				
Sosyal İzolasyon ve Yetersizlik	11,41±3,83	10,52±3,99	-1,059	0,289
Kaçınma ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	4,81±2,00	4,95±2,05	-0,259	0,796
Toplumsal Negatif Ayrımcılık	4,47±1,82	3,47±0,84	-2,513	0,012
Gizleme ve Utanma	5,02±1,84	5,26±1,88	-0,675	0,499
Olumsuz İçselleştirme	5,12±1,15	5,13±1,01	-0,191	0,849
ŞHYDÖ Toplam	30,85±8,39	29,34±8,09	-0,798	0,425
RHiÖ				
Tehlikeli	27,28±8,74	24,69±8,69	-0,958	0,338
Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	43,07±10,66	43,91±9,43	-0,554	0,580
Utanma	1,69±2,49	1,65±2,55	-0,063	0,950
RHiÖ Toplam	72,05±17,17	70,26±16,75	-0,093	0,926

* Mann Whitney U testi

Çizelge 4.16’da hasta yakınlarının hastayı daha önce psikiyatri kliniğine yatırma durumlarına göre ŞHYDÖ ve RHİÖ puan ortalamaları verilmiştir. Çizelge incelendiğinde hasta yakınlarından hastayı daha önce psikiyatri kliniğine yatıranların yatırmayanlara göre ŞHYDÖ alt ölçeklerinden toplumsal negatif ayrımcılık alt ölçeği puan ortalaması yüksek olup istatistiksel olarak da anlamlı fark tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Hastayı daha önce psikiyatri kliniğine yatırma durumu ile ŞHYDÖ toplam ve diğer alt ölçekleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0,05$). Hastayı daha önce psikiyatri kliniğine yatırma durumu ile RHİÖ toplam ve tüm alt ölçekleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Çizelge 4.17. Hasta Yakınlarının Tıbbi Tedavi Dışında Yardım Alma Durumlarına Göre ŞHYDÖ ve RHİÖ Puan Ortalamaları

Ölçekler	Tıbbi Tedavi Dışında Yardım Alma Durumu		Z*	p
	Alan (n=113)	Almayan (n=57)		
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$		
ŞHYDÖ				
Sosyal İzolasyon ve Yetersizlik	11,78±3,86	10,31±3,68	-2,450	0,014
Kaçınma ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	5,10±1,99	4,29±1,92	-2,856	0,004
Toplumsal Negatif Ayrımcılık	4,53±1,92	3,94±1,28	-1,570	0,116
Gizleme ve Utanma	5,31±1,95	4,52±1,50	-2,410	0,016
Olumsuz İçselleştirme	5,22±1,06	4,92±1,25	-1,390	0,165
ŞHYDÖ Toplam	31,97±8,41	28,01±7,62	-3,091	0,002
RHİÖ				
Tehlikeli	27,55±8,82	25,70±8,55	-1,451	0,147
Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	43,65±9,41	42,26±12,38	-1,447	0,148
Utanma	1,93±2,63	1,19±2,11	-1,981	0,048
RHİÖ Toplam	73,15±16,26	69,15±18,46	-1,852	0,064

*Mann Whitney U testi

Çizelge 4.17’de hasta yakınlarının tıbbi tedavi dışında yardım alma durumlarına göre ŞHYDÖ ve RHİÖ puan ortalamaları verilmiştir. Çizelge incelendiğinde hasta yakınlarının tıbbi tedavi dışında yardım alanların almayanlara göre ŞHYDÖ toplam ve alt ölçeklerinden; sosyal izolasyon ve yetersizlik, kaçınma ve kişilerarası ilişkilerde bozulma, gizleme ve utanma alt ölçeklerinin puan ortalaması yüksek olup istatistiksel olarak da anlamlı fark tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Tıbbi tedavi dışında yardım alma durumu ile toplumsal negatif ayrımcılık alt ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0,05$). Tıbbi tedavi dışında yardım alanların almayanlara göre RHİÖ alt ölçeklerinden; utanma alt ölçeği puan ortalaması yüksek olup istatistiksel olarak da anlamlı fark tespit edilmiştir ($p < 0,05$). RHİÖ toplam ve diğer alt ölçekleri puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Çizelge 4.18. Hasta Yakınlarının Din Hocasından Yardım Alma Durumlarına Göre ŞHYDÖ ve RHİÖ Puan Ortalamaları

Ölçekler	Din Hocasından Yardım Alma Durumu		Z*	p
	Alan (n=108)	Almayan (n=62)		
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$		
ŞHYDÖ				
Sosyal İzolasyon ve Yetersizlik	11,93±3,87	10,17±3,58	-2,964	0,003
Kaçınma ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	5,15±2,01	4,27±1,86	-3,062	0,002
Toplumsal Negatif Ayrımcılık	4,57±1,95	3,93±1,25	-1,635	0,102
Gizleme ve Utanma	5,31±1,97	4,59±1,50	-2,119	0,034
Olumsuz İçselleştirme	5,26±1,01	4,87±1,28	-1,939	0,053
ŞHYDÖ Toplam	32,25±8,47	27,85±7,40	-3,414	0,001
RHİÖ				
Tehlikeli	27,35±8,90	26,20±8,50	-0,831	0,406
Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	43,32±9,28	42,95±12,38	-0,953	0,341
Utanma	2,02±2,65	1,09±2,05	-2,605	0,009
RHİÖ Toplam	72,70±16,38	70,25±18,27	-1,179	0,238

*Mann Whitney U testi

Çizelge 4.18’de hasta yakınlarının din hocasından yardım alma durumlarına göre ŞHYDÖ ve RHİÖ puan ortalamaları verilmiştir. Çizelge incelendiğinde hasta yakınlarından din hocasından yardım alanların almayanlara göre ŞHYDÖ alt ölçeklerinden; sosyal izolasyon ve yetersizlik, kaçınma ve kişilerarası ilişkilerde bozulma, gizleme ve utanma alt ölçeklerinin puan ortalaması yüksek olup istatistiksel olarak da anlamlı fark tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Din hocasından yardım alma durumu ile ŞHYDÖ toplam ve diğer alt ölçekleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0,05$). Hasta yakınlarından din hocasından yardım alanların almayanlara göre RHİÖ alt ölçeklerinden; utanma alt ölçeğinin puan ortalaması yüksek olup istatistiksel olarak da anlamlı fark tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Din hocasından yardım alma durumu ile RHİÖ toplam ve diğer alt ölçekler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Çizelge 4.19. Hasta Yakınlarının Damgalanmaktan Korkma Nedeniyle Tıbbi Tedavi Dışı Yöntemlere Başvurma Durumlarına Göre ŞHYDÖ ve RHiÖ Puan Ortalamaları

Ölçekler	Damgalanmaktan Korkma Nedeniyle Tıbbi Tedavi Dışı Yöntemlere Başvurma Durumu		Z*	p
	Damgalanmaktan Korkan (n=142)	Damgalanmaktan Korkmayan (n=28)		
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$		
ŞHYDÖ				
Sosyal İzolasyon ve Yetersizlik	14,00±4,32	11,22±3,83	-1,337	0,181
Kaçınma ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	5,25±2,87	4,82±1,99	-0,198	0,843
Toplumsal Negatif Ayrımcılık	5,75±2,21	4,30±1,73	-1,806	0,071
Gizleme ve Utanma	6,75±2,06	5,01±1,83	-1,697	0,090
Olumsuz İçselleştirme	5,50±1,00	5,11±1,14	-0,724	0,469
ŞHYDÖ Toplam	37,25±10,71	30,48±8,26	-1,333	0,183
RHiÖ				
Tehlikeli	45,00±26,08	26,50±7,61	-2,203	0,028
Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	48,75±4,42	43,05±10,55	-1,358	0,174
Utanma	1,25±2,50	1,69±2,49	-0,528	0,597
RHiÖ Toplam	95,00±28,89	71,25±16,44	-1,892	0,058

*Mann Whitney U testi

Çizelge 4.19’da hasta yakınlarının damgalanmaktan korkma nedeniyle tıbbi tedavi dışı yöntemlere başvurma durumlarına göre ŞHYDÖ ve RHiÖ puan ortalamaları verilmiştir. Çizelge incelendiğinde damgalanmaktan korkma durumu ile ŞHYDÖ toplamı ve tüm alt ölçekleri puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Hasta yakınlarından damgalanmaktan korkanların korkmayanlara göre RHiÖ alt ölçeklerinden; tehlikeli alt ölçeğinin puan ortalaması yüksek olup istatistiksel olarak da anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0,05$). Damgalanmaktan korkma durumu ile RHiÖ toplamı ve diğer alt ölçekleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 4.20. Hasta Yakınlarının Faydalı Olacağını Düşünme Nedeniyle Tıbbi Tedavi Dışı Yöntemlere Başvurma Durumlarına Göre ŞHYDÖ ve RHİÖ Puan Ortalamaları

Ölçekler	Faydalı Olacağını Düşünme Nedeniyle Tıbbi Tedavi Dışı Yöntemlere Başvurma Durumu		t*	p
	Düşünen (n=86)	Düşünmeyen (n=84)		
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$		
ŞHYDÖ				
Sosyal İzolasyon ve Yetersizlik	11,81±3,77	10,76±3,89	1,789	0,075
Kaçınma ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	5,17±2,04	4,48±1,91	2,258	0,025
Toplumsal Negatif Ayrımcılık	4,51±1,98	4,16±1,47	1,289	0,199
Gizleme ve Utanma	5,25±1,92	4,84±1,75	1,451	0,149
Olumsuz İçselleştirme	5,18±1,09	5,05±1,18	0,724	0,470
ŞHYDÖ Toplam	31,94±8,41	29,32±8,12	2,065	0,040
RHİÖ				
Tehlikeli	27,67±9,31	26,17±8,12	1,115	0,267
Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	43,39±9,27	42,97±11,64	0,260	0,795
Utanma	2,15±2,75	1,21±2,10	2,497	0,014
RHİÖ Toplam	73,22±16,38	70,36±17,75	1,089	0,278

*Student t testi

Çizelge 4.20’de hasta yakınlarının faydalı olacağını düşünme nedeniyle tıbbi tedavi dışı yöntemlere başvurma durumlarına göre ŞHYDÖ ve RHİÖ puan ortalamaları verilmiştir. Çizelge incelendiğinde araştırmaya katılan hasta yakınlarından tıbbi tedavi dışı yöntemlerin faydalı olacağını düşünenlerin bir faydasının olacağını düşünmeyenlere göre ŞHYDÖ toplam ve alt ölçeklerinden kaçınma ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt ölçeğinin puan ortalaması yüksek olup istatistiksel olarak da anlamlı fark tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Faydalı olacağını düşünme nedeniyle tıbbi tedavi dışı yöntemlere başvurma durumu ile ŞHYDÖ diğer alt ölçekleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0,05$). Hasta yakınlarından tıbbi tedavi dışı yöntemlerin faydalı olacağını düşünenlerin bir faydasının olacağını düşünmeyenlere göre RHİÖ alt ölçeklerinden; utanma alt ölçeğinin puan ortalaması yüksek olup istatistiksel olarak da anlamlı fark tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Faydalı olacağını düşünme nedeniyle tıbbi tedavi dışı yöntemlere başvurma durumu ile RHİÖ toplam ve diğer alt ölçeklerinin puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Çizelge 4.21. Hasta Yakınlarının Çevredekiler Önerdiği İçin Tıbbi Tedavi Dışında Dışın Yöntemlere Seçeneklerine Başvurma Durumlarına Göre ŞHYDÖ ve RHİÖ Puan Ortalamaları

Ölçekler	Çevredekiler Önerdiği İçin Tıbbi Tedavi Dışı Yöntemlere Başvurma Durumu		Z*	p
	Başvuran (n=45)	Başvurmayan (n=125)		
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$		
ŞHYDÖ				
Sosyal İzolasyon ve Yetersizlik	11,80±4,07	11,11±3,77	1,026	0,306
Kaçınma ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	4,93±1,89	4,80±2,04	0,382	0,703
Toplumsal Negatif Ayrımcılık	4,22±1,53	4,38±1,83	-0,529	0,597
Gizleme ve Utanma	5,57±2,02	4,86±1,75	2,246	0,026
Olumsuz İçselleştirme	5,31±1,10	5,05±1,14	1,293	0,198
ŞHYDÖ Toplam	31,84±8,08	30,21±8,43	1,123	0,263
RHiÖ				
Tehlikeli	27,55±6,88	26,71±9,35	0,553	0,581
Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	45,17±8,46	42,47±11,06	1,490	0,138
Utanma	0,93±1,76	1,96±2,65	-2,896	0,005
RHiÖ Toplam	73,66±13,86	71,14±18,10	0,849	0,397

*Mann Whitney U testi

Çizelge 4.21’de hasta yakınlarının çevredekiler önerdiği için tıbbi tedavi dışı yöntemlere başvurma durumlarına göre ŞHYDÖ ve RHİÖ puan ortalamaları verilmiştir. Çizelge incelendiğinde araştırmaya katılan hasta yakınlarından çevredekiler önerdiği için tıbbi tedavi dışı yöntemlere başvuranların başvurmayanlara göre ŞHYDÖ alt ölçeklerinden; gizleme ve utanma alt ölçeğinin puan ortalaması yüksek olup istatistiksel olarak da anlamlı fark tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Çevredekiler önerdiği için tıbbi tedavi dışı yöntemlere başvurma durumu ile ŞHYDÖ toplam ve diğer alt ölçekleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0,05$). Araştırmaya katılan hasta yakınlarından çevredekiler önerdiği için tıbbi tedavi dışı yöntemlere başvuranların başvurmayanlara göre RHİÖ alt ölçeklerinden utanma alt ölçeğinin puan ortalaması yüksek olup istatistiksel olarak da anlamlı fark tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Çevredekiler önerdiği için tıbbi tedavi dışı yöntemlere başvurma durumu ile RHİÖ toplam ve diğer alt ölçeklerinin puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Çizelge 4.22. Hasta Yakınlarının Hastaları Nedeniyle Akrabalarının Farklı Davrandığını Düşünme Durumlarına Göre ŞHYDÖ ve RHİÖ Puan Ortalamaları

Ölçekler	Hastaları Nedeniyle Akrabalarının Farklı Davrandığını Düşünme Durumu		t*	p
	Düşünen (n=80) $\bar{x} \pm SS$	Düşünmeyen (n=90) $\bar{x} \pm SS$		
ŞHYDÖ				
Sosyal İzolasyon ve Yetersizlik	12,22±3,65	10,46±3,86	3,037	0,003
Kaçınma ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	5,38±2,05	4,34±1,83	3,496	0,001
Toplumsal Negatif Ayrımcılık	4,77±1,96	3,95±1,44	3,062	0,003
Gizleme ve Utanma	5,16±1,89	4,95±1,81	0,727	0,468
Olumsuz İçselleştirme	5,27±1,09	4,98±1,16	1,646	0,102
ŞHYDÖ Toplam	32,82±8,48	28,71±7,77	3,298	0,001
RHİÖ				
Tehlikeli	28,42±6,92	25,61±9,95	2,113	0,036
Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	45,12±7,52	41,46±12,33	2,362	0,019
Utanma	1,85±2,72	1,54±2,26	0,797	0,426
RHİÖ Toplam	75,40±13,05	68,62±19,52	2,626	0,009

*Student t testi

Çizelge 4.22’de hasta yakınlarının hastaları nedeniyle akrabalarının farklı davrandığını düşünme durumlarına göre ŞHYDÖ ve RHİÖ puan ortalamaları verilmiştir. Çizelge incelendiğinde araştırmaya katılan hasta yakınlarından hastaları nedeniyle akrabalarının farklı davrandığını düşünenlerin farklı davrandığını düşünmeyenlere göre ŞHYDÖ toplam alt ölçeklerinden; sosyal izolasyon ve yetersizlik, kaçınma ve kişilerarası ilişkilerde bozulma, toplumsal negatif ayrımcılık alt ölçeklerinin puan ortalamaları yüksek olup istatistiksel olarak da anlamlı fark tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Hastaları nedeniyle akrabalarının farklı davrandığını düşünme durumu ile ŞHYDÖ alt ölçeklerinden; gizleme ve utanma, olumsuz içselleştirme alt ölçekleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0,05$). Araştırmaya katılan hasta yakınlarından hastaları nedeniyle akrabalarının farklı davrandığını düşünenlerin farklı davrandığını düşünmeyenlere göre RHİÖ toplam ve alt ölçeklerinden; tehlikeli, çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt ölçeklerinin puan ortalamaları yüksek olup istatistiksel olarak da anlamlı fark tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Hastaları nedeniyle akrabalarının farklı davrandığını

düşünme durumu ile RHİÖ alt ölçeklerinden; utanma alt ölçeğinin puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).



Çizelge 4.23. Hasta Yakınlarının Akrabalarından Hastaları ve Hastalığını Gizleme Durumlarına Göre ŞHYDÖ ve RHİÖ Puan Ortalamaları

Ölçekler	Akrabalarından Hastalarını ve Hastalığını Gizleme Durumu		Z*	p
	Gizleyen (n=42)	Gizlemeyen (n=128)		
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$		
ŞHYDÖ				
Sosyal İzolasyon ve Yetersizlik	11,92±4,25	11,08±3,71	-1,041	0,298
Kaçınma ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	4,85±2,15	4,82±1,96	-0,261	0,794
Toplumsal Negatif Ayrımcılık	4,11±1,53	4,41±1,82	-0,637	0,524
Gizleme ve Utanma	6,11±1,95	4,70±1,68	-4,156	<0,001
Olumsuz İçselleştirme	5,16±1,28	5,10±1,08	-0,941	0,347
ŞHYDÖ Toplam	32,19±8,95	30,14±8,11	-1,230	0,219
RHİÖ				
Tehlikeli	27,76±11,58	26,66±7,63	-0,004	0,997
Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	43,54±10,41	43,07±10,54	-0,841	0,400
Utanma	1,64±2,63	1,70±2,45	-0,533	0,594
RHİÖ Toplam	72,95±19,97	71,43±16,09	-0,253	0,800

*Mann Whitney U testi

Çizelge 4.23'te hasta yakınlarının akrabalarından hastalarını ve hastalığını gizleme durumlarına göre ŞHYDÖ ve RHİÖ puan ortalamaları verilmiştir. Çizelge incelendiğinde hasta yakınlarından akrabalarından hastalarını ve hastalığını gizleyenlerin gizlemeyenlere göre ŞHYDÖ alt ölçeklerinden gizleme ve utanma alt ölçeğinin puan ortalamaları yüksek olup istatistiksel olarak da anlamlı fark tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Akrabalarından hastalarını ve hastalığını gizleme durumu ile ŞHYDÖ ve diğer alt ölçekleri puan ortalamaları ile arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0,05$). Akrabalarından hastalarını ve hastalığını gizleme durumu ile RHİÖ toplam ve tüm alt ölçekleri puan ortalamaları ile arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Çizelge 4.24. Hasta Yakınlarının Akraba Ziyaretlerine Hastasıyla Birlikte Gitme Durumlarına Göre ŞHYDÖ ve RHİÖ Puan Ortalamaları

Ölçekler	Akraba Ziyaretlerine Hastasıyla Birlikte Gitme Durumu		Z*	p
	Giden (n=20)	Gitmeyen (n=150)		
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$		
ŞHYDÖ				
Sosyal İzolasyon ve Yetersizlik	13,50±4,05	11,00±3,74	-2,657	0,008
Kaçınma ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	5,35±1,69	4,76±2,03	-1,785	0,074
Toplumsal Negatif Ayrımcılık	4,05±1,63	4,38±1,77	-0,790	0,430
Gizleme ve Utanma	5,60±2,16	4,98±1,80	-1,141	0,254
Olumsuz içselleştirme	5,40±1,04	5,08±1,14	-1,304	0,192
ŞHYDÖ Toplam	33,90±8,11	30,21±8,31	-1,990	0,047
RHİÖ				
Tehlikeli	28,00±6,77	26,79±8,99	-0,654	0,513
Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	44,75±7,13	42,98±10,85	-0,702	0,483
Utanma	1,90±2,44	1,66±2,50	-0,420	0,675
RHİÖ Toplam	74,65±13,04	71,43±17,55	-0,706	0,480

*Mann Whitney U testi

Çizelge 4.24'te hasta yakınlarının akraba ziyaretlerine hastasıyla birlikte gitme durumlarına göre ŞHYDÖ ve RHİÖ puan ortalamaları verilmiştir. Çizelge incelendiğinde araştırmaya katılan hasta yakınlarından akraba ziyaretlerine hastasıyla birlikte gidenlerin gitmeyenlere göre ŞHYDÖ toplam ve alt ölçeklerinden sosyal izolasyon ve yetersizlik alt ölçeğinin puan ortalamaları yüksek olup istatistiksel olarak da anlamlı fark tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Hasta yakınlarının akraba ziyaretlerine hastasıyla birlikte gitme durumları ile ŞHYDÖ diğer alt ölçekleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0,05$). Hasta yakınlarının akraba ziyaretlerine hastasıyla birlikte gitme durumları ile RHİÖ toplam ve alt ölçekleri ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Çizelge 4.25. Hasta Yakınlarının Hastaları Nedeniyle Akrabalarının Yanında Kendilerini Yabancı Gibi Hissetme Durumlarına Göre ŞHYDÖ ve RHİÖ Puan Ortalamaları

Ölçekler	Hastaları Nedeniyle Akrabaların Yanında Kendini Yabancı Hissetme Durumu		Z*	p
	Hisseden (n=14)	Hissetmeyen (n=156)		
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$		
ŞHYDÖ				
Sosyal İzolasyon ve Yetersizlik	14,50±2,90	11,00±3,80	-3,205	<0,001
Kaçınma ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	6,07±1,97	4,72±1,97	-2,529	0,011
Toplumsal Negatif Ayrımcılık	4,50±1,65	4,32±1,76	-0,762	0,446
Gizleme ve Utanma	6,64±1,82	4,91±1,79	-3,240	0,001
Olumsuz İçselleştirme	5,71±0,72	5,07±1,15	-2,240	0,025
ŞHYDÖ Toplam	37,42±6,02	30,03±8,27	-3,223	<0,001
RHİÖ				
Tehlikeli	29,07±8,76	26,74±8,75	-1,742	0,081
Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	43,78±9,45	43,13±10,59	-0,428	0,668
Utanma	1,92±3,12	1,66±2,43	-0,041	0,968
RHİÖ Toplam	74,78±17,57	71,54±17,07	-1,250	0,211

*Mann Whitney U testi

Çizelge 4.25'te hasta yakınlarının hastaları nedeniyle akrabalarının yanında kendilerini yabancı gibi hissetme durumlarına göre ŞHYDÖ ve RHİÖ puan ortalamaları verilmiştir. Çizelge incelendiğinde hasta yakınlarından hastaları nedeniyle akrabalarının yanında kendini yabancı gibi hissedenlerin hissetmeyenlere göre ŞHYDÖ toplam ve alt ölçeklerinden sosyal izolasyon ve yetersizlik, kaçınma ve kişilerarası ilişkilerde bozulma, gizleme ve utanma, olumsuz içselleştirme alt ölçeğinin puan ortalamaları yüksek olup istatistiksel olarak da anlamlı fark tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Hastaları nedeniyle akrabaların yanında kendini yabancı gibi hissetme durumu ile toplumsal negatif ayrımcılık alt ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0,05$). Hastaları nedeniyle akrabaların yanında kendini yabancı gibi hissetme durumu ile RHİÖ toplam ve tüm alt ölçekleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Çizelge 4.26. Hasta Yakınlarının Hastayla Birlikte Katıldıkları Sosyal Etkinliklerdeki İnsanların Tutumlarında Farklılık Hissetme Durumlarına Göre ŞHYDÖ ve RHİÖ Puan Ortalamaları

Ölçekler	Hastalarıyla Birlikte Katıldıkları Sosyal Etkinliklerdeki İnsanların Tutumlarında Farklılık Hissetme		Z*	p
	Hisseden (n=93)	Hissetmeyen (n=77)		
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$		
ŞHYDÖ				
Sosyal İzolasyon ve Yetersizlik	12,41±3,89	9,93±3,36	-4,157	<0,001
Kaçınma ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	5,58±2,13	3,93±1,38	-5,388	<0,001
Toplumsal Negatif Ayrımcılık	4,93±2,05	3,62±0,87	-4,171	<0,001
Gizleme ve Utanma	5,59±1,95	4,40±1,48	-4,169	<0,001
Olumsuz İçselleştirme	5,44±0,94	4,74±1,22	-4,073	<0,001
ŞHYDÖ Toplam	33,96±8,52	26,63±6,11	-5,608	<0,001
RHiÖ				
Tehlikeli	27,73±10,10	25,97±6,71	-1,345	0,179
Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	43,41±9,61	42,90±11,50	-1,217	0,224
Utanma	1,73±2,51	1,63±2,47	-0,379	0,705
RHiÖ Toplam	72,88±18,13	70,51±15,74	-1,452	0,147

*Mann Whitney U testi

Çizelge 4.26’da hasta yakınlarının hastayla birlikte katıldıkları sosyal etkinliklerdeki insanların kendilerine yönelik tutumlarında farklılık hissetme durumlarına göre ŞHYDÖ ve RHİÖ puan ortalamaları verilmiştir. Çizelge incelendiğinde hasta yakınlarından hastayla birlikte katıldıkları sosyal etkinliklerdeki insanların kendilerine yönelik tutumlarında farklılık hissedenlerin hissetmeyenlere göre ŞHYDÖ toplam ve tüm alt ölçeklerinin puan ortalaması yüksek olup istatistiksel olarak da anlamlı fark tespit edilmiştir (p<0,05). Hastayla birlikte katıldıkları sosyal etkinliklerdeki insanların tutumunda farklılık hissetme durumu ile RHİÖ ve tüm alt ölçekleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p>0,05).

Çizelge 4.27. Hasta Yakınlarının Hastayla Birlikte Katıldıkları Sosyal Etkinliklerdeki İnsanların Kendilerine Farklı Davrandığını Düşünme Durumlarına Göre ŞHYDÖ ve RHİÖ Puan Ortalamaları

Ölçekler	Hastayla Birlikte Katıldıkları Sosyal Etkinliklerdeki İnsanların Kendilerine Farklı Davrandığını Düşünme Durumu		Z*	p
	Düşünen (n=64)	Düşünmeyen (n=106)		
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$		
ŞHYDÖ				
Sosyal İzolasyon ve Yetersizlik	12,37±3,82	10,64±3,74	-2,873	0,004
Kaçınma ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	5,54±2,12	4,40±1,80	-3,625	0,001
Toplumsal Negatif Ayrımcılık	4,81±2,09	4,05±1,45	-1,970	0,049
Gizleme ve Utanma	5,40±2,06	4,83±1,68	-1,568	0,117
Olumsuz İçselleştirme	5,42±0,97	4,94±1,19	-2,797	0,005
ŞHYDÖ Toplam	33,56±8,77	28,88±7,60	-3,452	0,001
RHiÖ				
Tehlikeli	26,04±7,43	27,47±9,45	-0,655	0,512
Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	43,34±8,86	43,09±11,39	-0,541	0,589
Utanma	1,73±2,51	1,66±2,48	-0,165	0,869
RHiÖ Toplam	71,12±15,63	72,22±17,96	-0,042	0,967

*Mann Whitney U testi

Çizelge 4.27'de hasta yakınlarının hastayla birlikte katıldıkları sosyal etkinliklerdeki insanların kendilerine farklı davrandığını düşünme durumlarına göre ŞHYDÖ ve RHİÖ puan ortalamaları verilmiştir. Çizelge incelendiğinde hasta yakınlarından hastayla birlikte katıldıkları sosyal etkinliklerdeki insanların kendilerine farklı davrandığını düşünenlerin farklı davrandığını düşünmeyenlere göre ŞHYDÖ toplam ve alt ölçeklerinden; sosyal izolasyon ve yetersizlik, kaçınma ve kişilerarası ilişkilerde bozulma, toplumsal negatif ayrımcılık, olumsuz içselleştirme alt ölçekleri puan ortalamaları yüksek olup istatistiksel olarak da anlamlı fark tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Hastayla birlikte katıldıkları sosyal etkinliklerdeki insanların kendilerine farklı davrandığını düşünme durumları ile gizleme ve utanma alt ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0,05$). Hastayla birlikte katıldıkları sosyal etkinliklerdeki insanların kendilerine farklı davrandığını düşünme durumları ile

RHİÖ toplam ve tüm alt ölçekleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).



Çizelge 4.28. Hasta Yakınlarının Hastayla Birlikte Katıldıkları Sosyal Etkinliklerdeki İnsanlardan Hastalarını ve Hastalığını Gizleme Durumlarına Göre ŞHYDÖ ve RHİÖ Puan Ortalamaları

Ölçekler	Hastayla Birlikte Katıldıkları Sosyal Etkinliklerdeki İnsanlardan Hastalarını ve Hastalığını Gizleme		Z*	p
	Gizleyen (n=48)	Gizlemeyen (n=122)		
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$		
ŞHYDÖ				
Sosyal İzolasyon ve Yetersizlik	11,93±4,13	11,04±3,73	-1,233	0,218
Kaçınma ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	5,10±2,07	4,72±1,97	-1,103	0,270
Toplumsal Negatif Ayrımcılık	4,41±1,56	4,31±1,82	-1,259	0,208
Gizleme ve Utanma	6,27±1,81	4,57±1,63	-5,435	0,001
Olumsuz İçselleştirme	5,27±1,26	5,06±1,08	-1,791	0,073
ŞHYDÖ Toplam	33,00±8,56	29,72±8,11	-2,346	0,019
RHİÖ				
Tehlikeli	29,37±10,04	25,97±8,03	-1,991	0,046
Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	45,41±8,05	42,31±11,20	-2,344	0,019
Utanma	1,89±2,89	1,60±2,31	-0,232	0,817
RHİÖ Toplam	76,68±16,23	69,89±17,09	-2,222	0,026

*Mann Whitney U testi

Çizelge 4.28'de hasta yakınlarının hastayla birlikte katıldıkları sosyal etkinliklerdeki insanlardan hastalarını ve hastalığını gizleme durumlarına göre ŞHYDÖ ve RHİÖ puan ortalamaları verilmiştir. Çizelge incelendiğinde hasta yakınlarından hastayla birlikte katıldıkları sosyal etkinliklerdeki insanlardan hastalarını ve hastalığını gizleyenlerin gizlemeyenlere göre ŞHYDÖ toplam ve alt ölçeklerinden; gizleme ve utanma alt ölçeğinin puan ortalaması yüksek olup istatistiksel olarak da anlamlı fark tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Hastayla birlikte katıldıkları sosyal etkinliklerdeki insanlardan hastalarını ve hastalığını gizleme durumları ile ŞHYDÖ diğer alt ölçekleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0,05$). Hasta yakınlarından hastayla birlikte katıldıkları sosyal etkinliklerdeki insanlardan hastalarını ve hastalığını gizleyenlerin gizlemeyenlere göre RHİÖ toplam ve alt ölçeklerinden; tehlikeli, çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0,05$). Hastayla birlikte katıldıkları sosyal etkinliklerdeki insanlardan hastalarını ve hastalığını gizleme durumları ile utanma alt ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Çizelge 4.29. Hasta Yakınlarının Hastalarıyla Birlikte Sosyal Etkinliklere Gitme Durumlarına Göre ŞHYDÖ ve RHİÖ Puan Ortalamaları

Ölçekler	Hastalarıyla Birlikte Sosyal Etkinliklere Gitme		Z*	p
	Giden (n=33) $\bar{x} \pm SS$	Gitmeyen (n=137) $\bar{x} \pm SS$		
ŞHYDÖ				
Sosyal İzolasyon ve Yetersizlik	12,90±3,71	10,90±3,80	-2,687	0,007
Kaçınma ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	5,39±1,95	4,70±2,00	-2,154	0,031
Toplumsal Negatif Ayrımcılık	4,63±1,38	4,27±1,82	-2,315	0,021
Gizleme ve Utanma	5,54±1,78	4,93±1,85	-2,013	0,044
Olumsuz İçselleştirme	5,27±1,06	5,08±1,15	-0,846	0,398
ŞHYDÖ Toplam	33,75±6,88	29,89±8,52	-2,741	0,006
RHiÖ				
Tehlikeli	30,57±7,44	26,05±8,84	-3,197	0,001
Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	45,27±5,71	42,68±11,29	-1,088	0,276
Utanma	1,48±2,43	1,73±2,50	-0,590	0,555
RHiÖ Toplam	77,33±11,77	70,48±17,91	-2,148	0,032

*Mann Whitney U testi

Çizelge 4.29'da hasta yakınlarının hastalarıyla birlikte sosyal etkinliklere gitme durumlarına göre ŞHYDÖ ve RHİÖ puan ortalamaları verilmiştir. Çizelge incelendiğinde hasta yakınlarından hastasıyla birlikte sosyal etkinliklere gidenlerin gitmeyenlere göre ŞHYDÖ toplam ve alt ölçeklerinden; sosyal izolasyon ve yetersizlik, kaçınma ve kişilerarası ilişkilerde bozulma, toplumsal negatif ayrımcılık, gizleme ve utanma alt ölçeğinin puan ortalaması yüksek olup istatistiksel olarak da anlamlı fark tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Hastalarıyla birlikte sosyal etkinliklere gitme durumları ile olumsuz içselleştirme alt ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0,05$). Hasta yakınlarından hastasıyla birlikte sosyal etkinliklere gidenlerin gitmeyenlere göre RHİÖ toplam ve tehlikeli alt ölçeği puan ortalaması yüksek olup istatistiksel olarak da anlamlı fark tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Hastalarıyla birlikte sosyal etkinliklere gitme durumları ile RHİÖ diğer alt ölçekleri puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Çizelge 4.30. Hasta Yakınlarının Hastayla Birlikte Katıldıkları Sosyal Etkinliklerde Kendilerini Yabancı Gibi Hissetme Durumlarına Göre ŞHYDÖ ve RHİÖ Puan Ortalamaları

