

**T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

**ŞİZOFRENİ HASTALARINDA DAMGALANMA VE
YAŞAM KALİTESİNİN ARAŞTIRILMASI – ESENYURT
TOPLUM RUH SAĞLIĞI MERKEZİ ÖRNEĞİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Zeynep KOÇAK

Enstitü Anabilim Dalı: Sosyal Hizmet

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Hasan Hüseyin TAYLAN

KASIM – 2018

T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

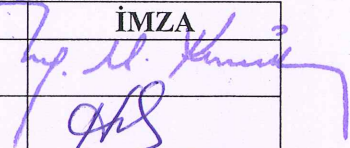
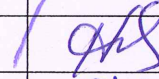
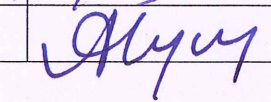
**ŞİZOFRENİ HASTALARINDA DAMGALANMA VE
YAŞAM KALİTESİNİN ARAŞTIRILMASI - ESENYURT
TOPLUM RUH SAĞLIĞI MERKEZİ ÖRNEĞİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Zeynep KOÇAK

Enstitü Anabilim Dalı: Sosyal Hizmet

“Bu tez 8./11/2018 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Oybirliği / Oyçokluğu ile kabul edilmiştir.”

JÜRİ ÜYESİ	KANAATİ	İMZA
Prof. Dr. Yahya Mustafa KESKİN	Kabul	
Dr. Öğr. Üyesi Hasan Hüseyin TAYLAN	Kabul	
Dr. Öğr. Üyesi İsmail AKYÜZ	Kabul	



T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
TEZ SAVUNULABİLİRLİK VE ORJİNALLİK BEYAN FORMU

Sayfa : 1/1

Öğrencinin

Adı Soyadı	:	Zeynep KOÇAK		
Öğrenci Numarası	:	1360Y59007		
Enstitü Anabilim Dalı	:	Sosyal Hizmet		
Enstitü Bilim Dalı	:			
Programı	:	☒ YÜKSEK LİSANS	☐ DOKTORA	
Tezin Başlığı	:	Şizofreni Hastalarında Damgalanma ve Yaşam Kalitesinin Araştırılması - Esenyurt Toplum Ruh Sağlığı Merkezi Örneği		
Benzerlik Oranı	:	% 7		

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE,

☐ Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü- Enstitüsü Lisansüstü Tez Çalışması Benzerlik Raporu Uygulama Esaslarını inceledim. Enstitünüz tarafından Uygulama Esasları çerçevesinde alınan Benzerlik Raporuna göre yukarıda bilgileri verilen tez çalışmasının benzerlik oranının herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi beyan ederim.

8.11.2018
Öğrenci İmza

☐ Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Lisansüstü Tez Çalışması Benzerlik Raporu Uygulama Esaslarını inceledim. Enstitünüz tarafından Uygulama Esasları çerçevesinde alınan Benzerlik Raporuna göre yukarıda bilgileri verilen öğrenciye ait tez çalışması ile ilgili gerekli düzenleme tarafımda yapılmış olup, yeniden değerlendirilmek üzere@sakarya.edu.tr adresine yüklenmiştir.

Bilgilerinize arz ederim.

8.11.2018
Öğrenci İmza

Uygundur

Danışman
Unvanı / Adı-Soyadı: Dr. Öğr. Üyesi Nispet Hacıyılmaz Bey

Tarih: 8.11.2018

İmza:

☐ KABUL EDİLMİŞTİR

☐ REDDEDİLMİŞTİR

EYK Tarih ve No:

Enstitü Birim Sorumlusu Onayı

ÖNSÖZ

“Görme yetisi olan; ama görmeyi başaramayan insan, bu dünyadaki en sefil insandır.”

Helen Keller

Sosyal Hizmet Yüksek Lisans Eğitimimde; tez ve makale çalışmalarında bilgisini benimle paylaşan, desteğini esirgemeyen, görüşlerinden faydalandığım tez danışmanım sayın Dr. Öğr. Üyesi Hasan Hüseyin TAYLAN’a;

Tez sürecinde destek ve bilgisini esirgemeyen; lisans tezimde teşekkür edemediğim ve bu teşekkürü yıllarca bir borç bildiğim değerli hocam sayın Doç. Dr. Yusuf GENÇ’e;

Hayatımdaki yeri ve değerini kelimelere dökemediğim Anneme;

Emeklerini asla ödeyemeyeceğim Babama;

Hayata ve insanlara bakış açımı yeniden şekillendiren eşim Mehmet Evren’e;

En zor zamanlarımda yanımda olup, desteklerini esirgemeyen tüm Esenyurt Toplum Ruh Sağlığı Merkezi ekibine;

Çalışmama destek veren, kendilerinden çok şey öğrendiğim tüm hastalarım;

Tez sürecinin tamamlanması için yeterince ısrar eden sevgili Meliha’ya;

Sonsuz Teşekkürler...

Bu çalışmamın Ecrin ile Beril’e ışık tutması dileğiyle.

Zeynep KOÇAK

İÇİNDEKİLER

KISALTMALAR	iii
TABLO LİSTESİ	iv
ÖZET.....	v
SUMMARY	vi

GİRİŞ	1
-------------	---

BÖLÜM 1: KAVRAMSAL VE KURAMSAL ÇERÇEVE.....	4
---	---

1.1.Şizofreni ve Psikososyal Destek.....	4
1.1.1.Şizofreni Tanımı ve Tarihçesi	4
1.1.2.Şizofreni Belirtileri	5
1.1.3.Şizofreninin Nedenleri.....	15
1.1.4.Şizofreni Türleri.....	18
1.1.5.Şizofreni Tedavisi ve Psikososyal Destek	21
1.2.Şizofreni ve Damgalama	41
1.2.1.Damgalama	41
1.2.2.Şizofreni Hastalarına Yönelik Damgalama	45
1.3.Şizofreni ve Yaşam Kalitesi	53
1.3.1.Yaşam Kalitesi.....	53
1.3.2.Şizofreni Hastalarında Yaşam Kalitesi.....	56
1.4.Şizofreni Hastalarında Damgalamaya ve Yaşam Kalitesini Arttırmaya Yönelik Çalışmalar	58
1.4.1.Toplum Ruh Sağlığı Merkezi (TRSM).....	61
1.4.2.Esenyurt TRSM Modeli.....	63

BÖLÜM 2: YÖNTEM	67
-----------------------	----

2.1.Araştırma Modeli	67
2.2.Araştırma Soruları ve Hipotezleri	67
2.3.Evren ve Örneklem.....	68
2.4.Veriler Toplama Araçları.....	68
2.4.1.Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (İRHDÖ)	69
2.4.2.Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği – Kısa Formu.....	69
2.4.3.Sosyo – demografik Bilgi Formu	69

2.5. Veri Toplama ve İşleme Süreci	69
2.6. Veri Analizi	69
2.7. Sınırlılıklar	70
BÖLÜM 3: BULGULAR.....	71
3.1. Sosyo-demografik Özellikler	71
3.2. Klinik Özellikler	79
3.3. Damgalamaya Yönelik Bulgular	86
3.4. Yaşam Kalitesine Yönelik Bulgular	87
3.5. Hipotez Testleri: Damgalama ve Yaşam Kalitesi Karşılaştırması Regresyon Analizi Bulguları	88
3.6. Damgalanma İle Sosyo-Demografik Değişkenler İlişkisine Dair T-Testi ve Anova Sonuçları	92
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	95
KAYNAKÇA	102
EKLER.....	112
ÖZGEÇMİŞ.....	120

KISALTMALAR

DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
GSS	: Genel Sağlık Sigortası
İSMEK	: İstanbul Büyükşehir Belediyesi Sanat ve Meslek Eğitim Kursları
İŞKUR	: Türkiye İş Kurumu
PBE	: Psikososyal Beceri Eğitimi
İRHDÖ	: Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
TRSM	: Toplum Ruh Sağlığı Merkezi
TUİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
vb	: Ve Benzeri
WHOQOL BREF	: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Form

TABLO LİSTESİ

Tablo 1 : Hastaların Cinsiyete Göre Dağılımı.....	71
Tablo 2 : Hastaların Yaşa Göre Dağılımı.....	72
Tablo 3 : Hastaların Eğitim Durumu.....	73
Tablo 4 : Hastaların Medeni Durumu	74
Tablo 5 : Hastaların Çalışabilirlik Durumu.....	75
Tablo 6 : Hastaların Sosyo-Ekonomik Durumu.....	76
Tablo 7 : Hastaların Sosyal Güvence Durumu.....	77
Tablo 8 : Hastaların Barınma Durumu	78
Tablo 9 : Aile Psikiyatrik Hastalık Öyküsü Durumu	79
Tablo 10: Hastaların Sigara Kullanım Durumu	80
Tablo 11: Hastaların Alkol Kullanım Durumu	80
Tablo 12: Hastaların Uyuşturucu, Uçucu Madde Kullanım Durumu	81
Tablo 13: Hastalık Başlangıç Yaşı.....	82
Tablo 14: Hastaların Psikiyatri Hastanesine Yatış Sayısı	82
Tablo 15: Hastaların İntihar Girişimi Öyküsü.....	83
Tablo 16: Hastaların Fiziksel Şiddet Uygulama Öyküsü.....	84
Tablo 17: Hastaların Adli Vaka Olma Durumu	85
Tablo 18: Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (İRHDÖ) ve Alt Boyutlarının Güvenirlik Durumu.....	86
Tablo 19: Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Alt Boyutlarının Güvenirlik Durumu	87
Tablo 20: Yaşam Kalitesi Üzerinde Algılanan Ayrımcılığın Etkisi	88
Tablo 21: Algılanan Ayrımcılığın Genel Sağlık Üzerindeki Etkisi	89
Tablo 22: Algılanan Ayrımcılığın Fiziksel Sağlık Durumu Üzerindeki Etkisi.....	89
Tablo 23: Algılanan Ayrımcılığın Psikolojik Durum Üzerindeki Etkisi	90
Tablo 24: Algılanan Ayrımcılığın Sosyal İlişkiler Üzerindeki Etkisi.....	91
Tablo 25: Algılanan Ayrımcılığın Çevre Üzerindeki Etkisi	91
Tablo 26: Medeni Durum İle Ayrımcılık İlişmesine Dair Anova Sonuçları	92
Tablo 27: Cinsiyet İle Damgalanma İlişmesine Dair T-Testi	92
Tablo 28: Yaş İle Damgalanma İlişmesine Dair Anova Bulguları	93
Tablo 29: Eğitim İle Damgalanma İlişmesine Dair Anova Bulguları	93
Tablo 30: Mesleki Durum İle Damgalanma İlişmesine Dair T-Testi Bulguları.....	94

Sakarya Üniversitesi
Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Özeti

Yüksek Lisans	Doktora	
Tezin Başlığı: Şizofreni Hastalarında Damgalanma ve Yaşam Kalitesinin Araştırılması - Esenyurt Toplum Ruh Sağlığı Merkezi Örneği		
Tezin Yazarı: Zeynep KOÇAK	Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Hasan H. TAYLAN	
Kabul Tarihi:	Sayfa Sayısı: vi (ön kısım) + 111 (tez) + 4 (ek)	
Anabilim Dalı: Sosyal Hizmet	Bilim Dalı:	
Günümüzde ruhsal hastalıklar kategorisinde yer alan şizofreni hastalığına sahip bireyler en çok damgalanmaya maruz kalan kişilerdir. Gün geçtikçe tedavide yüz güldürücü sonuçlar elde edilmektedir. Fakat tıbbi tedavi tek başına yeterli değildir. Hastaların tam bir iyilik halinin sağlanabilmesi, hastalık öncesi sahip oldukları yaşam kalitelerinin tekrar kazanılabilmesi için tıbbi tedavilerin yanında psiko-sosyal tedavilere de ihtiyaç vardır. Bu çalışmada, Toplum Ruh Sağlığı Merkezi (TRSM) tarafından takip edilen şizofreni hastalığına sahip bireylerin damgalanma düzeylerine bağlı olarak yaşam kalitelerini incelemek ve mevcut durumları hakkında bilgi sahibi olmak amaçlanmıştır. Çalışma tıbbi tedavi yanında yeni yaklaşımların benimsenmesi ve geliştirilmesi açısından önem taşımaktadır. Hastaların mevcut durumları hakkında bilgi sahibi olmak geliştirilebilecek çözüm önerilerine ışık tutacaktır. Bundan hareketle çalışmaya Aralık 2017 – Şubat 2018 tarihleri arasında Esenyurt TRSM tarafından takip edilen, iletişim kurulabilen, ölçek uygulanmasını kabul eden ve düzenli olarak merkeze gelen 105 şizofreni tanılı hasta dâhil edilmiştir. Çalışmaya katılanlara sosyo-demografik bilgi formu yanında "Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği – Kısa Formu" ile "Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği" uygulanmıştır. Elde edilen veriler SPSS yardımıyla t-Testi, Anova ve Regresyon Analizi teknikleriyle analiz edilip yorumlanmıştır. Çalışma bulguları damgalama ve yaşam kalitesi hipotez testleri karşılaştırıldığında literatürle uyumlu olarak, şizofreni hastalarında içselleştirilmiş damgalanma düzeyi arttıkça yaşam kalitesinin, genel sağlık, fiziksel sağlık, psikolojik sağlık, sosyal ilişkiler ve çevre durumunun azaldığı ortaya çıkmıştır. Bu sonuçlarla birlikte şizofreni hastalarının, her insanın onurlu bir hayat sürmesini gaye edinen, bireyi çevresiyle ele alan sosyal hizmet bakış açısıyla değerlendirilmesi, damgalamayla mücadele eden TRSM’lerin sayısının artırılması, hastaların tıbbi tedavi yanında psikososyal yaklaşımlarla da desteklenerek mevcut yaşam kalitelerinin yükseltilmesi gerekmektedir.		
Anahtar Kelimeler: Şizofreni, damga, yaşam kalitesi		

Sakarya University
Institute of Social Sciences Abstract of Thesis

Master Degree	☐	Ph.D.	☐
Title of Thesis: Investigation of Stigma and Quality of Life in Schizophrenia Patients - Esenyurt Community Mental Health Center Case			
Author of Thesis: Zeynep KOÇAK		Supervisor: Assist. Prof. Hasan H. TAYLAN	
Accepted Date:		Number of Pages: vi (pre text) + 111 (main body) + 4 (App.)	
Department: Social Work		Subfield:	
Today, individuals with schizophrenia in the category of mental disorders are the ones that are most exposed to stigmatization. Pleasing results are obtained in the treatment day by day. However, medical treatment alone is not enough. In addition to medical treatments, psychosocial treatments are also needed to ensure that patients achieve a complete well-being and regain their pre-disease quality of life. In this study, it was aimed to examine the quality of life of schizophrenic patients followed-up by Community Mental Health Center (CMHC) according to their stigma levels and to gain information about their current situation. The study is important for the adoption and development of new approaches alongside medical treatment. Having information about the current state of the patients will shed light on suggestions for solutions that can be developed. The study included 105 patients with schizophrenia who were followed by Esenyurt CMHC between December 2017 and February 2018, who were able to communicate, accept scale application and come to the center regularly. In addition to the socio-demographic information form, the "Quality of Life Scale of the World Health Organization - Short Form" and "Internalized Stigmatization of Mental Disorders Scale" were performed. Data was analyzed and interpreted using t-Test, Anova and regression analysis techniques with the help of SPSS. In accordance with the literature, when the study findings were compared with the stigmatization and quality of life hypothesis tests, the quality of life quality, general health, physical health, psychological health, social relations and environment decreased as the level of internalized stigma increased in schizophrenia patients. Together with these results, it is necessary to evaluate the schizophrenic patients with a social service perspective that aims to lead an honorable life, to treat the individual with their environment, to increase the number of CMHCs who fight against stigma, and to support the patients by supporting them with psychosocial approaches as well as medical treatment.			
Keywords: Schizophrenia, stigma, quality of life			

GİRİŞ

Şizofreni; her yaşta ortaya çıkabilen, kişinin duygu, düşünce ve davranışlarında değişiklik oluşturan, beynin yapısını bozan, yaşam boyu devam eden ruhsal bir hastalıktır. Sinsi bir şekilde ilerleyen, kalıcı bir seyirle izlenen şizofreni hastalığı, önemli bir toplum sağlığı sorunudur. Etkilediği kitle, yol açtığı sosyal ve ekonomik yitimler ile bir toplum sağlığı sorunu olmanın ölçütlerini taşımaktadır. Ruhsal hastalıklar kategorisinde yer alan şizofreni hastalığına sahip bireyler toplumda en çok damgalamaya maruz kalan kişiler arasında değerlendirilebilir. Damgalanan şizofreni hastaları sosyal destek sistemlerinden yoksun kalmaktadırlar.