Ölçekler	Hastayla Birlikte Katıldıkları Sosyal Etkinliklerde Kendilerini Yabancı Gibi Hissetme		Z*	p
	Hisseden (n=12)	Hissetmeyen (n=158)		
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$		
ŞHYDÖ				
Sosyal İzolasyon ve Yetersizlik	14,00±3,90	11,08±3,78	-2,377	0,017
Kaçınma ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	5,58±2,15	4,77±1,98	-1,349	0,177
Toplumsal Negatif Ayrımcılık	5,41±2,15	4,25±1,70	-2,105	0,035
Gizleme ve Utanma	6,50±2,31	4,94±1,77	-2,312	0,021
Olumsuz İçselleştirme	5,66±0,65	5,08±1,15	-1,681	0,093
ŞHYDÖ Toplam	37,16±8,94	30,15±8,12	-2,558	0,011
RHİÖ				
Tehlikeli	28,00±9,29	26,85±8,73	-1,039	0,299
Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	41,75±14,42	43,29±10,17	-0,231	0,817
Utanma	2,00±2,82	1,66±2,47	-0,451	0,652
RHİÖ Toplam	71,75±23,79	71,81±16,56	-0,536	0,592

*Mann Whitney U testi

Çizelge 4.30’da hasta yakınlarının hastayla birlikte katıldıkları sosyal etkinliklerde kendilerini yabancı gibi hissetme durumlarına göre ŞHYDÖ ve RHİÖ puan ortalamaları verilmiştir. Çizelge incelendiğinde hasta yakınlarından hastalarıyla katıldıkları sosyal etkinliklerde kendilerini yabancı gibi hissedenlerin hissetmeyenlere göre ŞHYDÖ toplam ve alt ölçeklerinden; sosyal izolasyon ve yetersizlik, toplumsal negatif ayrımcılık, gizleme ve utanma alt ölçeğinin puan ortalaması yüksek olup istatistiksel olarak da anlamlı fark tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Hasta yakınlarının hastayla birlikte katıldıkları sosyal etkinliklerde kendilerini yabancı gibi hissetme durumları ile ŞHYDÖ alt ölçeklerinden; kaçınma ve kişilerarası ilişkilerde bozulma, olumsuz içselleştirme alt ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0,05$). Hasta yakınlarının hastayla birlikte katıldıkları sosyal etkinliklerde kendilerini yabancı gibi hissetme durumları ile RHİÖ toplam ve tüm alt ölçekleri puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Çizelge 4.31. Hasta Yakınlarının Hastalarının Yaş Gruplarına Göre ŞHYDÖ ve RHİÖ Puan Ortalamaları

Ölçekler	Yaş					χ^2*	p
	18-29 (n=29)	30-39 (n=67)	40-49 (n=42)	50-59 (n=23)	60 ve üstü (n=9)		
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$		
ŞHYDÖ							
Sosyal İzolasyon ve Yetersizlik	10,68±3,82	11,86±3,61	11,07±4,18	10,69±3,92	11,55±4,18	3,411	0,492
Kaçınma ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	4,48±1,95	5,25±2,17	4,64±1,89	4,52±1,75	4,55±1,74	4,610	0,330
Toplumsal Negatif ve Ayrımcılık	4,20±1,78	4,38±1,83	4,38±1,80	4,21±1,50	4,55±1,74	0,510	0,973
Gizleme ve Utanma	5,24±1,78	5,28±1,92	5,02±1,91	4,30±1,49	4,77±1,85	5,664	0,226
Olumsuz İçselleştirme	5,17±0,92	5,28±1,08	4,90±1,30	4,73±1,25	5,77±0,44	8,305	0,081
ŞHYDÖ Toplam	29,79±7,78	32,07±8,31	30,02±9,05	28,47±7,82	31,22±8,13	4,480	0,345
RHİÖ							
Tehlikeli	28,79±11,89	26,20±6,66	27,35±9,03	24,13±9,57	31,55±4,79	11,904	0,018
Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	41,31±9,43	43,70±8,44	42,33±15,26	43,17±7,06	49,44±5,34	8,837	0,065
Utanma	1,82±2,84	1,52±2,29	1,92±2,49	1,21±2,17	2,55±3,53	2,172	0,704
RHİÖ Toplam	71,93±17,35	71,43±13,16	71,61±23,25	68,52±15,03	83,55±10,03	9,018	0,061

*Kruskal Wallis testi

Çizelge 4.31 'de hasta yakınlarının hastalarının yaşlarına göre ŞHYDÖ ve RHIÖ puan ortalamaları verilmiştir. Çizelge incelendiğinde hastalarının yaş grupları ile ŞHYDÖ toplam ve tüm alt ölçekleri puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Hastalarının yaşları ile RHIÖ alt ölçeklerinden; tehlikeli alt ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0,05$). Bu farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için ise, ileri analiz all pairwise testi yapılmıştır. Tehlikeli alt ölçeğinde istatistiksel olarak fark yaratan grubun 60 yaş ve üzerindeki hastalarının olduğu bulunmuştur. Hastalarının yaşları ile RHIÖ toplam ve diğer alt ölçekleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 4.32. Hasta Yakınlarının Hastalarının Yaşadıkları Yere Göre ŞHYDÖ ve RHİÖ Puan Ortalamaları

Ölçekler	Yaşadığı Yer		Z*	p
	Köy/Kasaba (n=14) $\bar{x} \pm SS$	Şehir (n=156) $\bar{x} \pm SS$		
ŞHYDÖ				
Sosyal İzolasyon ve Yetersizlik	14,2±3,64	11,03±3,77	-2,932	0,003
Kaçınma ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	7,00±2,18	4,64±1,87	-3,639	<0,001
Toplumsal Negatif Ayrımcılık	5,92±2,01	4,19±1,66	-3,379	0,001
Gizleme ve Utanma	6,07±2,16	4,96±1,79	-1,964	0,050
Olumsuz İçselleştirme	5,50±1,01	5,08±1,14	-1,541	0,123
ŞHYDÖ Toplam	38,71±9,18	29,92±7,90	-3,343	0,001
RHIÖ				
Tehlikeli	31,92±16,29	26,48±7,67	-0,905	0,365
Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	43,42±9,12	43,16±10,62	-0,159	0,874
Utanma	3,28±2,97	1,54±2,40	-2,560	0,010
RHIÖ Toplam	78,64±21,68	71,19±16,56	-1,177	0,239

*Mann Whitney U testi

Çizelge 4.32’de hasta yakınlarının hastalarının yaşadıkları yere göre ŞHYDÖ ve RHİÖ puan ortalamaları verilmiştir. Çizelge incelendiğinde hasta yakınlarının hastalarından köy/kasabada yaşayanların şehirde yaşayanlara göre ŞHYDÖ toplam ve alt ölçeklerinden sosyal izolasyon ve yetersizlik, kaçınma ve kişilerarası ilişkilerde bozulma, toplumsal negatif ayrımcılık, gizleme ve utanma alt ölçeğinin puan ortalamaları yüksek olup istatistiksel olarak da anlamlı fark tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Yaşadıkları yer ile olumsuz içselleştirme alt ölçekleri puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0,05$).

Hasta yakınlarının hastalarının yaşadıkları yere göre RHİÖ alt ölçeklerinden utanma alt ölçeğinin puan ortalaması köy/kasabada yaşayanların şehirde yaşayanlara göre daha yüksek olup istatistiksel olarak da anlamlı fark saptanmıştır ($p < 0,05$). Hastalarının yaşadıkları yer ile RHİÖ toplam ve alt ölçeklerinden; tehlikeli, çaresizlik ve kişiler arası ilişkilerde bozulma alt ölçekleri ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Çizelge 4.33. Hasta Yakınlarının Hastalarının Eğitim Düzeylerine Göre ŞHYDÖ ve RHİÖ Puan Ortalamaları

Ölçekler	Eğitim Düzeyi					χ^{2*}	p
	OY/OYD (n=16) $\bar{x} \pm SS$	İlkokul (n=57) $\bar{x} \pm SS$	Ortaokul (n=42) $\bar{x} \pm SS$	Lise (n=48) $\bar{x} \pm SS$	Üniversite (n=7) $\bar{x} \pm SS$		
ŞHYDÖ							
Sosyal İzolasyon ve Yetersizlik	12,62±3,50	10,98±3,88	12,02±3,53	10,64±4,10	10,85±4,14	6,458	0,167
Kaçınma ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	5,43±2,03	4,87±2,04	4,92±1,86	4,47±2,05	5,00±2,23	5,404	0,248
Toplumsal Negatif ve Ayrımcılık	5,62±1,82	4,29±1,85	4,35±1,70	4,02±1,53	3,85±1,57	10,664	0,031
Gizleme ve Utanma	4,93±1,91	5,26±1,90	4,88±1,81	5,04±1,86	4,71±1,70	1,450	0,835
Olumsuz İçselleştirme	5,37±0,71	5,19±1,17	5,16±1,01	4,93±1,27	5,00±1,41	1,612	0,807
ŞHYDÖ Toplam	34,00±7,83	30,61±8,51	31,35±7,58	29,12±8,92	29,42±7,99	6,229	0,183
RHİÖ							
Tehlikeli	27,68±5,97	26,33±9,04	27,71±6,21	27,02±11,26	24,85±5,78	2,868	0,580
Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	45,81±6,77	44,17±13,03	44,33±8,55	40,64±9,37	39,71±10,19	7,532	0,110
Utanma	3,56±3,30	1,57±2,24	1,54±2,42	1,29±2,27	1,85±2,96	7,846	0,097
RHİÖ Toplam	77,06±13,40	72,08±20,01	73,59±12,34	68,95±18,41	66,42±11,84	6,326	0,176

*Kruskal Wallis testi

Çizelge 4.33'te hasta yakınlarının hastalarının eğitim düzeylerine göre ŞHYDÖ ve RHIÖ puan ortalamaları verilmiştir. Çizelge incelendiğinde hastalarının eğitim düzeyi ile ŞHYDÖ alt ölçeklerinden toplumsal negatif ve ayrımcılık alt ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Bu farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için ise, ileri analiz all pairwise testi yapılmıştır. Toplumsal negatif ve ayrımcılık alt ölçeğinde istatistiksel olarak fark yaratan grubun okuryazar olan ya da okuryazar olmayan hastalarının olduğu bulunmuştur. Hastalarının eğitim düzeyi ile ŞHYDÖ toplam ve diğer alt ölçekleri puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$). Hastalarının eğitim düzeyi ile RHIÖ toplam ve tüm alt ölçekleri puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$).

Çizelge 4.34. Hasta Yakınlarının Hastalarının Mesleklerine Göre ŞHYDÖ ve RHİÖ Puan Ortalamaları

Ölçekler	Meslek			χ^2*	p
	Yok/Emekli (n=10)	Memur (n=11)	İşçi (n=86)		
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$		
ŞHYDÖ					
Sosyal İzolasyon ve Yetersizlik	10,90±4,01	12,45±4,39	11,52±3,80	0,736	0,692
Kaçınma ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	4,40±1,07	5,90±2,34	4,96±1,99	2,256	0,324
Toplumsal Negatif Ayrımcılık	4,70±2,05	4,54±2,06	4,27±1,62	0,326	0,849
Gizleme ve Utanma	5,30±2,21	5,45±2,25	4,97±1,84	0,430	0,806
Olumsuz İçselleştirme	4,90±1,28	5,45±1,03	5,20±1,08	1,401	0,496
ŞHYDÖ Toplam	30,20±8,81	33,81±9,85	30,95±8,17	0,835	0,659
RHİÖ					
Tehlikeli	29,90±5,44	29,90±6,83	26,68±7,53	2,470	0,291
Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	43,50±8,86	42,54±10,00	43,79±11,16	0,056	0,972
Utanma	3,60±3,20	3,00±2,79	1,50±2,49	10,433	0,005
RHİÖ Toplam	77,00±14,36	75,45±15,04	71,97±16,43	1,141	0,565

*Kruskal Wallis testi

Çizelge 4.34'te hasta yakınlarının hastalarının mesleklerine göre ŞHYDÖ ve RHİÖ puan ortalamaları verilmiştir. Çizelge incelendiğinde hastalarının mesleği ile ŞHYDÖ toplam ve tüm alt ölçekleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Hastalarının mesleği ile RHİÖ alt ölçeklerinden; utanma alt ölçek puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Bu farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için ise, ileri analiz all pairwise testi yapılmıştır. Utanma alt ölçeğinde istatistiksel olarak farkı yaratan grubun mesleği olmayan ya da emekli olan hastalarının olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Hastalarının mesleği ile RHİÖ toplam ve diğer alt ölçekler puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 4.35. Hasta Yakınlarının Hastalarının Medeni Durumlarına Göre ŞHYDÖ ve RHİÖ Puan Ortalamaları

Ölçekler	Medeni Durum			χ^2 *	p
	Evli (n=43) $\bar{x} \pm SS$	Bekar (n=116) $\bar{x} \pm SS$	Boşanmış (n=11) $\bar{x} \pm SS$		
ŞHYDÖ					
Sosyal İzolasyon ve Yetersizlik	13,02±3,81	10,66±3,70	11,18±3,91	11,007	0,004
Kaçınma ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	5,30±1,98	4,76±2,04	3,72±1,10	6,957	0,031
Toplumsal Negatif Ayrımcılık	4,58±1,72	4,23±1,78	4,54±1,63	3,155	0,206
Gizleme ve Utanma	5,51±1,77	4,91±1,82	4,72±2,24	5,333	0,069
Olumsuz İçselleştirme	5,41±0,98	5,00±1,19	5,18±0,98	4,226	0,121
ŞHYDÖ Toplam	33,83±7,88	29,58±8,33	29,36±7,78	9,350	0,009
RHİÖ					
Tehlikeli	28,48±6,68	26,50±9,28	25,45±10,01	4,351	0,114
Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	45,65±11,72	42,78±9,10	37,81±16,33	2,229	0,328
Utanma	2,02±2,76	1,56±2,41	1,63±2,29	0,639	0,727
RHİÖ Toplam	76,16±17,43	70,85±15,75	64,90±25,63	3,451	0,178

*Kruskal Wallis testi

Çizelge 4.35'te hasta yakınlarının hastalarının medeni durumlarına göre ŞHYDÖ ve RHİÖ puan ortalamaları verilmiştir. Çizelge incelendiğinde hastalarının medeni durumları ile ŞHYDÖ toplam ve alt ölçeklerinden; sosyal izolasyon ve yetersizlik, kaçınma ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt ölçekleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p < 0,05$). Bu farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için ise, ileri analiz all pairwise testi yapılmıştır. ŞHYDÖ toplam ve alt ölçeklerinden; sosyal izolasyon ve yetersizlik, kaçınma ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt ölçeğinde istatistiksel olarak farkı yaratan grubun evli olan hastalarının olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$). Hastalarının medeni durum ile ŞHYDÖ diğer alt ölçekleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır ($p > 0,05$). Hastalarının medeni durum ile RHİÖ toplamı ve tüm alt ölçekleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Çizelge 4.36. Hasta Yakınlarını Hastalarının Çocuk Sayılarına Göre ŞHYDÖ ve RHİÖ Puan Ortalamaları

Ölçekler	Çocuk Sayısı				χ^2*	p
	Yok (n=131) $\bar{x} \pm SS$	1 (n=9) $\bar{x} \pm SS$	2 (n=12) $\bar{x} \pm SS$	3 ve üstü (n=18) $\bar{x} \pm SS$		
ŞHYDÖ						
Sosyal İzolasyon ve Yetersizlik	10,82±3,71	11,88±3,51	13,50±3,72	12,94±4,38	8,313	0,040
Kaçınma ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	4,90±2,08	3,77±1,09	5,16±1,11	4,61±2,14	4,585	0,205
Toplumsal Negatif Ayrımcılık	4,27±1,75	3,77±0,83	4,50±1,83	5,00±1,94	3,158	0,368
Gizleme ve Utanma	4,93±1,80	5,55±2,12	5,58±2,02	5,33±1,97	2,442	0,486
Olumsuz İçselleştirme	5,04±1,15	5,33±1,00	5,25±1,13	5,50±1,04	4,055	0,256
ŞHYDÖ Toplam	29,98±8,34	30,33±6,70	34,00±7,68	33,38±9,08	4,902	0,179
RHİÖ						
Tehlikeli	26,12±7,64	33,00±20,40	30,58±5,26	27,33±8,21	5,269	0,153
Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	42,84±8,97	40,22±14,48	48,58±17,93	43,55±11,96	1,312	0,726
Utanma	1,54±2,33	0,88±1,69	3,00±2,73	2,27±3,42	4,598	0,204
RHİÖ Toplam	70,51±14,65	74,11±30,77	82,16±20,71	73,16±21,06	3,867	0,276

*Kruskal Wallis testi

Çizelge 4.36’da hasta yakınlarının hastalarının çocuk sayılarına göre ŞHYDÖ ve RHIÖ puan ortalamaları verilmiştir. Çizelge incelendiğinde hastalarının çocuk sayıları ile ŞHYDÖ alt ölçeklerinden; sosyal izolasyon ve yetersizlik alt ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Bu farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için ise, ileri analiz all pairwise testi yapılmıştır. Sosyal izolasyon ve yetersizlik alt ölçeğinde istatistiksel olarak farkı yaratan grubun 2 çocuğu olan hastalarının olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Hastalarının çocuk sayısı ile ŞHYDÖ toplam ve diğer alt ölçekleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Hastalarının çocuk sayısı ile RHIÖ toplamı ve tüm alt ölçekleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır ($p>0,05$).



Çizelge 4.37. Hasta Yakınlarının Hastalarının Çocuklarına Bakan Kişilere Göre ŞHYDÖ ve RHİÖ Puan Ortalamaları

Ölçekler	Çocuğa Bakan Kişi				χ^2*	p
	Hastanın Kendi (n=6) $\bar{x} \pm SS$	Hastanın Eşi (n=22) $\bar{x} \pm SS$	Hastanın Annesi (n=2) $\bar{x} \pm SS$	Çocukları Evli (n=7) $\bar{x} \pm SS$		
ŞHYDÖ						
Sosyal İzolasyon ve Yetersizlik	11,50±4,37	13,81±3,77	17,00±1,41	10,14±3,38	8,627	0,035
Kaçınma ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	5,00±1,09	4,90±1,97	4,00±1,41	3,85±1,21	2,851	0,415
Toplumsal Negatif Ayrımcılık	4,50±2,34	4,68±1,70	5,00±2,82	4,42±1,61	,388	0,943
Gizleme ve Utanma	6,50±1,64	5,22±1,92	8,50±0,70	4,00±1,15	9,991	0,019
Olumsuz İçselleştirme	4,83±1,47	5,50±0,91	6,00±0,00	5,14±1,21	2,709	0,439
ŞHYDÖ Toplam	32,33±9,35	34,13±8,32	40,50±0,70	27,57±6,05	5,266	0,153
RHİÖ						
Tehlikeli	27,33±3,82	29,13±5,99	21,50±26,16	29,28±6,31	0,884	0,829
Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	39,50±7,91	47,45±15,12	28,50±36,06	45,00±6,08	3,164	0,367
Utanma	2,00±2,75	1,86±3,12	4,50±3,53	3,28±2,62	3,949	0,267
RHİÖ Toplam	68,83±10,59	78,45±20,01	54,50±65,76	77,57±12,31	2,227	0,527

* Kruskal Wallis testi

Çizelge 4.37’da hasta yakınlarının hastalarının çocuklarına bakan kişilere göre ŞHYDÖ ve RHİÖ puan ortalamaları verilmiştir. Çizelge incelendiğinde hastalarının çocuklarına bakan kişiler ile ŞHYDÖ alt ölçeklerinden; sosyal izolasyon ve yetersizlik ile gizleme ve utanma alt ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Bu farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için ise, ileri analiz all pairwise testi yapılmıştır. Sosyal izolasyon ve yetersizlik ile gizleme ve utanma alt ölçeğinde istatistiksel olarak farkı yaratan grubun çocuğa hastanın annesi bakanların olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Hastalarının çocuklarına bakan kişi ile ŞHYDÖ toplam ve diğer alt ölçekleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır ($p>0,05$) Hastalarının çocuklarına bakan kişi ile RHİÖ toplamı ve tüm alt ölçekleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 4.38. Hasta Yakınlarının Hastalarının Hastalık Sürelerine Göre ŞHYDÖ ve RHİÖ Puan Ortalamaları

Ölçekler	Hastalık Süresi				χ^2*	p
	0-5 yıl (n=16) $\bar{x} \pm SS$	6-10 yıl (n=42) $\bar{x} \pm SS$	11-15 yıl (n=38) $\bar{x} \pm SS$	16 yıl ve üstü (n=74) $\bar{x} \pm SS$		
ŞHYDÖ						
Sosyal İzolasyon ve Yetersizlik	11,12±3,91	10,28±3,71	11,50±3,65	11,79±3,99	4,318	0,229
Kaçınma ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	3,87±1,54	4,38±1,88	4,97±2,00	5,22±2,07	10,635	0,014
Toplumsal Negatif Ayrımcılık	4,00±1,26	4,11±1,79	4,28±1,91	4,56±1,73	3,538	0,316
Gizleme ve Utanma	5,56±1,82	5,11±1,96	4,76±1,54	5,05±1,93	2,210	0,530
Olumsuz İçselleştirme	5,00±1,09	5,00±1,24	5,00±1,11	5,28±1,09	3,304	0,347
ŞHYDÖ Toplam	29,56±7,24	28,90±8,15	30,52±8,08	31,93±8,74	3,928	0,269
RHİÖ						
Tehlikeli	24,50±7,71	27,71±11,16	25,31±7,07	27,85±8,12	3,565	0,312
Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	40,31±19,86	41,33±11,19	43,60±7,83	44,64±8,10	7,343	0,062
Utanma	2,18±3,37	1,19±1,91	1,68±2,33	1,86±2,63	1,474	0,688
RHİÖ Toplam	67,00±25,32	70,23±19,02	70,60±13,46	74,36±15,32	5,044	0,169

*Kruskal Wallis testi

Çizelge 4.38’de hasta yakınlarının hastalarının hastalık sürelerine göre ŞHYDÖ ve RHIÖ puan ortalamaları verilmiştir. Çizelge incelendiğinde hastalarının hastalık süreleri ile ŞHYDÖ alt ölçeklerinden; kaçınma ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Bu farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için ise, ileri analiz all pairwise testi yapılmıştır. Kaçınma ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt ölçeğinde istatistiksel olarak farkı yaratan grubun 16 yıl ve daha fazla süredir hasta olan hasta bireyler olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Hastalarının hastalık süresi ile ŞHYDÖ toplam ve diğer alt ölçekleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Hastalarının hastalık süresi ile RHIÖ toplamı ve tüm alt ölçekleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 4.39. Hasta Yakınlarının Hastalarının TRSM'ye Kayıtlı Olduğu Süreye Göre ŞHYDÖ ve RHIÖ Puan Ortalamaları

Ölçekler	TRSM'ye Kayıt Süresi			χ^2*	p
	0-6 ay (n=18)	6-12 ay (n=39)	13 ay ve üstü (n=113)		
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$		
ŞHYDÖ					
Sosyal İzolasyon ve Yetersizlik	10,72±4,25	10,48±3,50	11,66±3,89	3,166	0,205
Kaçınma ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	4,33±1,74	4,41±1,61	5,06±2,13	3,175	0,204
Toplumsal Negatif Ayrımcılık	4,05±1,73	3,74±1,18	4,59±1,87	6,606	0,037
Gizleme ve Utanma	4,83±2,06	5,17±1,66	5,04±1,88	1,173	0,556
Olumsuz İçselleştirme	4,50±1,38	5,02±1,08	5,25±1,08	7,392	0,025
ŞHYDÖ Toplam	28,44±9,42	28,84±6,47	31,61±8,63	4,287	0,117
RHIÖ					
Tehlikeli	25,27±5,72	25,56±7,75	27,67±9,41	2,544	0,280
Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	46,11±15,47	40,07±10,63	43,79±9,27	3,677	0,159
Utanma	1,11±2,60	0,61±1,22	2,15±2,67	12,913	0,002
RHIÖ Toplam	72,50±20,17	66,25±16,30	73,61±16,56	6,198	0,045

*Kruskal Wallis testi

Çizelge 4.39'da hasta yakınlarının hastalarının TRSM'ye kayıt sürelerine göre ŞHYDÖ ve RHIÖ puan ortalamaları verilmiştir. Çizelge incelendiğinde hastalarının kayıt süreleri ile ŞHYDÖ alt ölçeklerinden; toplumsal negatif ve ayrımcılık, olumsuz içselleştirme alt ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p < 0,05$). Bu farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için ise, ileri analiz all pairwise testi yapılmıştır. Toplumsal negatif ayrımcılık ve olumsuz içselleştirme alt ölçeğinde istatistiksel olarak farkı yaratan grubun 13 ay ve daha fazla süredir TRSM'ye kayıtlı olan hastalarının olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$). Hastalarının TRSM'ye kayıt süresi ile ŞHYDÖ toplam ve diğer alt ölçekleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır ($p > 0,05$). Hastalarının TRSM'ye kayıt süresi ile RHIÖ toplamı ve utanma alt ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p < 0,05$). Bu farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için ise, ileri analiz all pairwise testi yapılmıştır. RHIÖ toplam ve utanma alt ölçeğinde istatistiksel olarak farkı yaratan grubun 13 ay ve daha fazla süredir TRSM'ye kayıtlı olan hastalarının olduğu bulunmuştur

($p < 0,05$). Hastalarının TRSM'ye kayıt süresi ile RHİÖ diğer alt ölçekleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).



Çizelge 4.40. Hasta Yakınların Hastalarının TRSM'ye Gitme Sıklıklarına Göre ŞHYDÖ ve RHİÖ Puan Ortalamaları

Ölçekler	TRSM'ye Gitme Sıklığı				χ^2*	p
	Haftada 1-2 gün (n=56) $\bar{x} \pm SS$	Haftada 3-5 gün (n=52) $\bar{x} \pm SS$	Ayda 1-3 gün (n=57) $\bar{x} \pm SS$	İki Ayda 1 gün (n=5) $\bar{x} \pm SS$		
ŞHYDÖ						
Sosyal İzolasyon ve Yetersizlik	11,14±3,75	10,40±3,96	12,01±3,75	14,00±3,16	7,388	0,061
Kaçınma ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	4,78±2,02	4,50±1,92	5,05±1,99	6,40±2,30	6,009	0,111
Toplumsal Negatif Ayrımcılık	4,21±1,71	4,00±1,49	4,73±1,98	4,80±1,30	6,598	0,086
Gizleme ve Utanma	5,46±1,79	4,59±1,70	5,03±1,97	5,40±1,81	7,824	0,050
Olumsuz İçselleştirme	5,16±1,04	4,84±1,30	5,29±1,05	5,60±0,89	5,131	0,162
ŞHYDÖ Toplam	30,76±8,29	28,34±8,10	32,14±8,23	36,20±8,46	8,413	0,038
RHİÖ						
Tehlikeli	26,80±8,42	25,65±7,19	27,80±10,30	31,80±7,39	4,656	0,199
Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	44,51±13,02	42,17±9,28	42,56±8,85	46,00±7,68	2,152	0,541
Utanma	1,05±2,05	1,25±2,06	2,45±2,77	4,60±3,84	14,852	0,002
RHİÖ Toplam	72,37±18,53	69,07±14,92	72,82±17,69	82,40±11,37	4,295	0,231

*Kruskal Wallis testi

Çizelge 4.40'ta hasta yakınlarının hastalarının TRSM'ye gitme sıklıklarına göre ŞHYDÖ ve RHİÖ puan ortalamaları verilmiştir. Çizelge incelendiğinde hastalarının TRSM'ye gitme sıklıkları ile ŞHYDÖ toplam ve alt ölçeklerinden; gizleme ve utanma alt ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Bu farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için ise, ileri analiz all pairwise testi yapılmıştır. ŞHYDÖ toplam ile gizleme ve utanma alt ölçeğinde istatistiksel olarak farkı yaratan grubun TRSM'ye ayda 1-3 gün giden hastalarının olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Gitme sıklığı ile ŞHYDÖ diğer alt ölçekleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Hastalarının TRSM'ye gitme sıklığı ile RHİÖ alt ölçeklerinden utanma alt ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Bu farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için ise, ileri analiz all pairwise testi yapılmıştır. Utanma alt ölçeğinde istatistiksel olarak farkı yaratan grubun TRSM'ye iki ayda 1 gün giden hastalarının olduğu bulunmuştur. Hastalarının TRSM'ye gitme sıklığı ile RHİÖ toplam ve diğer alt ölçekleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 4.41. Hasta Yakınlarının Hastalarının TRSM Dışında Sosyal Etkinliklere Katılım Durumlarına Göre ŞHYDÖ ve RHİÖ Puan Ortalamaları

Ölçekler	TRSM Dışında Sosyal Etkinliklere Katılım Durumu			χ^2*	p
	Hiç Katılmıyor (n=45)	Bazen Katılıyor (n=92)	Sıklıkla Katılıyor (n=33)		
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$		
ŞHYDÖ					
Sosyal İzolasyon ve Yetersizlik	13,46±3,40	10,80±3,60	9,69±3,97	21,487	<0,001
Kaçınma ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	5,44±2,26	4,57±1,70	4,72±2,28	4,988	0,083
Toplumsal Negatif Ayrımcılık	5,13±2,09	3,95±1,33	4,33±1,96	11,331	0,003
Gizleme ve Utanma	5,53±1,98	4,96±1,79	4,63±1,72	4,583	0,101
Olumsuz İçselleştirme	5,46±0,86	5,11±1,16	4,66±1,24	9,574	0,008
ŞHYDÖ Toplam	35,04±7,85	29,42±7,50	28,06±9,22	19,557	<0,001
RHİÖ					
Tehlikeli	27,71±8,44	27,20±9,24	25,12±7,70	3,892	0,143
Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	43,93±11,33	43,33±8,66	41,75±13,68	5,804	0,055
Utanma	2,26±2,80	1,63±2,41	1,06±2,10	4,473	0,107
RHİÖ Toplam	73,91±19,12	72,17±15,18	67,93±19,00	6,850	0,033

*Kruskal Wallis testi

Çizelge 4.41’de hasta yakınlarının hastalarının TRSM dışında sosyal etkinliklere katılım durumlarına göre ŞHYDÖ ve RHİÖ puan ortalamaları verilmiştir. Çizelge incelendiğinde hastalarının TRSM dışında sosyal etkinliklere katılım durumu ile ŞHYDÖ toplam ve alt ölçeklerinden; sosyal izolasyon ve yetersizlik, toplumsal negatif ayrımcılık, olumsuz içselleştirme alt ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Bu farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için ise, ileri analiz all pairwise testi yapılmıştır. ŞHYDÖ toplam, sosyal izolasyon ve yetersizlik, toplumsal negatif ayrımcılık ile olumsuz içselleştirme alt ölçeğinde istatistiksel olarak fark yaratan grubun TRSM dışında sosyal etkinliklere hiç katılmayan hastalar olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Sosyal etkinliklere katılım durumu ile ŞHYDÖ diğer alt ölçekleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Hastalarının TRSM dışında sosyal etkinliklere katılım durumu ile RHİÖ toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Bu farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için ise, ileri analiz all pairwise testi yapılmıştır.

RHİÖ toplamında istatistiksel olarak fark yaratan grubun TRSM dışında sosyal etkinliklere hiç katılmayan hastalarının olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Hastalarının TRSM dışında sosyal etkinliklere katılım durumu ile RHİÖ tüm alt ölçekleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır ($p>0,05$).



Çizelge 4.42. Hasta Yakınlarının Hastalarının TRSM'ye Başladıktan Sonra Sosyal Etkinliklere Katılımındaki Değişiklik Durumlarına Göre ŞHYDÖ ve RHİÖ Puan Ortalamaları

Ölçekler	TRSM'ye Başladıktan Sonra Sosyal Etkinliklere Katılımda Değişiklik Durumu		Z*	p
	Evet (arttı) (n=115) $\bar{x} \pm SS$	Hayır (değişmedi) (n=55) $\bar{x} \pm SS$		
ŞHYDÖ				
Sosyal İzolasyon ve Yetersizlik	10,63±3,77	12,67±3,69	-3,218	0,001
Kaçınma ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	4,77±2,00	4,96±2,01	-0,799	0,424
Toplumsal Negatif Ayrımcılık	4,14±1,61	4,74±1,96	-2,087	0,037
Gizleme ve Utanma	4,98±1,78	5,20±1,99	-0,489	0,625
Olumsuz İçselleştirme	5,06±1,20	5,25±0,96	-0,684	0,494
ŞHYDÖ Toplam	29,60±8,18	32,83±8,33	-2,414	0,016
RHİÖ				
Tehlikeli	26,97±9,13	26,85±7,97	-0,845	0,398
Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	43,17±10,82	43,21±9,82	-0,683	0,494
Utanma	1,32±2,28	2,45±2,73	-2,824	0,005
RHİÖ Toplam	71,46±16,93	72,52±17,54	-1,230	0,219

*Mann Whitney U testi

Çizelge 4.42'de hasta yakınlarının hastalarının TRSM'ye başladıktan sonra sosyal etkinliklere katılımındaki değişiklik durumlarına göre ŞHYDÖ ve RHİÖ puan ortalamaları verilmiştir. Çizelge incelendiğinde hastalarından TRSM'ye başladıktan sonra sosyal etkinliklere katılımında değişiklik olmayanların sosyal etkinliklere katılımında artış olanlara göre ŞHYDÖ toplam ve alt ölçeklerinden; sosyal izolasyon ve yetersizlik, toplumsal negatif ayrımcılık alt ölçeği puan ortalaması yüksek olup istatistiksel olarak da anlamlı fark tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Hastalarının TRSM'ye başladıktan sonra sosyal etkinliklere katılımında değişiklik durumu ile ŞHYDÖ diğer alt ölçekleri ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Hastalarından TRSM'ye başladıktan sonra sosyal etkinliklere katılımında değişiklik olmayanların sosyal etkinliklere katılımında artış olanlara göre RHİÖ alt ölçeklerinden; utanma alt ölçeği puan ortalaması yüksek olup istatistiksel olarak da anlamlı fark tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Hastalarının TRSM'ye başladıktan sonra sosyal etkinliklere katılımında

değişiklik durumu ile RHİÖ toplam ve diğer alt ölçekleri ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).