Kronik hastalıklar içerisinde değerlendirilen ruhsal hastalıklar bu hastalığa sahip olan kişilerde yeti yitimi, iş kaybı, toplumdan uzaklaşma gibi pek çok bireysel ve toplumsal problemi beraberinde getirmektedir. Zaman içerisinde bu hastalığa sahip bireyler toplum tarafından damgalanmakta, bu damgalama da kişilerde sosyal geri çekilmeye neden olmaktadır.

Damgalama ile birlikte bireylerin bireysel yaşam hedefleri azalır. Azalmış benlik saygısı ile birey, yaşamı anlamlı hale getiren iş hayatı, sosyal ilişkiler ve iyileşme çabasından giderek uzaklaşır.

Süreğen bir ruhsal hastalık olan şizofreni hastalığında damgalama ile birlikte bireylerin yaşam kalitesinde düşüş olduğu, bireylerin içe kapandığı, sosyal ilişki kurmaktan kaçındığı, tedavi uyumsuzluğu ile karşılaşıldığı düşünülmektedir. Yaşanan bu olumsuzluklar hastalığın seyrini de olumsuz yönde etkilemekte, hem kişinin hem de birlikte yaşadığı aile bireylerinin yaşam kalitesini düşürmektedir. Yaşam kalitesi ile tam bir iyilik hali kastedilmektedir.

Şizofreni hastalarının yaşadığı damgalamayla mücadele edilmesi, hasta ve hasta yakınlarının toplum içerisinde yaşadığı sorunlara farkındalık oluşturulması, yitirilen yaşam kalitelerinin tekrar kazanılmasına yardımcı olur. Bu araştırmada şizofreni hastalarında içselleştirilmiş damgalanmanın yaşam kalitelerine olan etkisine dair bilgilere yer verilmiştir.

Araştırmanın Konusu

Esenyurt Necmi Kadioğlu Devlet Hastanesi'ne bağlı Esenyurt Toplum Ruh Sağlığı Merkezi tarafından takip ve tedavisi devam eden şizofreni tanısı alan hastaların damgalanma ve yaşam kalitesinin araştırılması, araştırmanın konusunu oluşturmaktadır.

Araştırmanın Amacı

Şizofreni hastalığı; ismi gereği toplumlarda damga ögesi olarak yer almakta ve bu hastalığa sahip olan bireylerin de yaşam kalitelerindeki düşüş ile karşımıza çıkmaktadır. Bu hastalığa sahip olan bireylerin tedavi gördüğü Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri'nin kuruluş amaçlarından biri de damga ile mücadele ederek mevcut yaşam kalitesinin artmasını sağlamaktır. Bu bağlamda bu araştırmanın amacı; Esenyurt Necmi Kadioğlu Devlet Hastanesi'ne bağlı Esenyurt Toplum Ruh Sağlığı Merkezi tarafından takip ve tedavisi devam eden şizofreni tanısı almış olan hastaların damgalanma ve yaşam kalitesinin incelenerek bu hastalara uygulanacak ölçeklerle damgalanma ile ilgili mevcut algılarını ortaya çıkarmak, ortaya çıkacak olası sorunlara yanıt bulmak, maruz kalınan damga ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi ortaya çıkararak, damga ile mücadele yöntemleri ile yaşam kalitesini arttırmaya yönelik stratejiler geliştirmektir.

Araştırmanın Önemi

Çalışma, toplumun bu hastalığa ve bu hastalığa sahip olan bireylere bakış açısının, hastalar tarafından nasıl algılandığı ve yorumlandığı sorusuna yanıt araması açısından önem taşımaktadır.

Araştırma konusu hakkında psikiyatri alanında yapılan çalışmalarda uygulamalı bir bilim dalı olan sosyal hizmet alanında müdahale yöntemleri ve sosyal hizmet perspektifi açısından boşluklar olduğu düşünülmektedir.

Araştırma konusu doğrultusunda psikiyatri alanında çalışanlar tarafından yapılan çalışmalar mevcuttur. Fakat bu araştırma, uygulamalı bir disiplin olan sosyal hizmet bakış açısıyla hazırlanacak olması amacıyla diğer çalışmalardan ayrılmakta ve önem taşımaktadır.

Damgalamaya maruz kalan ve buna bağlı olarak yaşam kalitesi düşüş gösteren şizofreni tanısı almış olan hastaların, damga ile baş etme becerilerine katkı sağlamak ve yaşam kalitelerini arttırmaya yönelik sosyal hizmet müdahalelerinde bulunmak, yaşam

kalitelerine etki eden faktörleri ortaya çıkararak bu etkenleri en aza indirebilmek ve hastalıkla mücadele eden bireylerin yaşam kalitelerini yükseltebilmek amacıyla çözüm önerileri geliştirmek hedeflenmektedir.

Kronik bir ruhsal hastalık olan şizofreninin toplumdaki yansıması; hastaların kendilerine, bu hastalığa sahip olan diğer bireylere ve topluma bakış açıları; hastalıkla birlikte aileleri, yakın sosyal çevreleri ve toplum tarafından algı ve önyargıya bağlı olarak damgalanmaya maruz kalmaları incelenmekte olup damgalanma ile birlikte yaşam kalitelerindeki değişiklik araştırılmıştır.

Araştırmanın Yöntemi

Esenyurt Toplum Ruh Sağlığı Merkezi tarafından takip ve tedavisi devam eden şizofreni tanısı alan hastaların damgalanma ile yaşam kalitelerinin incelendiği bu çalışma, amacına uygun olacak şekilde soru ve hipotezler, belirlenen ölçekler aracılığıyla oluşturulmuştur. Elde edilen veriler istatistik teknikleriyle analiz edilip yorumlanmıştır.

Çalışmada Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (İRHDÖ), Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği – Kısa Formu ve Sosyo-demografik Bilgi Formu kullanılmıştır. Veriler, SPSS programında Anova, t-testi ve regresyon analizi istatistik teknikleriyle analiz edilmiştir.

BÖLÜM 1: KAVRAMSAL VE KURAMSAL ÇERÇEVE

1.1.Şizofreni ve Psikososyal Destek

1.1.1.Şizofreni Tanımı ve Tarihçesi

Eski Çağ Sanskrit yazıları ile Hipokrat okulundaki eski Yunan hekimlerinin yazılarında şizofrenik belirtiler gösteren ruh hastalıklarının betimlendiği bilinmektedir. Orta Çağ Avrupa'sında şeytana tutulmuş diye bilinen ruh hastalarının büyük kısmı da şüphesiz şizofrenisi olan hastalardı. İngiltere'de, 18. yüzyılın başlarında, John Haslam ve George Man'ın özellikle erişkinlik çağa içe kapanma ile başlayan, düşünce bozukluğu ile giden, isim veremedikleri iç kökenli bozukluğun şizofreni olduğu düşünülebilir. Yüzyılı aşkın süredir şizofreni hastalığına neyin sebep olduğu tam anlamıyla aydınlatılamamıştır. Şizofreni hastalığı yaklaşık 20 – 30 yıldır, beynin gelişimsel bir bozukluğu olarak nitelendirilmektedir. Hastalığın ortaya çıkmasında kalıtsal yatkınlık kadar çevresel – ruhsal etkenler de önem arz etmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2008: 242-274).

Şizofreni hastalığı, bir beyin hastalığıdır. Düşünce, algı ve duygulanımda bozulmalarla devam eden yıkıcı bir ruhsal hastalıktır. Hastalıkta insan, sosyal ilişkilerden ve gerçeklerden koparak; içe kapanmaya, yalnızlaşmaya başlar. Hastalık, alevlenme – yatışma dönemleri ile devam eder. Kronik psikiyatrik bozukluklar kategorisinde yer alan şizofreni hastalığı, önemli bir toplum sağlığı sorunudur.

Şizofreni dünyanın her yerinde görülen bir ruhsal hastalıktır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 1980'li yıllarda; dünyada %0.1 civarında şizofreni ve benzeri ağır ruhsal bozukluk tanısı olan insanın yaşadığını belirtmiştir (Bademli ve Çetinkaya Duman, 2013: 462). Dünyada yaklaşık 29 milyon şizofreni hastası bulunmaktadır. Ülkemizde ise yaklaşık 700.000'in üzerinde şizofreni ve diğer psikotik bozukluk tanısı konulmuş birey vardır. Şizofreni hastalığı nüfusun yaklaşık %1'ini etkilemektedir (Arslantaş ve Adana, 2011: 253). Dünyada her yüz kişiden birinin etkilendiği şizofreni hastalığı, her iki cinsten de eşit olmak üzere, çoğunlukla 15 – 30 yaş aralığındaki genç erişkinlik döneminde baş gösterir (Gökalp, Ceylan ve Tamar Tezcan, 1993: 12).

Ergenlik ya da genç erişkinlik yaşlarında ve de çoğunlukla aşırı bir stres gibi tetikleyici bir faktöre bağlı olarak şizofreni hastalığı ortaya çıkabilir. Bununla birlikte hastalık çocukluk çağında da baş gösterebilir. Hastalığın erken yaşta başlaması yüksek ihtimalle

biyolojik bir yatkınlığın olduğunu ortaya koymaktadır. Hastalık, çocukluk çağı başlangıçlı olduğunda daha ağır seyredebilir, daha şiddetli bir gidişat ile kötü sonuçlara yol açabilir.

Şizofreni hastalığı biyolojik, psikolojik ve sosyolojik faktörlerin hepsinin bir araya gelmesiyle ortaya çıkan, tek bir sebebi olmayan bir hastalıktır (Karagöl, Çalışkan ve Beyazyüz, 2013: 98). Mevcut genetik yatkınlığa çevresel etmenlerin eşlik etmesi ile hastalık ortaya çıkar (Gülseren, 2002: 149). Yüzyılı aşkın bir süredir yapılan çalışmalara ve bilgilerin çok artmış olmasına karşın, hastalığın tanımlanması üzerinde tam bir anlaşmaya varılmış değildir. Bazen hastalığın belirtileri anlaşılmayabilir; hasta eve kapanmaya, ilişkilerini sınırlamaya, çeşitli bahanelerle okula ya da işe gitmemeye başlayabilir, hatta sokağa bile çıkmama davranışı sergileyebilir. Bazılarında ise kendi kendine konuşma, gülme, ağlama, haftalarca yıkanmama gibi anlam verilemeyen davranış bozuklukları izlenebilir. Bazı hastalarda ise şüpheler, izlenme düşünceleri, ses duyma gibi algı bozuklukları, agresif ve saldırgan davranışlar gözlemlenebilir. Hastalığın farklı evrelerinde, farklı belirtiler görülebilir. Başlangıçta hasta git gide gerçeklik kavramını yitirmeye başlamanın getirdiği korku içindedir. Yaşadığı gerçek dışı yaşantılara bir açıklama getirmeye çalışan hasta, zaman içinde bu mücadeleyi bırakıp, yaşadıklarını gerçek olarak kabul etmeye başlar. Şizofreni süregelen özellikte, beceri kaybına yol açan bir hastalıktır. Kişinin hem kendisini hem çevresini hem de ailesini etkilemektedir. Hastalığın tedavi edilmemesi ya da tedavinin yetersiz kalması durumunda hayatın her alanında hem bireye hem ailesine hem de topluma çeşitli yükler bırakmaktadır.

Şizofreni hastalığı, tüm dünyada en fazla bilinen, en olumsuz tutum ve önyargıları içinde bulunduran ruhsal hastalıktır. Hastaların kendilerine özgü bir dünyada yaşadıkları ve yavaş yavaş içine kapandıkları bu hastalık çoğunlukla ömür boyu devam ederek bireyin yaşam kalitesi ile işlevselliğini önemli derecede etkiler. Buna karşın sürekli olumsuz belirtilerle gidişat gösteren bir hastalık olarak da algılanmamalıdır. Tüm şizofreni hastalarının saldırgan, tehlikeli insanlar olarak genellenmesi yanlış bir değerlendirmedir.

1.1.2.Şizofreni Belirtileri

Şizofreni hastalığı; bireyin duygularını, düşüncelerini, algılarını, hareketlerini, dikkatini ve yargılamasını etkileyen bir hastalıktır. Öğrenme, özbakım, çalışma, kişiler arası

ilişkiler gibi birçok alanda aksaklıkların ortaya çıkmasına ve sosyal hayatta problemlerin baş göstermesine sebep olabilir. Ancak, bu belirti ve işlev alanlarında kişiden kişiye büyük farklar olabildiği gibi, aynı hastada da zaman içinde büyük değişiklikler gözlenebilir. Çoğunlukla 15 – 40 yaşları arasında, genellikle 18 – 25 yaşlarında stres faktörüyle birlikte baş gösterebilen bu rahatsızlığın karakteristik bir başlangıç şekli de yoktur. Belirtiler kısa bir zaman içinde sanrılar, varsanılar, acayip davranışlar, taşkınlıklarla ilerleyebileceği gibi, çok sinsi, yavaş yavaş da görülebilir (Öztürk ve Uluşahin, 2008: 245-246).

Şizofreni hastalığı tüm coğrafi bölgelerde görülebilir. Sıklık, hayat boyu yaygınlık düzeyi tüm dünyada hemen hemen aynıdır. Hastalığın cinsiyetler arasında görülme sıklığı açısından fark yoktur. Fakat kadınlarda hastalığın başlangıç yaşının daha geç olduğu bilinmektedir. Erkeklerde 15-25 yaşları arasında, kadınlarda ise 25-35 yaşlarında başladığı bilinmektedir (Köroğlu ve Hocoğlu, 2017: 171).

Şizofreni hastalığına sebep olan şeyin ne olduğu ile ilgili net bir bilgi bulunmamakla birlikte farklı bileşenler üzerinde durulmaktadır. Nedenlerin belirlenmesi, tedavide önemli bir gelişimin yaşanmasına yol açacaktır. Bilimsel gelişmelerle birlikte şizofreni hastalığına sebep olan genin bulunması, yeni doğan bebeklerin hastalığa yakalanma risklerini belirleme ve gerekli tedbirleri alma bakımından önem taşıyacaktır. Ancak bununla birlikte çevresel faktörleri de bilmek gerekir. Çünkü ailesinde şizofreni hastalığı olan bireylerin tamamında hastalık ortaya çıkmamaktadır. Genetik faktörlerin yanında çevresel faktörler, yaşam olayları, sosyo-ekonomik durumlar gibi faktörler de rahatsızlığın oluşmasına sebep olmaktadır. Hastalığın nedenlerinin bilinmemesi, tedaviyi güçleştirmektedir (Çoban, 2009: 20).

Hastalığın belirtileri hakkında net bir şey söylemek yanlış olur. Fakat genellikle ilgi azalması, dikkat dağınıklığı gibi belirtilerle baş gösterir. Bazı türlerde algı bozuklukları, düşüncede dağınıklık ve bulanıklıkla başlayabilir. Hastaların çocukluk ve ergenlik dönemindeki sosyal ve akademik uyumlarının daha zayıf olduğu bilinmektedir. Okul başarısında düşme, okula devam etmekte zorlanma olası durumlardır. Şizofreni hastalığı, hem hastanın hem de ailesinin yaşamını olumsuz yönde etkilemekte, bu hastalar günlük yaşam aktivitelerini devam ettirirken yakın çevrelerinin desteğine ihtiyaç duymakta ve genellikle bu kişiler birinci derece yakınları olarak karşımıza çıkmaktadırlar. Şizofreni hastalarında geri çekilme, toplumdan uzaklaşma, kendini insanlardan soyutlama gözlenir.

Çoğunlukla içe – dönük, sessiz, az sayıda arkadaşı olan, yalnız kalmaktan hoşlanan, çevresi tarafından tuhaf yorumlanan, ilgi alanları kısıtlı, kimseye güvenmeyen kişilerdir. Aileler sıklıkla çocuklarının hastalık öncesinde hep çalışan, sessiz, uyumlu, içe – dönük, arkadaşsız olduğunu belirtirler. Değişik belirtiler gösteren bu hastalıkta karakteristik bir durum tanımlanamaz. Hasta bireylerin çoğunda çevreye karşı ilgisizlik, donukluk, çekingen bir duruş söz konusudur. Kronik hale gelen hastalar bakımsız, dağınık görünebilir, özbakım yetersizliği gözlenebilir. Hastalığının dönemine göre konuşma ve ilişki kurmada değişiklikler izlenebilir. Duygularını belli etmeyebilir, ses tonu tekdüze olabilir. İlaç yan etkisine bağlı konuşma güçlükleri yaşanabilir. İlgi ve dikkatte azalmaya bağlı olarak konuşma bozukluğu olabilir ve ilişki kurma güçleşebilir. Düşünce içeriğindeki bozukluklar, sanrılar, acayiplikler hastanın konuşmasına yansır. Hastanın ayrı bir dünyada olduğu, iletişim kurulamadığı rahatlıkla fark edilebilir (Öztürk ve Uluşahin, 2008: 246-247).

Dönüşüm geçiren dilde içerikleri boşalan ve kişiye özgü yeni içerikler kazanan kavramlarla yapılan konuşmanın anlaşılması güçleşir. Yalnızca anlam çağrışımlarına dayalı kelimeler uydurulabilir. Buna bağlı olarak şizofreni hastasının anlattığı ile bizim çıkarım yaptığımız anlam arasında bütünlük sağlanmayabilir. Tam tersi yönde, şizofreni hastalığı olan birey de bizim söylediklerimizi çok farklı anlayabilir. Hatta bazı ileri durumlarda yapılan konuşma hiçbir anlam taşımayabilir. Konuşmada kişi genellikle kısa cevaplar verirken bazen de sorulan soruları hiç cevaplamayabilir. Konuşmanın miktarı gözle görülür şekilde azalır, konuşma yoksullaşır. Bazen de kişi durmaksızın konuşur, kişinin sözünü kesip araya girmek oldukça zordur. Bazı konuşmalarda da kullanılan dil belirsizdir, cevaplar uzun olmasına karşın taşıdıkları bilgi miktarı, içeriği azdır, konuşma içerik olarak yoksullaşmıştır. Bazen konuşma esnasında kişi, bir düşünceden, kısmen bağlantılı veya tamamen bağlantısız başka bir düşünceye yönelebilir. Bu konuşmada düşünceler raydan çıkmış vaziyettedir. Zaman zaman da tamamen anlaşılmaz olan, ağır bir konuşma bozukluğu yaşanabilir. Bazı konuşmalarda da konuşmanın odak noktasındaki konusundan ziyade çevresinde dolanan ve aşırı ayrıntı içeren konuşma tarzı karşımıza çıkabilir (Candansayar, 2005: 17-27). Şizofreni hastasında kendiliğinden konuşma gözle görülür şekilde azalmış olabilir. Konuşmada düzensizlik, dağınıklık, hızlanma, yavaşlama, fakirleşme, yinelemeler, çocuksu konuşma, fazla konuşma, konuşmama şeklinde düşünce bozukluğu belirtileri gözlenebilir. Yöneltilen sorulara yandan ve uygunsuz şekilde karşılık vermeleri izlenebilir.

Şizofreni hastalığına sahip kişinin düşünme sürecindeki bozukluklar unutkanlığa, dikkat ve motivasyon eksikliğine sebep olmaktadır. Bu durum içinde bulunduğu sosyal çevrede kabul görmesini de engellemektedir. Birey, başarısızlık korkusuyla geride durmakta, zayıf yönlerine odaklanmaktadır. Tüm bunlar birlikte değerlendirildiğinde, hasta bireyin aile içinde kalarak, zamanla aile bireylerine bağımlı hale gelmesine sebep olur (Köroğlu ve Hocaoglu, 2017: 172).

Özellikle hastalık kronikleştikçe kişinin çevresindeki insanlarla ilişkileri kısıtlanmaya başlar. Örneğin; hasta yeni arkadaşlıklar kuramaz, eski arkadaşlarıyla da görüşmemeye başlar. Ev halkıyla bile birlikte olmak istemez, onlardan ayrı yemek yer, ayrı odada oturur, televizyon izler. Bazı hastalar ise ev halkının uyuduğu saatlerde (geceleri) oturup, onların uyanık olduğu saatlerde (gündüzleri) uyuyarak, diğer insanlarla olan ilişkilerini mümkün mertebe asgari düzeye indirirler.

Genel anlamda belirtiler; düşünce yankılanması, algılama zorluğu, kontrol edilme – etkilenme, yineleyici davranışlar, sıkıntı, çökkünlük, uykusuzluk, hasta bireyin davranışlarını yorumlayan, içinde hasta bireyi tartışan işitme halüsinasyonları veya vücuttan gelen hezeyansal sesler, tamamen olanaksız hezeyanlar. Örneğin; dinsel, siyasal kimlik ile insanüstü güç veya kabiliyetlere sahip olma, düşünce akışında kopma, başka düşünce sokulmaları, çağrışımlarda dağınıklık, uygun olmayan şekilde konuşma, negatif belirtiler; az konuşma, duygusal tepkilerde donukluk veya uygunsuz tepkinin olması gibi. Bu durumlar çoğunlukla sosyal çekilmeye yol açarlar. Karakter ile bağlantılı belirgin değişiklikler; ilgi azalması, amaçsız hale gelme, sosyal çekilme şeklinde baş gösterebilir (Işık, 2006: 40).

Toplum içinde de genellikle soğuk, diyalog kurulması zor bir görünüm sergilerler. Diğer insanlarla aralarına bir mesafe koymalarındaki amacın, yaşayacakları ilişkilerde olası hayal kırıklıklarını önlemek olduğu düşünülebilir. Toplumda başka kişilerin varlıklarını ve duygularını önemsemeyebilirler. Örneğin; karşıdan gelen bir gülümseme veya selama karşılık vermeyebilir, hatta beklenmedik ters bir tepki gösterebilirler.

Duygulanım (Affektif)

Şizofreni hastalığında duygu azalmasından ve duygusal tepkilerde donukluktan söz edilir. Bireyin çevresinde gelişen durumlara tepkisi azdır veya yoktur. Şizofreni hastaları duygusuz ve umursamaz gibi görünebilirler. Çoğunlukla kişilerin iletişim kurulması zor

kişiler olduğu düşünülebilir. Fakat tüm bu durumlar onların tamamen duygusuz olduklarını göstermez. Pek çok şizofreni hastasında, özellikle hastalığın başlangıç döneminde aşırı bunaltı görülür. Bazı durumlarda da tuhaf, yerinde olmayan, anlam taşımayan gibi görünen gülme, ağlama ile taşkın, uygunsuz haller görülür. Duygulanımda uygunsuzluk, kişinin gösterdiği duygusal tepkilerin içinde bulunduğu durumla uyuşmaması durumudur. Şizofreni hastalarında çökkün ya da taşkın duygudurum belirtilerinin görülmesi olağan bir durumdur (Öztürk ve Uluşahin, 2008: 247).

Künt duygulanım; duygulanımda azalma olan yüz ifadesidir. *Düz duygulanım*; çoğunlukla göz temasının olmadığı, tekdüze ses tonu ve yüz ifadesiyle izlenir. *Uygunsuz duygulanım*; hasta bireyin duygulanım durumunun, bulunduğu gerçeklikle çelişkili olmasıdır. Örneğin; hasta kendisine kötülük yaptığına inandığı kişilerden bahsederken gülümsemektedir. *Sığ / oynak duygulanım*; bireyin duygulanımının bir uçtan diğer uca dönebilmesidir. Örneğin; neşeli görünen bir hastanın, neden olmaksızın aniden kederli bir duygulanım sergilemesidir. *Anhedoni*; hastanın gerçekte bir depresyonu olmadan da kendisini çöküntü içinde hissetmesidir. *Apati*; hastada duyarsızlık, duygusallıktan yoksunluk durumudur. *Endiferans*; çevreye karşı ilgisizlik ve kayıtsızlık durumudur (Işık, 2006: 235).

Bilişsel Yetiler

Bilişsel bozukluklar şizofreninin çekirdek özelliği olarak düşünülebilir. Dikkat dağınıklığı, gecikmeli hatırlama, algısal görevlerde ve bilgiyi kullanabilmede bozulma önemli bilişsel bozukluklar arasında gösterilebilir.

Dikkati toplama, mantık yürütme, problem çözme, öğrenme ve karışık düşünsel işlemleri anlamlandırma gibi bilişsel işlevlerde yetersizlikler sık görülür. Ciddi algılama problemleri, dikkat dağınıklığı yaşanır, çevreye karşı ilgi azalır. Buna bağlı olarak da algılama da azalmış gibi gözlenir. Bazen de, özellikle paranoid belirtiler gösteren hastalarda algılamada artma olabilir. Önemli algı bozuklukları varsanılar (halüsinasyon) ve yanılsamalardır (illüzyon) (Öztürk ve Uluşahin, 2008: 249).

Varsanı (Halüsinasyon)

Dış dünyada gerçek bir objesi veya dayanağı bulunmayan; fakat gerçek bir uyarıcının inandırıcılığını barındıran algılamadır. İnsan sesi, geometrik şekiller, anormal görüntüler

şeklinde seyredilebilir. Hastaların ortalama %50'sinde halüsinasyon gözlenir. Gerçek algıların yerine geçen varsanılar dış dünyadan koptuktan sonra yeniden oluşturulmaya çalışılan yeni gerçekliğin algılarıdır. Temelinde bastırılan dürtüler vardır. Dışarıdan geliyormuş gibi algılanan varsanılar dış dünyadan yansıtılır. Varsanılarla beslenen hasta yeni bir dış gerçek oluşturur (Işık, 2006: 199-225).

Ortada uyaran yokken sesler işitmek, hayaller görmek gibi algıların olmasıdır. İşitme, görme, dokunma, koku, tat duyu organları kadar varsanı çeşidi vardır. Şizofreni hastalığında en çok görülen işitme varsanıdır. Bunlar genellikle olumsuz sözler, küfürler; emir verici komutlar; kendi aralarında konuşarak, hastadan üçüncü şahıs olarak söz eden sesler; kendi düşüncelerinin ses olarak kulağına gelmesi ve yaptığı eylemleri tanımlayıcı seslerdir. “Kendini as, şimdi yürüyorsun, gülüyorsun...” gibi. Şizofreni hastalarında görülen bir işitme varsanısı da kendi düşüncelerinin kulağına ses olarak gelmesidir. Bu tür varsanılara düşünce yankılanması denilmektedir. Bazen uğultu, gülme biçiminde sesler de işitilebilir. Şizofreni hastalarının tamamı varsanılarına göre davranışlarını sergilemez. Ancak seslerle ilgilenir ve duyduğu seslere cevap verirken de kendi kendine konuşuyor gibi izlenir (Öztürk ve Uluşahin, 2008: 249).

Şizofrenideki halüsinasyonlar;

İşitsel halüsinasyonlar; en sık izlenen halüsinasyonlardır. Hasta kendisine küfreden, emir veren, yaptıklarını yorumlayan (şimdi oturuyorsun, konuşuyorsun) ya da kendisini suçlayan (sen eşcinselsin) gibi sesler işitebilir. Bazı hastalar bu seslerin verdiği komutlara uyup karşısındaki insanlara saldırgan davranışlar gösterebilir. Şizofreni hastalığında gözlenen halüsinasyonların %50'si işitsel halüsinasyonlardır. *Görsel halüsinasyonlar*; şizofrenide seyredilen tüm halüsinasyonların %15'ini oluşturmaktadır. Geçek dünyada olmayan şeylerin görülmesi şeklindeki algı bozukluğudur. Daha çok kronik olgularda izlenir. *Koku halüsinasyonları*; az oranda görülür. Hasta, “beni öldürmek için odama verilen zehirli gazın kokusunu duyuyorum” şeklinde bir durumdan bahsedebilir. *Tat halüsinasyonları*; az görülür. Hasta bu halüsinasyonları “beni zehirlemek amacıyla içtiğim suya atılan zehir, suyun tadını değiştirdi” şeklinde tanımlayabilir. *Dokunma halüsinasyonları*; şizofrenide tüm halüsinasyonların %5'ini oluşturmaktadır. Hasta “göremediği kişilerin cinsel organına dokunduklarını” dile getirebilir. *Senestezik halüsinasyonları*; organlarda farklı duyumların hissedilmesi halidir. Örnek olarak; beyinde patlayıcı bir duygunun hissedilmesi verilebilir (Işık, 2006: 227).

Yanılsama (İllüzyon)

Şizofreni hastası, varsanı ve yanılsamalarını çoğunlukla gerçek kabul eder. Varsanı bireyin davranışlarını etkiler. Emir veren seslere uyabilir. Sesler yüzünden kendini savunmaya kalkabilir; işitsel varsanıya, yüksek sesle cevap verebilir. Normalde de görülebilen yanılsamalarda, dışarıdan gelen bir uyaran yanlış algılanır. Örneğin, gece mezarlıktan geçerken korkan biri ağaç gölgelerini, insan ya da başka bir varlık gibi algılayabilir. Şizofreni hastalarında ise bu durum daha acayip şekildedir ve yanılsamalar sık görülür. Hasta bir yakınına garip bir hayvan, farklı bir insan gibi algılayabilir (Öztürk ve Uluşahin, 2008: 250).

Şizofreni hastalığı tek bir bilişsel işlev bozukluğu ile tanımlanamaz. Birçok bilgi işleme sistemini kapsayan bozukluklardan oluşur. Şizofreni hastaları duyuşal girdinin anlamını değerlendirememekte, geçmiş yaşamındaki bilgileri yeterince kullanamamakta ve depolanmış bilgi ile şu andaki duyuşal girdi arasındaki otomatik ilişkiyi sağlayamamaktadır. Buna bağılı olarak da, bilgi işleme otomatik olma yerine dikkate dayalı bir süreç olarak gerçekleşmekte, gereksiz bilgilerle de yanlış neden – sonuç ilişkileri kurulmaktadır. Yanılsamada gerçekte var olan bir objenin, gerçekten tümüyle farklı şekilde algılanması durumu söz konusudur. Burada algı kalitesi bozulmamakta; ancak yeni bir görünüme bürünmektedir (Işık, 2006: 218-227).

Düşüncenin Yapısı ve Akışı İle İlgili Bozukluklar

Birincil düşünce süreci; hastaların kendilerine has, mantıksal bütünlükten uzak bir düşünce yapıları vardır. Düşünce yapıları, küçük çocuklardakine ya da rüyalardakine benzer şekilde; dürtü, istek, duyuşal gereksinim ve korkular tarafından yönetilmeye başlar. *Düşüncede amaca ulaşmama ve sapma;* bazen hasta bireylerde konuşma bitiminde düşüncenin başlangıçtaki amacının dışına çıktığı izlenir. *Enkoherans;* hasta bireylerdeki düşüncelerin yoğun, karışık, mantıksal tutarlılıktan uzak olmasıyla birlikte gözlenen konuşma biçimidir. *Teğetsel düşünce;* bireyin konuşmasına bağlantısız ve gerekli olmayan ayrıntıların eklendiği yüzeysel anlatım biçimidir. *Düşüncede blok;* kimi zaman bireylerin cümlelerin arasında konuşmayı kestikleri, dakikalar süren suskunluk dönemine girdikleri izlenebilir. *Yoğunlaştırma ve kelime icat etme;* bireylerin bir durumu ifade etmek amacıyla yeni bir sözcük icat ederek veya yoğunlaştırma yoluyla, kendisinin anlayabildiği; fakat çevresindeki kişilerin anlayamadığı bir sözcük üretmesidir.