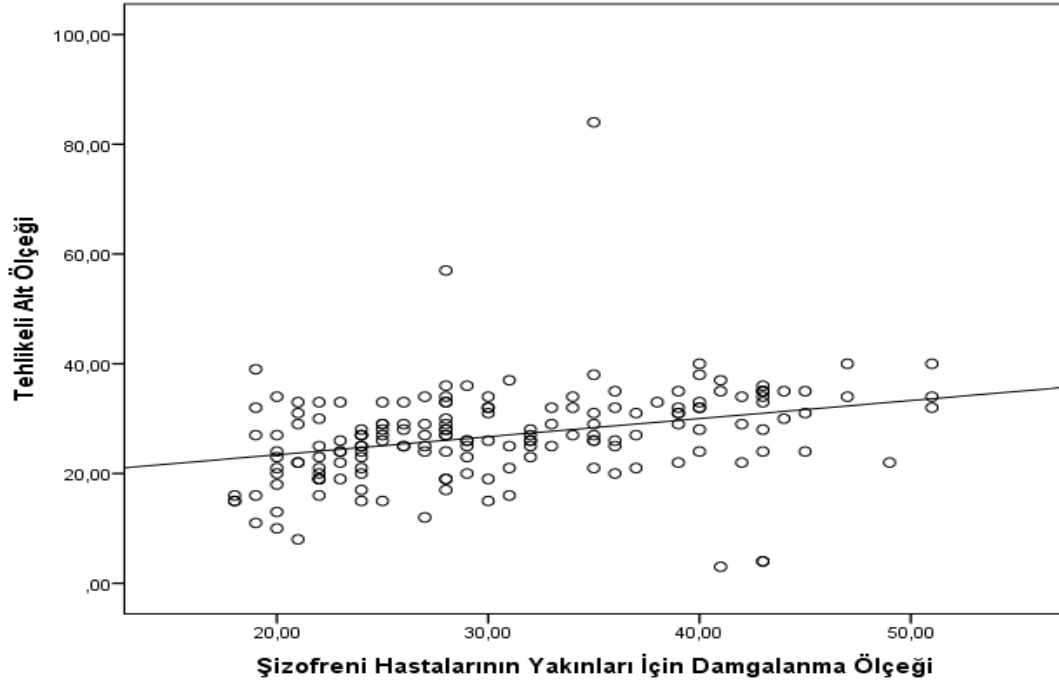
Çizelge 4.43. ŞHYDÖ Toplam ve Alt Ölçekleri ile RHiÖ Toplam ve Alt Ölçekleri Arasındaki İlişki

ŞHYDÖ		RHiÖ			
		Tehlikeli	Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	Utanma	RHiÖ Toplam
Sosyal İzolasyon ve Yetersizlik	r	0,380*	0,294*	0,365*	0,435*
	p	0,001	0,001	0,001	0,001
Kaçınma ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	r	0,317*	0,194*	0,340*	0,334*
	p	0,001	0,011	0,001	0,001
Toplumsal Negatif Ayrımcılık	r	0,286*	0,108	0,337*	0,280*
	p	0,001	0,162	0,001	0,001
Gizleme ve Utanma	r	0,316*	0,291*	0,198*	0,350*
	p	0,001	0,001	0,010	0,001
Olumsuz İçselleştirme	r	0,389*	0,336*	0,174*	0,422*
	p	0,001	0,001	0,023	0,001
ŞHYDÖ Toplam	r	0,422*	0,311*	0,385*	0,464*
	p	<0,001	<0,001	<0,001	0,001

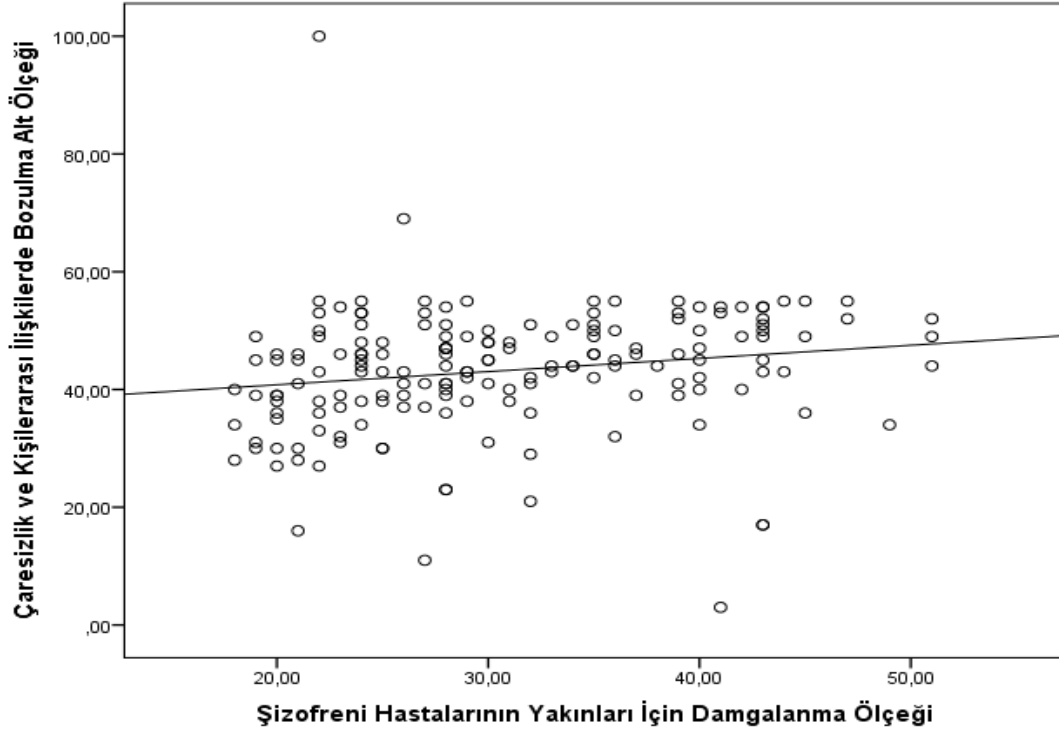
*Spearman Kolerasyon Analizi

Çizelge 4.43'te hasta yakınlarının ŞHYDÖ toplam ve alt ölçekleri ile RHiÖ toplam ve alt ölçekleri arasındaki ilişki verilmiştir. Tablo incelendiğinde; ŞHYDÖ sosyal izolasyon ve yetersizlik alt ölçeği ile RHiÖ alt ölçeklerinden; tehlikeli ($r=0,380$), çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma ($r=0,294$), utanma ($r=0,365$) arasında pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki, ŞHYDÖ sosyal izolasyon ve yetersizlik alt ölçeği ile RHiÖ toplam ($r=0,435$) arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki saptanmıştır ($p<0,001$). ŞHYDÖ kaçınma ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt ölçeği ile RHiÖ alt ölçeklerinden; tehlikeli ($r=0,317$), utanma ($r=0,340$) ve RHiÖ toplam ($r=0,334$) arasında pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki, çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma ($r=0,194$) arasında pozitif yönde çok zayıf düzeyde anlamlı ilişki saptanmıştır ($p<0,001$). ŞHYDÖ toplumsal negatif ayrımcılık alt ölçeği ile RHiÖ alt ölçeklerinden; tehlikeli ($r=0,286$), utanma ($r=0,337$), RHiÖ toplam ($r=0,280$) arasında pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki, çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma ($r=0,108$) arasında pozitif yönde çok zayıf düzeyde anlamlı ilişki saptanmıştır ($p<0,001$). ŞHYDÖ gizleme ve utanma alt ölçeği ile

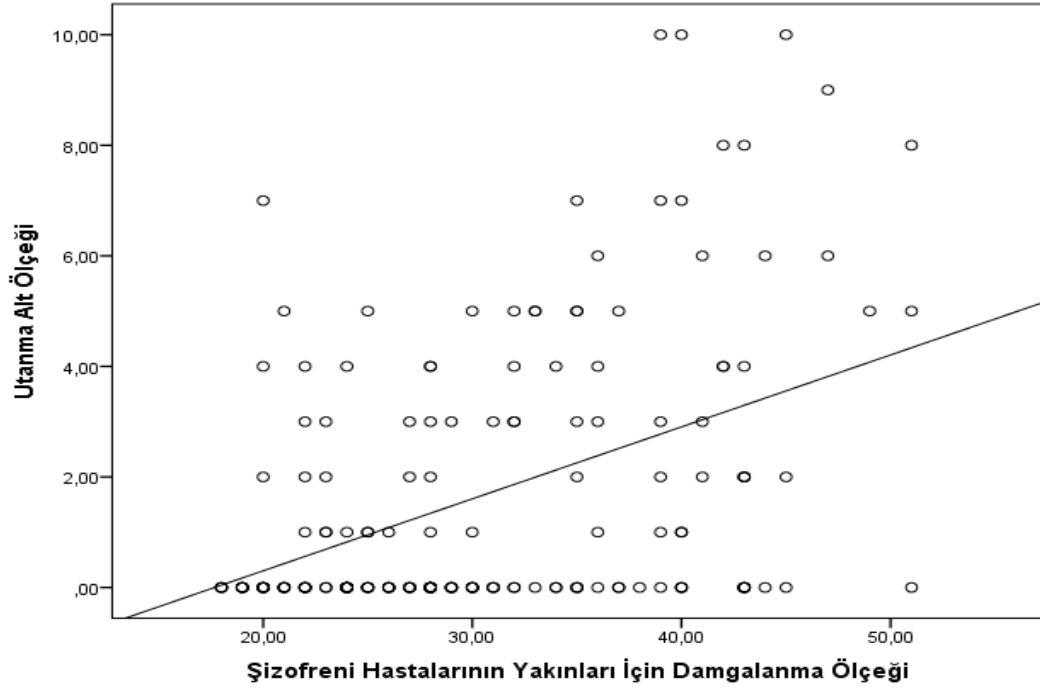
RHIÖ alt ölçeklerinden; tehlikeli ($r=0,316$), çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma ($r=0,291$), RHIÖ toplam ($r=0,350$) arasında pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki, utanma ($r=0,198$) arasında pozitif yönde çok zayıf düzeyde anlamlı ilişki saptanmıştır ($p<0,001$). ŞHYDÖ olumsuz içselleştirme alt ölçeği ile RHIÖ alt ölçeklerinden; tehlikeli ($r=0,389$), çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma ($r=0,336$) arasında pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki, utanma ($r=0,174$) arasında pozitif yönde çok zayıf düzeyde anlamlı ilişki, RHIÖ toplam ($r=0,422$) arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki saptanmıştır ($p<0,001$). ŞHYDÖ toplam ile RHIÖ alt ölçeklerinden; tehlikeli ($r=0,422$), RHIÖ toplam ($r=0,464$) arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki, çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma ($r=0,311$), utanma ($r=0,385$) arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki saptanmıştır ($p<0,001$).



Şekil 4.1. RHIÖ Tehlikeli Alt Ölçeği ile Şizofreni Hastalarının Yakınları İçin Damgalanma Ölçeği Arasındaki Korelasyon



Şekil 4.2. RHIÖ Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma Alt Ölçeği ile Şizofreni Hastalarının Yakınları İçin Damgalanma Ölçeği Arasındaki Korelasyon



Şekil 4.3. RHIÖ Utanma Alt Ölçeği ile Şizofreni Hastalarının Yakınları İçin Damgalanma Ölçeği Arasındaki Korelasyon



Şekil 4.3. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği (RHIÖ) ile Şizofreni Hastalarının Yakınları İçin Damgalanma Ölçeği (ŞHYDÖ) Arasındaki Korelasyon

5.TARTIŞMA

Şizofreni hasta yakınlarında damgalanma ve ruhsal hastalığa yönelik inançlarını belirlemek amacıyla yapılan bu araştırmadan elde edilen bulgular; ŞHYDÖ ve RHIÖ puan ortalamaları, hasta yakınlarının sosyo-demografik özellikleri ve damgalanmaya yönelik bireysel özellikleri ile hastalarının sosyo-demografik özellikleri ve TRSM ile ilgili bireysel özellikleri, ŞHYDÖ ile RHIÖ ve alt ölçekleri arasındaki ilişki olmak üzere dört başlık altında tartışılmıştır.

5.1. Hasta Yakınlarının ŞHYDÖ ve RHIÖ Puan Ortalamaları

Araştırmamıza katılan hasta yakınlarının ŞHYDÖ toplam puan ortalaması $30,64\pm 8,35$, sosyal izolasyon ve yetersizlik alt ölçeği puan ortalaması $11,29\pm 3,85$, kaçınma ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt ölçeği puan ortalaması $4,83\pm 2,00$, toplumsal negatif ayrımcılık alt ölçeği puan ortalaması $4,34\pm 1,75$, gizleme ve utanma alt ölçeği puan ortalaması $5,05\pm 1,85$, olumsuz içselleştirme alt ölçeği puan ortalaması $5,12\pm 1,13$ olarak bulunmuştur. Bu ölçekten alınabilecek en düşük toplam puan 17, en yüksek toplam puan 51'dir. Buna göre, araştırmada ŞHYDÖ toplam ve alt ölçeklerinden alınan puan damgalanmanın çok olduğunu söyleyebiliriz. Yapılan çalışmalar da ruhsal hastalığa sahip olan bireylerinin ailelerinin üzerinde ağır bir damgalanmanın olduğu (Özkan 2009, Soygür 2014), hasta bireyle en çok zaman geçiren aile üyelerinin kendilerini dış dünyaya ait değilmiş gibi hissettikleri (Gülseren ve ark. 2010), hasta yakınlarının hastalarının hastalığını gizlemeyi isteği duydukları ve ailede ruhsal bozukluk varlığı sebebiyle damgalanmaya maruz kaldıkları (Shibre ve ark. 2001), hasta ve yakınlarının psikiyatrik hastalıklara bağlı damgalanma korkusu nedeniyle psikiyatriste sevk edilmesine rağmen başvurmadıkları belirtilmiştir (Ben-Noun, 1996, Nicholas et al. 2011). Hastaların bakımı üstlenen hasta yakınları fiziksel, psikolojik, ekonomik ve duygusal olarak etkilenebilmektedir. Ayrıca hastanın bireyin geleceğinin nasıl olacağı, bakım veren hasta yakınlarının kendilerinin yaşlanınca ya da hayatta olmayınca hastayla kimin ilgileneceği konusunda endişelenebilmekte ve hasta yakını kendini/hastayı suçlamak ve hastadan utanabilmektedir. Bütün bunların hepsi strese neden olabilmektedir (Kaya 2013). Araştırmamıza katılan hasta yakınlarının, RHIÖ toplam ortalaması $71,81\pm 17,08$, RHIÖ alt ölçeklerinden; tehlikeli alt ölçeği ortalaması $26,93\pm 8,75$, çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt ölçeği ortalaması $43,18\pm 10,48$ ve utanma alt ölçeği ortalaması

1,68±2,49 olarak bulunmuştur. Büyüksandıç Özşen çalışmasında, RHIÖ toplam puan ortalaması 64,17±26,18, tehlikeli alt ölçeği ortalaması 25,96±9,69, çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt ölçeği ortalaması 33,87±15,04 ve utanma alt ölçeği ortalaması 4,33±3,91 olarak bulmuşlardır. Ölçek ve alt ölçeklerden alınan yüksek puan olumsuz inancı ifade etmektedir. Büyüksandıç Özşen çalışmasında, hasta yakınlarının RHIÖ toplam ve alt ölçeklerinden aldıkları puanlara dayanarak hasta yakınlarının ortalamasının üstünde olumsuz inanca sahip olduklarını belirtmiştir. Büyüksandıç Özşen çalışması ile bu araştırmanın sonuçları benzerlik gösterdiğinden, bu araştırmaya katılan hasta yakınlarının RHIÖ toplam ile alt ölçek düzeylerinin yüksek olduğu ve buna bağlı olarak hasta yakınlarının ruhsal hastalığa yönelik olumsuz inanca sahip oldukları söylenebilir.

5.2. Hasta Yakınlarının Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre ŞHYDÖ ve RHIÖ Puan Ortalamaları

5.2.1. Cinsiyet

Araştırmamızda, hasta yakınlarından kadınların erkeklere göre ŞHYDÖ alt ölçeklerinden; sosyal izolasyon ve yetersizlik alt ölçeği puan ortalaması yüksek olup istatistiksel olarak da anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0,05$, Çizelge 4.6). Savaşır tarafında 1971 yılında yapılan bir çalışmada ve 2014'te Avcil'in İstanbul'da 82 psikiyatrik hasta yakını ile yaptığı bir çalışmaya göre kadın ile erkekler arasında damgalama ve psikiyatrik hastalıklara ilişkin tutumlarla ilgili fark olmadığı saptanmıştır (Savaşır 1971, Avcil 2014). Yapılan bazı çalışmalarda ise ailelerde daha çok hasta bireyin bakımından öncelikli olarak sorumlu olanların kadınlar olduğu bildirilmiştir (Awad ve Voruganti 2008, Nasr ve Kausar 2009). Yapılan bir başka çalışmanın sonuçlarına göre, hasta bireyle en çok zaman geçiren aile üyelerinin kendilerini dış dünyaya ait değilmiş gibi hissettikleri bildirilmiştir (Gülseren ve ark. 2010). Bizim araştırmamızda da hasta bireyle ilgilenenlerin çoğunu kadınlar ($n=110$) oluşturmaktadır. Bu sonuçlar araştırmamızı destekler niteliktedir. Bu durumun kadınların çalışmıyor olmasının ve hasta birlikte çok zaman geçirdiklerinden sosyal ortamlarda bulunma olanakları kısıtlanacağından kaynaklandığı söylenebilir.

5.2.2. Hasta Yakınının Hasta ile Yakınlık Derecesi

Araştırmamızda hasta yakınlarının hastayla olan yakınlık dereceleri ile ŞHYDÖ toplam ve alt ölçeklerinden; sosyal izolasyon ve yetersizlik alt ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir. İleri analiz sonucunda ŞHYDÖ

toplam ve sosyal izolasyon ve yetersizlik alt ölçeğinde istatistiksel olarak farkın hastanın eşi olanlardan kaynaklandığı bulunmuştur ($p<0,05$, Çizelge 4.7). Eşi hasta olanların daha çok izole oldukları ve yetersizlik hissettikleri belirlenmiştir. Yapılan bir çalışmada ruhsal hastalığı olan bireylerin ailelerinin üzerinde ağır bir damgalanmanın olduğu bildirilmiştir. Ailelerin bir taraftan kardeşlerinin, çocuklarının hastalığından kendilerini sorumlu tuttuğu, suçluluk duydukları, diğer taraftan da sanki suç işlemiş gibi, etraftaki insanların gözünde “bir şizofrenin annesi, babası ya da çocuğu” olmanın getirdiklerine göğüs germek zorunda kaldıkları ifade edilmiştir. Ruh sağlığı kurumlarında çalışanların ve hatta bu kurumun bulunduğu şehrin bile bu damgalanmadan etkilendiği bildirilmiştir (Özkan 2009). Şizofreni hastası olan bireylere bakım veren aile üyeleriyle ilgili yapılan çalışmalarda, bakım veren aile üyesinin korku, tehdit, öfke ve çaresizlik gibi duygular yaşadıkları belirtilmiştir. Ayrıca aile üyelerinin ruhsal bozukluğun oluşumunda kendilerinin paylarının olduğunu düşünerek utanç ve suçluluk duyguları yaşabildikleri bildirilmiştir (Tel ve Terakya 2000, Tanrıverdi 2008, Caqueo-Urizar ve Gutierrez-Moldonado 2009). Bu durumun toplumun ruhsal hastalıklara ve ruhsal hastalığı olan bireylerin ailelerine ilişkin olumsuz inanç ve tutumlarından kaynaklandığı düşünülebilir.

5.2.3. En Uzun Yaşanan Yer ile Şu Anda Yaşanan Yer

Araştırmamızda hasta yakınlarından uzun süredir köy/kasabada yaşayanların şehirde yaşayanlara göre ŞHYDÖ toplam ve alt ölçeklerinden sosyal izolasyon ve yetersizlik, kaçınma ve kişilerarası ilişkilerde bozulma, toplumsal negatif ayrımcılık puan ortalamaları yüksek olup istatistiksel olarak da anlamlı fark tespit edilmiştir. RHİÖ alt ölçeklerinden utanma alt ölçeğinin puan ortalaması köy/kasabada yaşayanların şehirde yaşayanlara göre istatistiksel anlamlılık daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$, Çizelge 4.8). Hasta yakınlarından şu anda köy/kasabada yaşayanların şehirde yaşayanlara göre ŞHYDÖ toplam ve alt ölçeklerinden sosyal izolasyon ve yetersizlik, kaçınma ve kişilerarası ilişkilerde bozulma, toplumsal negatif ayrımcılık puan ortalamaları istatistiksel anlamlılıkta yüksektir. RHİÖ alt ölçeklerinden utanma alt ölçeğinin puan ortalaması köy/kasabada yaşayanların şehirde yaşayanlara göre daha yüksektir. ($p<0,05$, Çizelge 4.9). Bu araştırmanın aksine, Türkiye’de toplumun ruh hastalarına yönelik tutumlarıyla ilgili ilk çalışma Savaşır tarafından 1971 yılında yapılmıştır. Bu çalışma Ankara iline bağlı olan Nallıhan ilçesinin köylerinden birinde yaşamakta olan aileler ile Çankaya ilçesindeki 150 aile karşılaştırılmıştır. Çalışmada kent ve köyde yaşayan aileler arasında ruhsal hastalığa

ilişkin tutumlarda fark saptanmamıştır (Savaşır 1971). Etiyopya’da kırsal ve kentsel alanlarda bipolar bozukluk, major depresyon ya da şizofreni tanılı yaklaşık 200 hasta yakını ile yapılan bir çalışmada, hasta yakınlarının %37’si yakınlarının hastalığını gizlemeyi istediği, %75’i ise ailede ruhsal bozukluk varlığı sebebiyle damgalanmaya maruz kaldıkları bildirilmiştir (Shibre ve ark. 2001). Bu durumun kırsal kesimde küçük yerleşim yerleri olduğu için herkesin birbirini tanınması, köylerdeki yaşayış alışkanlıkları, bu bölgelerde insanların geleneklerine daha bağlı olmalarından kaynaklandığı düşünülebilir.

5.2.4. Medeni Durum

Araştırmamızda hasta yakınlarının medeni durumları ile ŞHYDÖ alt ölçeklerinden sosyal izolasyon ve yetersizlik puan ortalamaları ile arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir. İleri analiz sonucunda fark yaratan grubun boşanmış ya da dul olan hasta yakınlarının olduğu bulunmuştur ($p<0,05$, Çizelge 4.10). Boşanmış/dul olan hasta yakınlarının daha çok toplumdan izole oldukları ve yetersizlik hissettikleri belirlenmiştir. Yapılan bazı çalışmalarda hastanın bakımıyla çoğunlukla kadınların ilgilendiği bildirilmiştir (Awad ve Voruganti 2008, Nasr ve Kausar 2009, Gülseren ve ark. 2010). Bu sonuç bizim araştırmamızı destekler niteliktedir. Yapılan bir çalışmada hasta yakınlarının hastasına bakamayacak kadar yaşlandıkları ve güçsüz oldukları zaman ne olacağıyla ilgili endişe duydukları bildirilmiştir (Berry ve ark. 1997). Bu durumun dul ya da boşanmış hasta yakınlarının yalnız oldukları için ve sosyal desteklerinin az olmasına bağlı olarak hastanın bakımında yaşadıkları güçlüklerden kaynaklandığı söylenebilir.

5.2.5. Yaşanan Yer

Araştırmamızda hasta yakınlarından müstakil evde yaşayanların apartman dairesinde yaşayanlara göre ŞHYDÖ toplam ve alt ölçeklerinden; kaçınma ve kişilerarası ilişkilerde bozulma, toplumsal negatif ayrımcılık alt ölçeği puan ortalaması istatistiksel anlamlılıkta yüksek bulunmuştur ($p<0,05$, Çizelge 4.11). ABD’nin bazı eyaletlerinde ruhsal hastalık hizmeti alan 2000 kişi ile yapılan bir çalışmada katılımcıların %32’sinin barınmayla ilgili ayrımcılığa uğradıkları bildirilmiştir (Corrigan ve ark. 2003). Güney Londra’da ruhsal hastalığa sahip olan bireylere yönelik yeni açılan bir pansiyonun komşularıyla yapılan bir çalışmada, bu hastalıklar konusunda az bilgi sahibi olanların ve küçük çocuğu olanların bu durumundan rahatsız oldukları belirtilmiştir (Wolff ve ark.

1996). Yapılan bir başka çalışmada, ruhsal hastalığı olan bireyler için yeni bakım evi kurulmasını istemeyen mahallelinin protesto yürüyüşü yaptığı belirtilmiştir (Kessen 2004). Angermeyer ve arkadaşlarının kasaba ve kent örneklerinde yapmış oldukları karşılaştırılmalı bir çalışmada, kasabada yaşayan hasta bireylerin kenttekilere göre daha çok damgalandıkları bildirilmiştir (Angermeyer ve ark. 2004). Bu durumun kırsal kesimdeki evlerin büyük bir kısmının müstakil olması ve köylerin küçük yerleşim yerleri olması sonucu herkesin birbirini tanması ile bu bölgede ruhsal hastalıklara ilişkin olumsuz tutumun yüksek olmasına bağlı olarak daha çok damgalanma olduğu düşünülebilir.

5.2.6. Eğitim Düzeyi

Araştırmamızda eğitim düzeyi ile ŞHYDÖ toplam ve alt ölçeklerinden sosyal izolasyon ve yetersizlik, kaçınma ve kişilerarası ilişkilerde bozulma, toplumsal negatif ayrımcılık, gizleme ve utanma alt ölçeği puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir. Eğitim düzeyi ile RHIÖ toplam ve tüm alt ölçekleri puan ortalamaları arasında da istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. İleri analiz sonucunda yine farkı yaratan grubun okuryazar olan ya da okuryazar olmayan hasta yakınlarının olduğu saptanmıştır ($p<0,05$, Çizelge 4.12). Bizim araştırmamızın aksine yatarak ya da ayaktan tedavi gören hastaların yakınlarıyla yapılan bir çalışmaya göre; hasta yakınlarından eğitim düzeyi yüksek olanlarda damgalanma eğilimlerinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Özbaş ve ark. 2008). Bazı çalışmalarda ise eğitim düzeyinin yüksek olmasının ruhsal bozuklulara ilişkin tutumları olumlu yönde değiştirdiği belirtilmiştir (Angermeyer ve Matschinger 1996, Tuna 1997, Öksüz ve ark. 2005, Akbulut 2009). Bu sonuçlar bizim araştırmamız destekler niteliktedir, bu durumun eğitim düşük düzeyine bağlı olarak hasta yakınlarının bozukluklara ilişkin yanlış ya da yetersiz bilgiye sahip olmalarından kaynakladığı ifade edilebilir.

5.2.7. Meslek

Araştırmamızda hasta yakınlarının meslekleri ile ŞHYDÖ alt ölçeklerinden; sosyal izolasyon ve yetersizlik, toplumsal negatif ayrımcılık, gizleme ve utanma alt ölçeği puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir. İleri analiz sonucunda fark yaratan grubun çalışmayanlar olduğu bulunmuştur ($p<0,05$, Çizelge 4.13). Şizofreni hastası olan bireylerin yakınlarının, şizofreniye yönelik tutumlarını belirlemek ve hasta bakımında karşılaşılan zorlukları tanımlamak amacıyla yapılan bir çalışmada; hasta bireyin bakımı ile

ilgilenen hasta yakınlarının çalışmayan kişiler olduğu bildirilmiştir (Akbulut 2009). Birçok çalışmada bu durumun bakım veren bireylerin büyük bir kısmının kadın olmasından kaynaklandığı ifade edilmekte ve hasta yakınlarının %50'sinden fazlasının çalışmadığı belirtilmiştir (Awad 2008, Akbulut 2009, Nasr ve Kausar 2009). Yapılan bir başka çalışmada ise hasta bireyin bakımından sorumlu olmanın ve sosyal kısıtlamaların bakım yükünün artmasına sebep olabileceği ifade edilmiştir. Bu durumun hasta bireye bakım veren aile üyelerinin çoğunluğun kadın olmaları ve çalışmadıkları için ev yaşantısı dışında farklı rollerde yer almaları sınırlandırıldığından ileri geldiği düşünülebilir.

5.2.8. Hane Aylık Gelir

Araştırmamızda hasta yakınlarının hane aylık gelir düzeyi ile ŞHYDÖ toplam ve alt ölçeklerinden sosyal izolasyon ve yetersizlik, toplumsal negatif ayrımcılık, gizleme ve utanma alt ölçeği puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir. İleri analiz sonucunda ŞHYDÖ toplam ve alt ölçeklerinden sosyal izolasyon ve yetersizlik, toplumsal negatif ayrımcılık, gizleme ve utanma alt ölçeğinde istatistiksel olarak farkın 0-1000 TL aylık gelire sahip hasta yakınlarından kaynaklandığı bulunmuştur ($p < 0,05$, Çizelge 4.14). Nasr ve Kausar tarafından Pakistan'da 2009 yılında yapılmış olan bir çalışmada, ailelerin en fazla ekonomik sıkıntı yaşadıkları bildirilmiştir. Bipolar ve şizofreni tanımlı hastalarının aile işlevleri yönünden karşılaştırıldığı bir çalışmada gelir düzeyinin düşük olmasının aile işlevlerini olumsuz etkilediği belirtilmiştir (Güleseren ve ark. 1999a). Ruhsal hastalıklara yönelik tutumlar üzerinde sosyodemografik değişkenlerin etkilerini belirlemek amacıyla yapılan çalışmada, ekonomik düzeyin düşük olmasının damgalanmayı olumsuz yönde etkilediği belirtilmiştir (Taşkın ve Özmen 2004c). Dünyanın birçok yerinde şizofreni hastaların ve yakınlarına sağlanan ekonomik desteğin yetersiz kaldığı belirtilmiştir (Chan 2011). Bu durumun ekonomik düzeyin düşük olmasının imkanları sınırlandırdığından ve bakım yükünü arttırdığından kaynaklandığı düşünülebilir.

5.2.9. Hasta İle Birlikte Yaşama Durumu

Araştırmamızda hasta yakınlarından hasta ile birlikte yaşayanların hasta ile ayrı yaşayanlara göre ŞHYDÖ alt ölçeklerinden sosyal izolasyon ve yetersizlik alt ölçeği puan ortalaması yüksek olup istatistiksel olarak da anlamlı fark tespit edilmiştir ($p < 0,05$, Çizelge 4.15). Yapılan araştırmalarda aile üyelerinin hastalık ve hastalığın olumsuz sonuçlarıyla ilgili inanç ve görüşlerini bir şizofreni hastası olan bir bireyle uzun süre beraber yaşamının

etkileyebileceği ifade edilmiştir. (Phelan ve ark. 1998, Ran ve ark. 2003 Yıldız ve ark. 2010, Soygür 1999, Danacı, Karaca ve Deveci 2005, Koukia ve Madianos 2005). Gülseren ve arkadaşları tarafından aileler ile yapılan grup terapilerinde hasta bireyle en çok zaman geçiren bireylerin hem hasta bireyin dünyasına hem de dış dünyaya ait değilmiş gibi hissettikleri bildirilmiştir (Gülseren ve ark. 1999). Ağır ruhsal hastalık döneminde olan bir birey ile birlikte olmanın zor olduğu bildirilmiştir (Soygür 2014). Bu durumun bakım veren aile üyesinin hasta bireyle fazla zaman geçirmek zorunda olmasından ve kendine zaman ayıramadığından kaynaklandığı söylenebilir.

5.2.10. Hastayı Psikiyatri Kliniğine Yatırma Durumu

Araştırmamızda hasta yakınlarından hastasını daha önce psikiyatri kliniğine yatıranların yatırmayanlara göre ŞHYDÖ alt ölçeklerinden toplumsal negatif ayrımcılık alt ölçeği puan ortalaması yüksek olup istatistiksel olarak da anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0,05$, Çizelge 4.16). Bu araştırmanın aksine, psikiyatrik hastalığa sahip olan bireylerin yakınlarında damgalama ve ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla yapılan bir çalışmanın sonuçlarına göre hasta bireylerin daha önce hastaneye yatırılıp yatırılmamasının damgalamayı etkileyen bir faktör olmadığı ifade edilmiştir (Avcil 2014). Yapılan bazı çalışmalarda ise toplumun ve toplumsal kurumların hasta bireyleri genellikle tehlikeli olarak algıladıkları, bu hastalardan korktukları ve hastalarla olan ilişkilerinde mesafe koydukları bildirilmiştir (Link ve ark. 1999, Crips ve ark. 2000, Lee ve ark. 2005). Şizofreni de damgalama yalnızca toplumda değil aynı zamanda sağlık çalışanları arasında da görüldüğü bildirilmiştir (Üçok 2007). Özyiğit ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada hemşirelerin ve hemşirelik öğrencilerinin şizofreni hastalığına sahip bireylere reddedici tutum sergiledikleri, hekimlerin ruhsal bozuklulara ilişkin tutumlarına yönelik yapılan çalışmalarda, hekimlerin bu hastaları takip ve tedavi etme konusunda isteksiz oldukları, sevk ya da reçetelere şizofreni tanısı yazmaktan çekindikleri ifade edilmiştir (Yıldız ve ark. 2003, Özyiğit ve ark. 2004, Aker 2008, Kuş Saillard 2010). Hasta bireylerin çoğu düzenli bir şekilde tedaviyi sürdürmekte zorlandıkları belirtilmiş olup, damgalanma riskinin yüksek olmasının tedaviye uyumsuzluğun en önemli sebeplerinden biri olduğu bildirilmiştir (Candansayar 2005). Bu durumun toplumun ve sağlık profesyonellerinin ruhsal bozuklulara ilişkin olumsuz inanç ve tutumundan kaynaklandığı düşünülebilir.