Perseverasyon; bireyin konuşma esnasında bazı konuların üzerinde gereksiz bir şekilde saplanmasıdır. *Ekolali*; hastaya söylenen sözleri aynen yinlemesidir. *Yandan yanıt / kelime salatası*; hastaya yöneltilen sorulara anlamsız yanıtlar vermesi, rastgele biçimde konuşmasıdır. *Paleolojik düşünce*; hastanın birbiriyle bağlantısız benzerliklerden yola çıkarak benzetme yapmasıdır (Işık, 2006: 229).

Düşüncenin hızında azalma ve artma, düşünce içeriğinde fakirleşme olabilir. Bu, konuşmanın miktarının azalması şeklinde ya da konuşmasında kullandığı kavramların içeriğinde boşalma olması şeklinde gözlenebilir. Bu belirtiyeye “düşünce içeriğinde fakirleşme” denilir. Kimi zaman da konuşma miktarı ortalamanın üzerine çıkabilir. Hastanın dakikada kullandığı kelime sayısı 150’yi geçebilir. Basıncılı – baskılı konuşma da denilen bu tarz konuşmada bireyin konuşmasını kesip araya girmek zordur. İleri derecedeki durumlarda hasta, dinleyici biri bulunmasa bile, baskılı konuşmasını devam ettirir. Şizofreni hastalığında düşünceyi oluşturan kelimeler arasındaki mantıksal zincir bozulur. Konuşma esnasında zaman zaman duraklama, bir düşünceden ilgisi olmayan bir başka düşünceye kayma, sapma görülebilir. İleri derecede kronikleşmiş durumlarda aynı kelimenin sürekli olarak yinelenmesi izlenebilir (Öztürk ve Uluşahin, 2008: 251).

Şizofreni hastası, kendisiyle dış dünyadaki nesneler arasındaki sınırı çizemez. Nesneler belirsizleşmeye, sınırları silinmeye başlar. Benlik sınırları yıkılan hasta, sokaktan geçen bir aracı kendi içinden geçiyormuş gibi algılayabilir (Işık, 2006: 197). Şizofreni hastalığında birey, dışarıdaki gerçek nesnelerden kendini geri çeker ve kendi dışındaki nesneleri bir anlamda gerçeği yadsımaya başlar.

Ağır şizofreni hastalarının konuşmasında cümlelerin yapısı bozulmuştur. Bilinçdışının içeriği dağınık şekilde bilinç yüzeyine çıkar. Düşünce soyutluktan çıkarak giderek somut hale gelir. Düşünce akışında yer, zaman, nedensellik kavramları dağılabilir; birbirine karşıt, birbiriyle bağlantısız duygu ve düşünceler yan yana bulunabilir. Net olmayan, anlaşılması güç bir düşünce biçimi ortaya çıkabilir. Ancak, şu iki noktaya dikkat edilmelidir: Şizofreni hastalarında bu bozukluklar sürekli yaşanan durumlar olarak değerlendirilmemelidir. Hastanın düşüncesi çok dağılmış, parçalanmış görüldüğü zamanlarda bile, bu düşünce tümüyle parçalanmış, anlaşılmasız değildir. Dikkat edilirse, şizofreni hastasının dağınık düşünce ve davranışlarında anlamlı bağlantılar bulunabilir (Öztürk ve Uluşahin, 2008: 251).

Düşüncenin İçeriğiyle İlgili Bozukluklar

Hezeyan (Delüzyon, Sanrı)

Şizofreni hastalığındaki temel düşünce içeriği bozukluğu sanrılardır (hezeyan). Sanrı, gerçeğe uymayan, mantık çerçevesinde yürütülen tartışmalarla da değiştirilemeyen düşünce, anlamına gelmektedir. Şizofreni hastalığında sanrılar genellikle dağınık, tutarsız ve acayip niteliktedir. Sanrının acayip nitelik taşıması, sanrısız inancın gerçekleşmesinin olanaksızlığı ile açıklanabilir. Örneğin; polis evine dinleme aygıtları yerleştirdiğini, peşine ajanlar taktığını söyleyen bir hastanın sanrısı acayip nitelik taşımaz. Çünkü böyle bir durum olası olmamakla birlikte, hiç olamayacak nitelikte, saçma değildir. Oysa, uzaylıların uyurken dişine yerleştirdikleri bir çip aracılığı ile başkalarının düşüncelerini okuyabildiğini savunan bir hastanın, sanrısının olabilme olasılığı yoktur ve acayip niteliktedir (Öztürk ve Uluşahin, 2008: 252).

Gerçek olanla uyuşmayan, gerçekleri çarpıtarak tuhaf çıkarsamalar ortaya koyan, bireylerin söylemi ve mevcut kanıtlarla da değişimi sağlanamayan, hatalı bireysel düşüncelerdir (Işık, 2006: 230). Yabancılaşma duygusu ve kimlik kargaşası bu bağlamda oluşan örselenmenin doğrudan sonuçları arasında gösterilebilir (Candansayar, 2005: 9). “Benim eşim şeytanın kızı, o ölürse Allah benim peygamberliğimi ilan edecek, iş yerindeki arkadaşlarım ellerindeki telsizlerle benim aleyhimde konuşuyorlar ve ben onları duyuyorum” şeklindeki düşünceler hezeyanlara örnek verilebilir.

Gerçeği Değerlendirme Yetisi

Kişinin beyinde olanlarla dünyada olan durumları ayıramama durumudur. Gerçeği değerlendirme yetisinin bozulması, gerçeğin yadsınması, olandan değişik algılanması ve yorumlanması biçiminde baş gösterir. Şizofreni rahatsızlığı için önemli bir belirtidir (Öztürk ve Uluşahin, 2008: 255). Gerçeği değerlendirme işlevinin bozulmaya başlaması; sanrı ve varsanılar, yönelim ve dikkat bozuklukları ile anlaşılabilir. Olası tehlikeler karşısında hastanın tepkisizliği ve duyarsızlığı yargılama düzeyinde yaşanan bozukluğu ortaya koyabilir. Sergilediği davranışlarının olası olumsuz sonuçları hakkındaki öngörüsüzlüğü de bu bozukluğun diğer bir yönünü ortaya koyar (Candansayar, 2005: 8). Şizofreni hastalarının yaklaşık %50'sinde görülmektedir. Kişinin hatalı algılaması söz konusudur. Hasta, git gide insanların bakışlarından anlamlar çıkarmaya başlar (Işık, 2006: 228).

Devinim (Hareket)

Şizofreni hastalarında çeşitli davranış bozuklukları gözlenmektedir. Bu davranış bozukluklarını önceden kestirebilmek zordur. Şizofreni hastaları aniden beklenmedik, uygunsuz davranışlar sergileyebilirler. Kendi kendine konuşma, gülme, ağlama, bir anda soyunma örnek verilebilir. Durgunluk sergileyenler yanında taşkınlık gösteren, saldırgan davranışlarla da izlenenler olabilir. Şizofreni hastalarının davranış ve hareketlerinde ilgisizlik, isteksizlik ve sosyal geri çekilme görülmektedir.

Şizofreni hastalığında devinim bozuklukları çeşitlilik gösterir. Tuhaf yüz ifadeleri, yineleyen el, kol, vücut hareketleri, hastanede koridor arşınlama, sık sık elini yüzüne götürme, saçını tutma gibi tike benzer devinimler gözlenebilir. Kimi hastalar dış görünüşlerine dikkat etmezler, dağınık ve kirli olabilirler. Garip cinsel davranışlar, sık sık tükürme, burun karıştırma, elini ağzına götürme gözlenebilir. Bazı hastalarda konuşmama görülebilir. Donakalım durumunda hasta birden atak haline geçip taşkın davranışlarda bulunabilir (Öztürk ve Uluşahin, 2008: 256). Davranış ve alışkanlık bozuklukları, huzursuzluk, tik, tırnak yeme gibi yaşantısal ayrıntılar bu işlevin bozukluğu olarak karşımıza çıkar (Candansayar, 2005: 10).

Bedensel ve Fizyolojik Belirtiler

Şizofreni hastalığında fiziksel muayene verileri normaldir. Hastaların bazılarında iştah artışı görülürken; bazı hastalarda iştahta azalma ve buna bağlı olarak da zayıflama görülebilir. Hastalarda çoğu zaman uykusuzluk gözlenebilir. Özellikle belirtilerin alevlendiği dönemlerde uykusuzluk daha da artar. Çok görülen bir diğer belirti de cinsel isteksizlik ve güçsüzlüktür. Bazen de tam aksine aşırı cinsel istek olabilir (Öztürk ve Uluşahin, 2008: 256).

Hastaların özbakımları azalmış ya da bozulmuştur. Hijyeni önemsemez, yıkanmaz, tıraş olmaz, berbere gitmez, saç ve tırnak bakımını yapmaz ya da yakın çevrenin zorlamasıyla bunları yerine getirirler. Özbakım konusunda aile üyeleri ile çatışma yaşarlar.

Toplum içindeki görev ve sorumlulukları dikkate alındığında işlevselliklerinde belirgin bozulma ve toplumsal geri çekilme gösterirler. Zaman içinde yaşamlarını tek başına sürdüremez hale gelip, temel gereksinimlerini karşılayıp hayatlarını devam ettirebilmek için bir başkasının desteğine muhtaç hale gelirler. Özellikle ağır kronik ya da tedavisiz

hastaların sokaklarda yaşadıkları, çöplerden beslendikleri, kıyafetlerinin darmadağın olduğu dikkat çeker. Hayatlarını kötü koşullarda devam ettirmeye çalışırlar. Bir kısmı kötü niyetli kişilerin kurbanı olarak kullanılmakta, bir kısmı da madde bağımlısı haline gelebilmektedir. Hastaların iş hayatları da bozulmaya başlar. İş başarıları, işteki işlevsellikleri azalır. İşlerinden ayrılabilir ya da malulen emekli olurlar. Yeni iş arama ve çalışma konusunda isteksiz davranır ya da başarısız olarak işten atılır, sık iş değiştirirler (Işık, 2006: 238-239).

Şizofrenide Artı (Pozitif), Eksi (Negatif) Belirtiler

Artı belirtiler normal işlevlerin dışında aşırılık şeklinde karşılaşılan durumlardır. Eksi belirtiler ise normal işlevlerdeki yokluk belirtileri olarak tanımlanabilir. Artı belirtiler sanrılar, varsanılar, düşünce ve davranışlarda dağınıklık ile dikkat bozukluğudur. Eksi belirtiler ise duygusal tepkilerde azalma ya da donukluk, düşünce ve konuşmada fakirleşme, isteksizlik, toplumdan çekilme gibi belirtilerdir. Eksi belirtiler, bazen artı belirtilere, ilaç yan etkilerine veya depresyon haline ek olarak karşımıza çıkabilir. Toplumdan çekilmeye bağlı artabilir (Öztürk ve Uluşahin, 2008: 256-257).

Şizofreni hastalığına sahip bireyin yaşamı, yaşadığı duygulanımda donukluk, düşüncede fakirleşme, ilgi – istek – hayattan zevk almada azalma, dikkat dağınıklığı ve sosyal alanlardan kendini soyutlama şeklinde gözlenen negatif belirtilerle kısıtlanmaktadır (Soygür ve diğerleri, 2000: 205).

1.1.3.Şizofreninin Nedenleri

Oldukça karmaşık bir hastalık olan şizofreninin, baş göstermesinde pek çok faktörün etkili olduğu bilinmektedir. Hastalığın gelişimi ve gidişatı da kişiden kişiye farklılıklar göstermektedir. Şizofreni hastalığına yakalanan bireylerde genetik yatkınlık vardır ve genetik yatkınlık stres faktörlerince tetiklenir. Böylece hastalık baş gösterir. Şizofreni hastalığının sebepleri; biyolojik, psikolojik ve sosyolojik faktörler olmak üzere üç ana grupta toplanabilir.

Biyolojik Faktörler

Kişinin anne, baba, kardeş ve çocuklarını kapsayan birinci derece akrabalarında hastalığın görülme olasılığının topluma göre 10 kat daha yüksek olduğu bilinmektedir (Işık, 2006: 157). Akrabalık derecesinin yakınlığına ve hasta akraba sayısının fazlalığına göre

şizofreni hastalığı riski artmaktadır. Genetiğinde hastalık olan yakın akrabaların hastalığa yakalanma durumu, topluma oranla 7 – 10 kat daha fazladır. Bir hastanın birinci derece akrabalarında hastalığa yakalanma riski, akrabalık derecesi uzaklaştıkça düşmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2008: 275).

Şizofreni hastalığında genetik faktörler tek başına yeterli olmamakla birlikte etkisi de yadsınamayacak oranda büyüktür. Rahatsızlığın birinci derece akrabalarda daha fazla görülmesi, genetik geçişin etkili olduğunu düşündürmektedir. İstatistiklere göre hastalık, toplumda on binde 85 – 100 dolayında gözlenmektedir. Fakat 3 kuşak boyunca gözlemlenen ailelerin bazılarında bu oranın daha fazla olduğu ortaya çıkmıştır. Ebeveyn yahut büyük ebeveynin hastalığının olması durumundaysa bu oranın %4 – 10 arasında değiştiği belirlenmiştir. Yani bu durumda, rahatsızlığın çocuklarda ortaya çıkma olasılığı 4 – 10 kat daha artmaktadır. Şizofreninin görülme sıklığı yüksek olan İskandinavya ülkelerinde yapılan ikiz çalışmalarında, ikizlerden biri hastalanmışsa diğerinin de hastalanma oranı çift yumurta ikizlerinde %10 – 15, tek yumurta ikizlerinde ise %35 – 47 şeklinde ortaya çıkmıştır. Yani tek yumurta ikizlerinden birinin hastalanması durumunda diğerinin de hastalanma riski yaklaşık 40 kat artmaktadır. Buradaki önemli nokta, hastalanmama oranının %55 – 65 olmasıdır. Genetik olarak aynı olan tek yumurta ikizlerinden birinin hastalığa yakalanması durumunda diğerinin de %100 hastalanması gerekirdi. Ancak %65’lik hastalanmama oranı rahatsızlığın oluşmasında kalıtsal etkenlerin dışında kalan durumların da belirleyici olduğunu düşündürmektedir. Buna göre hastalık genini taşıyan herkes hastalanmamakta; mevcut genin yanında dış etkenler de önem taşımaktadır (Çoban, 2009: 21).

Tek yumurta ikizlerinde hastalığa yakalanma riskinin %100’ün altında olması, genetik etkenlerin yanı sıra genetik olmayan etkenlerin de önemini doğrulamaktadır. Bu durum, genetik etkenlerin hastalığa yatkınlık oluşturmaları olarak açıklanabilir.

Şizofreni hastalığına neden olan dış etkenleri analiz etmek ve kalıtsal durumla sosyal çevrenin etkilerini belirleyebilmek amacıyla yapılan evlat edinme araştırmaları, biyolojik ebeveynleri hasta olan çocukların, herhangi bir psikiyatri hastalığı olmayan sağlıklı ailelerin yanında büyütölmelerine rağmen, hastalığa yakalanma oranlarının azalmadığını göstermiştir (Işık, 2006: 157). Rahatsızlığa sahip olan ebeveynlerin çocuklarının, sağlıklı bir aile tarafından evlat edinilip büyütölmeleri durumunda bile, yüksek hastalık riskinden korunamadıkları belirlenmiştir. Fakat ebeveynlerinin şizofreni hastalığına sahip olmadığı

bir çocuk, şizofreni hastalığına sahip bir aile tarafından evlat edinildiğinde, evlatlık olan çocukta rahatsızlığın çıkma riski artmamaktadır. Buna göre; kalıtsal faktörler, rahatsızlığın baş göstermesinde tek başına belirleyici durumda olmamakta; fakat en önemli faktör olarak karşımıza çıkmaktadır. Hastalığın çoğunlukla ortaya çıktığı ergenlik ve erken erişkinlik dönemlerinde gelişim süreci devam eden beyin risk altındadır. Bu dönemde etkin hale gelen bozuk kalıtsal faktörler, beyindeki sinir ağlarının hatalı şekilde yapılaşmasına ve hastalığa yatkınlık durumunun ortaya çıkmasına neden olmaktadır (Çoban, 2009: 22).