5.2.11. Tıbbi Tedavi Dışında Yardım Alma Durumu

Araştırmamızda hasta yakınlarının tıbbi tedavi dışında yardım alma durumu ile ŞHYDÖ toplam ve alt ölçeklerinden; sosyal izolasyon ve yetersizlik, kaçınma ve kişilerarası ilişkilerde bozulma, gizleme ve utanma alt ölçeklerinin puan ortalaması yüksek olup istatistiksel olarak da anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0,05$). Hasta yakınlarının tıbbi tedavi dışında yardım alma durumu ile RHİÖ alt ölçeklerinden; utanma alt ölçeği puan ortalaması yüksek olup istatistiksel olarak da anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0,05$, Çizelge 4.17). Yapılan birçok çalışmada psikiyatrik hastalıklarla ilgili yanlış bilgilerin hasta yakınlarını yanlış çare arayışlara yönlendirebileceği ifade edilmiştir (Mc Cann ve ark. 1996; Yıldız ve ark. 2010). Yapılan bazı çalışmalara göre psikiyatrik hastalıkların tedavisi dünyanın birçok yerinde psikiyatrik hastalıklarla bir ilgisi ve yetkisi olmayan kişiler tarafından gerçekleştirilmekte olduğu ifade edilmiştir. Büyücüler, hocalar, rahipler, öncesinde aynı hastalığı geçirenler, kulaktan dolma bilgisi olan hısım ve komşular, arkadaşlar, akrabalar bu konuda sağlık personelinin ve hekimin önünde geldiği belirtilmiştir (Ziyalar 1995, Özkorumak ve ark. 2006, Bahar ve ark. 2010, Yıldız 2011). Ülkemizde ve başka ülkelerde insanlar, bu hastalıkların, düşman ruhlar, şeytani ruhlar, zorla kişinin kafasına sokulmuş olan düşünceler, nazar, büyü, sihir gibi durumlardan kaynaklanmakta olduğu bildirilmiştir (Ziyalar 1995). Ailelerin bekledikleri gibi kısa sürede iyileşmenin olduğu bir tedavinin gerçekleşmemesi çaresizliklerini arttırdığı ve bu çaresizlik duygularının da bireyleri farklı tedavi arayışlarına sürükleyebildiği ifade edilmiştir (Yıldız 2011). Bu durumun hasta yakınlarının ruhsal hastalıklar ve tedavileri ile ilgili yetersiz ve yanlış bilgiye sahip olmalarından kaynaklandığı söylenebilir.

5.2.12. Din Hocasından Yardım Alma Durumu

Araştırmamızda din hocasından yardım alanların almayanlara göre ŞHYDÖ alt ölçeklerinden; sosyal izolasyon ve yetersizlik, kaçınma ve kişilerarası ilişkilerde bozulma, gizleme ve utanma alt ölçeklerinin puan ortalaması istatistiksel olarak yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Din hocasından yardım alanların RHİÖ utanma alt ölçeğinin puan ortalaması istatistiksel olarak yüksektir ($p<0,05$, Çizelge 4.18). Yapılan birçok çalışmanın sonucuna göre, değişik kültürlerde ve ülkemizde ruhsal hastalıklara çare arayışında tıbbi tedavinin yanı sıra geleneksel ve dini yöntemlere de başvurulduğu ifade edilmiştir (Roder ve Opalic 1987, Kırpınar 1992, Beckerleg 1994, Campion ve Bhugra 1997, Ratanatikanon,

Assanangkornchai, Tanchaiswad 1997, Kulhara, Avasthi, Sharma 2000, Plotnikoff ve ark. 2002, Ünal ve ark. 2003, Büyüksandıç Özşen 2013). Büyüksandıç Özşen'in (2013) çalışmasında psikiyatri hasta yakınlarının ilk önce psikiyatriste gitmeme nedenleri sırasıyla; bu hastalığın fiziksel bir hastalık olduğu düşünmeleri (%23), tedavi için verilen ilaçların yan etkileri (%14), hasta bireylerin psikiyatri uzmanına gitmek istememesi (%14) ve diğer kişilerin kötü değerlendirebileceği korkusu (%11) olduğu ifade edilmiştir. Yapılan birçok çalışmada, psikiyatrik hastalıkların daha fazla gelenek ve kültürden etkilendiği öne sürülerek, Afrika ülkelerinin çoğunda bu hastalıkların doğaüstü güçlere atfedilmekte olduğu bildirilmiştir (Harrison ve ark. 1989, Fabrega 1991, Hugo ve ark. 2003, Ayonrinde 2004). Başka çalışmalarda ise hasta ve yakınları şizofreninin yalnızca konuşarak tedavi edilebileceği düşüncesine sahipse, hasta birey psikologa ya da yakın arkadaşına götürülmekte ya da ülkemizde olduğu gibi bu hastalığın sebebinin cin çarpması olduğu düşünülüyorsa hocaya götürüldüğü belirtilmiştir (Aker ve ark 2003, Savaş ve ark. 2006). Bu durumun hasta yakınlarının hastalık ve tedavisi ile ilgili bilgisinin çok az ya da yanlış bilgiye sahip olmalarından ve bu bağlı olarak tedavi inanmadıklarından kaynaklandığı söylenebilir.

5.2.13. Damgalanmaktan Korkma Nedeniyle Tıbbi Tedavi Dışı Yöntemlere Başvurma Durumu

Araştırmamızda hasta yakınlarından damgalanmaktan/dışlanmaktan korktukları için tıbbi tedavi dışı yöntemlere başvuranların başvurmayanlara göre RHİÖ alt ölçeklerinden; tehlikeli alt ölçeğinin puan ortalaması yüksek olup istatistiksel olarak da anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0,05$, Çizelge 4.19). Yapılan bir çalışmada hastalığın adının bir etiket olduğu ve bu durumun hasta birey ve yakınlarının hastalığı tanıma, uygun tedavi aramaları üzerinde etkisi olduğu bildirilmiştir (Angermeyer ve Matschinger 2003). Yapılan birçok çalışmada hasta ve yakınlarının psikiyatrik hastalıklara bağlı damgalanma korkusu nedeniyle psikiyatriste sevk edilmesine rağmen başvurmadıkları belirtilmiştir (Ben-Noun, 1996, Nicholas et al. 2011). Akbulut'un 2009 yılında yaptığı bir çalışmada, "şizofreni hastaları saldırgandır" gibi bu hastalıkla ilgili olumsuz yargıların damgalanmaya sebep olacağı ve bu durumda tedaviden kaçınmaya neden olabileceği ifade edilmiştir (Akbulut 2009). Bir başka çalışmada ise sağlık çalışanlarının ruhsal bozukluğu olan hastalara yönelik damgalayıcı ve dışlayıcı yaklaşımda buldukları ve bu durumun tedaviyi engellediği bildirilmiştir (Arkan ve ark. 2011). Bu durumun toplumun, sağlık çalışanlarının

ve hasta yakınlarının ruhsal hastalıklara ilişkin olumsuz inanç ve tutuma sahip olmasından kaynaklandığı söylenebilir.

5.2.14. Faydalı Olacağını Düşünme Nedeniyle Tıbbi Tedavi Dışı Yöntemlere Başvurma Durumu

Araştırmamızda hasta yakınlarından tıbbi tedavi dışındaki yöntemlerden fayda göreceğini düşünenlerin düşünmeyenlere göre ŞHYDÖ toplam ve alt ölçeklerinden kaçınma ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt ölçeğinin puan ortalaması yüksek olup istatistiksel olarak da anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0,05$). Hasta yakınlarından tıbbi tedavi dışındaki yöntemlerden fayda göreceğini düşünenlerin düşünmeyenlere göre RHİÖ alt ölçeklerinden; utanma alt ölçeğinin puan ortalaması yüksek olup istatistiksel olarak da anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0,05$, Çizelge 4.20). Yapılan bazı çalışmalarda değişik kültürlere ait tıbbi tedavi dışında çözüm arama davranışının kronikleşmeye meyilli, tedaviden memnuniyetin az olduğu psikiyatrik hastalıklarda daha çok kullanıldığı bildirilmiştir (Kırpınar 1992, Bongiorno 2005, Güleç vd. 2006, Razali and Yassin 2008). Bir başka çalışmada ise geleneksel uygulamalardan memnun olanların ruhsal hastalığı olan bireylerin tehlikeli olduklarına ilişkin inanç düzeylerinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Orak ve ark. 2017). Bu durumun şizofreni hasta yakınlarının hastalığın etiyojisi ve tedavisi hakkında yetersiz bilgi düzeyinde olmalarından kaynaklandığı söylenebilir.

5.2.15. Çevredekiler Önerdiği İçin Tıbbi Tedavi Dışı Yöntemlere Başvurma Durumu

Araştırmamızda hasta yakınlarından çevredekiler önerdiği için tıbbi tedavi dışındaki yöntemlere başvuranların başvurmayanlara göre ŞHYDÖ alt ölçeklerinden; gizleme ve utanma alt ölçeğinin puan ortalaması yüksek olup istatistiksel olarak da anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0,05$). Hasta yakınlarından çevredekiler önerdiği için tıbbi tedavi dışındaki yöntemlere başvuranların başvurmayanlara göre RHİÖ alt ölçeklerinden utanma alt ölçeğinin puan ortalaması yüksek olup istatistiksel olarak da anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0,05$, Çizelge 4.21). Yapılan bir çalışmada tıbbi tedavi dışındaki uygulamalara yönelme nedenlerinden biri tavsiye edilmesi olarak ifade edilmiştir (Sarıkoç ve ark. 2015). Tze-Pin ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, aile üyelerinin ya da bireylerin sosyal yaşantısındaki çare arama davranışının şekillenmesinde diğer önemli bireylerin önemli rolü olduğu bildirilmiştir (Tze-Pin ve ark. 2008). Yapılan bazı

çalışmalarda yardım ararken tavsiye almak için bireylerin yakın bir akrabasını ya da en yakın arkadaşını seçtiği ifade edilmiştir (George ve ark. 1989, Rogler ve Cortes 1993, Bekaroğlu 1995). Bu durumun hasta yakınlarının aile ruhsal hastalık varlığından utandığı için çare aramak yerine çevrelerindeki insanların önerilerine önem vermelerinden kaynaklandığı söylenebilir.

5.2.16. Hastaları Nedeniyle Akrabalarının Farklı Davrandığı Düşünme Durumu

Araştırmamızda hasta yakınlarından hastaları nedeniyle akrabalarının farklı davrandığı düşünenlerin düşünmeyenlere göre ŞHYDÖ toplam alt ölçeklerinden; sosyal izolasyon ve yetersizlik, kaçınma ve kişilerarası ilişkilerde bozulma, toplumsal negatif ayrımcılık alt ölçeklerinin puan ortalamaları yüksek olup istatistiksel olarak da anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0,05$). Hasta yakınlarından hastaları nedeniyle akrabalarının farklı davrandığı düşünenlerin düşünmeyenlere göre RHIÖ toplam ve alt ölçeklerinden; tehlikeli, çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt ölçeklerinin puan ortalamaları anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0,05$, Çizelge 4.22). Ruhsal hastalığı olan bireylerin özel koşulları, yakın ilişkilerini değişik biçimlerde etkileyebilmektedir (Soygür 2014). Özbaş ve arkadaşlarının (2008) ayaktan ya da yatarak tedavi gören hasta bireylerin yakınları ile yaptıkları çalışmaya göre; psikiyatrik hastalıklara yönelik tutumun hastalığın arkadaş çevresi, komşular ve akrabalar tarafından bilinmesi ile ilişkili olduğu bildirilmiştir. Hastalığın arkadaş, komşu ve akrabaları tarafından bilinen hasta yakınlarının, psikiyatrik hastalığı olan kişilerin normal insanlardan daha farklı, değersiz ve hastalığın olumsuz aile ilişkisinden kaynaklandığı tutum ve görüşlerine sahip oldukları ifade edilmiştir (Özbaş ve ark. 2008). Diğer bir çalışmaya göre, hasta bireylerin komşular ve aile üyeleriyle olan fiziksel ya da sözel çatışmaları, hasta bireyin saldırgan davranışları, bakım veren hasta yakınlarında utanç duygusunun oluşmasına neden olduğu belirtilmiştir. Aynı zamanda çevrenin hastalığı anlamaması, korkması ve etiketlemesi sebebiyle hasta yakınları karşılıklı sosyal ilişkilerden mümkün oldukça kaçındıkları ifade edilmiştir (Kaya 2013). Yapılan başka bir çalışmanın sonuçlarına göre, damgalanmanın hastaların aileleri üzerindeki etkileri arasında aile ilişkilerinin bozulması olarak belirtilmiştir (Wahl ve Harman 1989). Bu durumun hasta yakınlarının akrabalarının bu ailelere karşı dışlayıcı tutum sergilemeleri ve ruhsal hastalıklar konusunda olumsuz inançlara sahip olmalarından kaynaklandığı ifade edilebilir.

5.2.17. Akrabalarından Hastalarını ve Hastalığını Gizleme Durumu

Araştırmamızda hasta yakınlarından akrabalarından hastalarını ve hastalığını gizleyenlerin gizlemeyenlere göre ŞHYDÖ alt ölçeklerinden gizleme ve utanma alt ölçeğinin puan ortalamaları yüksek olup istatistiksel olarak da anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0,05$, Çizelge 4.23). Polat ve arkadaşlarının 2000 yılında ruhsal hastalığa sahip olan bireylerin yakınları ile yaptıkları çalışmada ailelerin çoğunda etiketlenme ve reddedilme korkusu sebebiyle bireyin hastalığını gizleme eğiliminde oldukları bildirilmiştir (Polat ve ark 2000). Yapılan bir başka çalışmada bazı aile üyeleri ruhsal bozukluk sorunlarını konuşmaktansa susmayı tercih ettikleri ve bunun sebebinin ise ruhsal hastalığın nedenlerini algılama biçimleriyle ilişkili olduğu bildirilmiştir. Örneğin, hasta bireyin yakınları ruhsal hastalıkların kalıtsal olduğunu düşünüyorlarsa, bu durumda utanç ya da suçluluk duyguları, bu sorunları gizlemelerine neden olduğu ifade edilmiştir (Soygür 2014). Bu sonuçlar araştırmamızı destekler niteliktedir. Bu durumun hasta yakınlarının kendilerini hastalığın sebebi olarak görmelerinden ve bu nedenle dışlanmaktan korkmalarından kaynaklandığı söylenebilir.

5.2.18. Akraba Ziyaretlerine Hastasıyla Birlikte Gitme Durumu

Araştırmamızda hasta yakınlarından akraba ziyaretlerine hastasıyla birlikte gitmeyenlerin gidenlere göre ŞHYDÖ toplam ve alt ölçeklerinden sosyal izolasyon ve yetersizlik alt ölçeğinin puan ortalamaları yüksek olup istatistiksel olarak da anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0,05$, Çizelge 4.24). Yapılan bir çalışmada damgalanmanın hasta yakınlarının aile ilişkilerini bozabildiği belirtilmiştir (Wahl ve Harman 1989). Weisman ve arkadaşlarının 2000 yılında yaptıkları bir çalışma da ruhsal hastalığa sahip ebeveynler ve kardeşler, hasta bireyin belirti ve davranışlarından utandıkları ve başkalarını evlerine davet etmekten kaçındıkları ifade edilmiştir (Weisman ve ark. 2000). Bu durumun ruhsal hastalığı olan bireyin yakınlarının evlerine başkalarının kabul etmekten utandıkları gibi kendilerinin de başkalarının evine gitmekten kaçınabilecekleri söylenebilir.

5.2.19. Hastaları Nedeniyle Akrabaların Yanında Kendini Yabancı Hissetme Durumu

Araştırmamızda hasta yakınlarından hastaları nedeniyle akrabalarının yanında kendini yabancı gibi hissedenlerin hissetmeyenlere göre ŞHYDÖ toplam ve alt ölçeklerinden sosyal izolasyon ve yetersizlik, kaçınma ve kişilerarası ilişkilerde bozulma,

gizleme ve utanma, olumsuz içselleştirme alt ölçeğinin puan ortalamaları yüksek olup istatistiksel olarak da anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0,05$, Çizelge 4.25). Yapılan bir çalışmada, 27 ülkeden 700 şizofreni hastası olan birey katılmış olup bunların yaklaşık %50'sinin arkadaş edinmede, arkadaşlık ilişkilerini sürdürmede ve aileleriyle ilişki kurmada ayrımcılığa maruz kaldıkları bildirilmiştir. Ruhsal bozukluğa sahip olan pek çok birey hastalıklarını gizleyerek ayrımcılığın ve damgalanmanın olumsuz etkilerinden kaçındıkları belirtilmiştir (Karagöl vd. 2013). Bir başka çalışmada ruhsal hastalığa sahip olan bireylerin ve ailelerinin damgalanmaya bağlı yaşadıkları zorluklar nedeniyle değersizleştirildiklerini hissettikleri sonucuna varılmıştır (Struening ve ark. 2001). Bu sonuçlar araştırmamızı destekler niteliktedir. Bizim çalışmamızda bu durumun hasta yakınlarının akrabalarının yanında hastasından dolayı olumsuz bir tutumla karşılaşabileceği düşüncesiyle kendilerine o ortama ait değilmiş gibi hissetmelerinden kaynaklandığı söylenebilir.

5.2.20. Hastayla Birlikte Katıldıkları Sosyal Etkinliklerdeki İnsanların Tutumlarında Farklılık Hissetme Durumu

Araştırmamızda hasta yakınlarından hastayla birlikte katıldığı sosyal etkinliklerdeki insanların kendilerine yönelik tutumlarında farklılık hissedenlerin hissetmeyenlere göre ŞHYDÖ toplam ve tüm alt ölçeklerinin puan ortalaması yüksek olup istatistiksel olarak da anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0,05$, Çizelge 4.26). Oban ve Küçük tarafından 2011 yılında lise öğrencilerinde psikiyatrik hastalıklara ilişkin damgalamayı belirleyen faktörlere yönelik yaptıkları çalışmada, katılımcıların bu hastalıklara ilişkin önyargı, olumsuz tutum ve sosyal mesafe koyma isteği içinde oldukları belirtilmiştir (Oban ve Küçük 2011). Struening ve arkadaşlarının 2001 yılında New York'ta yaptığı bir çalışmada psikiyatri hastasına sahip aile üyelerinin, toplumdaki insanların çoğunun ruhsal bozukluğu olan biriyle yaşamakta olan aileleri küçümsedikleri bildirilmiştir (Struening ve ark. 2001). Bu durumun hasta yakınlarının hastalarından dolayı küçümsedikleri, dışlandıklarını düşünmelerinden kaynaklandığı söylenebilir.

5.2.21. Hastayla Birlikte Katıldıkları Sosyal Etkinliklerdeki İnsanların Kendilerine Farklı Davrandığını Düşünme Durumu

Araştırmamızda katılan hasta yakınlarından hastayla birlikte katıldığı sosyal etkinliklerdeki insanların kendilerine farklı davrandığını düşünenlerin düşünmeyenlere

göre ŞHYDÖ toplam ve alt ölçeklerinden; sosyal izolasyon ve yetersizlik, kaçınma ve kişilerarası ilişkilerde bozulma, toplumsal negatif ayrımcılık, olumsuz içselleştirme alt ölçekleri puan ortalamaları anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0,05$, Çizelge 4.27). İstanbul'da 2008 yılında Katkak tarafından 36 duygu durum bozukluğu ve 52 şizofreni teşhisi olan hastaların yakınları ile yapılan bir araştırmada hasta bireylerden 4/10'unun hastalığının bilinmesi durumunda diğer insanların ailelerinden uzaklaşacağına inandıkları ve bunun da hasta bireylerin ailelerini korumak adına sosyal geri çekilmeye sebep olabileceği belirtilmiştir (Katkak 2008). New York'ta yapılan bir çalışmada şizofreni, bipolar bozukluk ya da major depresyon tanısı almış olan bireylerin aile üyelerinin 500'ünün görüşleri karşılaştırılmıştır ve aile üyelerinin yarısından fazlası, toplumdakilerin çoğunun psikiyatrik hastalığı olan bir kişiye sahip aileler ile arkadaşlık kurmayacaklarını ifade etmişlerdir (Struening ve ark. 2001). Yapılan başka bir çalışmada ruhsal hastalığı olan bireye sahip ailelerin, insanların kendilerine kötü gözle baktıklarını düşünerek sıkıntı yaşadıkları, nefret, korku ve toplumda gülünç durumda olduklarını düşündükleri belirtilmiştir (Durmaz 2011). Bu durumun beklenen bir sonuç olduğu düşünülebilir.

5.2.22. Hastayla Birlikte Katıldıkları Sosyal Etkinliklerdeki İnsanlardan Hastalarını ve Hastalığını Gizleme Durumu

Araştırmamızda hasta yakınlarından hastayla birlikte katıldığı sosyal etkinliklerdeki insanlardan hastalarını ve hastalığını gizleyenlerin gizlemeyenlere göre ŞHYDÖ toplam ve alt ölçeklerinden; gizleme ve utanma alt ölçeğinin puan ortalaması anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Hasta yakınlarından hastayla birlikte katıldığı sosyal etkinliklerdeki insanlardan hastalarını ve hastalığını gizleyenlerin gizlemeyenlere göre RHİÖ toplam ve alt ölçeklerinden; tehlikeli, çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$, Çizelge 4.28). Bilgin'in 2007 yılında ruh sağlığı bozuk olan bireylerin yakınları ile yaptığı çalışmada, aile üyelerinin beraber yaşadıkları normal dışı davranışları olan kişiden utandıkları ve bu kişiyi toplumdan gizledikleri ifade edilmiştir (Bilgin 2007). Şizofreni hastalarının ailelerinin yaşadığı güçlükler arasında hastalığın sebebi olarak suçlandıkları ifade edilmiştir (Wasow 1983). Toplumun bu fikirleri benimsemesi bazı hasta yakınlarının ruhsal bozukluklardan başka insanlara bahsetme konusunda isteksiz olmalarına katkı sağladığı belirtilmiştir (Phelan ve ark. 1998, Tsang ve ark. 2003). Ruhsal hastalığı olan bireye sahip ailelerin hastadan utandıkları, dedikodu olacağı endişesiyle hasta ve hastalığı saklama eğiliminde

oldukları bildirilmiştir (Yıldız 2005). Bu sonuçlar çalışmamızı destekler niteliktedir. Bu durumun hasta yakınlarının hastalarının hastalığını gizlemediklerinde dışlanacaklarından korkmalarından kaynaklandığı düşünülebilir.

5.2.23. Hastalarıyla Birlikte Sosyal Etkinliklere Gitme Durumu

Araştırmamızda katılan hasta yakınlarından hastalarıyla birlikte sosyal etkinliklere gidenlerin gitmeyenlere göre ŞHYDÖ toplam ve alt ölçeklerinden; sosyal izolasyon ve yetersizlik, kaçınma ve kişilerarası ilişkilerde bozulma, toplumsal negatif ayrımcılık, gizleme ve utanma alt ölçeğinin puan ortalaması yüksek olup istatistiksel olarak da anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0,05$). Hasta yakınlarından hastalarıyla birlikte sosyal etkinliklere gidenlerin gitmeyenlere göre RHİÖ toplam ve tehlikeli alt ölçeği puan ortalaması yüksek olup istatistiksel olarak da anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0,05$, Çizelge 4.29). Yapılan bazı çalışmalarda ruhsal bozukluğu olan kişiler damga sebebiyle genellikle yalnız, izole ve yanlış anlaşılmış biri olarak yaşamak zorunda kaldıkları, hasta yakınlarının hastayı eve kapattıkları, toplumdan soyutladıkları ve aynı zamanda hasta yakınlarının kendilerini de toplumdan soyutladıkları, damgalanma korkusu yaşadıkları ve çaresizlik hissettikleri, hasta bireyin zarar verebileceği endişesiyle korku hissettikleri bildirilmiştir (Gürhan 1991, Güney 1996, Yıldız 1999, Angermeyer 2000, Doğan 2001, Doğan ve ark. 2002, Gülseren 2002). Yapılan başka bir çalışmada, hasta bireyle beraber sokağa çıkmanın aileler için korku kaynağı olabileceği belirtilmiştir (Durmaz 2011). Bu sonuçlar araştırmamızı destekler niteliktedir. Bu durumun hasta yakınlarının hastalarıyla birlikte katıldıkları etkinliklerde zarar verebileceğinden korkmasından ve yaptıklarından utandıklarından kaynaklandığı düşünülebilir.

5.2.24. Hastayla Birlikte Katıldıkları Sosyal Etkinliklerde Kendini Yabancı Gibi Hissetme Durumu

Araştırmamızda hasta yakınlarından hastayla birlikte katıldığı sosyal etkinliklerde kendini yabancı gibi hissedenlerin hissetmeyenlere göre ŞHYDÖ toplam ve alt ölçeklerinden; sosyal izolasyon ve yetersizlik, toplumsal negatif ayrımcılık, gizleme ve utanma alt ölçeğinin puan ortalaması anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0,05$, Çizelge 4.30). Damgalama; iş, sağlık, kişilerarası ilişki gibi çok önemli olan konularda sosyal dışlanmaya sebep olmaktadır. Ruhsal hastalık toplumda ne kadar fark edilirse, toplum tarafından damgalanmanın o kadar çok olacağı belirtilmiştir (Soygür vd. 2007).

Ruhsal hastalığa sahip olan bireylerinin yakınlarının temel sorunlarının damgalanma olduğu belirtilmiştir (Soygür 2014). Bu durumun hasta yakınlarının hastalarından dolayı girdikleri ortamda dışlanabilecekleri düşüncesiyle o ortama ait değilmiş gibi hissetmelerinden kaynakladığı söylenebilir.

5.3. Hastalarının Sosyo-Demografik Özellikleri ve TRSM İle İlgili Bireysel Özelliklerine Göre ŞHYDÖ ve RHIÖ Puan Ortalamaları

5.3.1. Yaş

Araştırmamızda hasta yakınlarının hastalarının yaş grupları ile RHIÖ alt ölçeklerinden; tehlikeli alt ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0,05$, Çizelge 4.31). İleri analiz sonucunda tehlikeli alt ölçeğinde istatistiksel olarak fark yaratan grubun 60 yaş ve üzerindeki hastaları olduğu bulunmuştur. Hastaların yaşı ilerledikçe daha çok tehlikeli olarak algılandıkları belirlenmiştir. Bu araştırmanın aksine, Crisp ve arkadaşlarının 2000 yılında yaptıkları çalışmada hastaların yaşı ilerledikçe hastalara ilişkin tehlikelilik algısının azaldığı ifade edilmiştir (Crips ve ark. 2000). Avcil'in (2014) çalışmasında hasta bireyin yaşı ilerledikçe hasta yakınlarının utanma düzeylerinin arttığı belirlenmiştir (Avcil 2014). Bu yaş grubundaki şizofreni hastalarında günlük yaşam aktivitelerini yerine getirebilmede değişim olabileceği ve ilaç yan etkilerinden biri olan sürekli istemsiz hareketlerin daha çok görüldüğü bildirilmiştir (Hallaç 2014). Bizim araştırmamızda ileri yaştaki hastaların uzun süre kullandıkları ilaçların yan etkisi sonucunda istemsiz hareketlerin daha sık görülmesine bağlı olarak hastaya yönelik tehlikelilik algısının da arttığı ve bu durumun hasta yakınlarında damgalanma neden olduğu söylenebilir.

5.3.2. Yaşadıkları Yer

Araştırmamızda hasta yakınlarının hastalarının yaşadıkları yere göre köy/kasabada yaşayanların şehirde yaşayanlara göre ŞHYDÖ toplam ve alt ölçeklerinden sosyal izolasyon ve yetersizlik, kaçınma ve kişilerarası ilişkilerde bozulma, toplumsal negatif ayrımcılık, gizleme ve utanma alt ölçeğinin puan ortalamaları yüksek olup istatistiksel olarak da anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0,05$). Hastalarının yaşadıkları yer ile RHIÖ alt ölçeklerinden utanma alt ölçeğinin puan ortalaması köy/kasabada yaşayanların şehirde yaşayanlara göre daha yüksek olup istatistiksel olarak da anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$, Çizelge 4.32). Yapılan bir çalışmada kırsal bölgede yaşayanların toplumun kültürüne,

değer ve yargılarına daha çok bağlı olduğu, insanların psikiyatrik hastalıkları algılamaları ile bu hastalığa sahip olan bireylere yönelik damgalama eğilimlerinin toplumsal değer ve yargılara göre düzenlendiği belirtilmiştir. Bu durumda yaşanan yerin damgalanma üzerinde etkili olabileceği ifade edilmiştir (Yılmaz 2012). Yapılan birçok çalışmada, kırsal kesimde yaşayanların ruhsal hastaya ve hastalıklara karşı olumsuz inanç, tutum ve damgalanmaya sahip oldukları belirtilmiştir (Taşkın ve ark. 2002, Angermeyer ve Matschinger 2004, Çam ve Bilge 2013). Bu durumun kırsal bölgedeki yerleşim yerlerinin küçük olması sonucu herkesin birbirini tanimasından kaynaklandığı düşünülebilir.

5.3.3. Eğitim Düzeyi

Araştırmamızda hasta yakınlarının hastalarının eğitim düzeyi ile ŞHYDÖ alt ölçeklerinden toplumsal negatif ve ayrımcılık alt ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$, Çizelge 4.33). İleri analiz sonucunda toplumsal negatif ve ayrımcılık alt ölçeğinde istatistiksel olarak fark yaratan grubun okuryazar olan ya da okuryazar olmayan hastalarının olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Yapılan birçok çalışmada eğitim düzeyinin düşük olması psikiyatrik hastalıklarının bilinmesini, bu hastalıklara sahip bireylere karşı sosyal mesafeyi ve damgalanma eğilimini olumsuz açıdan etkilediği belirtilmiştir (Sağduyu ve arkadaşları 2001, Taşkın 2003, Taşkın ve Özmen 2004c). Başka bir çalışmada eğitim seviyesinin yüksek olmasının psikiyatrik hastalıklara ilişkin tutumları daha çok olumlu hale getirdiği belirtilmiştir (Akbulut 2009). Bu durumun eğitim düzeyi yüksek hastaların bilgilerden daha kolay faydalandıkları ya da hastalıklar konusunda farkındalığın artmasından kaynaklandığı söylenebilir.

5.3.4. Meslek

Araştırmamızda hasta yakınlarının hastalarının mesleği ile RHIÖ alt ölçeklerinden; utanma alt ölçek puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$, Çizelge 4.34). İleri analiz sonucunda RHIÖ toplamında istatistiksel olarak fark yaratan grubun mesleği olmayan ya da emekli olan hastalarının olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Yapılan bazı çalışmalarda psikiyatrik hastalıklar ve sebep olduğu yeti yitimi sebebiyle hasta bireylerin çalışma olanaklarının sınırlandırıldığı (Üçok 1999, Sağduyu ve ark. 2001, Glozier 2004, Özyiğit ve ark. 2004, Çam ve Bilge 2007) ve halkın şizofreni hastaları ile aynı ortamda çalışmak istemediği belirtilmiştir (Sağduyu ve ark. 2001, Taşkın ve ark. 2002). Beş Avrupa ülkesinde şizofreni tanılı insanlarla ilgili yapılan bir çalışmada,

işe alınma oranları karşılaştırıldığında İspanya %20, İtalya %23 ve İngiltere %5 ile en düşük oranda olduğu belirtilmiştir (Thornicroft ve ark. 2004). Read ve Baker tarafında yapılan bir çalışmada, İngiltere’de ruhsal bozukluğu olan bireylerin 1/3’ünün ya istifa etmeye zorlandıkları ya da işten çıkarıldıkları ifade edilmiştir (Read ve Baker 1996). Yapılan bazı çalışmalarda, ruhsal bozukluğu olan bireylerin ailelerine karşı olan olumsuz davranışların zincirleme etkisi “dolaylı damgalama olarak tarif edilmektedir (Soygür 2014). Çalışmayan hasta bireylerin damgalanmayı çok daha fazla hissettikleri ve bu durumu kabullenerek kendilerini çalışan insanlara göre daha yetersiz olduklarını ve yük olduklarını düşündükleri ifade edilmiştir (Yılmaz 2012). Bu durumun hasta yakınlarının hastalarının yük olduklarını ve yetmediklerini düşünmelerinden kaynaklandığı ifade edilebilir.

5.3.5. Medeni Durum

Araştırmamızda hasta yakınlarının hastalarının medeni durumu ile ŞHYDÖ toplam ve alt ölçeklerinden; sosyal izolasyon ve yetersizlik, kaçınma ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt ölçekleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$, Çizelge 4.35). İleri analiz sonucunda ŞHYDÖ toplam ve alt ölçeklerinden; sosyal izolasyon ve yetersizlik, kaçınma ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt ölçeğinde istatistiksel olarak fark yaratan grubun evli olan hastalarının olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Yapılan bazı çalışmalarda ruhsal hastalıkların etkilerinin, evlilikte dayanılması zor baskılar yaratabileceği belirtilmiştir (Zlotnick 2000, Akbulut 2009, Soygür 2014). Yapılan bazı çalışmalarda, hasta yakınlarının hasta bireylerin evlenmesi konusunda olumlu düşünmedikleri (Magliano vd., 2001), ruhsal bozukluğun olmasının evliliği yasaklamak için yeterli olduğu (Desapriya and Nobutada 2002), komşuların olumsuz ve kesin görüşlerinin, ruhsal bozukluğu olan bireylerin flört etme şanslarını sınırlandıracak boyutta olabileceği belirtilmiştir (Soygür 2014). Ruhsal hastalığın evliliğe fazladan gerginlik getirebileceği gibi; evli olmanın ruhsal hastalığı olan birey için bir avantaj olabileceği de belirtilmiştir (Soygür 2014). Bu durumun hasta bireyin bakımının yanı sıra hastanın evliliğinin sorumluluklarının da ailelere yük olacağından kaynaklandığı düşünülebilir.