Şizofreni hastalarının birinci derece akrabalarında şüpheli, kuşkucu kişiler sık gözlenmektedir. Birinci derece akrabalarda gözlenen bu durum genetik yatkınlığı destekleyen örnekler arasında gösterilebilir.

Psikolojik Faktörler

Psikolojik problemler beyin fonksiyonlarını değiştirebilir. Genetik olarak şizofreni olma olasılığı bulunan bireylerde; olumsuz yaşam koşulları, güvenli olmayan alanlar, sosyal destek sistemlerinin yoksunluğu, baskı altında olma gibi durumlar biyolojik değişimi, dolayısıyla şizofreniyi tetikleyebilir. Ancak şizofreninin ortaya çıkması için birçok etkenin bir arada olması gerekmektedir.

Çocukluk dönemi yaşantıları ve aile yapısı, psikolojik etkenlerin en önemlisidir. En önemli psikolojik faktör ise annenin yaklaşımı ve tutumudur. Çocuğun büyüdüğü çevrenin ve anne – babanın tutumunun hastalığın ortaya çıkışında etkili olduğu düşünülmektedir (Çoban, 2009: 23).

Sosyolojik Faktörler

İnsanın yaşam kalitesini düşüren yoksulluk, toplumsal baskı, göç, kötü koşullarda hayatını idame ettirmek gibi olumsuz şartlarda ve sosyal ortamlarda, çocuk yetiştirmek, iyi bir anne – baba modeli olmak da zorlaşmakta, çocukların kişisel gelişimleri yarıda kalmakta; özgüven ve sosyal becerileri de yeterince gelişmemektedir. Buna bağlı olarak da bu şekilde olumsuz sosyal ortamlarda büyüyen ve genetik yatkınlığı olan çocuklarda şizofreni riski artmaktadır (Çoban, 2009: 24). Bireyin kendi iç gerçekliğinde ortaya çıkan kopma ile hastalık sorunları ortaya çıkmaya başlar. Gerçeği değerlendirme işlevi bozulur.

Kendi iç dünyasında kargaşa, bilişsel zorlanma yaşamaya başlar. Sosyal ilişkilerinde dalgalanmalar seyredebilir (Candansayar, 2005: 229).

Kentleşme de şizofreniye yakalanma riskini arttıran bir diğer etkidir. Kırsal kesimin bireyden beklentisi kent ortamına göre daha azdır. Hayatın tekdüze olduğu, hızlı değişimlerin olmadığı kırdaki köy halkı da “kır hayatının belirlediği program”ın dışına pek çıkmaz. Bu nedenle bireyin şizofreniden korunmasının altında muhtemelen kırsal ortamın daha az stresli olması yatmaktadır (Çoban, 2009: 24). Birçok talebi ve beklentiyi beraberinde getiren şehir hayatında her şey maddi bir gücü gerektirir; yaşamak için daha çok kazanma zorunluluğu vardır. Hayat tekdüze değildir. Şehir hayatının bu temposu hastalığı tetiklemektedir. Köyün tekdüzeliğinde hastalığa yakalanmayan riskli kişiler kentte hastalanabilirler. Kırsal alanda yaşayan şizofreni hastaları kontrol edilebilir, tarlada çalışır, ev işi ve yemek yapar, köy kahvesinde de olsa sosyal etkinlikte bulunur, kısacası daha işlevsel bir hayat sürerler. Kentteyse hasta kısıtlanmış durumdadır.

Kent hayatına alışkın olup da yurt dışında bilmedikleri bir ortama giren kişilerde de benzeri durumlar etkili olur. Yeni bir uyum sürecine ihtiyaç doğuran göç de hastalığı tetikleyebilir. Köyden kente göç, şizofreniyi hem ortaya çıkaran hem de körükleyen bir etkidir. Sosyal baskı, sefalet, kentin acımasızlığı, rekabet ortamı, kişinin gücünü azaltarak şizofreniye yatkınlığı artırır (Çoban, 2009: 25).

Kalıtsal faktörlerin %100 etkili olmadığı durumlarda psiko-sosyal etkenlerin hastalığı tetiklediği açıktır. Sebeplerin analiz edilmesi, rahatsızlık ile ilgili alınacak tedbirler ve tedavinin etkinliği bakımından önem taşımaktadır. Hastalığın tedavisinde önemli bir parçayı teşkil eden aile de yakın çevre ile olan ilişkileri düzenleyebilir. Aileler hastalar için önemli bir destek mekanizmasıdır. Hastanın yeniden toplumsallaşma sürecinde kilit durumdadır.

1.1.4.Şizofreni Türleri

Şizofrenide alttürler hastanın son değerlendirmesinde baskın olan belirtilerine göre ayrılır ve zaman içinde değişiklik gösterebilirler.

Paranoid Tip

Bir ya da birden çok hezeyan veya işitsel halüsinasyonların çok olması durumudur. Temel özelliği; kişinin zihnini aşırı meşgul eden bir ya da daha fazla sistemli hezeyanlar ya da

tek bir konuyla ilgili olarak sık görülen işitsel halüsinasyonlardır. Tabloya anksiyete, kavgacılık ve şiddet eşlik eder. Kişilerarası ilişkileri genellikle yapmacık, tekdüze ya da aşırı yoğunluktadır. Başlangıç genellikle diğer tiplere göre daha yavaş ve daha geç yaşadadır (Işık, 2006: 45).

Bu türde düşünce içeriğinde bozukluk baskındır. Kötülük görme sanrıları (beni izliyorlar, bana komplo kurmuşlar, beni zehirleyecekler gibi), büyüklük sanrıları (ben peygamberim, Tanrı ile konuşuyorum), etkilenme fikir ve sanrıları (ışınlarla beni etki altında bırakıyorlar, hareketlerimi, konuşmalarımı denetliyorlar gibi), alınganlık, kuşkuculuk (benim hakkımda konuşuyorlar, bana eşcinsel diyorlar, araba farlarını söndürüp yakıyorlar, yanıma gelince öksürüyorlar, evimize gizli dinleme aygıtları yerleştirmişler, her söylediğimi kaydediyorlar gibi) paranoid tür şizofrenide sık görülen düşünce bozukluklarındandır. Hasta başlangıçtaki konuşmasında mantıklı bir izlenim bırakabilir. Dikkatle izleyince düşünce kopuklukları, gerçeğe uygunsuzluk ve hastanın sanrılarındaki tutarsızlık açığa çıkar. Hasta, sanrıları sebebiyle kendisini savunmaya geçer, toplumdan kaçır, öfkeli, sert bir yapıya bürünebilir. Genellikle rahatsızlığı kabul etmez, belirtileri gizlemeye çalışır (Öztürk ve Uluşahin, 2008: 262). Şüphencilik, kimseye güvenmeme, herkesin ona karşı tutumda olduğunu düşünme, tanımadığı insanların kendisi hakkında konuştuklarını, onu takip ettiklerini düşünme mevcuttur (Arkar, 1991: 7).

Dezorganize Tip

Dezorganize konuşma, davranış yahut uygun olmayan duygulanım durumudur. Belirgin şekilde çağrışım bozukluğu veya aşırı dağınık ya da uygun olmayan duygulanım belirleyici özellikleridir. Parça parça hezeyanların ve halüsinasyonların yoğun olarak görüldüğü, teması olmayan durumlardır. Aşırı toplumsal geri çekilme ve garip davranışlar gözlenir. Çoğunlukla aşırı toplumsal bozukluk, erken ve sinsi başlangıç ve önemli düzelme göstermeyen kronik gidişle kendini gösteren bu tip için “hebefrenik” terimi de kullanılmaktadır (Işık, 2006: 42-45).

Düşünce biçiminde bozukluklar baskındır. Genç yaşta başlar. Dağınık ve düzensiz düşünce içeriğinde birbiriyle uyumsuz sanrılar, kelime türetme, düşüncede bloklar, tekrarlayan konuşmalar gözlenir. Varsanılar daha sonra ortaya çıkabilir. Kendi dünyasında yaşayan hastanın kişiliğinde dağılma ve yıkım hızlı, davranışlar ilkel olup dış

dünya ile olan ilişki kopuktur. Gidiş özellikleri bakımından şizofreninin en ağır türüdür (Öztürk ve Uluşahin, 2008: 263).

Katatonik Tip

Motor hareketsizlik, negativizm (çevresindekilere karşı kayıtsız kalma, direnme) veya konuşmamanın (mutizm) sıklıkla görüldüğü psikomotor bozukluktur. Hastanın kendine ya da başkalarına zarar vermesini önlemek amacıyla yakından izlenmesi gerekmektedir. Mutizm içinde olan hasta çevresinde yaşanan durumlara daha az tepki göstermekte; fakat çevresinde yaşanan olayları algılayabilmektedir. Katatoni az görülen çok ilginç bir tablodur (Işık, 2006: 44-45).

Katatoni (donakalım); bireyin herhangi bir durumda uzun bir müddet hareket etmeden kalmasına verilen addır. Birey çoğunlukla diğer kişilerin iletişim kurma yaklaşımlarına karşı tepkisizdir. Yemez, içmez, uyumaz, konuşmaz, verilen komutlara uymaz (karşıtçılık). Bazen aniden atak, hareketli bir hale geçebilir (katatonik taşkınlık). Birey sosyal çevresiyle iletişimini kesmiş gibi gözlemlense de, aslında etrafında olanları tanır, kaydederek; ancak tepki göstermez. Genellikle 15 – 25 yaşlarında aniden başlar (Öztürk ve Uluşahin, 2008: 263).

Ayrışmamış Tip

Hezeyanların, halüsinasyonların olduğu; fakat bu belirtilerin diğer tip ölçütlerini yansıtmadığı şizofreni alt tipidir. Ayrışmamış tipte birden çok tipin özelliklerini karşılayan ya da diğer tiplerden hiçbirinin özelliklerini tümüyle karşılamayan hezeyanlar, halüsinasyonlar ya da aşırı dağınık davranışlar gibi belirgin psikotik belirtiler izlenir. Hastalığın gidişi orta düzeydedir (Işık, 2006: 43-45). Hastalık tanısıyla ilişkili belirtiler bulunmakla birlikte bu belirtiler diğer türlerin tanısını koyduracak şekilde ayrılmamıştır.

Rezidüel Tip

Garip inanışlar, alışılmadık algı deneyimleri örnek verilebilir. Hastalıkta baskın psikotik belirtiler görülmez. Çoğunlukla duygusal tepkilerde donukluk, toplumsal geri çekilme, alışılmışın dışında davranışlar, mantık dışı düşünceler ve çağrışımlarda hafif bozulma izlenir. Hezeyanlar ve halüsinasyonlar nadiren eşlik eder (Işık, 2006: 46). Vurdumduymazlık, ilgisizlik, isteksizlik, toplumdan kopukluk, düşünce içeriğinde fakirleşme, özbakımına dikkat etmeme şeklinde belirtiler gözlenir. Kendine has, içe

kapanmış, sosyal çevreden kendini soyutlayan bir hayatı tercih etmiş gibi görünen hasta, değişime karşı isteksizdir. Hastalık zamanla kişilik özelliğine ve hayat biçimine dönüşür (Öztürk ve Uluşahin, 2008: 263).

1.1.5.Şizofreni Tedavisi ve Psikososyal Destek

Her hastanın hastalığı parmak izi gibi ona özgüyse tedavisi de aynı şekilde ona özgü olmalıdır. Şizofreni hastalığı için de bu, en önemli ilke olarak görülmelidir. Çünkü şizofreni hastalığının tedavisi psikiyatrinin en karmaşık alanlarından biridir. Hastalıktaki yıkım, toplumsal dışlanma, hasta ve hasta yakınlarında çaresizliğe ve buna bağlı olarak da olumsuz gidiş ve sonlanışa yol açmaktadır (Candansayar, 2005: 81).

Eskiden şizofreni hastalarının tedavisinde psikoterapi uygulanamayacağı, hastaların terapiden yarar görmeyeceği, aksine olumsuz etkilenebileceği; ilaç tedavisinin yeterli olduğu inancı vardı. Günümüzde ise ilaç tedavisinin yanında uygulanan psikoterapilerin tedavi başarısını arttırdığı inancı hâkimdir (Çoban, 2009: 239). Sadece ilaç tedavisi uygulanan hastalarda uyumsuzluk ya da hastalık belirtilerinin tekrar etmesinin görülmesi, psikolojik ya da psikososyal yaklaşımlara dikkat çekmiştir. 1960'lı yıllar sonrası yapılan çalışmalarda psikoterapinin uygun ilaç tedavisi ile uygulandığında terapötik etkiyi arttırdığı gözlenmiştir (Işık, 2006: 450). Özellikle batılı ülkelerde 1960 – 1970'li yıllardan sonra şizofreni hastalığının tedavisi kurumdan ziyade toplum içerisindeki rehabilitasyon programlarına yönelmiştir (Yıldız ve diğerleri, 2003: 282).

Şizofreni hastalığı, düşünce, duygu ve davranışlarda, sosyal ilişkilerde, topluma uyumda ağır bozukluklarla seyreden bir hastalıktır. Bu hastalığa bağlı olarak aile bireylerinin de düşünce, duygu ve davranışlarında değişimler olmakta, ağır zorlanmalar / stres faktörü ortaya çıkmakta, hasta bireyin yakın sosyal çevresi de olumsuz yönde etkilenmektedir. Şizofreninin tedavisinde tıbbi tedavi tek başına yeterli değildir. Uzun süre ilaç tedavisi gören birçok hastada kesin bir iyileşmenin olmaması, ilaç yan etkisine bağlı olarak hastaların ilaç kullanımına yönelik olumsuz tutum geliştirmesi, düzenli ilaç kullanımına rağmen hastalık belirtilerinin tekrar yaşanması hastalığın tedavisinde psiko – sosyal yaklaşımlara önem verilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır. Bu yüzden şizofreni hastalığının tedavisinde psiko – sosyal tedavi yöntemleri de ele alınmalıdır.

Sözcüğün ilk kullanımından bu yana yüz yıl geçmemiştir. Tedavide ulaşılan nokta; “tımarhanelere” kapatılan, soğuk su şokları uygulanan zamanlardan toplum içinde,

mesleğini icra edebilen, evlenip çocuk sahibi olabilen zamanlara gelinmiştir (Candansayar, 2005: 81). Zaman içinde şizofreni hastalığının tedavisinde tıbbi tedavinin olumlu etkisi görülmeye başlanmış, buna bağlı olarak da hastaların değerlendirilme yöntemleri ile hastaya yönelik psiko – sosyal yaklaşımlarda değişiklikler yaşanmıştır. Ayaktan tedavi önem kazanmaya başlamış, hastanelerin yatak sayısı azaltılmıştır (Öztürk ve Uluşahin, 2008: 306).

Ruhsal hastalık tanısı kolay kabul edilebilir bir durum değildir. Hastalık tanısı alan birey tedavi görmeye geç karar verebilir. Psikiyatri polikliniğine başvurmadan önce tıp dışında çözüm arayışlarına yönelebilir. Tedaviye uyum sağlama sürecinde zorlanabilir. Bu durumda hasta anlayışla karşılanmalı ve tedavi sürecinde işbirliği sağlanmalıdır. Şizofreni hastalığının tedavisinde tıbbi tedavinin yanında rehabilitasyon ve psikososyal desteğin de yer aldığı bütüncül yaklaşım gerekmektedir.