5.3.6. Çocuk Sayısı

Araştırmamızda hasta yakınlarının hastalarının çocuk sayıları ile ŞHYDÖ alt ölçeklerinden; sosyal izolasyon ve yetersizlik alt ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$, Çizelge 4.36). İleri analiz sonucunda sosyal izolasyon ve yetersizlik alt ölçeğinde istatistiksel olarak fark yaratan grubun 2 çocuğa sahip olan hastalarının olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). İtalya'daki 30 merkezde tedavi gören şizofreni hastası olan bireylerin 709 yakını ile yapılan bir çalışmada, hasta yakınlarının hasta bireylerin çocuk sahibi olmalarına olumlu bakmadıkları ifade edilmiştir (Magliano vd., 2001). Yapılan bir başka çalışmada ruhsal hastalığı olan annelerin büyük bir kısmının, çocuklarının velayetlerini kaybettikleri ya da çocuk yetiştirmede zorluk çektikleri bildirilmiştir (Howard 2005). Yapılan bazı çalışmalarda ise ruhsal hastalığa sahip olan anne ve babalarıyla yaşayan çocukların aileleri ile anlaşmazlığa düşmelerinin yaygın olduğu (Wang ve Goldschmidt 1994), hem annesi hem babası ruhsal hastası olan çocukların bu durumdan çok etkilendikleri bildirilmiştir (Burke 2003). Bu durumun hastanın bakımının yanı sıra çocuklarının da bakım ve sorumluluklarının ailelere yük olabileceğinden ve çocukların ruhsal hastalıktan etkilenebileceği korkusundan kaynaklandığı düşünülebilir.

5.3.7. Çocuğa Bakan Kişi

Araştırmamızda hasta yakınlarının hastalarının çocuklarına bakan kişi ile ŞHYDÖ alt ölçeklerinden; sosyal izolasyon ve yetersizlik ile gizleme ve utanma alt ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$, Çizelge 4.37). İleri analiz sonucunda sosyal izolasyon ve yetersizlik ile gizleme ve utanma alt ölçeğinde istatistiksel olarak farkı yaratan grubun hastaların annelerinin olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Ohayon ve arkadaşları (2011) tarafından yapılan bir çalışmada çocuğu hasta olan anne-babaların çok fazla hastalık yükü hissettikleri ve bunun sebebinin de artan içselleştirilmiş damgalanma olduğu bildirilmiştir (Ohayon ve ark. 2011). Yapılan bazı çalışmalarda ruhsal hastalık tanılı kadınların çocuk yetiştiremeyeceklerine dair kesin kanıt olmamakla birlikte (Soygür 2014), yapılan bir başka çalışmada ruhsal hastalığı olan bireylerin çocuk yetiştirmede zorluk çektikleri ifade edilmiştir (Howard 2005). Bir başka çalışmaya göre ise; hasta yakınların en büyük sıkıntısının hastalarının tüm yüklerinin kendi üzerlerine kalmasının olduğu ifade edilmiştir (Yıldız 2011). Bu durumun hasta bireylerin

çocuklarına bakmadığında çocukların bütün bakım ve sorumluluklarının ailelere kalacağı korkusundan kaynaklandığı söylenebilir.

5.3.8. Hastalık Süresi

Araştırmamızda hasta yakınlarının hastalarının hastalık süreleri ile ŞHYDÖ alt ölçeklerinden; kaçınma ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$, Çizelge 4.38). İleri analiz sonucunda kaçınma ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt ölçeğinde istatistiksel olarak fark yaratan grubun 16 yıl ve daha fazla süredir hasta olanların olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Hastalık süresi uzadıkça hasta yakınlarının daha çok kaçındıkları ve kişilerarası ilişkilerinin bozulduğu belirlenmiştir. Bu araştırmanın aksine, Switaj ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hastalık süresi ile damgalanma arasında ilişki olmadığı ifade edilmiştir (Switaj ve ark. 2009). ABD’de, psikiyatri servisine ilk defa kabul edilen bireylerin eşi, annesi ve babası olan 156 kişinin katıldığı bir çalışma yapılmıştır. Bu çalışmada aile üyelerinin çoğu başkaları tarafından kendini dışlanmış hissetmediklerini ifade ederken, hasta yakınlarının %50’si hastaneye kabul edilmelerini gizli tutmaya çalıştıkları ifade edilmiştir. Çevredeki insanların, hastalık süresi kısa olanların ya da daha eğitilmiş olan hastaların yakınlarından daha çok kaçındığı bildirilmiştir (Phelan ve ark. 1998). Bu sonuçlar bizim araştırmamızı destekler niteliktedir. Bu durumun hastalık sürecinin uzamasıyla birlikte hasta yakınlarının edindikleri deneyim ve tecrübelerden kaynaklandığı düşünülebilir

5.3.9. TRSM’ye Kayıt Süresi

Araştırmamızda hasta yakınlarının hastalarının kayıt süreleri ile ŞHYDÖ alt ölçeklerinden; toplumsal negatif ve ayrımcılık, olumsuz içselleştirme alt ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Kayıt süresi ile RHIÖ toplamı ve utanma alt ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$, Çizelge 4.39). İleri analiz sonucunda bütün anlamlı bulunan ölçeklerde istatistiksel olarak fark yaratan grubun 12 ay ve daha fazla süredir TRSM’ye kayıtlı olan hastalarının olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Avcil’in 2014 yılında 82 psikiyatri hasta yakını ile yaptığı çalışmada, hasta yakınlarının psikiyatri tedavisi gören hastalarını zaman ilerledikçe daha az hasta olarak gördükleri fakat daha fazla utanmaya başladıkları

ifade edilmiştir (Avcil 2014). Bu durumun hasta yakınlarının 12 ay ve daha fazla süredir TRSM'ye kayıtlı olan hastalarının sayısal olarak çokluğundan kaynaklandığı söylenebilir.

5.3.10. TRSM'ye Gitme Sıklığı

Araştırmamızda hasta yakınlarının hastalarının TRSM'ye gitme sıklıkları ile ŞHYDÖ toplam ve alt ölçeklerinden; gizleme ve utanma alt ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). İleri analiz sonucunda ŞHYDÖ toplam ile gizleme ve utanma alt ölçeğinde istatistiksel olarak fark yaratan grubun hasta yakınlarının hastalarından TRSM'ye ayda 1-3 gün gidenlerin olduğu bulunmuştur. Hasta yakınlarının hastalarının TRSM'ye gitme sıklığı ile RHIÖ alt ölçeklerinden utanma alt ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$, Çizelge 4.40). İleri analiz sonucunda utanma alt ölçeğinde istatistiksel olarak fark yaratan grubun hasta yakınlarının hastalarından TRSM'ye iki ayda 1 gün gidenlerin olduğu bulunmuştur. Araştırmamızda hastaların TRSM'ye gitme sıklığı azaldıkça damgalanma düzeyinde artış saptanmıştır. Ruhsal hastalığı olan bireylerin büyük bir kısmının tedaviyi düzenli bir şekilde devam ettirmede zorlandıkları belirtilmiştir (Candansayar 2005). Damgalanmanın tedaviye uyumu etkileyen etken olduğu (Candansayar 2005) ve ruhsal hastalığa sahip olan birey ve yakınlarının damgalanma nedeniyle tedaviyi reddederek evde tecrit edilmeyi kabul ettikleri belirtilmiştir (Bilge ve Çam 2010). Bu durumun hastaların utandıkları için TRSM'lere gitmemeleri, çoğu zaman sadece ilaç yazdırmak için TRSM'ye gittikleri ve bu nedenle merkezin sunduğu olanaklardan faydalanmamalarından kaynaklandığı düşünülebilir.

5.3.11. TRSM Dışında Sosyal Etkinliklere Katılım Durumu

Araştırmamızda hasta yakınlarının hastalarının TRSM dışında sosyal etkinliklere katılım durumu ile ŞHYDÖ toplam ve alt ölçeklerinden; sosyal izolasyon ve yetersizlik, toplumsal negatif ayrımcılık, olumsuz içselleştirme alt ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). İleri analiz sonucunda ŞHYDÖ toplam, sosyal izolasyon ve yetersizlik, toplumsal negatif ayrımcılık ile olumsuz içselleştirme alt ölçeğinde istatistiksel olarak fark yaratan grubun hasta yakınlarının hastalarından etkinliklere hiç katılmayanların olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Hasta yakınlarının hastalarının TRSM dışında sosyal etkinliklere katılım durumu ile RHIÖ toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$,

Çizelge 4.41). İleri analiz sonucunda RHIÖ toplamında istatistiksel olarak fark yaratan grubun hasta yakınlarının hastalarından etkinliklere hiç katılmayanların olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Arkar'ın 1991 yılında yaptığı bir çalışmada, toplumun hasta bireylerle kişisel olarak bağlantı kurmayı gerektiren durumlarda biraz daha mesafeli olmak gerektiğini, sosyal ortamlarda “akıl hastası” olarak tanımlanan bireylerle etkileşimi kesme eğilim içerisinde olduğunu, genel ortamlarda ise hasta bireylerin sosyal kabulünün çok olduğu belirtilmiştir (Arkar 1991). Bu durumun genel ortamlarda toplumun bu hastalıklara yönelik olumsuz tutumları sonucu sosyal ortamlarda hastaların ve yakınlarının kabul görmemelerinden kaynaklandığı söylenebilir.

5.3.12. TRSM Başladıktan Sonra Sosyal Etkinliklere Katılımındaki Değişiklik Durumu

Araştırmamızda hasta yakınlarının hastalarından TRSM'ye başladıktan sonra sosyal etkinliklere katılımında değişiklik olmayanların sosyal etkinliklere katılımında artış olanlara göre ŞHYDÖ toplam ve alt ölçeklerinden; sosyal izolasyon ve yetersizlik, toplumsal negatif ayrımcılık alt ölçeği puan ortalaması yüksek olup istatistiksel olarak da anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0,05$). Hastalarından TRSM'ye başladıktan sonra sosyal etkinliklere katılımında değişiklik olmayanların sosyal etkinliklere katılımında artış olanlara göre RHIÖ alt ölçeklerinden; utanma alt ölçeği puan ortalaması yüksek olup istatistiksel olarak da anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0,05$, Çizelge 4.42). Yapılan bir çalışmada toplum tarafından dışlanan hasta bireylerin, içe kapandıkları, işlevselliklerinin azaldığı, toplumla uyumlarının bozulduğu ve bu sorunları hasta yakınlarının da yaşadığı bildirilmiştir (Çam ve ark. 2014). Yapılan bir çalışmada hasta bireylerin eve kapanması ailelerin en büyük sıkıntılarından biri olduğu bildirilmiştir (Yıldız 2011). Bu durumun ailelerin ve hastalarının TRSM'leri yeterince tanınamalarından kaynaklandığı söylenebilir. TRSM'lerde hasta ve ailelerine psiko-eğitimler verilmekte, sosyal etkinler düzenlemekte, hasta ve hasta yakınlarının yaşadığı güçlüklerle başa çıkabilmeleri konusunda TRSM hemşireleri ve diğer sağlık profesyonelleri tarafından danışmalık yapılmakta, hastaların takip ve tedavileri yapılmakta, çeşitli etkinlik ve aktiviteler yapılarak hastaların sosyalleşmesi, özgüven kazanmaları sağlanmaktadır.

5.4. ŞHYDÖ ve Alt Ölçekleri ile RHİÖ ve Alt Ölçekleri Arasındaki İlişki

Araştırmamızda hasta yakınlarının ŞHYDÖ toplam ve alt ölçekleri ile RHİÖ toplam ve alt ölçekleri arasındaki ilişki incelendiğinde; ŞHYDÖ toplam ile RHİÖ toplam ($r=0,464$) arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki saptanmıştır (Çizelge 4.43).

Ruhsal bozukluk ne kadar fark edilirse, damgalanmanın da o kadar çok olacağı belirtilmiştir (Soygür vd. 2007). Psikiyatrik bozukluklara ilişkin damgalamayı belirleyen faktörlere yönelik yapılan bir çalışmada, çalışmaya katılanların bu hastalıklara ilişkin önyargı, sosyal mesafe koyma isteği ve olumsuz tutum içinde oldukları belirtilmiştir (Oban ve Küçük 2011). Yapılan başka bir çalışmada ruhsal hastalığı olan bireye sahip ailelerin, insanların kendilerine kötü gözle baktıklarını düşünerek sıkıntı yaşadıkları, nefret, korku ve toplumda gülünç durumda olduklarını düşündükleri, hasta bireyle beraber sokağa çıkmanın aileler için korku kaynağı olabileceği belirtilmiştir (Durmaz 2011). Ayrıca hasta yakınlarının psikiyatrik hastalığın ortaya çıkmasında kendilerinin paylarının olduğunu düşünerek bu durumdan utanç duydukları bildirilmiştir (Tel ve Terakya 2000, Tanrıverdi 2008, Caqueo-Urizar ve Gutierrez-Moldonado 2009). Yapılan bazı çalışmalarda ise psikiyatrik hastalığı olan kişiler damgalanma sebebiyle genellikle yalnız ve yanlış anlaşılmuş biri olarak yaşamak zorunda kaldıkları, ailelerin hasta bireyi eve kapattıkları, toplumdan soyutladıkları ve aynı şekilde hasta yakınlarının kendilerini de toplumdan soyutladıkları, damgalanma korkusu yaşadıkları ve çaresizlik hissettikleri, hasta bireyin zarar verebileceği endişesiyle korku hissettikleri bildirilmiştir (Gürhan 1991, Güney 1996, Yıldız 1999, Angermeyer 2000, Doğan 2001, Doğan ve ark. 2002, Gülseren 2002). RHİÖ puan ortalaması arttıkça ŞHYDÖ puan ortalamasında arttığı belirlenmiştir. Buna göre; şizofreni hasta yakınlarının ruhsal hastalığa yönelik olumsuz inançlara sahip olmalarının damgalanmayı da o düzeyde arttırdığı söylenebilir.

6. SONUÇ

6.1. Sonuçlar

Bu araştırma şizofreni hasta yakınlarının damgalanma ve ruhsal hastalığa yönelik inançlarını belirlemek amacıyla yapılmıştır. Bu amaç doğrultusunda Hatay İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği'ne bağlı olarak hizmet veren Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde yapılmıştır. Araştırmanın kapsamına 170 hasta yakını alınmıştır. Şizofreni hastalarının yakınları için damgalanma ölçeği ve ruhsal hastalığa yönelik inançlar ölçeği uygulanarak aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- Araştırmaya katılan hasta yakınlarının, %48.2'sinin çocuk %64.7'sinin kadın, %27.1'nin 40-49 yaşları arasında olduğu, %91.2'sinin en uzun yaşadığı yer şehir, %91.8'nin şuanda şehirde yaşadığı, %74.7'sinin evli, %51.8'inin müstakil evde yaşamakta olduğu, %41.8'nin ilkokul mezunu olduğu, %61.8'nin çalışmadığı, %58.8'nin gelir düzeyininin 1001-2500 arasında olduğu, %82.9'nun sosyal güvencesinin olduğu, %83.5'nin hasta ile birlikte yaşadığı, %83.5'inin ailesinde ruhsal hastalığa sahip başka bireyin olmadığı, %86.5'inin hastasını psikiyatri kliniğine yatırdığı belirlenmiştir (Çizelge 4.1).
- Araştırmaya katılan hasta yakınlarının, %66.5'inin tıbbi tedavi dışında yardım aldığı, %63.5'inin din hocasına başvurduğu, %50.6'sının fayda göreceğini düşündüğü için tıbbi tedavi dışında yardım aldığı, %65.9'nun hastanın teşhisi konduktan sonra kabullendiği, %52.9'unun akrabalarının hastadan dolayı farklı davranmadığı, %75.3'ünün akrabalarına hastasından ve hastalığından bahsetmediği, %88.2'sinin akraba ziyaretlerine hastasını götürdüğü, %91.8'nin akrabalarının yanında kendini yabancı gibi hissetmediği, %54.7'sinin hastası ile birlikte katıldığı sosyal etkinliklerde insanların kendine yönelik tutumlarında farklılık hissettiği, %62.4'ünün sosyal ortamda bulunan insanların hastasından dolayı kendine farklı davranmadığı, %71.8'inin ortamda bulunan insanlara hastasından ve onun hastalığından bahsetmediği, %80.6'sının olumsuz bir tutumla karşılaşacağını düşünmediği için hastasını sosyal etkinliklere götürdüğü, %92.9'unun o ortamda insanların içinde kendinin yabancı gibi hissetmediği belirlenmiştir (Çizelge 4.2).

- Araştırmaya katılan hasta yakınlarının hastalarının, 72.9'unun erkek, %39.4'ünün 30-39 yaşları arasında olduğu, %91.7'sinin şehirde yaşadığı, %33.5'nin ilkokul mezunu olduğu, %80.4'ünün işçi, %53.5'nin hastalıktan sonra çalışmadığı, %68.2'sinin bekar, %77.1'nin çocuğunun olmadığı, %43.5'inin 16 yıldan fazla süredir hasta olduğu belirlenmiştir (Çizelge 4.3).
- Araştırmaya katılan hasta yakınlarının hastalarının, %66.5'inin 12 aydan fazla süredir TRSM'ye kayıtlı olduğu, %33.5'inin ayda 1-3 gün TRSM'ye gittiği, %72.9'unun TRSM'ye ulaşımını toplu taşıma araçları ile sağladığı, %54.1'nin sosyal etkinliklere bazen (ayda 1-2 kez) katıldığı, 67.6'sının TRSM'ye başladıktan sonra sosyal etkinliklere katılımında artış olduğu belirlenmiştir (Çizelge 4.4).
- ŞHYDÖ toplam puan ortalaması 30.64 ± 8.35 , ŞHYDÖ alt ölçeklerinden; sosyal izolasyon ve yetersizlik ölçeği ortalaması 11.29 ± 3.85 , kaçınma ve kişilerarası ilişkilerde bozulma ölçeği ortalaması 4.83 ± 2.00 , toplumsal negatif ayrımcılık ölçeği ortalaması 4.341 ± 1.75 , gizleme ve utanma ölçeği ortalaması 5.05 ± 1.85 , olumsuz içselleştirme ölçeği ortalaması 5.12 ± 1.13 olarak bulunmuştur. RHİÖ toplam puan ortalaması ise 71.81 ± 17.08 , RHİÖ alt ölçeklerinden; tehlikeli alt ölçeği ortalaması 26.93 ± 8.75 , çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt ölçeği ortalaması 43.18 ± 10.48 ve utanma alt ölçeği ortalaması 1.68 ± 2.49 olarak bulunmuştur (Çizelge 4.5).
- Kadınların erkeklere göre ŞHYDÖ alt ölçeklerinden; sosyal izolasyon ve yetersizlik alt ölçeği puan ortalaması istatistiksel olarak yüksek olup anlamlılık tespit edilmiştir. Cinsiyet ile ŞHYDÖ toplam ve diğer alt ölçekleri ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Cinsiyet ile RHİÖ toplam ve alt ölçekleri ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Çizelge 4.6).
- Hastayla olan yakınlık dereceleri ile ŞHYDÖ toplam ve alt ölçeklerinden; sosyal izolasyon ve yetersizlik alt ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlılık tespit edilmiş olup analiz sonucunda hasta bireyin eşi olanların daha fazla damgalandıkları belirlenmiştir. Yakınlık derecesi ile ŞHYDÖ diğer alt ölçekleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Yakınlık derecesi ile RHİÖ toplam ve alt ölçekleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Çizelge 4.7).

- Köy/kasabada yaşayanların şehirde yaşayanlara göre ŞHYDÖ toplam ve alt ölçeklerinden sosyal izolasyon ve yetersizlik, kaçınma ve kişilerarası ilişkilerde bozulma, toplumsal negatif ayrımcılık puan ortalamaları istatistiksel olarak yüksek olup anlamlılık tespit edilmiştir. En uzun yaşanan yer ile gizleme ve utanma ile olumsuz içselleştirme alt ölçekleri puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. RHİÖ alt ölçeklerinden utanma alt ölçeğinin puan ortalaması köy/kasabada yaşayanların şehirde yaşayanlara göre istatistiksel olarak daha yüksek olup anlamlılık saptanmıştır. En uzun yaşanan yer ile RHİÖ toplam ve alt ölçeklerinden; tehlikeli, çaresizlik ve kişiler arası ilişkilerde bozulma alt ölçekleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Çizelge 4.8).
- Köy/kasabada yaşayanların şehirde yaşayanlara göre ŞHYDÖ toplam ve alt ölçeklerinden sosyal izolasyon ve yetersizlik, kaçınma ve kişilerarası ilişkilerde bozulma, toplumsal negatif ayrımcılık puan ortalamaları istatistiksel olarak yüksek olup anlamlılık tespit edilmiştir. Hasta yakınlarının şuanda yaşadıkları yer ile olumsuz içselleştirme alt ölçeği puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. RHİÖ alt ölçeklerinden utanma alt ölçeğinin puan ortalaması köy/kasabada yaşayanların şehirde yaşayanlara göre puan ortalaması istatistiksel olarak yüksek olup anlamlılık saptanmıştır. Hasta yakınlarının şuanda yaşadıkları yer ile RHİÖ toplam ve alt ölçeklerinden; tehlikeli, çaresizlik ve kişiler arası ilişkilerde bozulma alt ölçekleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Çizelge 4.9).
- Medeni durumu ile ŞHYDÖ alt ölçeklerinden sosyal izolasyon ve yetersizlik puan ortalamaları ile arasında istatistiksel olarak anlamlılık saptanmış olup analiz sonucunda, farkı yaratanların boşanmış/dul olan hasta yakınları olduğu bulunmuştur. Medeni durum ile ŞHYDÖ toplam ve alt ölçeklerinden; kaçınma ve kişilerarası ilişkilerde bozulma, toplumsal negatif ayrımcılık, gizleme ve utanma, olumsuz içselleştirme alt ölçekleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Medeni durum ile RHİÖ toplam ve tüm alt ölçekleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Çizelge 4.10).

- Müstakil evde yaşayanların apartman dairesinde yaşayanlara göre ŞHYDÖ toplam ve alt ölçeklerinden; kaçınma ve kişilerarası ilişkilerde bozulma, toplumsal negatif ayrımcılık alt ölçeği puan ortalaması istatistiksel olarak yüksek olup anlamlılık tespit edilmiştir. Hasta yakınlarının kaldıkları yer ile RHIÖ toplam ve tüm alt ölçekleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Çizelge 4.11).
- Eğitim düzeyi ile ŞHYDÖ toplam ve alt ölçeklerinden sosyal izolasyon ve yetersizlik, kaçınma ve kişilerarası ilişkilerde bozulma, toplumsal negatif ayrımcılık, gizleme ve utanma alt ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlılık tespit edilmiş olup analiz sonucunda fark yaratanların okuryazar olan ya da okuryazar olamayan hasta yakınlarının olduğu bulunmuştur. Eğitim düzeyi ile ŞHYDÖ alt ölçeklerinden olumsuz içselleştirme alt ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Eğitim düzeyi ile RHIÖ toplam ve tüm alt ölçekleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlılık tespit edilmiş olup analiz sonucunda farkı yaratanların okuryazar olan/okuryazar olmayan hasta yakınları olduğu, tehlikeli ve çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt ölçeğinde ise ilkökul mezunu olan hasta yakınlarının olduğu bulunmuştur (Çizelge 4.12).
- Çalışma durumu ile ŞHYDÖ alt ölçeklerinden; sosyal izolasyon ve yetersizlik, toplumsal negatif ayrımcılık, gizleme ve utanma alt ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlılık tespit edilmiş olup analiz sonucunda fark yaratan grubun çalışmayan hasta yakınları olduğu bulunmuştur. Çalışma durumu ile ŞHYDÖ toplam ve alt ölçeklerinden kaçınma ve kişilerarası ilişkilerde bozulma ile olumsuz içselleştirme alt ölçekleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Çalışma durumu ile RHIÖ toplam ve tüm alt ölçekleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Çizelge 4.13).
- Hane aylık geliri ile ŞHYDÖ toplam ve alt ölçeklerinden sosyal izolasyon ve yetersizlik, toplumsal negatif ayrımcılık, gizleme ve utanma alt ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlılık saptanmış olup analiz sonucunda fark yaratan grubun 0-1000 TL aylık geliri olan hasta yakınları olduğu

bulunmuştur. Hane aylık geliri ile RHIÖ toplam ve tüm alt ölçekleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Çizelge 4.14).

- Hasta ile birlikte yaşayanların hasta ile ayrı yaşayanlara göre ŞHYDÖ alt ölçeklerinden sosyal izolasyon ve yetersizlik alt ölçeği puan ortalaması istatistiksel olarak bulunmuştur. Hasta ile birlikte yaşama durumu ile ŞHYDÖ toplam ve diğer alt ölçekleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlılık bulunmamıştır. Hasta ile birlikte yaşama durumu ile RHIÖ toplam ve tüm alt ölçekleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Çizelge 4.15).
- Hastasını daha önce psikiyatri kliniğine yatıranların yatırmayanlara göre ŞHYDÖ alt ölçeklerinden toplumsal negatif ayrımcılık alt ölçeği puan ortalaması istatistiksel olarak yüksek bulunmuştur. Hastasını daha önce psikiyatri kliniğine yatırma durumu ile ŞHYDÖ toplam ve diğer alt ölçekleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Hastasını daha önce psikiyatri kliniğine yatırma durumu ile RHIÖ toplam ve tüm alt ölçekleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Çizelge 4.16).
- Tıbbi tedavi dışında yardım alma durumu ile ŞHYDÖ toplam ve alt ölçeklerinden; sosyal izolasyon ve yetersizlik, kaçınma ve kişilerarası ilişkilerde bozulma, gizleme ve utanma alt ölçeklerinin puan ortalaması istatistiksel olarak yüksek bulunmuştur. Tıbbi tedavi dışında yardım alma durumu ile toplumsal negatif ayrımcılık alt ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Tıbbi tedavi dışında yardım alma durumu ile RHIÖ alt ölçeklerinden; utanma alt ölçeği puan ortalaması istatistiksel olarak yüksek bulunmuştur. RHIÖ toplam ve diğer alt ölçekleri puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Çizelge 4.17).
- Din hocasından yardım alanların almayanlara göre ŞHYDÖ alt ölçeklerinden; sosyal izolasyon ve yetersizlik, kaçınma ve kişilerarası ilişkilerde bozulma, gizleme ve utanma alt ölçeklerinin puan ortalaması istatistiksel olarak yüksek bulunmuştur. Din hocasından yardım alma durumu ile ŞHYDÖ toplam ve diğer alt ölçekleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Hasta yakınlarından din hocasından yardım alanların almayanlara göre RHIÖ alt ölçeklerinden; utanma alt ölçeğinin puan ortalaması istatistiksel olarak yüksek

bulunmuştur. Din hocasından yardım alma durumu ile RHIÖ toplam ve diğer alt ölçekler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Çizelge 4.18).

- Damgalanmaktan korkma nedeniyle tıbbi tedavi dışı yöntemlere başvurma durumları ile ŞHYDÖ toplamı ve tüm alt ölçekleri puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Hasta yakınlarından damgalanmaktan korkanların korkmayanlara göre RHIÖ alt ölçeklerinden; tehlikeli alt ölçeğinin puan ortalaması istatistiksel olarak yüksek bulunmuştur. Damgalanmaktan korkma durumu ile RHIÖ toplamı ve diğer alt ölçekleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Çizelge 4.19).
- Tıbbi tedavi dışı yöntemlerin faydalı olacağını düşünenlerin bir faydasının olacağını düşünmeyenlere göre ŞHYDÖ toplam ve alt ölçeklerinden kaçınma ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt ölçeğinin puan ortalaması istatistiksel olarak yüksek bulunmuştur. Faydalı olacağını düşünme nedeniyle tıbbi tedavi dışı yöntemlere başvurma durumu ile ŞHYDÖ diğer alt ölçekleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Hasta yakınlarından tıbbi tedavi dışı yöntemlerin faydalı olacağını düşünenlerin bir faydasının olacağını düşünmeyenlere göre RHIÖ alt ölçeklerinden; utanma alt ölçeğinin puan ortalaması istatistiksel olarak yüksek bulunmuştur. Faydalı olacağını düşünme nedeniyle tıbbi tedavi dışı yöntemlere başvurma durumu ile RHIÖ toplam ve diğer alt ölçeklerinin puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Çizelge 4.20).
- Çevredekiler önerdiği için tıbbi tedavi dışı yöntemlere başvuranların başvurmayanlara göre ŞHYDÖ alt ölçeklerinden; gizleme ve utanma alt ölçeğinin puan ortalaması istatistiksel olarak yüksek bulunmuştur. Çevredekiler önerdiği için tıbbi tedavi dışı yöntemlere başvurma durumu ile ŞHYDÖ toplam ve diğer alt ölçekleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Araştırmaya katılan hasta yakınlarından çevredekiler önerdiği için tıbbi tedavi dışı yöntemlere başvuranların başvurmayanlara göre RHIÖ alt ölçeklerinden utanma alt ölçeğinin puan ortalaması istatistiksel olarak yüksek bulunmuştur. Çevredekiler önerdiği için tıbbi tedavi dışı yöntemlere başvurma durumu ile RHIÖ toplam ve diğer alt ölçeklerinin puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Çizelge 4.21).

- Hastaları nedeniyle akrabalarının farklı davrandığını düşünenlerin farklı davrandığını düşünmeyenlere göre ŞHYDÖ toplam alt ölçeklerinden; sosyal izolasyon ve yetersizlik, kaçınma ve kişilerarası ilişkilerde bozulma, toplumsal negatif ayrımcılık alt ölçeklerinin puan ortalamaları istatistiksel olarak yüksek bulunmuştur. Hastaları nedeniyle akrabalarının farklı davrandığını düşünme durumu ile ŞHYDÖ alt ölçeklerinden; gizleme ve utanma, olumsuz içselleştirme alt ölçekleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Araştırmaya katılan hasta yakınlarından hastaları nedeniyle akrabalarının farklı davrandığını düşünenlerin farklı davrandığını düşünmeyenlere göre RHİÖ toplam ve alt ölçeklerinden; tehlikeli, çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt ölçeklerinin puan ortalamaları istatistiksel olarak yüksek bulunmuştur. Hastaları nedeniyle akrabalarının farklı davrandığını düşünme durumu ile RHİÖ alt ölçeklerinden; utanma alt ölçeğinin puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Çizelge 4.22).
- Akrabalarından hastalarını ve hastalığını gizleyenlerin gizlemeyenlere göre ŞHYDÖ alt ölçeklerinden gizleme ve utanma alt ölçeğinin puan ortalamaları istatistiksel olarak yüksek bulunmuştur. Akrabalarından hastalarını ve hastalığını gizleme durumu ile ŞHYDÖ ve diğer alt ölçekleri puan ortalamaları ile arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Akrabalarından hastalarını ve hastalığını gizleme durumu ile RHİÖ toplam ve tüm alt ölçekleri puan ortalamaları ile arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Çizelge 4.23).
- Akraba ziyaretlerine hastasıyla birlikte gidenlerin gitmeyenlere göre ŞHYDÖ toplam ve alt ölçeklerinden sosyal izolasyon ve yetersizlik alt ölçeğinin puan ortalamaları istatistiksel olarak yüksek bulunmuştur. Hasta yakınlarının akraba ziyaretlerine hastasıyla birlikte gitme durumları ile ŞHYDÖ diğer alt ölçekleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Hasta yakınlarının akraba ziyaretlerine hastasıyla birlikte gitme durumları ile RHİÖ toplam ve alt ölçekleri ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Çizelge 4.24).
- Hastaları nedeniyle akrabalarının yanında kendini yabancı gibi hissedenlerin hissetmeyenlere göre ŞHYDÖ toplam ve alt ölçeklerinden sosyal izolasyon ve yetersizlik, kaçınma ve kişilerarası ilişkilerde bozulma, gizleme ve utanma,

olumsuz içselleştirme alt ölçeğinin puan ortalamaları istatistiksel olarak yüksek bulunmuştur. Hastaları nedeniyle akrabaların yanında kendini yabancı gibi hissetme durumu ile toplumsal negatif ayrımcılık alt ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Hastaları nedeniyle akrabaların yanında kendini yabancı gibi hissetme durumu ile RHİÖ toplam ve tüm alt ölçekleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Çizelge 4.25).

- Hastayla birlikte katıldıkları sosyal etkinliklerdeki insanların kendilerine yönelik tutumlarında farklılık hissedenenlerin hissetmeyenlere göre ŞHYDÖ toplam ve tüm alt ölçeklerinin puan ortalaması istatistiksel olarak bulunmuştur. Hastayla birlikte katıldıkları sosyal etkinliklerdeki insanların tutumunda farklılık hissetme durumu ile RHİÖ ve tüm alt ölçekleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Çizelge 4.26).
- Hastayla birlikte katıldıkları sosyal etkinliklerdeki insanların kendilerine farklı davrandığını düşünenlerin farklı davrandığını düşünmeyenlere göre ŞHYDÖ toplam ve alt ölçeklerinden; sosyal izolasyon ve yetersizlik, kaçınma ve kişilerarası ilişkilerde bozulma, toplumsal negatif ayrımcılık, olumsuz içselleştirme alt ölçekleri puan ortalamaları istatistiksel olarak yüksek bulunmuştur. Hastayla birlikte katıldıkları sosyal etkinliklerdeki insanların kendilerine farklı davrandığını düşünme durumları ile gizleme ve utanma alt ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Hastayla birlikte katıldıkları sosyal etkinliklerdeki insanların kendilerine farklı davrandığını düşünme durumları ile RHİÖ toplam ve tüm alt ölçekleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Çizelge 4.27).
- Hasta yakınlarından hastayla birlikte katıldıkları sosyal etkinliklerdeki insanlardan hastalarını ve hastalığını gizleyenlerin gizlemeyenlere göre ŞHYDÖ toplam ve alt ölçeklerinden; gizleme ve utanma alt ölçeğinin puan ortalaması istatistiksel olarak yüksek bulunmuştur. Hastayla birlikte katıldıkları sosyal etkinliklerdeki insanlardan hastalarını ve hastalığını gizleme durumları ile ŞHYDÖ diğer alt ölçekleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Hasta yakınlarından hastayla birlikte katıldıkları sosyal etkinliklerdeki insanlardan hastalarını ve hastalığını gizleyenlerin gizlemeyenlere göre RHİÖ toplam ve alt

ölçeklerinden; tehlikeli, çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt ölçeği puan ortalamaları istatistiksel olarak yüksek bulunmuştur. Hastayla birlikte katıldıkları sosyal etkinliklerdeki insanlardan hastalarını ve hastalığını gizleme durumları ile utanma alt ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Çizelge 4.28).

- Hastasıyla birlikte sosyal etkinliklere gidenlerin gitmeyenlere göre ŞHYDÖ toplam ve alt ölçeklerinden; sosyal izolasyon ve yetersizlik, kaçınma ve kişilerarası ilişkilerde bozulma, toplumsal negatif ayrımcılık, gizleme ve utanma alt ölçeğinin puan ortalaması istatistiksel olarak yüksek bulunmuştur. Hastalarıyla birlikte sosyal etkinliklere gitme durumları ile olumsuz içselleştirme alt ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Hasta yakınlarından hastasıyla birlikte sosyal etkinliklere gidenlerin gitmeyenlere göre RHIÖ toplam ve tehlikeli alt ölçeği puan ortalaması istatistiksel olarak yüksek bulunmuştur. Hastalarıyla birlikte sosyal etkinliklere gitme durumları ile RHIÖ diğer alt ölçekleri puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Çizelge 4.29).
- Hastalarıyla katıldıkları sosyal etkinliklerde kendilerini yabancı gibi hissedemeyenlere göre ŞHYDÖ toplam ve alt ölçeklerinden; sosyal izolasyon ve yetersizlik, toplumsal negatif ayrımcılık, gizleme ve utanma alt ölçeğinin puan ortalaması istatistiksel olarak yüksek bulunmuştur. Hasta yakınlarının hastayla birlikte katıldıkları sosyal etkinliklerde kendilerini yabancı gibi hissetme durumları ile ŞHYDÖ alt ölçeklerinden; kaçınma ve kişilerarası ilişkilerde bozulma, olumsuz içselleştirme alt ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Hasta yakınlarının hastayla birlikte katıldıkları sosyal etkinliklerde kendilerini yabancı gibi hissetme durumları ile RHIÖ toplam ve tüm alt ölçekleri puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Çizelge 4.30).
- Hastalarının yaş grupları ile ŞHYDÖ toplam ve tüm alt ölçekleri puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Yaş grupları ile RHIÖ alt ölçeklerinden; tehlikeli alt ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiş olup analiz sonucunda yaratan grubun 60 yaş ve üzerindeki hastalar olduğu bulunmuştur. Yaş grupları ile RHIÖ toplam ve diğer alt

ölçekleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Çizelge 4.31).

- Hastalarından köy/kasabada yaşayanların şehirde yaşayanlara göre ŞHYDÖ toplam ve alt ölçeklerinden sosyal izolasyon ve yetersizlik, kaçınma ve kişilerarası ilişkilerde bozulma, toplumsal negatif ayrımcılık, gizleme ve utanma alt ölçeğinin puan ortalamaları istatistiksel olarak yüksek bulunmuştur. Yaşadıkları yer ile olumsuz içselleştirme alt ölçekleri puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. RHİÖ alt ölçeklerinden utanma alt ölçeğinin puan ortalaması köy/kasabada yaşayanların şehirde yaşayanlara göre daha istatistiksel olarak yüksek bulunmuştur. RHİÖ toplam ve alt ölçeklerinden; tehlikeli, çaresizlik ve kişiler arası ilişkilerde bozulma alt ölçekleri ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Çizelge 4.32).
- Hastalarının eğitim düzeyi ile ŞHYDÖ alt ölçeklerinden toplumsal negatif ve ayrımcılık alt ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlılık fark saptanmış olup analiz sonucunda fark yaratan grubun okuryazar olan/okuryazar olmayan hastaların olduğu bulunmuştur. Eğitim düzeyi ile ŞHYDÖ toplam ve diğer alt ölçekleri puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Eğitim düzeyi ile RHİÖ toplam ve tüm alt ölçekleri puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (Çizelge 4.33).
- Hastalarının meslekleri ile ŞHYDÖ toplam ve tüm alt ölçekleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Hastanın mesleği ile RHİÖ alt ölçeklerinden; utanma alt ölçek puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlılık saptanmış olup analiz sonucunda fark yaratan grubun çalışmayan ya da emekli olan hastaların olduğu bulunmuştur. Hastanın mesleği ile RHİÖ toplam ve diğer alt ölçekler puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Çizelge 4.34).
- Hastalarının medeni durumları ile ŞHYDÖ toplam ve alt ölçeklerinden; sosyal izolasyon ve yetersizlik, kaçınma ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt ölçekleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlılık saptanmış olup analiz sonucunda fark yaratan grubun evli olan hastalar olduğu bulunmuştur. Medeni durum ile ŞHYDÖ diğer alt ölçekleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak

fark bulunmamıştır. Medeni durum ile RHİÖ toplamı ve tüm alt ölçekleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır (Çizelge 4.35).

- Hastalarının çocuk sayıları ile ŞHYDÖ alt ölçeklerinden; sosyal izolasyon ve yetersizlik alt ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlılık saptanmış olup analiz sonucunda fark yaratan grubun 2 çocuğu olan hastalar olduğu bulunmuştur. Çocuk sayısı ile ŞHYDÖ toplam ve diğer alt ölçekleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır. Çocuk sayısı ile RHİÖ toplamı ve tüm alt ölçekleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır (Çizelge 4.36).
- Hastalarının çocuklarına bakan kişiler ile ŞHYDÖ alt ölçeklerinden; sosyal izolasyon ve yetersizlik ile gizleme ve utanma alt ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlılık saptanmış olup analiz sonucunda fark yaratan grubun çocuğa bakan kişilerin hastanın annesi olduğu bulunmuştur. Hastaların çocuklarına bakan kişi ile ŞHYDÖ toplam ve diğer alt ölçekleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır. Çocuğa bakan kişi ile RHİÖ toplamı ve tüm alt ölçekleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır (Çizelge 4.37).
- Hastalarının hastalık süreleri ile ŞHYDÖ alt ölçeklerinden; kaçınma ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlılık saptanmış olup analiz sonucunda fark yaratan grubun hastalık süresi 16 yıl ve daha fazla olanların olduğu bulunmuştur. Hastalık süresi ile ŞHYDÖ toplam ve diğer alt ölçekleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır. Hastalık süresi ile RHİÖ toplamı ve tüm alt ölçekleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır (Çizelge 4.38).
- Hastalarının TRSM'ye kayıt süreleri ile ŞHYDÖ alt ölçeklerinden; toplumsal negatif ve ayrımcılık, olumsuz içselleştirme alt ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlılık saptanmış olup analiz sonucunda fark yaratan grubun 13 ay ve daha fazla süredir TRSM'ye kayıtlı olan hastaların olduğu bulunmuştur. TRSM'ye kayıt süresi ile ŞHYDÖ toplam ve diğer alt ölçekleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır. TRSM'ye kayıt süresi ile RHİÖ toplamı ve utanma alt ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlılık saptanmış olup analiz sonucunda fark yaratan grubun 13 ay ve daha fazla

süredir TRSM'ye kayıtlı olan hastaların olduğu bulunmuştur. TRSM'ye kayıt süresi ile RHIÖ diğer alt ölçekleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır (Çizelge 4.39).

- Hastalarının TRSM'ye gitme sıklıkları ile ŞHYDÖ toplam ve alt ölçeklerinden; gizleme ve utanma alt ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlılık saptanmış olup analiz sonucuna göre fark yaratan grubun hastalardan TRSM'ye ayda 1-3 gün gidenler olduğu bulunmuştur. TRSM'ye gitme sıklığı ile ŞHYDÖ diğer alt ölçekleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır. TRSM'ye gitme sıklığı ile RHIÖ alt ölçeklerinden utanma alt ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlılık saptanmış olup analiz sonucunda fark yaratan grubun hastalardan TRSM'ye iki ayda 1 gün gidenler olduğu bulunmuştur. TRSM'ye gitme sıklığı ile RHIÖ toplam ve diğer alt ölçekleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır (Çizelge 4.40).
- Hastalarının TRSM dışında sosyal etkinliklere katılım durumları ile ŞHYDÖ toplam ve alt ölçeklerinden; sosyal izolasyon ve yetersizlik, toplumsal negatif ayrımcılık, olumsuz içselleştirme alt ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlılık saptanmış olup analiz sonucuna göre fark yaratan grubun hastalardan TRSM dışında sosyal etkinliklere hiç katılmayanların olduğu bulunmuştur. Sosyal etkinliklere katılım durumu ile ŞHYDÖ diğer alt ölçekleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır. TRSM dışında sosyal etkinliklere katılım durumları ile RHIÖ toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlılık saptanmış olup analiz sonucunda fark yaratan grubun hastalardan TRSM dışında sosyal etkinliklere hiç katılmayanların olduğu bulunmuştur. TRSM dışında sosyal etkinliklere katılım durumları ile RHIÖ tüm alt ölçekleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır (Çizelge 4.41).
- Hastalarından TRSM'ye başladıktan sonra sosyal etkinliklere katılımında artış olanların değişiklik olmayanlara göre ŞHYDÖ toplam ve alt ölçeklerinden; sosyal izolasyon ve yetersizlik, toplumsal negatif ayrımcılık alt ölçeği puan ortalaması istatistiksel olarak yüksek bulunmuştur. TRSM'ye başladıktan sonra sosyal etkinliklere katılımında değişiklik durumu ile ŞHYDÖ diğer alt ölçekleri ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır, Çizelge

incelendiğinde hastalardan sosyal etkinliklere katılımında artış olanların değişiklik olmayanlara göre RHIÖ alt ölçeklerinden; utanma alt ölçeği puan ortalaması istatistiksel olarak yüksek bulunmuştur. TRSM'ye başladıktan sonra sosyal etkinliklere katılımında ile RHIÖ toplam ve diğer alt ölçekleri ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Çizelge 4.42).

- Hasta yakınlarının ŞHYDÖ sosyal izolasyon ve yetersizlik alt ölçeği ile RHIÖ alt ölçeklerinden; tehlikeli ($r=0,380$), çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma ($r=0,294$), utanma ($r=0,365$) arasında pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki, ŞHYDÖ sosyal izolasyon ve yetersizlik alt ölçeği ile RHIÖ toplam ($r=0,435$) arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki saptanmıştır. ŞHYDÖ kaçınma ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt ölçeği ile RHIÖ alt ölçeklerinden; tehlikeli ($r=0,317$), utanma ($r=0,340$) ve RHIÖ toplam ($r=0,334$) arasında pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki, çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma ($r=0,194$) arasında pozitif yönde çok zayıf düzeyde anlamlı ilişki saptanmıştır. ŞHYDÖ toplumsal negatif ayrımcılık alt ölçeği ile RHIÖ alt ölçeklerinden; tehlikeli ($r=0,286$), utanma ($r=0,337$), RHIÖ toplam ($r=0,280$) arasında pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki, çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma ($r=0,108$) arasında pozitif yönde çok zayıf düzeyde anlamlı ilişki saptanmıştır. ŞHYDÖ gizleme ve utanma alt ölçeği ile RHIÖ alt ölçeklerinden; tehlikeli ($r=0,316$), çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma ($r=0,291$), RHIÖ toplam ($r=0,350$) arasında pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki, utanma ($r=0,198$) arasında pozitif yönde çok zayıf düzeyde anlamlı ilişki saptanmıştır. ŞHYDÖ olumsuz içselleştirme alt ölçeği ile RHIÖ alt ölçeklerinden; tehlikeli ($r=0,389$), çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma ($r=0,336$) arasında pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki, utanma ($r=0,174$) arasında pozitif yönde çok zayıf düzeyde anlamlı ilişki, RHIÖ toplam ($r=0,422$) arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki saptanmıştır. ŞHYDÖ toplam ile RHIÖ alt ölçeklerinden; tehlikeli ($r=0,422$), RHIÖ toplam ($r=0,464$) arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki, çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma ($r=0,311$), utanma ($r=0,385$) arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki saptanmıştır (Çizelge 4.43).
- Bu araştırma sonucunda, hasta yakınlarının yaş, sosyal güvence, ailede ruhsal hastalığı olan başka bireyi olma durumu, ailede ruhsal hastalığı olan başka bireyle

yakınlık dereceleri, tıbbi tedavi dışında bitkilere başvurma durumları, hastanın teşhisini kabullenme durumu ile hastaların, cinsiyet, çalışma durumu, TRSM'ye ulaşım şekline göre RHIÖ ve ŞHYDÖ anlamlılık saptanmamıştır (EK-8)

6.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur;

- Araştırmaya katılan hasta yakınlarından kırsal bölgede yaşayanların daha çok damgalandıkları, kişilerarası ilişkilerinin bozulduğu, toplumsal negatif ayrımcılığa maruz kaldıkları, hastalarını ve hastalığını gizledikleri ve bu durumdan utandıkları tespit edilmiştir. Bu nedenle, kırsal bölgede hizmet veren hemşireler ve diğer sağlık personelleri tarafından sorumlu oldukları bölgede yaşayan insanların ve hasta yakınlarının ruhsal hastalıklar konusunda bilgilendirilmesi ve TRSM hakkında bilgilendirerek bu merkezlere yönlendirilmesi, TRSM ekibi tarafından kırsal bölgelerdeki hastalara daha sık ev ziyaretlerinin yapılması,
- Hasta yakınlarından boşanmış ya da dul olanların daha çok izole oldukları ve kendilerini yetersiz hissettikleri tespit edilmiştir. Bu nedenle hasta yakınlarının bilgilerini, yaşadıkları ortak problemleri paylaşması için ilgili derneklere, destek alabileceği vakıf ve kurumlara yönlendirilmesi,
- Damgalanmanın, hastayı daha önce psikiyatri kliniğine yatanlarda daha fazla olduğu ve tıbbi tedavi dışında yardım alanlarında damgalandıkları, daha çok utandıkları bulunmuştur. tespit edilmiştir. Bu bakımdan hasta yakınlarının hemşireler ve diğer sağlık çalışanları tarafından hastalığa yönelik bakım ve tedavi sürecine katılımlarının sağlanması, ailelerin şizofreni hastalığının özellikleri ve diğer ruhsal hastalıklarla benzerlikleriyle ilgili olarak bilgilendirilmesi, hasta yakınlarının şizofreni etiyolojisi ve tedavisi konusunda yeterli düzeyde bilgi sahibi olmalarını sağlayacak eğitim programlarının sağlanması,
- Damgalanmanın, hasta yakınlarından hastayla birlikte katıldığı sosyal etkinliklerde insanların kendilerine yönelik tutumlarında farklılık hissedenlerde daha çok olduğu bulunmuştur. Bu nedenle, toplumun psikiyatrik hastalıklara karşı anlayışlı bir davranış ve tutum geliştirmesini amaçlamakla birlikte bunu

gerçekleştirebilmek için gerek sesli, gerek yazılı ve görsel medyada şizofreniyle ilgili doğru bilgilerin yer aldığı özel programların oluşturulması, toplumun şizofreni hastaları ve yakınlarına olan tutumunun iyileştirilebilmesi ve damgalanma, dışlanma, önyargıları ortadan kaldırmaya yönelik olarak faaliyetlerin TRSM ve diğer ilgili kurumlarda başlatılması,

- Topluma, hastalara ve yakınlarına hemşireler ve diğer sağlık çalışanları tarafından hastalığın belirtileriyle başa çıkmaları konusunda bilgi ve beceri kazandırılması,
- Bütün sağlık profesyonelleri tarafından şizofreni hasta yakınlarında damgalanmayı belirleyen etkenleri belirleyerek damgalanmayı azaltmaya yönelik danışmanlık hizmetinin verilmesi,
- Hastaları evli olanların daha çok damgalanmaya ve toplumsal negatif ayrımcılığa maruz kalmaları, kişilerarası ilişkilerinin bozulması sonucuna bağlı olarak hasta yakınlarının yaşadığı güçlüklerle başa çıkabilmeleri için hemşirelerin ve diğer sağlık profesyonelleri tarafından danışmanlık hizmetlerinin sunulması,
- Hastaları TRSM'ye ayda 1-3 gün gidenlerin daha çok aile ruhsal hastalığın olmasından utandıkları ve bu durumu gizledikleri tespit edilmiştir. Bu nedenle hasta yakınlarının TRSM'nin işlevleri ve yapısı, hastaların aldıkları tedaviler hakkında ve ayrıca hasta yakınlarının mesai saatleri dışında ya da acil durumlarda desteğe ihtiyaç duydukları zamanlarda hastaneye nasıl ulaşacakları konusunda ya da ne yapmaları gerektiği konusunda TRSM hemşireleri tarafından bilgilendirilmesi, hastaların TRSM'ye daha sık gelmeye teşvik edilmesi,
- Hastalarının TRSM dışında sosyal etkinliklere hiç katılmayanların daha çok damgalandıkları, izole oldukları, toplumsal negatif ayrımcılığa maruz kaldıkları ve ailede ruhsal hastalığın var olmasını olumsuz içselleştirdikleri saptanmıştır. Bu nedenle TRSM hemşireleri tarafından sorumlu oldukları bölgedeki hasta ve yakınları ile iletişim kurulması, merkezin amaçları ve işleyişi hakkında bilgilendirilmesi, hasta ve yakınlarının merkeze davet edilmesi,

- TRSM hemşirelerinin gezici ekip çalışmalarına katılması ve bu çalışmaların arttırılması, daha sık ev ziyaretlerinin yapılması,
- Hastalarının TRSM'ye başladıktan sonra sosyal etkilere katılımında değişiklik olmayanların daha çok izole oldukları, damgalanmaya ve toplumsal negatif ayrımcılığa maruz kaldıkları, ailede ruhsal hastalığın var olmasından utandıkları tespit edilmiştir. Bu nedenle hasta yakınları ve toplum tarafından TRSM'lerin öneminin anlaşılmasının sağlanması, TRSM hemşireliğinin öneminin vurgulanması,
- şizofreni hasta yakınlarında damgalanma ve bu konuda TRSM'leri ile TRSM hemşirelerinin etkilerinin yer aldığı daha geniş kapsamlı araştırmaların yapılması önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. **Akbulut Ş.** Şizofren Hasta Yakınlarının Şizofreniye Yönelik Tutumları ve Hastanın Bakımında Yaşadıkları Zorluklar. Yüksek Lisans Tezi, Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Şanlıurfa, **2009**.
2. **Aker S.** Samsun İlinde Aile Hekimlerinin Şizofreni Hastalarına Karşı Tutumları ve Hekimlik Uygulamaları. Doktora Tezi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Samsun, **2008**.
3. **Aker T, Üstünsoy S, Kuğu N, Yazıcı A.** Psikotik Bozukluğu Olan Hastalarda Tedaviye
4. **Akkaya C.** Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlik Ve Güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, **2008**, 19(3):292-299
5. **American Psychiatric Association (APA).** *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed., Washington,DC: American Psychiatric Publishing, **2013**.
6. **Andreasen NC, Black DW.** *Introductory Textbook of Psychiatry*. 5th ed., Washington,DC: American Psychiatric Publishing, **2011**.
7. **Angermeyer MC, Matschinger H.** Public Attitudes to People with Depression: Have There Been Any Changes Over The Last Decade? *Journal of Affective Disorders*, **2004**, 83:177-182.
8. **Angermeyer MC, Matschinger H.** Relatives' Beliefs About The Causes of Schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand*, **1996**, 93:194-199
9. **Angermeyer MC, Matschinger H.** The Stigma of Mental Illness: Effects of Labelling on Public Attitudes Towards People With Mental Disorder. *Acta Psychiatr Scand*, **2003**, 108:304-309
10. **Angermeyer MC.** "Public Image of Psychiatry. Results of A Representative Poll in The New Federal States of Germany", *Psychiatrische Praxis*, **2000**, 27:327-329.
11. **Arkan B, Bademli K, Çetinkaya Duman Z.** Sağlık Çalışanlarının Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumları: Son 10 Yılda Türkiye'de Yapılan Çalışmalar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, **2011**, 3(2):214-231
12. **Arkar H.** The social refusing of mental patients. *Journal of Psychiatry Neurologic Science*, **1991**, 4:6-9.
13. **Arslantaş H, Gültekin KB, Söylemez A, Dereboy F.** Bir Üniversite Hastanesi Psikiyatri Polikliniğine İlk Kez Başvuran Hastaların Damgalamayla İlgili İnanç, Tutum ve Davranışları. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, **2010**, 11:11-17.
14. **Arslantaş H.** Şizofreni Hastalarının Bakım Vericilerine Yapılan Psikoeğitimin Hastalardaki Klinik Gidişe Ve Bakım Vericilerin Duygu Dışavurumu Düzeylerine Olan Etkisi. *Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, **2009**, 10(2): 3-10
15. **Avcı A.** Şizofren Hasta Ailelerinin Aile Yükünün Belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara, **2001**.
16. **Avcil C.** Psikiyatrik Hasta Yakınlarında Damgalama ve İlişkili Faktörler. Yüksek Lisans Tezi, Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Anabilim Dalı, İstanbul, **2014**.
17. **Awad GA, Voruganti LNP.** The Burden of Schizophrenia on Caregivers. *Pharmacoeconomics*, **2008**, 26:149-162
18. **Ayonrinda O, Gureje O, Lawal R.** Psychiatric Research in Nigeria: Bridging Tradition and Modernisation. *British Journal of Psychiatry*, **2004**, 184:536-538
19. **Bademli K, Çetinkaya Duman Z.** Kronik Psikiyatri Hastalarının Aileleri: Sistemik Derleme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, **2013**, 5(1):78-94
20. **Bağ B, Kırpınar İ, Yılmaz S.** Factors Influencing Social Distance From People with Schizophrenia. *International Journal of Clinical Practice*, **2006**, 60(3):289
21. **Bağ B.** Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde Hemşirenin Rolü: İngiltere Örneği. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, **2012**, 4(4):465-485
22. **Bahar A, Savas HA, Bahar G.** Psikiyatri Hastalarında Tıp Dışı Yardım Arama Davranışlarının Değerlendirilmesi. *Yeni Symposium*, **2010**, 3:216-222.
23. **Barrio C, Yamada AM, Atuel H, Hough RL, Yee S, Berthot B, Russo PA.** A Tri-Ethnic Examination of Symptom Expression On The Positive and Negative Syndrome Scale in Schizophrenia Spectrum Disorders. *Schizophrenia Research* 60, **2003**, 259- 269
24. **Barrio C, Yamada AM, Atuel H, Hough Yee S, Berthot B, Russo PA.** Bireylere Bakış Açısı. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Bulletine **1999**, 25(3):437-446.

25. **Baumann M, Bonnetain F, Briancon S.** Quality of Life and Attitudes Towards Psychotropics and Dependency: Consumers vs. Nonconsumers Aged 50 and Over. *J Clin Pharm Ther*, **2004**, 29:405-415.
26. **Beckerleg S.** Medical Pluralism and İslam in Swahili Communities in Kenya. *Med Anthropol Quarterly*, **1994**, 8:299-313.
27. **Bekarođlu M.** Çare Arama Davranışı ve Kùltür. IV Anadolu Psikiyatri Günleri, Bilimsel Çalışmalar, Konya, **1995**.
28. **Bellack AS, Haas GL, Schooler NR and Flory JD.** Effects of Behavioural Family Management on Family Communication and Patient Outcomes in Schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, **2000**, 177:434-439.
29. **Ben-Noun L.** Characterization of Patients Refusing Professional by Relatives of Psychotic Patients. *J Psychiatr Assoc Thailand*, **1996**, 42(4):226-33
30. **Berry D, Szmukler G, Thornicroft G.** *Living with Schizophrenia: The Carers Story*. Brighton: Pavillion Press, **1997**.
31. **Bilge A, Beycan Ekitli G, Embel N, Kaya F, Kalkan H, Kaygı Oğulluk M.** Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'ndeki şizofreni Hastalarına Uygulanan Öncü Belirtileri Tanıma ve Başetme Eğitiminin İçgörü Düzeyi ve Yaşam Kalitesine Etkisi. *Uluslararası Hakemli Hemşirelik Dergisi*, **2016**, 7:52-66
32. **Bilge A, Çam O.** Ruh Hastalığına Yönelik İnanç ve Tutumlar. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, **2007**, 8:215-223
33. **Bilge A, Çam O.** Ruhsal Hastalığa Yönelik Damgalama ile Mücadele. *TAF Prev Med Bull*, **2010**, 9:71-8.
34. **Bilge A, Mermer G, Çam O, Çetinkaya A, Erdoğan E, Üçkuyu N.** Türkiye'deki Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinin 2013-2015 Yıllarının Profili. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, **2016**, 2(2):1-5
35. **Bilge A.** Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması. Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir, **2006**.
36. **Bilgin B.** Ruh Sağlığı Bozuk Olan Bireylere Sahip Ailelerin Ruhsal Hasta ve Hastalığa İlişkin Görüşleri. Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul, **2007**.
37. **Binbay T, Ulaş H, Alptekin K.** şizofreni Epidemiyolojisine Türkiye'den Katkı Yapmak: Nasıl ve Neden? *Klinik Psikiyatri Dergisi*, **2010**, 13(1):9-15
38. **Bongiorno PB.** Complementary and Alternative Medical Treatment For Depression. *Biology Of Depression*. **2005**, 993-1015.
39. **Boye B, Bentsen H, Ulstein I, Notland TH, Lersbryggen A, Lingjaerde O.** Relatives' distress and patients' symptoms and behaviours: A Prospective Study of Patients with Schizophrenia and Their Relatives. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **2001**, 104:42-50
40. **Bozkurt S, Top ED.** Hemşirelik Öğrencilerinin Ruhsal Hastalığa Karşı İnançlarının İncelenmesi. III. Ulusal ve Uluslararası Katılımlı Psikiyatri Hemşireliği Kongresi. Akçakoca-Düzce, **2009**.
41. **Burke L.** The Impact of Maternal Depression on Familial Relationships. *Int Rev Psychiatry*, **2003**, 15(3):243-255
42. **Bustillo JR, Lauriello J, Horan WP, Keith SJ.** The Psychosocial treatment of schizophrenia: An update. *American Journal of Psychiatry*, **2001**, 158:163-175.
43. **Büyüksandıç Özşen P.** şizofren Hastaların Yakınlarının şizofreniye Yönelik Bilgileri, İnançları Ve Yardım Arama Davranışları. Yüksek Lisan Tezi, Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Gaziantep, **2013**.
44. **Byrne P.** Psychiatric Stigma: Past, Passing and to Come. *J R Soc Med*, **1997**, s. 90:618-21.
45. **Campion J, Bhugra D.** Experiences of Religious Healing in Psychiatric Patients in South India. *Soc Psychiat and Psychiatric Epidemiol*, **1997**, 32: 215-221.
46. **Cansayar S.** *Neden Nasıl şizofreni*. Birinci Baskı, şen Matbaa, Ankara, **2005**.
47. **Caqueo Urizar A, Gutierrez Maldonado J, Ferrer Garcia M, Penalozza Salazar C, Richards Araya D, et al.** Attitudes and Burden in Relatives of Patients With Schizophrenia in a Middle Income Country. *BMC Family Practice*, **2011**, 12(101):1-11.
48. **Caqueo-Urizar A, Gutierrez-Moldonado J, Miran-da-Castillo C.** Quality of Life in Caregivers of Patients with Schizophrenia: A Literature Review. *Health Qual Life Outcomes*, **2009**, 7:84.
49. **Ceylan E, Çetin M.** şizofreni. III. Baskı, Yerküre Tanıtım ve Yayıncılık Hizmetleri A.ř., İstanbul, **2009**.

50. **Chakraborty K, Avasthi A, Kumar S.** Attitudes and Beliefs of Patients of First Episode Depression Towards Antidepressants and Their Adherence to Treatment. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, **2009**, 44:482-488
51. **Chan SW, Hsiung PC, Thompson DR, Chen SC, Hwu HG.** Health-related Quality of Life of Chinese People with Schizophrenia in Hong-Kong and Taipei: A Cross-Sectional Analysis. *Research in Nursing & Health*, **2007**, 30:261-269
52. **Chan SW.** Global Perspective of Burden of Family Caregivers for Persons with Schizophrenia. *Arch Psychiatr Nurs*, **2011**, 25:339-349.
53. **Chee CYI, Ng TP, Kua EH.** Comparing The Stigma of Mental İllness in A General Hospital with A State Mental Hospital. A Singapore Study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, **2005**.
54. **Chou KR, Shih YW, Chang C, Chou YY, Hu WH, et al.** Psychosocial Rehabilitation Activities, Empowerment, and Quality of Community-Based Life For People With Schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, **2012**, 26:285-94.
55. **Corrigan P, Thompson V, Lambert D, Sangster Y, Noel JG, Campbell J.** Perceptions of Discrimination Among Persons with Serious Mental Illness. *Psychiatr Serv*, **2003**, 54(8):1105-1110
56. **Corrigan PW, Shapiro JR.** Measuring The Impact of Programs That Challenge The Public Stigma of Mental Illness. *Clinical Psychology Review*, **2010**, 30:907-922.
57. **Corrigan PW, Watson AC.** Understanding The Impact of Stigma on People with Mental İllness. *World Psychiatry*, **2002**, 1:16-20.
58. **Crisp AH, Gelder MG, Rix S, Meltzer HI, Rowlands OJ.** Stigmatisation of people with Mental İllnesses. *Br J Psychiatry*, **2000**, 177:4-7.
59. **Çam O, Bilge A, Engin E, Baykal Akmeşe Z, Öztürk Turgut E, Çakır N.** Muhtarlara Verilen Ruhsal Hastalığa Yönelik Damgalama İle Mücadele Eğitiminin Etkinliğinin Araştırılması. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi - Journal of Psychiatric Nursing*, **2014**, 5(3):129-136
60. **Çam O, Bilge A.** Türkiye’de ruhsal hastalığa/ hastaya yönelik inanç, tutum ve damgalama süreci: Sistematik derleme. *J Psy Nurs*, **2013**, 4:91-101.
61. **Çam O, Bilge A.** Türkiye’nin Batısında Yaşayan Halkın Ruhsal Hastalığa ve Hastalara Yönelik İnanç ve Tutumlarının Belirlenmesi. *Yeni Symposium*, **2011**, 49:131-40.
62. **Çam O, Engin E.** *Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Hemşireliği*. 1. Baskı, İstanbul Medikal Yayıncılık Hiz. Tic. Ltd. Şti., İstanbul, **2014**.
63. **Çetinkaya Duman Z, Aşti N, Üçok A, Kuşçu MK.** Şizofreni Hastalarına ve Ailelerine ‘Bağımsız ve Sosyal Yaşam Becerileri Toplumuna Yeniden Katılım Programı’ Uygulaması, İzlenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, **2007**, 8:91-9.
64. **Çobanoğlu ZS, Aker T, Çobanoğlu N.** Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluğu Olan Hastalarda Tedaviye Uyum Sorunları. *Düşünen Adam*, **2003**, 16(4):211-218.
65. **Danacı AE, Karaca N. Deveci A.** Şizofreni Hastalarında Aile İşlevselliği ile Sosyal İşlevsellik Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. *Türkiye’de Psikiyatri*, **2005**, 7: 103-108.
66. **Deahl A, Welsh C.** Modern Psychiatric Ethics. *The Lancet*, **2002**, 9302(359):253-255.
67. **Dereboy F.** Şizofreniye İlişkin Psikanalitik Yaklaşımlar. *Şizofreni Dizisi*, **2000**, 1:11-9.
68. **Desapriya EB, Nobutada I.** Stigma of Mental Illness in Japan. *Lancet*, **2002**, 359(9320):1866
69. **Doğan O, Doğan S, Tel H, Çoker F, Polatöz Ö. Başeğmez FD.** Şizofrenide Psikososyal Yaklaşımlar: Aileler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, **2002**, 3:133-139.
70. **Doğan O.** Psikiyatrik Rehabilitasyonun Toplum İçinde Uygulama Örneği*. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* **2008**, 9(ek sayı.1):33-37
71. **Doğan O.** Şizofreni Hastalarının Evde Bakımı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, **2001**, 2(1):41-46
72. **Durat G, Atmaca GD, Cengiz Açıl H, Aydemir Oksal H.** Şizofreni Hastası Olan Hasta Yakınlarının Şizofreniye İlişkin Tutumları. *Osmangazi Tıp Dergisi*, **2017**, 39:43-50
73. **Durmaz H.** Şizofreni Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Öz Etkililik Düzeylerinin Bakım Yüküne Etkisinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Erzurum, **2011**.
74. **Dülgerler Ş.** Şizofrenik Bozukluğu Olan Bireylerin Ailelerine Verilen Psikoeğitimin Etkinliğinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir, **2004**.
75. **Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ).** Şizofreni, Erişim: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/en/> Erişim Tarihi:11/07/2016
76. **Edwards S.** Physical exercise and psychological well-being. *S Afr J Psychol*, **2006**, 36:357-373