Şizofreninin ilaçla tedavisinde; sürekli ilaç kullanmak çok farklı hastalıklar için de geçerlidir, yıkım engellenebilir / geciktirilebilir, yeti yitimi engellenebilir / geciktirilebilir, yaşam kalitesi arttırılabilir, işlevsellik arttırılabilir, hasta ne kadar toplum içindeyse tedavi o kadar başarılıdır, ilkeleri benimsenmektedir (Candansayar, 2005: 83). Şizofreni hastası olan bireyin sosyal hayatın içerisinde olması, diğer insanlarla iletişimini devam ettirmesi, alışveriş yapma, hastaneye gitme, ilaçlarını temin etme gibi ihtiyaçlarını giderebilmesi tedavinin hedeflerindendir (Pazvantoğlu, 2014: 58). Şizofreni hastalarındaki tedavi başarısı ailenin, yakın sosyal çevrenin ve toplumun tutumlarına, inançlarına, önyargılarına da bağlıdır. Sosyal çevre desteği ile psikososyal etkenler hastanın iyilik halini önemli derecede etkiler (Köroğlu ve Hocaoglu, 2017: 171). İyileşme, tıbbi tedavi ve sunulacak rehabilitasyon hizmetleri ile bir süreklilik içinde tanımlanabilir.

Çoğu hasta tedavi olmanın iyileşme anlamına gelmediğini düşünmektedir. Hastaların böyle düşünmesi, hala ilaç kullanmaya devam etmelerinden ve ruhsal hastalığı olan bir kişinin iyileşme olasılığının bulunduğuna inanmamalarından kaynaklanmaktadır. Oysa hastalık, iyileşmeyen bir hastalık olsa da rehabilitasyon ile kişinin önceki hayatına benzer bir duruma ulaştırılabilmesi mümkündür. Hasta hayatı boyunca engelli kalacaksa da hastalığın kısıtlılıkları ile yaşamayı öğrenebilir hale gelmelidir. Şizofreni hastalığı kronik bir hastalıktır. Bu hastaların da kendilerine özgü bir hayatları vardır. Etkin bir tedavinin sağlanabilmesi için hastalık öncesi işlevler, iyileşmeyi güçleştiren olaylar, uyumu arttıran

etkenler göz ardı edilmemelidir. Hastalığı ortaya çıkaran yaşam olaylarını bilmek tedavinin seyrinde önem taşımaktadır (Candansayar, 2005: 85-213). Tedavinin başarısı hastaya en uygun olan ilacın seçilmesinin yanı sıra hastanın tedaviye uyumu ve tedavinin devamlılığı ile de ilişkilidir (Çetinkaya Duman ve diğerleri, 2007: 98). Hastalığın tedavisi uzun süreli bir tedavidir. Uzun süreli ilaç tedavisi zor bir durumdur. Sanrıları sebebiyle bazı hastalar ilaç tedavisini reddederler. Hastalığın tekrarlamasının en önemli sebebi, ilaç tedavisine uyumun olmamasıdır. İlaç tedavisinde uyumu yakalayabilmek için tedavide işbirliği kurulmalıdır. Küçük bir yerde yaşamak, söz olur, itibar zedelenir diye düşünmek hastaya müdahaleyi güçleştirebilir, tedavinin aksamasına ve iyileşme sürecinin uzamasına sebep olabilir.

Ruhsal hastalığa sahip bireyde hastalığa dair içgörünün olmaması, aile desteğinin yetersiz olması, hastalık hakkında bilgi eksikliği bulunması, hastalığın tedavi sürecinde etiketlenme kaygısının olması, hastalığın tedavisinde tıp dışı çare arama yöntemlerinin etkili olması tedavi uyumunu etkileyen etmenlerdendir. Tedavi ekibinin hasta ve ailesiyle kurduğu ilişki, hastalık ve tedavi süreci hakkında verilen bilgi ile tedavide işbirliği kurulabilir (Ünal, Çakıl ve Elyas, 2006: 70). Şizofreni hastalarının çoğunun düşük içgörü düzeyine sahip olduğu ve buna bağlı olarak tedavi sürecinin istenilen düzeyde ilerlemediği bilinmektedir. İçgörü eksikliği şizofreni hastalığında temel bulgulardan biridir (Köşger ve diğerleri, 2014: 2-5). Hastalığı inkar etme ve içgörü azlığı, ilaç uyumsuzluğuna ve tedavi reddine sebep olmaktadır.

Tedaviye uyum gösterme hastaların en ciddi sorunlarından biridir. Bireylerin yarısının tedavinin başlaması sonrasındaki ilk yıl içerisinde ilaç tedavisini bıraktığı belirlenmiştir. İlk tedavi sonrasındaki 2 – 5 yıl içerisinde de bireylerin %80'inde rahatsızlık tekrar etmektedir (Candansayar, 2005: 242). Yine bireylerin %50'sinin taburcu olduktan sonraki süreçte ilaç tedavisini devam ettirmede uyum gösteremedikleri bilinmektedir (Çetinkaya Duman ve diğerleri, 2007: 92). Hastalık ve tedavisi konusundaki bilgi eksikliği tedavi devamlılığında önemli bir engeldir. Tedavi uyumunun sağlanması için ruhsal eğitim programlarıyla hastalık ile tedavi süreci konularında bilgilendirme yapılmalıdır (Ünal, Çakıl ve Elyas, 2006: 73). Hastalığın tekrarlayışından önce bazı öncül belirtiler ortaya çıkabilir. Bu belirtiler sıkıntı, çökkünlük, uyku bozukluğu, sinirlilik, aniden öfkelenme, odaklanmakta zorlanma şeklinde uyarıcı işaretler olabilir. Uyarıcı işaretler yeniden hastalanma riskini haber verir. Ailelerin bu belirtilerin ortaya çıkması

konusunda bilgilendirilmesi önemlidir. Bazı hastalarda uyarıcı işaretlere rastlanmayabilir.

Sosyal çevre desteğinden yoksun olan bireylerin büyük bir kısmı ilaç tedavisini reddetme eğilimindedir. Unutkanlık şeklinde kendini gösteren bilişsel sorunların varlığı, sürekli ilaç kullanmanın verdiği zorluk, içgörü yetersizliği gibi problemler sebebiyle tedaviye uyum göstermekte zorlanma yaşanabilmekte; bunun sonucunda da hastalık tekrar alevlenmektedir. Ancak aile desteği ve sosyal güvencesi olmasına rağmen hastalar tedaviye uyum göstermekte de zorlanmaktadır. Tedavi uyumsuzluğunun en önemli nedeni içgörü bozukluğudur. Fakat ilaçların yan etkileri, bilişsel zorlanmalar, sosyal destek mekanizmalarının azlığı, hastalığın damgalanması gibi etkenler de uyumsuzluk nedenleri arasında gösterilebilir (Candansayar, 2005: 243).

Hastane tedavisi sonrasında sosyal destek mekanizmalarının yetersiz olması durumunda hastalar ve aileler için yeni bir zor dönem başlamaktadır. Yaşamak zorunda olduğu çevreye uyum sağlamakta zorlanan hastalar ile bu hastaların bakımından sorumlu olan ailelerin yükleri bir kat daha artmaktadır. Uygulanan psikososyal tedavi ile aile üyelerinin stresi azalmakta, baş etme becerileri gelişmekte ve buna bağlı olarak da hastalığın tekrar etme oranı azalmaktadır.

Şizofreni hastalığı ile birlikte ailede ağır stres yaşanır. Hastalığa bağlı olarak aile bireylerinin dinamikleri bozulabilir. Hastalık sonrası bireyde gözlemlenen anlamsız, düşmanca bakışlar, şüphe, korku, sosyal çekilme, uyku düzensizliği, özbakımda azalma, garip davranışlar şeklindeki değişimler aile üyeleri tarafından fark edilirken, aynı zamanda aile bireylerinde endişe, şaşkınlık ve korku hissinin yaşanmasına sebep olur. Hastalık belirtilerini kavrayamayan, sürecin nasıl ilerleyeceğini bilemeyen aile üyeleri, yargılayıcı bir tutum içinde olabilirler. Ne olacağının bilinmemesi durumu, aileyi en çok tedirgin eden durumdur (Bademli ve Çetinkaya Duman, 2013: 463). Hastalığa bağlı olarak aile bireyleri kendilerini suçlu hissedebilir. Hastanın, hastalıktan kaynaklanan bazı hareketlerine öfke duyulabilir. Zaman içinde aile bireylerinin de ruhsal sağlığı bozulabilir. Güçsüzlük ve çaresizlik hisseden aile bireyleri aynı hastalığın kendi başlarına da gelebileceğinden endişe duyabilir, korkabilirler. Tedavide bütüncül yaklaşımın önemi bu noktada ortaya çıkmaktadır (Köroğlu ve Hoccoğlu, 2017: 172). Şizofreni tedavisinde tıbbi tedavinin yanında psikososyal tedavi de uygulanmalıdır. Tedavi aşamasında öncelikle hastanın tedaviye katılması gerekmektedir. Tedavide hastayla kurulan işbirliği,

bu noktada önem kazanmaktadır. İlgörü eksikliği hastanın tedaviye uyumunu bozabilir. Çoğu kez hastanın bir birey olduğu aileleri tarafından göz ardı edilmektedir. Hastaya yönelik psikososyal tedavilerin yanında aileye yönelik eğitimler de düzenlenmelidir.

Psikososyal tedavi, hastalıkla ilgili eğitimsel bilgilerin yanı sıra problem çözme ve sosyal beceri eğitimi gibi bilişsel davranışçı yöntemleri de içeren çok yönlü bir tedavi programı olarak düşünülebilir. Tedavide psikososyal rehabilitasyon, grup terapisi, bireysel psikoterapi uygulanırken aile de tedaviye dahil edilmelidir. Özellikle umutsuzluk, benlik saygısında düşüklük gibi durumlarda ve psikososyal işlev bozukluklarında rehabilitasyon çalışmaları uygulanmalıdır. Aile ile iyi bir işbirliği içinde olunmalı, aileye danışmanlık ve aile tedavisi de verilmelidir (Candansayar, 2005: 116-151).

Günümüzde ağır yetiyitimi gösteren kronik hale gelmiş hastalarda düzenli tıbbi tedavinin yanında öğrenme ilkelerinden yararlanarak, psiko-sosyal beceriler kazandırma amacı güden eğitim programları öne çıkmaktadır. Bu programlarda dikkati toplayarak odaklanma, basit düzeydeki işleri yapabilme, sosyal ilişkileri geliştirme hedefiyle zor olmayan basit uğraşılardan daha kompleks becerilere doğru arttırılan öğrenim uygulamaları düzenlenmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2008: 309). Hastalar çiftlikte, bahçede çalışmak gibi hafif işlere yönlendirilebilir. Belli bir sorumluluk gerektiren, ağır uğraşlar verilmemelidir. Hasta bireyden kusursuz iş verimi beklenmesi yanlış olur. Şizofreni hastalığının tedavisinde, aileler hasta hakkındaki bütün yüksek emelli planlarını bırakmalıdır.

Şizofrenide hastanın algıları bozulur. Huzursuzluk veren bir durum olan, kaynağı belli olmayan seslerin kendisiyle konuştuğunu, kendisine komutlar verdiğini, hakaretler ettiğini algılayan hastanın morali bozulur, yaşam direnci kırılır. Terapide hedef; mevcut seslere rağmen bireyin, hayatını idame ettirebilmesine destek olmaktır. Böyle bir durumda hastaya işittiği seslerin gerçekte olmadığını anlatmak yerine “Evet, sesleri işitiyorsun. Belirttiğin sesleri işittiğine inanıyorum; fakat bu durumun rahatsızlıktan kaynaklandığına da inanıyorum. Sen de bana ve bu durumun hastalıktan kaynaklandığına inanmalısın. Şayet inanırsan duyduğun sesler yaşamına tesir edemez.” şeklinde hastalık belirtileri anlatılmalıdır. Şizofreni hastalığında birey, duyduğu sesleri gerçekte de varmış sanır. Günlük yaşamına devam ederken sesler yokmuş gibi davranabilmeyi öğretmek temel amaç olmalıdır. İkna tutumunda, hasta anlaşılamadığını, kendisiyle empati kurulamadığını düşünür; bu durum da bireyin öfkelenmesine, güveninin azalmasına,

içindekileri paylaşmamasına ve yalnızlaşmasına yol açar. Terapötik yaklaşımda ise, birey yargılanmadığının; aksine anlaşıldığının, ötekileştirilmediğinin, söylediklerine ve yaşadıklarına inanıldığının, kendisine yardım edilmek istendiğinin farkına varır (Çoban, 2009: 243). Şizofreninin akut döneminde hastaya yapılan açıklamaların ya da uyarıların, birey tarafından anlaşılmadığı görülür. Akut dönem sonrası farkına vardırma ve bilgilendirme çalışmaları yapılabilir. Terapötik sürece geçmeden önce ilaç tedavisiyle hastanın beynindeki biyolojik denge ile birlikte söylenenleri doğru idrak etmesi sağlanmalıdır.

İçgörü; bireyin hasta olduğunu onaylaması, içinde bulunduğu durumun ve yaşadıklarının hastalıktan olduğunun farkına varması, tedavi görmesi gerektiğinin bilincinde olması durumudur. Tedavi uyumunu ve sürecin daha iyi geçmesini sağlar. Akut dönem sonrası içgörüye yönelik çalışma yapılmalıdır (Çoban, 2009: 245). İçgörü ve muhakemenin bozulduğu şizofreni hastalığında bireyin yaşadıklarının hastalıktan kaynaklandığını ve bunun giderilmesi için tedavi olması gerektiğini anlaması çoğu zaman oldukça güç olmaktadır.

Hastalığın genellikle erken erişkinlik döneminde ortaya çıkmasından dolayı toplumsal ve mesleksi yeti yitimi olmaktadır. Hastanın hayatını yeniden yapılandırmasına yardım edilmeli, bağımsız yaşaması öğretilmelidir. Tam anlamıyla etkin bir tedavinin sağlanması, hastalık belirtilerinin geçmesinin yanında yitirdiği yetileri de öğrenmesi anlamına gelmektedir. Tedavinin hedefi hastanın daha işlevsel hale gelmesidir. İlaç tedavisi ile birlikte uygulanan psikoterapötik yaklaşımlar, psikososyal bakım ve rehabilitasyon ile şizofreni hastaları sağlıklarına kavuşabilirler. Şizofreni hastalarına bireysel terapi, grup terapisi, aile psikoterapisi ve psiko-eğitim gibi yaklaşımlar uygulanabilir.

Bireysel Psikoterapiler

Şizofreni hastalarında sık izlenen insanlardan zarar görme düşüncesi ve temel güvensizlik, kendilerini diğer insanlardan soyutlamalarına (izolasyon ve yoksunluğa) yol açmaktadır. Hastayı ve şikayetlerini anlamaya çalışmak, hastanın gerçeğe uyum sağlamasına yardım edilmesi temeline dayanır. Destekleyici bireysel terapinin hedefleri; erken dönemde hastayla işbirliği yapılması, hastalık belirtilerinin azaltılması, gerçeği değerlendirme işlevinin sağlanması, sağlıklı davranış ve benlik savunmalarının

güçlendirilmesi, ilaç uyumunun sağlanması, günlük sorunlarının çözümüne yardım edilmesi, hastaya ev ihtiyaçlarını, hayatını idame ettirecek gelirini, tıbbi bakımını sürdürebilmesi konusunda rehberlik edilmesi, hastanın hastalık konusunda bilinçlendirilmesi, aileyle işbirliği yapıp hastaya destek sağlanması, amaçları konusunda gerçekçi kararlar almasına yardım edilmesi, eğitimsel ve mesleki rehabilitasyonunun sağlanmaya çalışılması, hastanın geçmişinde, hastalığının ortaya çıkmasında ya da belirtilerin tekrar etmesinde rolü olmuş ya da olması muhtemel stresler konusunda bilinçlendirilmesi, hastalık belirtilerinin farkına varmasının öğretilmesi, gerektiğinde ev ziyaretleri ile aile desteğinin alınması, şeklinde özetlenebilir. Sorun çözücü destekleyici terapilerin, özellikle sosyal ve meşguliyet terapileriyle birlikte uygulandığında, olası tekrarları önleyebildiği bilinmektedir (Işık, 2006: 452). İyi kurulan danışman – hasta ilişkisi ile birlikte olumlu sonuçlar elde edilebilir. Danışmanın empati kurabilmesi ve güven vermesi önemlidir. Başarılı bir sonuç elde edebilmek için, hastaya özgün bir tedavi yaklaşımının belirlenmesi gerekmektedir.