77. **Elçi T.** Hemşirelerin Ruhsal Hastalıklara ve Hastalara Yönelik İnanç ve Tutumları. Yüksek Lisan Tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul, **2013**.
78. **Emiroğlu B.** Şizofreni Hastalarında İşlevsel İyileşme Ölçeğinin Türkçe Versiyonunun Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. *NöroPsikiyatri Arşivi*, **2009**, 46:15-24
79. **Ensari H, Gültekin KB, Karaman D, Koç A, Beşkardeş FA.** Bolu Toplum Ruh Sağlığı Merkezi Hizmetlerinin Şizofreni Hastalarındaki Yaşam Kalitesi, Yetiyitimi, Genel ve Sosyal İşlevsellik Üzerine Etkisi: Bir Yıllık İzlem Sonuçları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, **2013**, 14(2): 108-114
80. **Ergün G.** Psikiyatri Servislerinde Çalışan Hemşirelerin Şizofreni Tanısı Almış Bireylere Bakış Açıları. Yüksek Lisans Tezi, Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Antalya, **2005**.
81. **Ersoy MA, Varan A.** Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalama Ölçeği Türkçe Formu'nun Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, **2007**, 18(2):163-171.
82. **Espina A, Ortego A, Ochoa de Alda I, Gonzalez P.** Dyadic Adjustment in Parents of Schizophrenics. *European Psychiatry*, **2003**, 18:233-240.
83. **Eşsizöglü A, Arısoy Ö.** Hemşirelerin Depresyona ve Depresyon Hastalarına Karşı Tutumları: Karşılaştırmalı Bir Çalışma. *Dicle Tıp Dergisi*, **2008**, 35(3):167-176
84. **Fabrega H. Jr.** Psychiatric Stigma in Non-Western Societies. *Comprehensive Psychiatry*, **1991**, 32(6):534-551
85. **Ferriman A.** The Stigma of Schizophrenia. *British Medical Journal*, **2000**, 7233 (320): 522-524.
86. **Flaskerud J.H.** Community Mental Health Nursing. *Perspectives in Psychiatric Care*. **1982**, 20(1):37-43
87. **Gee L.** Quality of Life in Schizophrenia: A Grounded Theory Approach. *Health and Quality of Life Outcomes*, **2003**, 1: 31
88. **George LK, Blazer DG, Hughes DC ve ark.** Fowler N. Social Support and The Outcome of Major Depression. *J Psychiatry*, **1989**, 154: 478-85.
89. **Glozier N.** Changing Minds: The Workplace Project. In: Crips A, edr. *Every inThe Land*, **2004**, s. 392-393
90. **Gökçearslan Çifci E, Akgül Gök F, Arslan E.** Kurum Bakımından Toplum Temelli Bakıma Geçiş: Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Sosyal Hizmet Uzmanlarının Rolü. *Tplum ve Sosyal Hizmet*, **2015**, 26(1):163-175
91. **Graves RE, Cassisi JE, Penn DL.** Psychophysiological Evaluation of Stigma Towards Schizophrenia. *Schizophrenia Research*, **2005**, 76(2-3):317-327.
92. **Güleç H, Yavuz A, Topbas M, Ak I, Kaygusuz E.** Psikiyatri Hastalarında Tıp Dışı Care Arama Davranışı: Türkiye'de ve Almanya'da Yaşayan Türkler Arasında Karşılaştırmalı Bir Ön Çalışma. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, **2006**, 9:36-44.
93. **Gülseren L, Coşkun S, Gülseren Ş ve ark.** Şizofreni ve Bipolar Bozukluk Tanısı Konan Hastalar ile Ailelerinde Aile İşlevleri Üzerine Karşılaştırmalı Bir Çalışma. *3 P Dergisi*, **1999 a**, s. 7:23-32
94. **Gülseren L, Çam B, Karakoç B, Yiğit T, Danacı AE. ve ark.** Şizofrenide Ailenin Yükünü Etkileyen Etmeler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, **2010**, 21:203-212
95. **Gülseren L, Erol A.** Şizofrenide İlaç Sağaltımı. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, **2000**, 10:213-227
96. **Gülseren L, Turgut S, Kültür S.** Şizofreni Tanısı Konmuş Bir Grup Hastanın Aileleriyle Sosyometrik Psikodramatik Grup Terapsi Süreci. *Türk Psikiyatri Dergisi*, **1999**, 10(4):325-333
97. **Gülseren L.** Şizofreni ve Aile: Güçlükler, Yükler, Duygular, Gereksinimler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, **2002**, 13(2):143-151
98. **Güney M.** *Şizofreniler, Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Ders Kitabı*, Antıp A.Ş. Tıp Güneş Kitabevi Ltd. Şti., Ankara, **2007**.
99. **Güngörmüş K, Ekinci M, Daş M.** İlahiyat Fakültesi Öğrencilerinin Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlarının Belirlenmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, **2014**, 11(2): 45-51
100. **Gürhan N.** Psikiyatri Hastalarına Sahip Ailelerin Sosyal Destek İhtiyaçlarına Destek. *Hemşirelik Bülteni*, **1991**, 5(22):67-70
101. **Gürhan N.** *Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği*. Ankara Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti., Ankara, **2016**.
102. **Gürhan N.** Şizofren Hastaların Sosyal Destek, Hastalık Ve Stresle Baş Etmelerinin Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, **1995**.
103. **Hallaç S, Meydanlıoğlu A, Karakaya D, Acar GG.** Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliği: Öğrenci Örneği. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, **2014**, 30-43
104. **Halter MJ.** Stigma in Psychiatric Nursing. *Perspectives in Psychiatric Care*, **2002**, 38(1):23-29

105. **Harrison CA, Dadds MR, Smith, G.** Family Caregivers' Criticism of Patients with Schizophrenia. *Psychiatr Serv*, **1998**, 49:918-924.
106. **Heslop B, Wynaden D, Tohotoa J, Heslop K.** Mental Health Nurses' Contributions to Community Mental Health Care: An Australian Study. *International Journal of Mental Health Nursing*, **2016**, 25(5):426-33
107. **Ho B-C, Andreasen NC.** Long Delays in Seeking Treatment For Schizophrenia. *Lancet*, **2001**, 357:898-91.
108. **Holzinger A, Kilian R, Lindenbach I, Petscheleit A, Angermeyer MC.** Patients' and Their Relatives' Causal Explanations of Schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, **2003**, 38:155-162
109. **Hooley JM & Campbell C.** Control and Controllability: Beliefs and Behaviour in High and Low Expressed Emotion Relatives. *Psychological Medicine*, **2002**, s. 32:1091-1099
110. **Howard LM.** Fertility and Pregnancy in Women with Psychotic Disorders. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, **2005**, 119(1):3-10
111. **Hugo CJ, Boshoff DE, Traut A, Zungu-Dirwayi N, Stein DJ.** Community Attitudes Toward and Knowledge of Mental Illness in South Africa. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, **2003**, 38(12):715-719
112. **Işık S.** Psikiyatri ve Psikiyatri Dışı Kliniklerde Çalışan Hekim Ve Hemşirelerin Ruh Sağlığı Bozuk Olan Bireylere İlişkin Görüşleri. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, **2010**.
113. **Karağaç Özçelik E.** Şizofreni Hastalarında Aile Ortamı, İçselleştirilmiş Damgalanma ve Yaşam Kalitesi. Yüksek Lisans Tezi, Erzincan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Erzincan, **2015**.
114. **Karagöl A, Deniz Ç, Murat B.** Halk Sağlığı Açısından Ruhsal Bozukluklarda Üç Boyutuyla Damgalama, *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (STED)*, **2013**, 22(3):96.
115. **Katkak B.** Psikozlu Hasta Yakınlarında Stigmatizasyon. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul, **2008**.
116. **Kaya C.** Edirne İlinde Aile Sağlığı Merkezlerinde Sağlık Çalışanlarının Ruhsal Hastalığı Karşı İnanç ve Tutumları. Uzmanlık Tezi, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Edirne, **2012**.
117. **Kaya Y.** Şizofreni Hastalarının Sosyal İşlevsellikleri ve Hastalara Bakım Veren Yakınlarının Bakım Yükü. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, **2013**.
118. **Kayahan M.** Hemşirelik Öğrencilerinin Şizofreniye Karşı Tutumları ve Psikiyatri Eğitiminin Etkisi. *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, **2009**, 6(1):27-34
119. **Kessen D.** Fury Over Home for Mentally Ill. *The Star*, **2004**, 11 November
120. **Kırpınar I.** Erzurum Numune Hastanesi Psikiyatri Kliniğinde Yatan Hastalarda Ruhsal Bozukluklar Nedeniyle Tıp Dışı Kişilere Başvurma Davranışı Üzerine Bir Araştırma. *Düşünen Adam Dergisi*, **1992**, 1:13-17.
121. **Kıvırcık Akdede BB, Alptekin K, Topkaya ŞÖ ve ark.** Gençlerde Şizofreniyi Damgalama Düzeyi. *Yeni Symposium*. **2004**, 42:113-117.
122. **Kıvrak Y, Ülker K, Gündüz S, Arı M.** Gebelikte Elektrokonvülsif Tedavi. *Kafkas Tıp Bilimleri Dergisi*, **2011**, 1(3):133-138
123. **Kızıltoprak S.** Şizofrenik Hasta Ailelerinde Yapılan Ruhsal Eğitim Gruplarının Ailelerin Umutsuzluk Düzeylerine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul, **2006**.
124. **Kokurcan A.** Şizofreni Hastalarına Bakım Veren Yakınlarında Tükenmişlik. Uzmanlık Tezi, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara, **2014**.
125. **Kol Akıncı F.** Şizofreni Hastalarının Bakım Veren Yakınlarında Hastaların Rehabilitasyon Merkezine Devam Etmelerinin Etkisi. Tıpta Uzmanlık Tezi, T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi 4. Psikiyatri Kliniği, İstanbul, **2010**.
126. **Koukia E, Madianos MG.** Is Psychosocial Rehabilitation of Schizophrenic Patients Preventing Family Burden? A Comparative Study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, **2005**, 12:415-422.
127. **Köroğlu E, Güleç C.** *Psikiyatri Temel Kitabı*, 2. Basım. Ankara, Hekimler Yayın Birliği, **2007**, 184-205
128. **Köroğlu E.** *Psikiyatri El Kitabı*. 5. Baskı, HYB Yayıncılık, Ankara, **2013**, 51-60

- 129. Kulhara P, Avasthi A, Sharma A.** Magico-Religious Beliefs in Schizophrenia Study From North India. *Psychopathology*, **2000**, 33: 8-62.
- 130. Kumar P, Tiwari SC.** Family and Psychopathology: An Overview Series-1: Children and Adults. *Delhi Psychiatry Journal*, **2008**, 11:2
- 131. Kuş Saillard E.** Ruhsal Hastalara Yönelik Damgalamaya İlişkin Psikiyatrist Görüşleri ve Öneriler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, **2010**, 21:14-24.
- 132. Lazaratou H, Anagnostopoulos DC, Alevizos EV.** Parental Attitudes and Opinions on The Use of Psychotropic Medication İn Mental Disorders Of Childhood. *Ann Gen Psychiatry*, **2007**, 6:1-7
- 133. Lee S, Chiu MYL, Tsang A, Chui H, Kleinman A.** Stigmatizing Experience and Structural Discrimination Associated with The Treatment of Schizophrenia in Hong Kong. *Social Science&Medicine*, **2006**, 62(7):1685-1696
- 134. Lee S, Lee MTY, Chiu MYL, Kleinman A.** Experience of Social Stigma by People with Schizophrenia in Hong Kong. *Br J Psychiatry*, **2005**, 186:153-157.
- 135. Link BG, Cullen FT, Struening E, Shrout PE, Dohrenwend BP.** A Modified Labeling Theory Approach to Mental Disorders: An Empirical Assessment. *American Sociological Revie*, **1989**, 54:400-423.
- 136. Link BG, Phelan JC, Bresnahan M, Stueve A, Pescosolido BA.** Public Conceptions of Mental İllness: Labels, Causes, Dangerousness, And Social Distance. *Am J Public Health*, **1999**, 89:1328-1333.
- 137. Magliano L, Guarneri M, Fiorillo A ve ark.** A multicenter Italian Study of Patients' Relatives' Beliefs About Schizophrenia. *Psychiatr Serv*, **2001**, 52:1528-1530.
- 138. McCann G, McKeown M, Porter I.** Understanding The Needs of Relatives Of Patients Within A Special Hospital For Mentally Disordered Offenders. A Basis For İmproved Services. *Journal of Advanced Nursing*, **1996**, 23:346-352.
- 139. Mortan O, Tekinsav Sütçü S.** İşitsel Varsanılarda Bilişsel Davranışçı Terapi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, **2011**, 3(4):647-663.
- 140. Nasr T, Kausar R.** Psychoeducation and The Family Burden in Schizophrenia: A Randomized Controlled Trial. *Ann Gen Psychiatry*, **2009**, 8:1-6.
- 141. Nicholas, R. et al.,** "Stigma, discrimination, social exclusion, andmental health – A Public health perspective, İn: Richard P., Marni S., Routledgehandbook in global public health, 1st publish, RoutledgeTaylor & Francis Group, **2011**, 394-9.
- 142. Oban G, Küçük L.** Ergenlerde Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalamayı Etkileyen Etmenler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, **2011**, 2(1):31-39.
- 143. Ono Y, Satsumi Y, Kim Y, Iwadate T, Moriyama K, et al.** Schizophrenia: İs İt Time to Replace The Term? *Psychiatry Clinics and Neuroscience*, **1999**, 53:335-341.
- 144. Orak OS, Gök Uğur H, Yancar Demir E, Yaman Aktaş Y, Durmaz H.** Ruhsal Bozukluğu Olan Bireye Sahip Aile Üyelerinin Çare Arama Davranışlarına Ruhsal Hastalık İnancının Etkisinin Belirlenmesi. *Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi*, **2017**, 9:96-114.
- 145.Öbekli T.** Şizofreni Ve Bipolar Bozukluk Tanısı İle Ayaktan Tedavi Gören Hastaların Eşlerinin Depresyon Anksiyete Ve Cinsel İşlev Düzeylerinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı, İstanbul, **2013**.
- 146. Öksüz E, Vural H, Oflaz F.** Aile Bireyelerinin Psikiyatrik Hastalara İlişkin Tutumları. *Zonguldak Sağlık Yüksekokulu Sağlık Eğitim Araştırma Dergisi*, **2005**, 1(3):11-20.
- 147. Özbaş D, Buzlu S.** Hemşirelik Öğrencilerinin Psikiyatri Hemşireliği Dersine ve Psikiyatri Hemşiresinin Rollerine İlişkin Düşünceleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, **2011**, 14(1): 31-40.
- 148. Özbaş D, Küçük L, Buzlu S.** Ruhsal Bozukluğu Olan Bireye Sahip Ailelerin Hastalığa Karşı Tutumları. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, **2008**, 21:14-23.
- 149. Özcan C, Gürhan N.** *Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinin Temelleri*. Akademisyen Tıp Kitabevi Yayın Dağıtım ve Pazarlama A.Ş., Ankara, **2016**.
- 150. Özden A.** Şizofren Hastalarda Relaps ve Ailelerinde Dışavuran Duygudurum İlişkisi. Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara, **1995**.
- 151. Özgür G, Karaaslan A, Çam O.** Bornova Sağlık Grup Başkanlığına Bağlı Toplumda Ruhsal Belirtilerin Değerlendirilmesi. *Ege Üniversitesi Araştırma Fonu Proje Raporu*, Proje no:1995 HYO-06, İzmir, **1998**, 1-8.

152. **Özkan B, Çoban Arguvanlı S, Saraç B, Medik K.** Kronik Ruhsal Bozukluğu Olan Hasta Yakınlarının Stigmaya İlişkin Görüşleri. *Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik E-Dergisi*, **2014**, 1(2).
153. **Özkan S.** “Kronik Psikoz”, İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Hasta Okulu. Erişim: http://www.frmtr.com/saglik_makaleleri/1209527_sizofrenide_damgalamayi_azaltmakpdt.html **2009**. Erişim tarihi: 07.06.2016.
154. **Özkan S.** Psikoterapi. Erişim: <http://www.humanitepsikiyatri.com/images/pdf/psikoterapi.pdf> **2016**. Erişim tarihi: 12/08/2016
155. **Özkorumak E, Güleç H, Köse S, Borckardt J, Sayar K.** Depresyon Hastalarında Tıp Dışı Yardım Arama Davranışı: Aleksitimi Bir Etken Olabilir Mi? *Klinik Psikiyatri Dergisi*, **2006**, 9:161-169.
156. **Özmen E, Taşkın EO, Özmen D, Demet MM.** Hangi Etiket Daha Damgalayıcı: Ruhsal Hastalık mı? Akıl Hastalığı mı? *Türk Psikiyatri Dergisi*, **2004**, 15(1):47-55.
157. **Özten E, Cerit C, Yıldız M.** *Psikotik Bozukluk Görülen Hastalarda Hasta Olma ve Tedavi Görme ile İlgili Görüş Anketi Uygulanarak Kendini Damgalama Düzeylerinin Saptanması*. XIII. Sosyal Psikiyatri Kongresi Kongre Tam Metin Kitabı, Uludağ Üniversitesi Yayınları, Bursa, **2006**, 410-413.
158. **Öztürk O, Uluşahin A.** *Ruh Sağlığı ve Bozukluklar*. 13. Baskı, BAYT Ltd. Şti., Ankara, **2015**.
159. **Özütek ZS.** Şizofrenide Hasta ve Aile Arasındaki Etkileşimin Hastalık Belirtileri ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı, İstanbul, **2005**.
160. **Özyiğit Ş, Savaş HA, Ersoy MA, Yüce S, Tutkun H, Sertbaş G.** Hemşirelerin ve Hemşirelik Öğrencilerinin Şizofreniye İlişkin Tutumları. *Yeni Symposium*, **2004**, 42(3):105-112.
161. **Pektaş İ, Bilge A, Ersoy M.A.** Toplum Ruh Sağlığı Hizmetlerinde Epidemiyolojik Çalışmalar ve Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliğinin Rolü. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, **2006**, 7:43-48.
162. **Penn D.L, Kohlmaier J.R, Corrigan P.W.** Interpersonal Factors Contributing To The Stigma Of Schizophrenia: Social Skills, Perceived Attractiveness and Symptoms. *Schizophrenia Research*, **2000**, 45:37-45.
163. **Penn D.L, Kommana S, Mansfield M, Link B.G.** Dispelling the Stigma of Schizophrenia: II. The Impact of Information on Dangerousness. *Schizophrenia Bulletin*, **1999**, 25:3.
164. **Pesek M.B.** Therapy And Quality Of Life Of Patients with Psychosis. *Psychiatry Danubina*, **2009**, 21(1):146-148.
165. **Phelan JC, Bromet EJ, Link BG.** Psychiatric Illness and Family Stigma. *Schizophr Bull*, **1998**, 24(1):115-126.
166. **Plotnikoff GA, Numrich C, Wu C ve ark.** Hmong Shamanism, Animist Spiritual Healing in Minnesota. *Minn Med*, **2002**, 85:29-34.
167. **Polat A, Üçok A, Genç A ve ark.** Ruhsal Hastalığı Olan Kişilerin Ailelerinde Stigma. 36. Ulusal Psikiyatri Kongresi Poster Bildirileri, Antalya, **2000**.
168. **Ran MS, Xiang MZ, Cecilia LWC ve ark.** Effectiveness of Psychoeducational Intervention For Rural Chinese Families Experiencing Schizophrenia: A Randomised Controlled Trial. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, **2003**, 38:69-75.
169. **Ratanatikanon C, Assanangkornchai S, Tanchaiswad W.** Pattern of help-seeking Roder F, Opalic P. Effect of the magic healer on Turkish psychiatric patients in West Germany-an evaluation of clinical examples. *Psychiatr Prax*, **1987**, 14:157-162.
170. **Razali S, Yassin A.** Complementary Treatment of Psychotic and Epileptic Patients in Malaysia. *Transcult Psychiatry*, **2008**, 45(3):455-469.
171. **Read J, Baker S.** Not Just Sticks and Stones. A Survey of The Stigma, Taboos and Discrimination Experienced by People with Mental Health Problems. *London: MIND*, **1996**.
172. **Roder F, Opalic P.** Effect of The Magic Healer on Turkish Psychiatric Patients in West Germany- An Evaluation of Clinical Examples. *Psychiatr Prax*, **1987**, 14:157-162.
173. **Rogler LH, Cortes DH.** Help Seeking Pathways: A Unifying Concept in Mental Health Care. *Am J Psychiatry*, **1993**, 150:554-61.
174. **Sadock BJ, Sadock VA.** (Çeviri Editörleri, Bozkurt A). Kaplan Sadock, *Klinik Psikiyatri*. 4. Baskı. Güneş Tıp Kitabevi Ltd Şti, Ankara, **2009**.
175. **Sadock BJ, Sadock VA.** *Klinik Psikiyatri*. (Çeviri Editörleri, Aydın H, Bozkurt A.) 2.Baskı.
176. **Sağduyu A, Aker T, Özmen E, Ögel K.** Halkın Şizofreniye Bakışı ve Yaklaşımı Üzerine Bir Epidemiyolojik Araştırma. *Türk Psikiyatri Dergisi*, **2001**, s. 12(2):99-110.

177. Sağduyu A, Aker T, Özmen E, Uğuz Ş, Ögel K, Tamar D. Şizofrenisi Olan Hastaların Yakınlarının Şizofreniye Yönelik Tutumları. *Türk Psikiyatri Dergisi*, **2003**, 14(3):203-212.
178. Sağlık Bakanlığı. Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011-2023). Ankara, TC Sağlık Bakanlığı. **2011**.
179. Sarıkoç G, Demiralp M, Özşahin A, Açikel CH. Ruhsal Hastalıklarda Yardım Arama: Hasta Yakınlarının Tutumlarına Yönelik Bir Çalışma. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, **2015**, 4(1):32-38.
180. Sarıkoç G ve Öz F. The Effects and Stigma of Mental Illness in Turkey. *Community Ment Health J*, **2016**, 52:353-360.
181. Sato M. Renaming Schizophrenia: A Japanese Perspective. *Mental Health Policy Paper*, **2006**, 5(1):53-55.
182. Saunders JC, Byrne MM. A Thematic Analysis Of Families Living with Schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, **2002**, 16:217-223.
183. Savaş HA, Yüce S, Ersoy MA, Özen ME. Türkiye'nin Güneydoğusunda Psikiyatrik Hastalıklar Bağlamında Psikiyatri ve Psikoloji ile İlişkili Bilgi ve Tutumlar: Gaziantep Şehrinden Bir Kesit. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, **2006**, 7:140-149.
184. Savaşır Y. Toplumun Ruh Hastalığına Karşı Tutumlarının Bilinmesinin Önemi ve Bu Konuda Uygulanan Bir Araştırma. VII. Milli Nöro-Psikiyatri Kongresi Bilimsel Çalışmaları, Ankara, **1971**.
185. Schooler NR. Relapse Prevention and Recovery in The Treatment of Schizophrenia. *J Clin Psychiatry*, **2006**, 19-23.
186. Schulze B, Angermeyer MC. Subjective Experience of Stigma. A Focus Group Study of Schizophrenic Patients, Their Relatives and Mental Health Professionals. *Social Science & Medicine*, **2003**, 56(2):299-312.
187. Sevinçok L. Şizofrenide Psikososyal Tedaviler. *Şizofreni Dizisi*, **2000**, 1:72-80.
188. Shibre T, Negash A, Kullgren G, Kebede D, Alem A, Fekadu A, et al. Perception of Stigma Among Family Members of Individuals with Schizophrenia and Major Affective Disorders in Rural Ethiopia. *Soc Psychiatry Epidemiol*, **2001**, s. 36(6):299-303
189. Sofuoğlu S. Şizofrenide Klasik Antipsikotiklerle Tedavi. *Şizofreni Dizisi*, **2000**, s. 1:45-57
190. Soygür H, Alptekin K, Atbasoğlu EC, Herken H (Ed.). Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar. *Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları*, Ankara, **2007**.
191. Soygür H. Şizofreni Tedavisine Genel Bir Bakış. *Psikiyatri Dünyası*, **1999**, 3:83-90.
192. Soygür H. *Toplumun Reddettiği: Ruhsal Hastalığı Olan İnsanlara Karşı Ayrımcılık*. Şizofreni Dernekleri Federasyonu, Ankara, **2014**.
193. Struening EL, Perlick DA, Link BG, Hellman F, Herman D, Sirey JA. Stigma as A Barrier to Recovery: The Extent to Which Caregivers Believe Most People Devalue Consumers and Their Families. *Psychiatr Serv*, **2001**, 51(12):1633-1638.
194. Switaj P, Wciórka J, Smolarska-Switaj J, Grygiel P. Extent and Predictors of Stigma Experienced by Patients with Schizophrenia. *European Psychiatry*, **2009**, 24(8):513-520.
195. Şentürk B. Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde Ve Poliklinikte İzlenen Şizofreni Hastalarının Aile Desteği Algıları İle Yakınlarının Duygu Dışavurumu Ve Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Programı, Ankara, **2017**.
196. Şimşek D. Şizofreni Hastalarında Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Anabilim Dalı, Isparta, **2006**.
197. Tandon R, Keshavan MS, Nasrallah HA. Schizophrenia, "Just The Facts" What We Know in 2. Epidemiology and Etiology. *Schizophrenia Research*, **2008**, 102:1-8.
198. Tanrıverdi D. Şizofreni Hastalarının Bakım Vericilerine Verilen Psikoeğitimin Bakım Yüklerine Etkisi. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum, **2008**.
199. Taşkın EO, Özmen E. Sosyodemografik Etmenlerin Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumlara Etkileri. *3P Dergisi*, **2004c**, 12(ek sayı 3):13-24.
200. Taşkın EO, Şen FS, Aydemir Ö, Demet MM, Özmen E, İçelli İ. Türkiye'de Kırsal Bir Bölgede Yaşayan Halkın Şizofreniye İlişkin Tutumları. *Türk Psikiyatri Dergisi*, **2002**, 13:205-21.
201. Taşkın EO. Public Attitudes to Schizophrenia in Rural Turkey. *Social Psychiatry Epidemiology*, **2003**, 38:586-592.
202. Taşkın EO. Stigma Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumlar ve Damgalama, 1. Basım. İzmir: Meta Basım Matbaacılık Hizmetleri. **2007**, 4-7, 17-40, 73- 114.
203. Tel H, Terakye G. Şizofrenik Hasta Ailelerine Yönelik Bir Psikoeğitimsel Yaklaşım Uygulaması Denemesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, **2000**, 1:133-142.

204. **Thomas R.** Translating Scientific Opportunity Into Public Health Impact. *Arch Gen Psychiatry*, **2009**, 66(2):128-133.
205. **Thorens G, Gex-Fabry M, Zullino DF.** Attitudes Toward Psychopharmacology Among Hospitalized Patients From Diverse Ethnocultural Backgrounds. *BMC Psychiatry*, **2008**, 8:55.
206. **Thornicroft G, Tansella M, Becker T, Knapp M, Leese M, Schene A et al.** The personal Impact of Schizophrenia in Europe. *Schizophr Res*, **2004**, 69(2-3):124-132.
207. **Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge (TRSM Yönerge).** Erişim: <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-12038/toplum-ruh-sagligi-merkezleri-hakkinda-yonerge.html>. 2017. Erişim tarihi:16.01.2017.
208. **Tsang HW, Tam PK, Chan F, Cheung WM.** Sources of Burdens on Families of Individuals with Mental Illness. *Int J Rehabil Res*, **2003**, 26(2): 123-130.
209. **Tuna A.** Akıl Hastalarının Sosyal Red Durumunun Hasta Ailesi Üzerindeki Etkilerinin Araştırılması. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, **1997**.
210. **Türk Dil Kurumu (TDK).** Damga. Erişim: http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.59ef27f6d03076.36427126 Erişim Tarihi: 06/09/2016
211. **Türk Dil Kurumu (TDK).** İnanç. Erişim: http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.59ef27fe426417.06535164 Erişim Tarihi:21/11/2016
212. **Türk Dil Kurumu (TDK).** Şizofreni. Erişim: http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.59ef290e4dae01.80855586 Erişim Tarihi:10/07/2016
213. **Tze-Pin N, Ai-Zhen J, Roger H ve ark.** Health Beliefs and Help Eeking For Depressive and Anxiety Disorders Among Urban Singaporean Adults. *Psychiatr Serv*, **2008**, 59:105-108.
214. **Uslu E, Buldukoğlu K.** Tele-Hemşirelik Uygulamalarının Şizofreni Hastalarının Bakımına Etkisi: Sistematik Derleme. *Türk Psikiyatri Dergisi*, **2016**, 27(1):47-56.
215. **Uyum ve İlaç Tedavisine Uyumsuzluğu Değerlendirme. Düşünen Adam**, **2003**, s. 16(4):211-218
216. **Üçok A.** Diğer İnsanlar Damgalar. Peki Ya Biz? Zihin Sağlığı Çalışanlarının Şizofreni Hastalarına Karşı Tutumları. *Nöropsikiyatri Arşivi*, **2007**, 44:108-116.
217. **Üçok A.** Şizofreni Hastası Neden Damgalanır. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, **2003**, 1(Ek.1):3-8.
218. **Üçok A.** Şizofreni Tedavisinde Karşılaşılan Zorluklar. Erişim: <http://sizofrenifederasyonu.org/723/sizofreni-tedavisinde-karsilasilan-zorluklar/> **2016**. Erişim Tarihi: 16/12/2017.
219. **Üçok A.** Şizofreni: Damga, Mitler ve Gerçekler. *Psikiyatri Dünyası*, **1999**, 3:67-71.
220. **Ünal B.** Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklarda Sosyal Çevrenin Relapslar Üzerine Etkisi. Uzmanlık Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir, **2015**.
221. **Ünal S, Kaya B, Yalvaç HD.** Psikotik Hastalarda Hastalık Açıklama Modeli ve Çare Arama Davranışı. *Türk Psikiyatri Dergisi*, **2003**, 18(1): 38-47.
222. **Villares CC, Sartorius N.** Challenging The Stigma of Schizophrenia. *Revista Brasileira Psiquiatria*, **2003**, 25(1):1-2.
223. **Wahl OF, Harman CR.** Family Views of Stigma. *Schizophr Bull*, **1989**, s. 15(1):131-139
224. **Wang AR, Goldschmidt VV.** Interviews of Psyshiatric Inpatients About Their Family Situation and Young Children. *Acta Psychiatr Scand*, **1994**, 90(6):459-465.
225. **Wasow M.** Parental Perspectives on Chronic Schizophrenia. *J Chronic Dis*, **1983**, 36(4):337-343.
226. **Weisman AG, Nuechterlein KH, Goldstein MJ, Snyder KS.** Controllability Perceptions and Reactions to Symptoms of Schizophrenia: A Within- Family Comparison of Relatives with High and Low Expressed Emotion. *Journal of Abnormal Psychology*, **2000**, 109:167-171.
227. **Wilson C, Nairn R, Coverdale J, Panapa A.** How Mental İllness Is Portrayed in Children's Television: A Prospective Study. *British Journal of Psychiatry*, **2000**, 176:440-443.
228. **Wolff G, Pathare S, Craig T, Leff J.** Community Attitudes to Mental İllness. *Br J Psychiatry*, **1996**, 168(2):183-190.
229. **World Health Organization (WHO).** Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options: summary report/ a report of the World Health Organization Department of Mental Health and Substance Abuse; in collaboration with the Prevention Research Centre of the Universities of Nijmegen and Maastricht. Erişim: http://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_of_mental_disorders_sr.pdf. **2016**. Erişim tarihi: 06.12.2016

230. **Yanık M.** Türkiye Ruh Sağlığı Sistemi Üzerine Değerlendirme ve Öneriler. *Psikiyatride Derlemeler, Olgular ve Varsayımlar Dergisi*, **2007**, (Özel Sayı):9-21.
231. **Yaşar Ekici F.** Türk Aile Yapısının Değişim ve Dönüşümü ve Bu Değişim ve Dönüşüme Etki Eden Unsurların Değerlendirilmesi. *International Journal of Social Science*, **2014**, 30:209-224.
232. **Yavaş Ayhan AG.** Şizofreni Hastalarına Bakım Verenlerin Sağlık Eğitimi Gereksinimleri İle Bakım Yükleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı, Ankara, **2013**.
233. **Yenilmez Ş, Güleç G, Ernur D, Aydın A, Yücel Ö. ve ark.** Eskişehir’de Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Şizofreniye Yönelik Bilgi ve Tutumları. *Klinik Psikiyatri*, **2010**, 13:185-195.
234. **Yıldırım A.** Psikoeğitimsel yaklaşımın ve İzleme Çalışmasının Şizofreni Tanılı Hasta Ailelerinin Aile İşlevleri Ve Hastaların Sosyal Destek Düzeylerine Etkisi. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Erzurum, **2007**.
235. **Yıldız M, Esen Danacı A.** Ruhsal İyileştirim Felsefesi. *Türkiye Psikiyatri Derneği Sürekli Eğitim / Sürekli Mesleki Gelişim Dergisi*, **2013**, (3):2.
236. **Yıldız M, Önder ME, Tural Ü, Balta H, Koçalım N.** Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Pratisyen Hekimlerin Psikotik Bozukluklar Ve Tedavisine Yönelik Tutumları. *Türk Psikiyatri Dergisi*, **2003**, 14(2):106-115.
237. **Yıldız M, Yazıcı A, Çetinkaya Ö, Bilici R. ve Elçim R.** Şizofreni Hastalarının Yakınlarının Hastalıkla İlgili Bilgi ve Görüşleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, **2010**, 21(2):105-113.
238. **Yıldız M.** *Şizofreni Hastaları İçin Ruhsal Toplumsal Beceri Eğitimi*. 4. Baskı, Türkiye Sosyal Psikiyatri Derneği Yayınları, Ankara, **2011**.
239. **Yıldız M.** *Şizofreni Hastalığını Anlamak ve Onunla Yaşamayı Öğrenmek*. Hekimler Yayın Birliği, Ankara, **1999**.
240. **Yıldız M.** Şizofrenili Hastaların Ayaktan Tedavisinde Ruhsal ve Toplumsal Girişimler Neden Gereklidir ve Nasıl Uygulanabilir? İçinde Candansayar S, ed. Neden Nasıl Şizofreni? Ankara. Peday Yayınları, **2005**, 2:237-268.
241. **Yılmaz E.** Şizofreni Hastalarında İçselleştirilmiş Damgalanmanın Tedaviye Uyuma Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Erzurum, **2012**.
242. **Yılmaz S.** Şizofreni Tanılı Hasta ve Ailelerinin Eğitim Gereksinimleri. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul, **2011**.
243. **Yüksel N.** *Ruhsal hastalıklar*. MN Medikal&Nobel Tıp Kitapevleri, 3. Baskı, Ankara, **2006**, 221-254.
244. **Yüksel N.** *Ruhsal Hastalıklar*. 2. Baskı, Çizgi Tıp Yayınevi, Ankara, **2001**, 256.
245. **Yüksel N.** *Ruhsal Hastalıklar*. 4. Baskı, Akademisyen Tıp Kitabevi Yayın Dağıtım ve Pazarlama Ltd. Şti., Ankara, **2014**, 325-371.
246. **Ziyalar A.** Kültürün Psikiyatrik Yaklaşımına Etkisi. *Yeni Symposium*, **1995**, 33(2-3):59-63.
247. **Zlotnick C, Kohn R, Keitner G, la Grotta SA.** The Relationship Between Quality of Interpersonal Relationships and Major Depressive Disorder: Findings From The National Comorbidity Survey. *J Affect Disor*, **2000**, 59(3):205-215.