Şizofreni hastaları kişilik yapıları, zeka düzeyleri, uyum yetenekleri, kişilerarası ilişkileri, becerileri vb gibi çeşitli açılardan birbirinden farklıdırlar. Bu nedenle hastalık öncesi uyumu ve uyum yeteneği daha iyi düzeyde olan hastaların, hastalık sonrası işlevsellikleri, başa çıkma yetileri ile uyum ve sürdürüm düzeylerinin de daha iyi olması beklenir. Şizofreni hastalığı heterojen bir hastalıktır. Tüm hastalara birbirinin aynı ve kalıplaşmış bir tedavi uygulanması doğru bir yaklaşım değildir. Hastanın hem mevcut belirtileri ile tedaviye uyumu hem de tedaviden yarar görmesi, içinde bulunduğu hastalık dönemine göre farklılık gösterir. Herhangi bir hastada, herhangi bir zamanda hastalığın ortaya çıkışı ya da tekrarına sebep olabilen bir stres etkeni, sağlıklı ve yeterli başa çıkma stratejileri geliştirmiş ya da sosyal destekleri daha güçlü olan bir başka hastada ya da aynı hastada bir başka zaman diliminde, aynı olumsuz etkiyi oluşturmayabilir. Belirtilerin hastadan hastaya farklılık gösterebileceği ya da çevresel etkenlerle değişebileceği unutulmamalıdır (Işık, 2006: 453).

Kendi varlığı ile yakın sosyal çevresine olan güvenini yitiren şizofreni hastası, sosyal ilişkilerden korkar, kaçır ve en sonunda da kendi dünyasına kendini hapsedir. Ancak öte yandan sosyal ilişkilere gereksinim duyar. Bahsedilen “gereksinim – korku ikilemi” ile birlikte, insanlarla iletişimini devam ettiremez, bağ kurmak istedikçe korkuları artar; korkuları arttıkça da iletişim kurması zorlaşır (Öztürk ve Uluşahin, 2008: 309). Tedavide

olumlu aktarımın rolü büyüktür. Hastanın kendine güven duygusunu geliştirebilmek amacıyla gittikçe artan yoğunlukta işler, ev ödevleri, görevler verilmelidir. Hasta bu yöntemle hem dış dünyaya açılacak hem bilinçdışından uzaklaşacak hem de gerçeğe yönelimi, yoğunlaşması sağlanıp, bilinçli farkındalık oluşturulacaktır (Işık, 2006: 457).

Hastanın hastalık öncesi işlevsellik düzeyi, hastanın kendisinin tanımladığı tedavi hedefleri, uygun tedavi belirleyicileri olabilir. Hastaların hastalığa uyumları ve doğal başa çıkma yetenekleri güçlendirilebilir, temel insani gereksinimleri sağlanabilir. İşlevsellik olabilen en üst düzeye çıkarılarak yaşam kalitesinin artırılması sağlanabilir (Işık, 2006: 454). Psikoterapi hastaların, hastalıklarını yönetmelerine destek olmalıdır. Hastanın gerçeği değerlendirmesini, ilaçlarını düzenli kullanmasını, günlük hayatta karşılaşabileceği stres faktörleriyle baş etmesini, hastalık tekrarlarının öncü belirtilerini tanımasını, gerekli durumlarda sağlık ve sosyal yardım servislerine başvurmasını, hastalığın damgalayıcı özellikleriyle ve toplumsal geri çekilmeyle baş etmesini sağlamak şizofrenideki psikoterapinin özelliğidir (Candansayar, 2005: 218). Şizofreni hastalığının seyri sırasında dönem dönem değişiklikler izlenebilir. Ailenin hastalık belirtileri, gidişi, tedavisi gibi konularda eğitilmesi (psiko-eğitim), hastalık belirtilerinde tekrarların azalmasında olumlu etkiye sahiptir.

Grup Psikoterapileri

Grup ortamı dışarıda yaşanan gerçek dünyaya ve gerçekte yaşanan kişilerarası ilişkilere daha yakın ve benzerdir. İlaçlarla birlikte grup terapisine alınan hastaların, sadece ilaç tedavisi gören hastalardan daha yüksek düzeyde iyileşme gösterdiği bilinmektedir (Işık, 2006: 458). Grup terapisinin amacı; bir kişinin farkına varamadığı bir durumun bir başkası tarafından fark edilmesidir. Açığa çıkan sinerji ile birlikte grup üyeleri çok daha fazla tecrübe kazanma olanağına sahip olur (Çoban, 2009: 247). Grup terapisinin bir diğer amacı da bireyin kendi kaynaklarını daha etkin bir şekilde kullanarak işlevsellik kazanmasını sağlamaktır. İletişim ve etkileşim ana çerçevedir. Her psikoterapi aynı zamanda bir hayat bilgisidir. Grup terapilerinde hastaların hastalıkla nasıl başa çıktıkları, nasıl mücadele ettikleri, kişisel deneyimlerinin paylaşılması istenir. Hastaların bilgi ve sosyal beceri seviyesini yükselten yaklaşımlardır. Sosyal geri çekilme yaşayan şizofreni hastalarının sosyal ortamıdır. Bu terapiler aylarca sürebilir. Bu yaklaşımda gerekli mesajlar hastaya, tüm grup üyeleri tarafından verilmektedir. Hastanın toplumsal etkinliğinde, davranışlarının düzeltilmesinde etkili olmaktadır.

Grup terapileri, hastaların içgörü kazanmasına yardımcı olur. Grup tedavileri aracılığıyla hastalıklarının ve “kendi kendilerinin” daha fazla farkında olabilir ve bunu da aynı hastalığı yaşayan diğer grup üyelerinden öğrenebilir. Hastalar gruplar sayesinde seans sonuna kadar aynı ortamda kalıp beraberliğe katlanabilmeyi, gerçeklerle, hastalıklarından kaynaklanan belirgin çarpıtmaları, yanlış algılamaları ya da inanışları arasında ayırım yapabilmeyi, diğer grup üyeleriyle kaynaşma ve yardımlaşmayı öğrenirler. Sosyal ilişkilerini, kişilerarası iletişimlerini ve sorun çözme becerilerini geliştirebilir, iyileşen diğer hastalardaki davranışları benimseyerek sağlıklı yeni davranış kalıplarını öğrenebilirler. Gruba yeni dahil olan hastalar aracılığıyla da sosyal becerilerini deneme olanağı bulurlar (Işık, 2006: 459).

Grup terapilerinde bireyler, başka insanlarla benzer deneyimleri paylaşarak sıkıntılarını azaltabilir, akran destek gruplarıyla sosyal izolasyonu engelleyebilir ve sosyal ağlarını genişletebilir (Bademli ve Çetinkaya Duman, 2013: 473). Grup terapilerinde bir araya gelen insanların, yalnızlık ve çaresizlik duygularının azalması sağlanabilir. Grup terapisinin şizofreni hastalarında sosyal uyumu arttırdığı düşünülmektedir. Grup üyeleri arasında işlevsellik düzeyi, sosyo-demografik özellikler, cinsiyet vb konularda denge olmalıdır. Aynı zamanda zeka, algılama, dikkat düzeyleri, ilaç uyumu da dikkate alınmalıdır.

Şizofrenide Bilişsel Davranışçı Tedavi Yaklaşımları

Bilişsel hasarlar, şizofreni hastalarının yaşadığı sosyal beceri yoksunluğu, gündelik yaşam sorunlarının ana nedenleri arasındadır. Yaklaşımın amaçları; sosyal sorunların (sosyal içe çekilme, ilgi azalması, zevk alamama) azaltılması ve hastalıkla başa çıkma, daha iyi yaşam kalitesine ulaşma ve buna bağlı olarak bireysel işlevselliğin arttırılmasıdır (Işık, 2006: 465). Belleği iyi olmayan hastalar özellikle sosyal beceriler açısından çok az ilerleme kaydetmektedir. Bilişsel performanstaki değişiklikler sadece bilişsel yetenekte değil, sosyal işlevsellikte de iyileşmeye olanak tanır. Şizofrenideki bilişsel yeti kayıpları, bellek ve dikkat sorunları, unutkanlık hastalığın seyri üzerinde olumsuz etki yapmaktadır. Unutulmaması için yazılı açıklamalar vermek, ev ödevleri vererek dikkati sağlamlaştırmaya çalışmak tedaviyi tamamlayan önemli katkılardandır. Bilişsel yetilerin bozulması hastanın sosyal ve mesleki hayatında da işlevselliğini bozmaktadır. Hastaların önemli bir kısmı gün boyu evlerinden çıkmamakta, evde geçirdikleri vakitte de genellikle yaptıkları bir iş veya meşguliyet bulunmamaktadır. Önemli oranda sosyalleşme problemi

bulunan bu hastaların sosyal faaliyetlere katılımının desteklenmesi, bu doğrultuda cesaretlendirilmesi, uygulayabilecekleri şekilde ödevler ile ev işleriyle ilgili sorumluluk verilmesi önemli davranışçı yönlendirmeler arasında gösterilebilir.

Şizofreni hastalarında, bilişsel süreçteki tedavinin başarılı olarak devam edebilmesi için sosyal ve davranışsal düzeydeki işlevlerin de ele alınması gerekir. İşlevselliğin bilişsel, davranışsal ve sosyal boyutları bütünleştirilmelidir. Sosyal işlevsellikteki bozulmalar, baş etme becerilerinin gelişimi ile bu becerilerin doğru yönde kullanılmasını güçleştirmektedir. Hastanın yaşam stresinin azaltılması, aile üyelerinin hastalıkla başa çıkmalarının sağlanması açısından aileyi de içine alan bir tedavi yaklaşımı benimsenmelidir. Bu bağlamda; ailenin hastalığın ortaya çıkışıyla ilgili yaşayabileceği olası kendini suçlama duygularını engellemek ya da azaltmak için şizofreni hastalığı hakkında bilgilendirme yapılabilir. Aile içinde hastalığa bağlı olarak ortaya çıkan aile içi sorunlara destek olunabilir. Yüksek beklentilerin olduğu aşırı uyarıcı ortamlardaki zorlayıcı koşullar, işlevsel bozukluklar gösteren şizofreni hastalarının hastalık belirtilerinin tekrar riskini arttırdığından hastalığın tedavisinde çevresel uyaranların da kontrol edilmesi gerekmektedir. Bilişsel – davranışçı tedavi uygulamaları; hastaların kendilerini etiketlemelerini ortadan kaldırmayı ve yaşantılarını normalize etmeye yönelik psiko – eğitim çalışmalarını içermektedir (Işık, 2006: 470-478).

Tedavi esnasında bireyin hastalığı kavrayarak hastalığa dair içgörü kazanması, inatçı belirtileri kabul ederek bunlarla birlikte, bunlardan etkilenmeden hayatını devam ettirmesine olanak tanır. Bireylerin, seslerin ve düşüncelerin hastalığa bağlı olarak ortaya çıkan bir durum olduğunu fark etmesi, belirtilere rağmen yaşamını devam ettirmek zorunda olduğunu bilmesi, onlarla baş etmek için yeni stratejiler geliştirmesine olanak tanır. Örneğin, işitsel varsanılara sahip olan bir birey, kulaklıkla müzik dinleyerek bu seslerle mücadele edebilir. Kendisini meşgul etmek, seslerin bir müddet sonra geçeceğini farz etmek, şüphelendiği durumlar ile ilgili düşüncelerini güvendiği kişilere danışarak gerçekliği konusunda destek almak şeklindeki yöntemler baş etme teknikleri olarak düşünülebilir (Candansayar, 2005: 254). Hastalık hakkında bilgi sahibi olmak; hastalıkla baş etmeyi, tedavide sürekliliği sağlar. Hastalıktan bahsederken düşüncenin şimdiye kadar gerçekleşmemiş olmasından ve düşünce olduğunu kanıtlayan durumlardan bahsedilebilir. Hasta, eğer hastalığa dair belirtileri anlamlandırabilirse; hastalıkla baş

etmek için çok daha fazla çaba sarf edecek ve baş edemediklerini de kabullenerek onlarla birlikte hayatına devam etmeyi öğrenecektir.

Zaman içinde yalnızlaşan hastanın, bireysel çabasıyla toplumsallaşma girişimine katılmasını beklemek yanlış olur. Toplumsallaşma çalışmasında aile üyelerinden ve yakın sosyal çevreden destek alınabilir. Hedef davranışlar belirlenerek önce destekli, sonraları yalnız olarak yapabileceği toplumsallaşma çalışmalarında bulunulabilir.

Şizofrenide Aile Terapisi

Ortaçağ'da şizofreni hastalığının metafizik etkenlerden kaynaklandığı inancı hakimdi. Hastaların içine şeytan girdiğine inanılır ve yakılarak öldürülürlerdi. 20. yüzyılın başlarında yapılan araştırmalarda bu hastalığın biyolojik kökenli olduğu belirlenmiştir (Çoban, 2009: 255). Tarihsel olarak bakıldığında, aile üyelerinden birinin şizofreni hastalığının olması, ailenin sosyal çevresi tarafından dışlanmasına ve suçlanmasına yol açmaktaydı. Bu sebeple aile, terapi süreci dışında kalmaktaydı. Daha sonraları hem aile tarafından yalnızlığa terk edilme hem de uygun ilaç tedavisi gören hastalarda bile ortaya çıkan belirti tekrarları, aile terapisinin şizofreni hastalığındaki önemli psikososyal müdahalelerden biri olarak değerlendirilmesini sağlamıştır (Işık, 2006: 481).

Aileler hastalarıyla bir ömür geçirirler. 24 saat birliktedirler. Uzun yıllar hasta birey ile yaşayan aileler hastalığın başlangıç belirtilerini, hastadaki değişimleri kolaylıkla fark ederler. Hastaların bakım ve tedavisini, daha doğrusu tüm sorumluluğunu üstlenen aileler, aynı zamanda hastanın sağlık durumunun kötüleşmesi durumunda da tedavi ekibini doğru yönlendirecek olan kişilerdir. Bilgi eksikliğine dayalı yanlış tutum ve davranışlar yüzünden hastanın iyileşmesinin gecikmesini önlemek için ailenin ve yakın sosyal çevrenin hastalık hakkında bilgilendirilmesi gerekir. Aile üyelerini hastalık hakkında bilinçlendirmek, tedavinin sürekliliği konusunda bilgilendirmek, olası kriz esnasında yapılacakları anlatmak, hastalara nasıl yardımcı olabileceklerini, hastalığa bağlı olarak ortaya çıkan belirtilere nasıl yaklaşacakları konusunda rehberlik etmek tedaviyi işlevsel kılacak ve tedavinin etkisini arttıracaktır.

Şizofreni hastalığına sahip bireyin aile üyeleri tarafından sağlanan bakımı, zaman içinde katlanılması zor bir hale gelebilir. Aile üyelerinin kendilerine ve birbirlerine harcadığı zaman azalırken; baş etmekte zorlanma, stres gibi faktörler üyelerin sorunlarını arttırmaktadır. Hastanın sosyal işlevselliğindeki düzelme, aile üyelerinin de yükünü

azaltır (Arslantaş ve Adana, 2011: 258-270). Hastalık hakkındaki bilgi eksikliği, hasta yakınlarının hastaya yönelik olumsuz tutum geliştirmesine sebep olur. Hastanın hasta olmadığını, bazı davranışları bilerek yaptığını ya da bazı davranışları tembellikten yapmadığını düşünürler. Hasta bireyin hastalıkla mücadele etmediğini düşünerek onu suçlarlar. Hastadan yüksek beklenti içerisinde olup hastaya karşı toleranssız davranabilirler. Aile içinde yaşanan bu sıkıntılar hastanın, hastalığının kötüleşmesine neden olabilir (Tüzer ve diğerleri, 2003: 202).