EKLER

EK-1 AYDINLATILMIŞ ONAM

T.C.
MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ
TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR
TIBBİ ETİK KURULU

Gönüllülerin Bilgilendirilmiş Olur / (Rıza) Formu

Araştırmanın Konusu	: “Hatay İli Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde Takip Edilen Şizofreni Hasta Yakınlarının Damgalanma ve Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançların Belirlenmesi”
Araştırmanın Amacı	“Hatay İli Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde Takip Edilen Şizofreni Hasta Yakınlarının Damgalanma ve Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançların Belirlenmesi”
Araştırmaya Katılma Süresi	45/dk
Araştırmaya Katılacak Yaklaşık Gönüllü Sayısı:	155

Araştırmacının Açıklaması

Sayın Katılımcı

Hatay ilindeki toplum ruh sağlığı merkezlerinde takip edilen şizofreni hasta yakınlarında damgalama ve hasta yakınlarının ruhsal hastalığa yönelik inançlarının belirlemeye yönelik bir araştırma yapmaktayım. Araştırmanın ismi “Hatay İli Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde Takip Edilen Şizofreni Hasta Yakınlarının Damgalanma ve Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançların Belirlenmesi”dir. Sizin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyorum. Ancak hemen söyleyeyim ki bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyorum. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Bu araştırmayı yapmak istememin nedeni, ruhsal hastalığı olan bireylerin toplum içindeki konumları, kabul görmeleri ya da dışlanmaları başta yakınları olmak üzere toplumun hastalığa bakışı ile doğrudan ilişkilidir. Hastaların doğru tanı konularak etkili tedavi edilebilmeleri için, başta hasta yakınları olmak üzere, toplumun hastalığa ilişkin inanç ve tutumlarının bilinmesi gerekir. Tedavi sürecinde hasta ile birlikte aileyi de ele almak tedavinin gidişini ve tedaviye uyumu kolaylaştıracak, tedavi sürecini kısaltacak, aile içindeki sorunları azaltacak, ailenin ve hastanın toplumsal uyumunu arttıracak ve daha etkili sonuçlar elde edilebilecektir. Bu bakımdan çalışmamızın bu alandaki hemşirelik hizmetlerinin planlanması ve yürütülmesinde rehber olacağı düşünülmektedir. Bu nedenle araştırmaya katılmanızın sizin yaşam kalitenize katkı sağlayacağını düşünmemdir.

Çalışmaya katılmayı kabul etmeniz durumunda öncelikle size ilişkin 23 soruluk ve hastanızla ilgili 15 soru soracağım. Daha sonra size stigmatizasyonla ilgili 17 sorudan oluşan ve ruhsal hastalığa yönelik inançlarınızı belirlemeye yönelik 21 sorudan oluşan ölçek vereceğim. Size ilişkin sorular ve ölçeğin doldurulması yaklaşık 45 dk. sürecektir.

Şunu bilmeniz gerekir ki çalışma sonunda elde edilen bilgiler, kimliğiniz belirtilmeden ancak bilimsel nitelikteki çalışmalarda kullanılacaktır, tüm bu bilgiler başka bir amaç için kullanılmayacaktır ve başkalarına verilmeyecektir.

Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecek ve çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır ve reddettiğiniz takdirde toplum ruh sağlığı merkezindeki koşullarınızda hiçbir değişiklik olmayacak aynı hizmeti almaya devam edeceksiniz. Yine çalışmanın herhangi bir aşamasında da ayrılma hakkına sahipsiniz.

Şimdiden vereceğiniz samimi yanıtlar, paylaşımlarınız, işbirliğiniz ve yardımlarınız için teşekkür ederim.

Adres: MKÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Serinyol/Hatay

Tel: : 0326 2455774 Cep:0506XXXXXXX

e-mail: ganzeyildirim89@hotmail.com

Katılımcının Beyanı

Sayın Hemşire Gamze YILDIRIM tarafından Hatay ilindeki Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim. Eğer bu araştırmaya katılırsam araştırmacı ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılabileceğine inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli bilgi verildi. Çalışmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağını bilincindeyim. Ayrıca toplum ruh sağlığı merkezindeki koşullarımda hiçbir değişiklik olmamak koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı tutulabilirim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır. Araştırma sırasında bir sorun ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, araştırmacı Hemşire Gamze Yıldırım’ı 0326 2455774 ile 0506XXXXXXX no’lu telefondan ve Mustafa Kemal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı adresinden arayabileceğimi biliyorum.

Yukarıdaki, araştırmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri içeren metni okudum. Bana, tanık huzurunda aşağıda konusu belirtilen araştırmayla ilgili yazılı ve sözlü açıklama yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı ve katılmama hakkımın olduğunu, araştırma başladıktan sonra devam etmeyi istememe hakkına sahip olduğum gibi kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın, kendi rızam ile katılmayı kabul ediyorum.

GÖNÜLLÜ	
Adı Soyadı: Adresi:	Telefon : (0) Faks : (0) İmza
Bilgi Verebilecek Kişi:	
VELİ, VASİ VEYA VEKİL (18 yaşından küçük olanlar için)	
Adı Soyadı: Adresi:	Telefon : (0) Faks : (0) İmza:
Yakınlığı:	
ARAŞTIRMACI	
Adı Soyadı: Adresi:	Telefon : (0) Faks : (0) İmza
GEREKTİĞİNDE GÖNÜLLÜ VEYA YAKINININ BAŞVURABİLECEĞİ KİŞİ:	
Adı Soyadı: Adresi:	Telefon : (0) Faks : (0) İmza
TANIK:	
Adı Soyadı: Görevi Adresi:	Telefon : (0) Faks : (0) İmza

EK-2. TANITICI BİLGİ FORMU

Değerli Katılımcılar;

Bu araştırma “Hatay İli Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde Takip Edilen Şizofreni Hasta Yakınlarının Damgalanma ve Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançların Belirlenmesi” amacıyla hazırlanmıştır. Sizlerle görüşerek, bilgi ve deneyimlerinizden yararlanmak istiyoruz. Bilgiler anket formu ile toplanacaktır. Yaptığımız görüşmelerde kimlik bilgileriniz ve özel yaşamınıza dair bilgiler gizli tutulacaktır. Ankete vereceğiniz yanıtlar araştırmacılar dışında hiç kimse tarafından okunmayacak ve farklı bir amaçla kullanılmayacaktır. Gönüllü değilseniz araştırmaya katılmama hakkınız vardır. Katkılarınızdan dolayı teşekkür ederiz.

Gamze YILDIRIM
Mustafa Kemal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı

TANITICI BİLGİ FORMU

HASTA YAKINI:

1. Hasta ile olan yakınlık dereceniz

() Annem () Babam () Çocuğum () Eşim () Diğer

2. Cinsiyetiniz:() Kadın () Erkek

3. Yaşınız:

4. En uzun yaşadığınız yer

() Köy () Kasaba () Şehir

5. Şuanda yaşamakta olduğunuz yer

() Köy () Kasaba () Şehir

6. Medeni durumunuz

() Evli () Bekar () Boşanmış () Diğer

7. Kaldığınız yer?

() Apartman Dairesi () Müstakil () Diğer

8. Eğitim Durumunuz

() Okur-yazar () İlkokul mezunu () Ortaokul mezunu () Lise Mezunu ()
Üniversite Mezunu

9. Çalışma durumunuz

() İşçi () Memur () Emekli () Çalışmıyor () Diğer

10. Eve giren aylık gelir miktarı

() 0-1000 () 1000-2500 () 2500 ve üstü

11. Sosyal Güvenceniz

() Var () Yok

12. Hastayla birlikte mi yaşıyorsunuz?

() Evet () Hayır

13. Ailede ruhsal hastalığı olan başka birey var mı?

() Evet – Tanısı:..... () Hayır

14. Ailede başka ruhsal hastalığı olan varsa yakınlık derecesi nedir?

(Belirtiniz).....

15. Hastanızı daha önce psikiyatri kliniğine yatırdınız mı?

Evet – Kaç defa:..... Hayır

16. Hastanız için tıbbi tedavi dışında yardım arayışınız oldu mu?

Evet Hayır

17. Tıbbi tedavi dışında hangi uygulamaya başvurduunuz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

Din hocası Büyücü Çeşitli bitkiler Diğer.....

18. Neden bu yolu tercih ettiniz?

Damgalanmaktan/dışlanmaktan korktuğum için

Fayda göreceğini düşündüğüm için

Çevremdeki insanlar önerdiği için

19. Hastanızın teşhisi konulduktan sonra bu durumu kabullenebildiniz mi?

Evet Hayır Kısmen Diğer

20. Aile/akrabalık ilişkileriniz nasıldır?

Akrabalarım hastamdan dolayı bana farklı davranır

Akrabalarım hastamdan ve onun hastalığından bahsetmem

Akraza ziyaretlerime hastamı götürmem

Akrabalarımın yanında kendimi yabancı gibi hissederim

21. Hastanızla katıldığınız sosyal etkinliklerde (piknik, düğün, alışveriş vb.) insanların size olan tutumunda bir farklılık hissediyor musunuz?

Evet Hayır

22. Hastanızla katıldığınız sosyal etkinliklerde (piknik, düğün vb.) insanların size olan tutumunda nasıl bir farklılık hissediyorsunuz?

O ortamda bulunan insanlar hastamdan dolayı bana farklı davranır

O ortamda bulunan insanlara hastamdan ve onun hastalığından bahsetmem

Olumsuz bir tutumla karşılaşacağımı düşündüğüm için hastamı sosyal etkinliklere götürmem

O ortamda insanların içinde kendimi yabancı gibi hissederim

HASTA:

1. Yaşı:

2. Cinsiyeti: Kadın Erkek

3. Yaşadığı yer:

Köy Kasaba Şehir

4. Eğitim durumu:

Okur-yazar İlkokul mezunu Ortaokul mezunu Lise mezunu Üniversite mezunu

5. Mesleği:

6. Çalışma durumu:

Hiç çalışmadı Hastalık sonrasında çalışmıyor Yarı zamanlı çalışıyor

Tam zamanlı çalışıyor

7. Medeni durumu:

Evli Bekar Boşanmış Diğer

8. Çocuk sayısı:

Yok 1 2 3 ve üstü

9. Çocuğa kim bakıyor

Kendi Eşi Diğer

10. Hastalığın süresi:.....

11. Hastanız toplum ruh sağlığı merkezine ne kadar süredir kayıtlı?

0-6 ay 6-12 ay 12 ay ve üstü

12. Hastanız toplum ruh sağlığı merkezine hangi sıklıkla geliyor?

Belirtiniz.....

13. Hastanız toplum ruh sağlığı merkezine ulaşımını nasıl sağlıyor?

Yürüyerek Toplu taşıma araçları ile Özel araç ile

14. Sosyal etkinliklere (alışveriş, piknik vb.) katılma durumu:

Hiç katılmıyor Bazen katılıyor (ayda 1-2 defa) Sıklıkla katılıyor (haftada 1 ve üstü)

15. TRSM'ye başladıktan sonra hastanızın sosyal etkinliklere katılımında değişiklik oldu mu?

Evet (arttı / azaldı) Hayır



EK-3. ŞİZOFRENİ HASTALARININ YAKINLARI İÇİN DAMGALANMA ÖLÇEĞİ (ŞHYDÖ)

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

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

EK-4. RUHSAL HASTALIĞA YÖNELİK İNANÇLAR ÖLÇEĞİ (RHIÖ)

Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği	0	1	2	3	4	5
1.Ruhsal hastalığı olan bir bireyin başkalarına zarar verme olasılığı, sağlıklı bir bireye göre daha fazladır.						
2.Ruhsal hastalıklar, fiziksel hastalıklara göre, daha uzun bir iyileşme süreci gerektirir.						
3.Davranışları tehlikeli olması nedeniyle, ruhsal hastalığı olan bireylerden uzak durmak iyi bir fikirdir.						
4.“Ruhsal hastalık” ifadesi beni rahatsız eder.						
5.Ruhsal hastalığı olan bir bireyin, sorumluluğu az olan bir işte çalışması gerekir.						
6.Ruhsal hastalığı olan bireylerin suç işleme olasılığı daha fazladır.						
7.Ruhsal hastalıklar tekrarlayıcıdır.						
8.Ruhsal hastalık teşhisi alırsam; patronumun, arkadaşlarımla ve başkalarının, hakkımda düşünecekleri şeyler beni endişelendirir.						
9.Ruhsal hastalık teşhisi konmuş bireyler, hastalıklarının olumsuzluklarını ömür boyu yaşayacaklardır.						
10.Bir kez ruhsal hastalık tedavisi alan bireyler, gelecekte tekrar tedaviye gereksinim duyma eğilimindedirler.						
11.Ruhsal hastalığı olan bireylerin dakik olma veya sözünde durma gibi toplumsal kurallara uyması zordur.						
12.İnsanlar daha önce ruhsal hastalık tedavisi alan bir birey ile yakın arkadaşlık kurduğumu bilseydi, utanırdım.						
13.Bana zarar verebileceği nedeniyle, ruhsal hastalığı olan bireyden korkarım.						
14.Ruhsal hastalığı olan bir bireyin iyi anne- baba olma olasılığı daha düşüktür.						
15.Ailemden bir bireyin ruhsal hastalığı olsa, utanırım.						
16.Ruhsal hastalığın tamamen iyileşebileceğine inanmıyorum.						
17.Sorumluluk alamadıkları için ruhsal hastalığı olan bireylerin kendi başlarına yaşayabilmeleri çok uygun değildir.						
18.Çoğu birey ruhsal hastalığı olan bir bireyle, bile bile arkadaşlık kurmaz.						
19.Ruhsal hastalığı olan bireylerin davranışları önceden tahmin edilemez.						
20.Ne kadar tedavi edilirse edilsin, ruhsal hastalığın iyileşmesi mümkün değildir.						
21.Çalışma ekibimdeki ruhsal hastalığı olan bir bireyin yaptığı işe güvenemem.						

EK-5. ETİK KURUL KARAR FORMU

MKÜ
TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Hatay İli toplum ruh sağlığı merkezlerinde takip edilen şizofreni hasta yakınlarının damgalanma ve ruhsal hastalığa yönelik inançların belirlenmesi		
ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	16/09/2015/121		
ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	MKÜ TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
	AÇIK ADRESİ:	MKÜ Alahan Kampüsü Antakya HATAY	
	TELEFON	0326 245 51 14	
	FAKS	0326 245 51 14	
	E-POSTA	tipetik@gmail.com	

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Yrd.Doç.Dr.Hatice TAMBAĞ			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Hemşirelik Anabilim Dalı			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	MKÜ Hatay Sağlık Yüksekokulu			
	DESTEKLEYİCİ				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 4	<input type="checkbox"/>		
		Gözlemsel ilaç çalışması	<input type="checkbox"/>		
İlaç dışı klinik araştırma		<input type="checkbox"/>			
	Diğer ise belirtiniz				
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLAR ARASI <input type="checkbox"/>	

Etik Kurul Başkanı
Unvanı/Adı/Soyadı :Doç.Dr.Nazan SAVAŞ
İmza:

Not: Etik kurul başkanının her sayfada imzasının olması gerekmektedir.

EK-5. ETİK KURUL KARAR FORMU (DEVAM)

MKÜ
TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Hatay İli toplum ruh sağlığı merkezlerinde takip edilen şizofreni hasta yakınlarının damgalanma ve ruhsal hastalığa yönelik inançların belirlenmesi
ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	16/09/2015/121

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
		ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	2015/103	1
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU		1	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama		
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>		
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>		
	İLAN	<input type="checkbox"/>		
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>		
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>		
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>		
DİĞER:	<input type="checkbox"/>			
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:02	Tarih: 17/09/2015		
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.			

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	DOÇ.DR.NAZAN SAVAŞ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
			E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Nazan SAVAŞ	Halk Sağlığı	MKÜ T.A.S. Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Cumali GÖKÇE	İç Hastalıkları	MKÜ T.A.S. Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Aydiner KALACI	Ortopedi ve Travmatoloji	MKÜ T.A.S. Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Zafer YÖNDEN	Tıbbi Biyokimya	MKÜ T.A.S. Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	İzinli
Doç.Dr.Burçin ÖZER	Tıbbi Mikrobiyoloji	MKÜ T.A.S. Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd.Doç.Dr.Neslihan PINAR	Tıbbi Farmakoloji	MKÜ T.A.S. Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd.Doç.Dr.Fatih SEFİL	Fizyoloji	MKÜ T.A.S. Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

Etik Kurul Başkanı
Unvanı/Adı/Soyadı: Doç.Dr.Nazan SAVAŞ
İmza:

Not: Etik kurul başkanının her sayfada imzasının olması gerekmektedir.

EK-5. ETİK KURUL KARAR FORMU (DEVAM)

MKÜ
TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Hatay İli toplum ruh sağlığı merkezlerinde takip edilen şizofreni hasta yakınlarının damgalanma ve ruhsal hastalığa yönelik inançların belirlenmesi							
ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU		16/09/2015/121							
Av.Süleyman TENKEKİOĞLU	Hukuk	MKÜ Hukuk Müşavirliği	E ✓	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H ✓	E <input type="checkbox"/>	H ✓	Katılmadı
Yusuf COŞKUN	Esnaf	Serbest Çalışan	E ✓	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H ✓	E ✓	H <input type="checkbox"/>	<i>Yusuf</i>
Osman ÖZKAN	Eğitimci	Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı	E ✓	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H ✓	E <input type="checkbox"/>	H ✓	Katılmadı
Murat EKENER	Kimyager	Serbest Çalışan	E ✓	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H ✓	E ✓	H <input type="checkbox"/>	<i>Murat</i>

*:Toplantıda Bulunma

Etik Kurul Başkanı
Unvanı/Adı/Soyadı: Doç. Dr. Nazan SAVAŞ
İmza:



Not: Etik kurul başkanının her sayfada imzasının olması gerekmektedir.

EK-6. KURUM İZİN YAZISI



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Hatay İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

Sayı : 15196423-4.31/ 007602
Konu : Gamze YILDIRIM'ın
Tez Çalışması Hakkında

19 Haziran 2015

MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Toplum Ruh Sağlığı Anabilim Dalı Başkanlığı)

HATAY

İlgi : 20.05.2015 tarihli ve 6780 sayılı yazınız.

Üniversitenizde Sağlık Bilimleri Enstitüsü Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans öğrencisi olan Gamze YILDIRIM'ın tez çalışması hakkında ilgi tarih ve sayılı yazınıza cevaben, Birliğimize bağlı Antakya Devlet Hastanesi ve İskenderun Devlet Hastanesi'nin yazıları ekte sunulmuştur.

Bilgilerinize arz ederim.

Uzm. Dr. Ömer AKIN
Genel Sekreter

EKLER:
1-Yazı (2 Sayfa)

Adres: Akasya Mah. 87. Sk. No: 23 Antakya/HATAY
Tel:(0326) 290 11 41-44 Dahili:1191 Fax: (0326)290 11 30
E-Posta: ridvan.sarikol@saglik.gov.tr

İrtibat İçin: Rıdvan SARIKOL

EK-7. ÖLÇEK İZİNLERİ

Re: Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği (RHİÖ)



aysegul bilge <aysegul.bilge@ege.edu.tr>

Mon 5/18/2015, 6:09 PM

You ↕



Reply | v

Sevgili Gamze,

Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'ni, ölçeğin yayımlanmış olduğu makalesini kaynakçanızda kullanarak ve sonuçlarınız hakkında bilgi vererek tezinizde kullanabilirsiniz.

Kolaylıklar

Doç.Dr.Ayşegül BİLGE

Kimden: "gamze yıldırım" <gamzeyildirim89@hotmail.com>

Kime: "aysegul bilge" <aysegul.bilge@ege.edu.tr>

Gönderilenler: 18 Mayıs Pazartesi 2015 11:53:48

Konu: Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği (RHİÖ)



----- Forwarded message -----

From: **aysel kol** <ayselkol@yahoo.com>

Date: Monday, May 18, 2015

Subject: SİA onayı için leti, teşekkürler :)

To: Ali Kuserli <alikuserli@gmail.com>

Konuyla ilgili anketimi kullanabilirsiniz.

On Monday, May 18, 2015 11:52 AM, Ali Kuserli <alikuserli@gmail.com> wrote:

EK-8. EK ÇİZELGELER

Ek Çizelge 1. Hasta Yakınlarının Yaş Gruplarına Göre Damgalanma ve Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanç Düzeyleri

Ölçekler	Yaş						χ^2*	p
	18-29 (n=12)	30-39 (n=17)	40-49 (n=46)	50-59 (n=40)	60-69 (n=44)	70 ve üstü (n=11)		
	$\bar{x}\pm SS$	$\bar{x}\pm SS$	$\bar{x}\pm SS$	$\bar{x}\pm SS$	$\bar{x}\pm SS$	$\bar{x}\pm SS$		
ŞHYDÖ								
Sosyal İzolasyon ve Yetersizlik	9,91±3,75	10,70±3,85	11,45±3,78	10,70±3,69	12,38±4,01	10,81±3,91	6,814	0,235
Kaçınma ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	4,91±1,72	4,23±1,71	4,56±1,77	4,55±1,93	5,34±2,27	5,81±2,35	7,053	0,217
Toplumsal Negatif ve Ayrımcılık	4,50±1,73	4,05±1,47	4,28±1,55	3,92±1,38	4,50±1,95	5,72±2,68	5,428	0,366
Gizleme ve Utanma	5,00±1,59	5,17±1,50	5,28±1,92	4,37±1,44	5,47±2,20	4,72±1,61	7,450	0,189
Olumsuz İçselleştirme	5,08±1,08	5,23±1,25	5,02±1,08	5,07±1,20	5,22±1,07	5,18±1,40	2,051	0,842
ŞHYDÖ Toplam	29,41±7,35	29,41±7,43	30,60±7,64	28,62±7,56	32,93±9,59	32,27±10,13	5,164	0,396
RHIÖ								
Tehlikeli	26,33±5,03	25,52±6,93	28,91±11,00	25,60±7,11	27,88±7,83	22,54±11,41	5,158	0,397
Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	42,75±12,36	46,82±15,71	42,84±9,16	42,77±7,64	43,56±10,48	39,45±13,28	1,974	0,853
Utanma	1,83±2,48	1,47±2,32	1,69±2,83	1,02±2,00	2,40±2,58	1,36±2,15	8,676	0,123
RHIÖ Toplam	70,91±13,83	73,82±20,02	73,45±17,68	69,40±12,79	73,86±17,31	63,36±24,59	5,233	0,388

*Kruskal wallis

Ek Çizelge 2. Hasta Yakınlarının Sosyal Güvencelerine Göre Damgalanma ve Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanç Düzeyleri

Ölçekler	Sosyal Güvence		Z*	p
	Var (n=141) $\bar{x}\pm SS$	Yok (n=29) $\bar{x}\pm SS$		
ŞHYDÖ				
Sosyal İzolasyon ve Yetersizlik	11,13±3,83	12,06±3,93	-1,132	0,258
Kaçınma ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	4,73±1,93	5,31±2,30	-1,113	0,266
Toplumsal Negatif Ayrımcılık	4,24±1,71	4,82±1,90	-1,926	0,054
Gizleme ve Utanma	5,07±1,83	4,96±1,97	-0,450	0,653
Olumsuz İçselleştirme	5,16±1,10	4,93±1,27	-0,983	0,326
ŞHYDÖ Toplam	30,34±8,21	32,10±9,00	-0,910	0,363
RHiÖ				
Tehlikeli	27,00±8,44	26,62±10,29	-0,054	0,957
Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	43,27±9,18	42,75±15,53	-0,466	0,641
Utanma	1,68±2,41	1,68±2,89	-0,488	0,626
RHiÖ Toplam	71,96±15,67	71,06±23,07	-0,031	0,975

*Mann Whitney U testi

Ek Çizelge 3. Ailede Ruhsal Hastalığa Sahip Başka Bireyin Olması Durumuna Göre ŞHYDÖ ve RHiÖ Puan Ortalamaları

Ölçekler	Ailede Ruhsal Hastalığı Olan Başka Birey Olması		Z*	p
	Var (n= 28) $\bar{x}\pm SS$	Yok (n=142) $\bar{x}\pm SS$		
ŞHYDÖ				
Sosyal İzolasyon ve Yetersizlik	11,92±4,07	11,16±3,81	-0,897	0,370
Kaçınma ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	5,03±2,23	4,79±1,96	-0,394	0,694
Toplumsal Negatif Ayrımcılık	4,53±1,83	4,30±1,74	-0,850	0,395
Gizleme ve Utanma	4,85±1,88	5,09±1,84	-0,704	0,481
Olumsuz İçselleştirme	5,42±0,83	5,06±1,18	-1,260	0,208
ŞHYDÖ Toplam	31,78±8,42	30,42±8,34	-0,797	0,425
RHiÖ				
Tehlikeli	27,28±7,67	26,86±8,97	-0,723	0,469
Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	41,60±9,46	43,50±10,67	-0,891	0,373
Utanma	1,92±2,44	1,64±2,50	-0,785	0,433
RHiÖ Toplam	70,82±16,58	72,00±17,23	-0,275	0,783

*Mann Whitney U testi

Ek Çizelge 4. Hasta Yakınlarının Ailede Başka Ruhsal Hastalığı Olan Birey İle Yakınlık Derecelerine Göre Damgalanma Ve Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanç Düzeyleri

Ölçekler	Diğer Hasta Bireyle Yakınlık Derecesi			χ^{2*}	p
	Yok (n=143) $\bar{x}\pm SS$	1.Derece akrabalık (n=12) $\bar{x}\pm SS$	2.Derece akrabalık (n=15) $\bar{x}\pm SS$		
ŞHYDÖ					
Sosyal İzolasyon ve yetersizlik	11,14±3,81	11,41±4,48	12,60±3,79	1,904	0,386
Kaçınma ve kişilerarası ilişkilerde bozulma	4,79±1,95	5,16±2,32	5,00±2,29	0,248	0,883
Toplumsal negatif ayrımcılık	4,29±1,73	5,16±2,28	4,13±1,30	2,076	0,354
Gizleme ve utanma	5,07±1,85	4,83±1,69	5,00±2,07	0,194	0,907
Olumsuz içselleştirme	5,06±1,17	5,25±1,05	5,53±0,63	1,433	0,488
ŞHYDÖ Toplam	30,37±8,33	31,83±9,31	32,26±8,01	1,042	0,594
RHIÖ					
Tehlikeli	26,86±8,94	25,66±8,85	28,60±6,92	1,722	0,423
Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	43,50±10,64	39,25±10,98	43,33±8,33	1,759	0,415
Utanma	1,62±2,49	1,75±2,73	2,20±2,30	1,723	0,422
RHIÖ Toplam	72,00±17,17	66,66±19,62	74,13±14,20	1,791	0,409

* Kruskal Wallis Testi

Ek Çizelge 5. Hasta Yakınlarının Tıbbi Tedavi Dışında Çeşitli Bitkilere Başvurma Durumuna Göre Damgalanma Ve Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanç Düzeyleri

Ölçekler	Çeşitli Bitkilere Başvurma Durumu		Z*	p
	Başvuran (n=6) $\bar{x}\pm SS$	Başvurmayan (n=164) $\bar{x}\pm SS$		
ŞHYDÖ				
Sosyal İzolasyon ve Yetersizlik	12,16±4,26	11,26±3,85	-,530	0,596
Kaçınma ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	5,33±1,96	4,81±2,00	-,774	0,439
Toplumsal negatif ayrımcılık	3,83±0,75	4,35±1,77	-,149	0,881
Gizleme ve Utanma	5,66±2,33	5,03±1,83	-,680	0,497
Olumsuz içselleştirme	4,66±1,21	5,14±1,13	-1,129	0,259
ŞHYDÖ Toplam	31,66±8,47	30,60±8,37	-,435	0,663
RHIÖ				
Tehlikeli	30,16±5,91	26,81±8,83	-1,188	0,235
Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	46,00±6,60	43,08±10,59	-,668	0,504
Utanma	1,66±4,08	1,68±2,43	-,948	0,343
RHIÖ Toplam	77,83±9,36	71,59±17,27	-1,233	0,217

*Mann Whitney U testi

Ek Çizelge 6. Hasta Yakınlarının Teşhisi Kabullenme Durumuna Göre Damgalanma Ve Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanç Düzeyleri

Ölçekler	Teşhisi Kabullenme Durumu			χ^2*	p
	Evet (n=112)	Hayır (n=31)	Kısmen (n=27)		
	$\bar{x}\pm SS$	$\bar{x}\pm SS$	$\bar{x}\pm SS$		
ŞHYDÖ					
Sosyal İzolasyon ve Yetersizlik	10,87±3,90	12,70±3,50	11,40±3,78	5,881	0,053
Kaçınma ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	4,72±1,96	5,22±2,18	4,85±1,95	1,219	0,543
Toplumsal Negatif Ayrımcılık	4,37±1,88	4,32±1,46	4,22±1,52	0,517	0,772
Gizleme ve Utanma	4,85±1,81	5,67±1,93	5,14±1,81	5,186	0,075
Olumsuz İçselleştirme	5,12±1,13	5,16±1,21	5,07±1,10	0,351	0,839
ŞHYDÖ Toplam	29,95±8,54	33,09±7,62	30,70±8,08	4,250	0,119
RHIÖ					
Tehlikeli	26,07±7,83	30,64±11,76	26,25±7,53	5,649	0,059
Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	42,12±11,46	46,12±7,30	44,22±8,67	3,335	0,189
Utanma	1,68±2,38	1,54±2,73	1,85±2,71	0,485	0,785
RHIÖ Toplam	69,88±17,54	78,32±15,70	72,33±15,21	4,194	0,123

*Kruskal Wallis testi

Ek Çizelge7. Hastaların Cinsiyetlerine Göre Damgalanma ve Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanç Düzeyleri

Ölçekler	Cinsiyet		Z*	p
	Kadın (n=46)	Erkek (n=124)		
	$\bar{x}\pm SS$	$\bar{x}\pm SS$		
ŞHYDÖ				
Sosyal İzolasyon ve Yetersizlik	11,23±3,81	11,31±3,88	-0,099	0,921
Kaçınma ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	5,02±1,87	4,76±2,05	-1,066	0,286
Toplumsal Negatif Ayrımcılık	4,43±1,73	4,30±1,76	-0,533	0,594
Gizleme ve Utanma	5,23±1,89	4,98±1,83	-0,804	0,421
Olumsuz İçselleştirme	5,08±1,22	5,13±1,10	-0,008	0,994
ŞHYDÖ Toplam	31,02±8,22	30,50±8,42	-0,451	0,652
RHIÖ				
Tehlikeli	25,63±7,70	27,41±9,09	-1,059	0,290
Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	42,13±9,85	43,58±10,72	-0,714	0,475
Utanma	2,34±3,04	1,44±2,21	-1,850	0,064
RHIÖ Toplam	70,10±17,15	72,44±17,08	-0,602	0,547

*Mann Whitney U testi

Ek Çizelge 8. Hastaların Çalışma Durumuna Göre Damgalanma ve Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanç Düzeyleri

Ölçekler	Çalışma Durumu			χ^2*	p
	Hiç Çalışmadı (n=70) $\bar{x}\pm SS$	Hastalıktan Sonra Çalışmadı (n=91) $\bar{x}\pm SS$	Yarı/Tam Çalışıyor (n=9) $\bar{x}\pm SS$		
ŞHYDÖ					
Sosyal İzolasyon ve Yetersizlik	10,81±3,90	11,48±3,74	13,11±4,37	3,165	0,205
Kaçınma ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	4,55±1,93	4,95±1,98	5,77±2,48	3,643	0,162
Toplumsal Negatif Ayrımcılık	4,42±1,90	4,21±1,56	4,88±2,36	0,997	0,608
Gizleme ve Utanma	5,14±1,82	4,95±1,86	5,33±2,06	0,835	0,659
Olumsuz İçselleştirme	4,98±1,19	5,18±1,11	5,55±0,72	2,289	0,318
ŞHYDÖ Toplam	29,92±8,44	30,80±8,10	34,66±9,83	2,198	0,333
RHIÖ					
Tehlikeli	26,78±10,29	27,16±7,20	25,77±10,88	0,335	0,846
Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	42,57±9,97	44,29±10,73	36,77±10,21	4,023	0,134
Utanma	1,67±2,42	1,68±2,48	1,88±3,25	0,141	0,932
RHIÖ Toplam	71,02±18,44	73,14±15,51	64,44±20,85	1,502	0,472

*Kruskal Wallis testi

Ek Çizelge 9. Hastaların TRSM'ye Ulaşım Şekline Göre Damgalanma ve Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanç Düzeyleri

Ölçekler	TRSM'ye Ulaşım Şekli			χ^2*	p
	Yürüyerek (n=19) $\bar{x}\pm SS$	Toplu Taşıma Araçları ile (n=124) $\bar{x}\pm SS$	Özel Araç ile (n=27) $\bar{x}\pm SS$		
ŞHYDÖ					
Sosyal İzolasyon ve Yetersizlik	11,68±3,23	11,25±3,94	11,18±3,96	0,428	0,807
Kaçınma ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	5,05±2,04	4,79±2,08	4,88±1,62	1,250	0,535
Toplumsal Negatif ve Ayrımcılık	4,47±2,19	4,42±1,73	3,85±1,48	3,753	0,153
Gizleme ve Utanma	4,57±1,80	5,00±1,77	5,62±2,13	3,484	0,175
Olumsuz İçselleştirme	5,15±1,11	5,07±1,15	5,33±1,07	1,439	0,487
ŞHYDÖ Toplam	30,94±8,10	30,54±8,48	30,88±8,18	0,166	0,921
RHİÖ					
Tehlikeli	24,94±9,05	27,05±9,23	27,77±5,83	1,084	0,582
Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	38,89±11,22	43,37±10,37	45,37±9,98	3,255	0,196
Utanma	2,42±2,21	1,65±2,62	1,33±1,94	5,431	0,066
RHİÖ Toplam	66,26±18,97	72,08±17,29	74,48±14,25	1,661	0,436

*Kruskal Wallis testi

ÖZGEÇMİŞ

1989 yılında Hatay’da doğdu. Atatürk Lisesi’nden 2006 yılında mezun oldu. Balıkesir Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü’nden 2013 yılında mezun oldu. 2014 yılında Mustafa Kemal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı’nda yüksek lisans yapmaya hak kazandı.