Aile bireylerine fazla sorumluluk yüklemek de, bir müddet sonra hasta bireye karşı tahammülsüz olma, öfkelenme, suçlayıcı yaklaşma, ihmale maruz bırakma, psikolojik baskı uygulama, fiziksel şiddet gösterme oranlarında artış yaşanmasına sebep olabilir. Günlük yaşamı kısıtlanan, sosyal aktiviteleri azalan aile, zaman içinde makul düşünemez ve hastanın, hastalık belirtilerini inadına gösterdiğini algılamaya başlayabilir. Buna bağlı olarak hasta, aile desteğinden uzaklaşır ve yalnız kalır (Çoban, 2009: 250). Şizofreni hastalığı, aile üyelerini ağır derecede, uzun yıllar boyunca en çok etkileyen, aileyi ruhsal, sosyal, ekonomik yönden en çok yıkıma uğratan hastalıklar arasında gösterilebilir. Rahatsızlığın sürekli olarak ailenin gündeminde yer alması, bir süre sonra aile bireylerinin tükenmesine yol açar.

Ruhsal hastalığa sahip birey kadar bireyin yakın sosyal çevresi de hastalıktan etkilenir. Aile üyelerinin hastalıktan etkilenmesi hastalık süreci ile ilintilidir. Aile üyelerinden biri ruhsal hastalık tanısı aldıktan sonra aile, hastalığın sebebini, ilerleyen dönemde neler olacağını bilmek ister. Hasta olan aile üyesiyle birlikte acı çeker, onu anlamaya çalışırken onunla iletişim kuramamak karşısında çökkünlük ve gelecekle ilgili kaygı yaşar. Hastanın ilk kez atak geçirip hastaneye yatırılması durumunda aile üyelerinde şaşkınlık, korku ve kaygı olurken; 9. kez atak geçirip hastaneye yatan hastanın yakınlarında bıkkınlık, umursamazlık gözlenebilir (Gülseren, 2002: 144-147). Hastanın bakımını üstlenen aile bireyleri, günlük yaşantısının merkezinde yer almaktadır. Bakım verme yükü ile birlikte birey, kendi rolü ile bakım verme rolü arasında bir ikileme girer. Aile içi ilişkilerde, ailenin sosyal aktivitelerinde, çalışma ve yakın çevre ilişkilerinde değişimler gündeme gelir (Atagün ve diğerleri, 2011: 516). Hastaların bakımından sorumlu olan ailelerin yaşamı, hastalıktan olumsuz etkilenmekte ve özellikle bakım veren aile bireylerinin stres yaşamasına yol açmaktadır. Şizofreni hastalığına sahip bireyin bakımını üstlenen bireyler

de yaşadıkları stres ile baş etmekte zorlanmakta ve ruhsal sağlık sorunu yaşayabilmektedirler (Bademli ve Çetinkaya Duman, 2013: 461-462).

Aile, hastalık belirtileriyle başa çıkmada en güçlü doğal kaynaktır. Ailelerin, hasta bireyin bakımını yürütürken hastalığın seyri ile hastaya yaklaşım konusunda bilgi, beceri ve desteğe ihtiyaçları vardır (Köroğlu ve Hoccoğlu, 2017: 172). Ailenin, tedavinin dışında kaldığı tedavi planları etkisiz ve eksiktir. Bu sebeple günümüzde ailelerin de dahil olduğu tedavi modelleri hedef alınmaktadır (Tüzer ve diğerleri, 2003: 199).

Şizofreni hastası bir bireyle yaşama tutunmaya çalışmak aile içi ilişkilerde aksaklıklara yol açabilir. Hastalık belirtileri hakkında bilgi sahibi olmamak, hastadan yüksek beklentiler içerisinde olmaya bağlı olarak hastayı aşırı ve ağır derecede eleştirmek, hastaya bireysel yaşam alanı bırakmamak, hasta bireye çocukmuş gibi davranmak, kızgınlık ifadelerini sanki sağlıklı bir bireye gösteriyormuş gibi sergilemek hastanın davranışlarının birbiriyle uyumlu olmamasına yol açabilir. Aileler, şizofreni hastalığına sahip olan aile üyesinin tek başına iş yapamayacağını, kendi fikirlerinin olmadığını düşünerek yanlış tutum içine girebilirler. Şizofreni hastasının düşünceleri mantıksız olabilir; fakat bu hastalık kişinin beşeri haklarını elinden almaz. Bireyin hastalığı dinlenilmesine, anlaşılmasına, saygı gösterilmesine engel oluşturmaz. Şizofreni hastalığında düşünce şekil ve içerik olarak bozulur; fakat kişinin düşünme yeteneği ortadan kalkmaz. Hasta düşünmeyen biri olarak görülürse, onu anlamak ve ona yardım etmek olanaksızlaşır. Bu durumda hasta kendini kapatır. Aile bireylerinin aşırı eleştirel, aşırı müdahaleci, sonuçsuz beklentiler içerisinde olma gibi olumsuz tutumlar içerisinde olması hem hastalıkla yaşayan bireyi hem de aileyi çaresizliğe sürüklemekte, umutsuzluk duygusu oluşturmakta, hastalığın alevlenme ve yinelenmesine sebep olmaktadır. Sık hekim ve ilaç değişikliği, sıkça geleneksel tedavi yöntemlerine başvuru çaresiz kalan aile bireylerinin arayışlarıdır. Tüm bu olumsuz davranışlar aileler için ciddi sorun kaynaklarıdır. Aile üyelerine hasta ile diğer aile bireyleri arasındaki iletişim konusunda bilgi verilmeli, yanlış tutumlarının değiştirilmesi sağlanmalıdır.

Hastanın bakımı ile ilgili ek sorumlulukların yüklendiği aile üyelerinde zaman içinde gizli bir öfke oluşabilir. Öfke, akıl yürütme ve empati kurmayı engelleyen duygusal içerikli bir reaksiyondur. Öfkeli aile bireyleri zamanla bireyin, hasta olduğunu unuturlar. Hastanın varsanılarını kasten yaptığını düşünürler. Ailelerin hastalarına verdiği reaksiyonlar zaman zaman doğrudan kızgınlık ve öfke şeklinde gösterilmez; hasta bireyden kaçınma,

görmezden gelme, onunla konuşmama, konuşurken de sert sözcükler kullanma, komut verici ve aşağılayıcı şekilde davranma, onu dinlememe şeklinde de dışa vurum sergileyebilirler. Hasta bir süre sonra ihmal edilebilir. Hastaya duygusal şiddet uygulanabilir. Hatta bu, bir süre sonra hastaya bağırma, kızma ve hakaret etme boyutuna ulaşabilir. Aileler tepki ve davranışlarına engel olamıyorlarsa mutlaka psikolojik destek almalıdırlar.

Kronik ruhsal hastalıklar evliliği de önemli derecede etkilerler. Eşlerden birinin rahatsızlanması ile tüm ailenin dengesi bozulabilir. Hasta eşin rollerini çoğunlukla sağlıklı olan üstlenir. Bakım verme yükümlülüğü olan eşlerin problemlerle baş edebilmesi ve hastalığın olumsuz belirtilerinden tüm aile bireylerinin etkilenmesinin en aza indirgenmesi açısından aile eğitimi önem taşımaktadır (Köroğlu ve Hoccoğlu, 2017: 172). Aile eğitiminin eksik olması, tedavinin de eksik olması anlamına gelir. Ailenin iyi bilgilendirilmemesi halinde, doktorun iyi bir şekilde düzenlediği tedavi de eksik kalır. Bu durumda hastada kişisel ve sosyal boyuta bağlı olarak yeterli iyileşme hali sağlanamaz.

Şizofreni hastalığının tedavisinde hastanın bazı bulguları gizleyebilmesi veya hastalığa bağlı yaşadığı bazı sorunları hatırlayamaması sebebiyle özellikle ailenin dinlenmesi büyük önem taşır. Hastayla birlikte yaşayan aile fertlerinin bilgi ve gözlemine başvurulmalıdır. Aile fertlerinin sosyokültürel ve sosyoekonomik durumları, eğitim seviyeleri, kişisel kapasiteleri tespit edilmeli, bu tespitin ışığında aileler yönlendirilmelidir. Her aileye aynı yönlendirmenin yapılması doğru değildir. Her ailenin ihtiyacı farklıdır.

Şizofreni hastalarının yakınlarında hastalığı inkar gözlenebilir. Hastayı gizlemeyi de beraberinde getiren inkarda hastalık yok sayılır. Bazı ailelerde ise hastalık kabul edilir; ama hasta gizlenmeye de devam edilir. Toplumun ileri gelen ailelerinde hastalığı saklı tutma yönelimi daha yüksektir. Bu aileler, mevcut itibarlarının zedeleneyeceği düşüncesiyle hastalığı gizlerler. Şizofreni hastası ve bu hastaya sahip aile, eksik ve değersiz olarak nitelendirildiği için ailelerde hastalığı gizleme eğilimi vardır (Çoban, 2009: 255). Hastalığın tükettiği aileler kendilerini çaresiz hissederler ve bu çaresizlik hasta yakınlarını depresyona sürükleyebilir.

Aile üyelerinin hastalık sonrası kendi sosyal hayatlarını kısıtlamaları da depresyona sebep olabilir, hasta bireyin de sosyal aktivitelerden kendini izole etmesi bu depresyonun

şiddetinin artmasına neden olabilir. Ailenin tedavi ekibiyle işbirliği içinde olması, sosyal destek ağını güçlendirmesi, damgalamaya kurban olmak yerine mücadele etmesi gerekmektedir (Gülseren, 2002: 149).

Sosyo-ekonomik düzeyi düşük olan bireylerin taburcu olduktan sonraki süreçte, sosyo-ekonomik durumu yüksek olan bireylere oranla çok daha fazla uyum gösterdikleri bilinmektedir. Geliri yüksek ailelerin, hasta olan bireye destek amaçlı birilerini görevlendirmesi durumunda, bireye ödev vermek, basit düzeyde işleri yapmaya yönelik cesaretlendirmek zorlaşır. Hâlbuki bireyin yatağını toplayıp odasını düzeltmek şeklindeki gündelik işleri yerine getirmesi, yaşama yeniden tutunmanın ilk ve önemli basamakları olması açısından önem arz etmektedir (Çoban, 2009: 258). Hasta yakınlarına hastalığın biyolojik bir hastalık olduğu, ilaçla tedavi edilebildiği, verilen desteğin de tedavide önemli bir yer tuttuğu anlatılmalıdır. Bununla birlikte hastalıkla mücadele edebilmek için hasta yakınlarının tedavi sürecini desteklemeleri de gerekmektedir.

Hasta ve aileler; özbakımda, sosyal faaliyetlere katılımı ve boş zamanı değerlendirmede azalma, ilaç kullanımında / tedaviye uyumda zorlanma, hastalık belirtileri karşısında ailenin ne yapacağını ve nasıl yaklaşacağını bilmemesine bağlı olarak yaşanan zorluklar, tedavi kontrollerine gitmeme ile hastalığın tekrar etmesi, stresle baş etmede yetersizlik, sosyal destek mekanizmalarının eksikliği gibi güçlükler yaşayabilirler (Köroğlu ve Hocaoglu, 2017: 173). Şizofreni hastasının bakımıyla ilgilenen ailelerin omuzlarında ağır bir yük bulunmaktadır. Etkili baş etme yöntemleri ve sosyal destek ile hem hastalara verilen bakım daha etkin ve kaliteli olmakta hem de ailelerin yükü azalmaktadır (Çetinkaya Duman ve Bademli, 2013: 90). Aile terapisinin odak noktasında; hastalık hakkında bilgi verilmesi, geleceğe ilişkin gerçekçi beklentilerin desteklenmesi, ailenin, hastanın ilaç uyumu, ilaç yan etkileri, yinelemelerin erken belirtileri, acil durumlarda izlenmesi gerekenler vb konularında eğitilmesi, hastalığa bağlı aile içi çatışmalar konularında destek verilmesi yer alır (Işık, 2006: 481).

Bilişsel işlev açısından iyi durumda olan, çalışmakta zorlanmayan, sosyal ilişkilerini sürdürebilen ve bakımını üstlenen aile üyelerine daha az ihtiyaç duyan ruhsal hastaların, aile bireylerine verdiği bakım yükünün de daha az olması beklenir (Atagün ve diğerleri, 2011: 519). Şizofreni hastalığında da erken tedavinin önemi büyüktür. Gecikme tedavi şansını azaltmakta, erken başlangıçlı tedavide de alınacak olan yol fazla olmaktadır (Çoban, 2009: 255). Ailelere verilen psikososyal desteklerle aile bireylerinin stresle baş

edebildikleri, yaşadıkları zorlukların azaldığı, daha işlevsel oldukları; hastaların da ilaç tedavisi ve kontrol randevularına daha fazla uyum sağladığı ve problem çözme becerilerinin geliştiği bilinmektedir (Köroğlu ve Hocaoglu, 2017: 173). Şizofreni hastasının bakımını üstlenen aile bireylerinin tedavi sürecine dahil edilmesi ile birlikte sağlanan profesyonel destek ile hem bireyin fonksiyonelliği artar hem de aile bireyleri ruhsal olarak rahatlar (Bademli ve Çetinkaya Duman, 2013: 471-473). Aile faktörü ilaç tedavisine eklendiğinde hastanın tedaviye uyumu artırılabilir, erken dönem belirtileri fark edilerek müdahale edilmesi sağlanabilir. Hastanın sosyal ilişki kurmasına, becerilerini geliştirmesine destek olunabilir.

Ailelere uygulanan eğitimlerle aile bireylerinin yaşadığı zorlukların azaldığı, ailenin işlevselliğinin arttığı, hastaların tedavi ve randevu uyumunun arttığı, hastalığın tekrar etme ile hastaneye yatış sayısının azaldığı düşünülmektedir (Çetinkaya Duman ve Bademli, 2013: 91). Aile tedavi ekibinin bir parçası olduğunda; öncül belirtiler ya da olası yineleme durumları denilen daha sinirli olma, uyku düzeninde bozulma, çevreye olan ilginin azalması, geri çekilme, huzursuzluk gibi uyarıcı işaretler kolaylıkla fark edilebilmektedir. Böyle durumlarda ailenin bu işaretleri fark edip bilgi vermesi ile birlikte gerekli tedbirler alınarak hastanın yatışının önüne geçilebilir. Aile tedavisi ilaç tedavisine eklendiğinde; hastalar sosyal ilişki kurma, var olan becerilerini geliştirme ve yenilerini oluşturmaktadır. Aile, hastanın iyileşme sürecini destekleyen en yakın sosyal çevresidir.

Şizofreni hastasını anlamak, onunla empati kurmak kolay değildir. Hastayı anlayamamak, bazı aileleri öfkeliendirir. Aslında bu öfkeyi oluşturan ana neden, hastasını anlayamayan hasta yakınlarının, kendilerine duydukları kızgınlık duygusudur. Çaresizlik içerisinde olan hasta yakınları zaman içinde uzaklaşır. Buna karşın hastasını anlayamadığı halde dinleyen, anlamaya çabalayan aile bireylerinde zaman içinde hissetme becerisi gelişir ve bu aileler hastanın tıbbi ve kişisel ihtiyaçlarını çok iyi belirlerler (Çoban, 2009: 262). İşlevsel ailelerde, hastalığın başlamasına karşı koruyucu bir ortam oluşturulur. Bu ailelerde, aile bireyleri hastanın iyileşme sürecinde kendilerinin önemli bir rolleri olduğunun farkındadırlar. Kendilerini hastalıktan ötürü suçlamazlar (Köroğlu ve Hocaoglu, 2017: 172). Ailelerinin eğitilmesiyle birlikte, ailenin işlevselliğini arttırmak, tedaviye uyumun sağlanması için işbirliği kurmak ve hastanın bağımsız bir birey olarak hayatını devam ettirmesini sağlamak amaçlanmaktadır (Arslantaş ve diğerleri, 2009: 4).

Kronik ruhsal hastalığa sahip bir aile üyesiyle yaşamının getirdiği yük ile birlikte toplumun şizofreni hastalığına olan olumsuz tutumu, kalıp yargıları ve bakış açısı da ailenin yükünü arttırmaktadır. Verilen sosyal destek ile hastanın sosyal işlevselliğindeki düzelme, ailenin de yükünün azalmasını sağlar (Köroğlu ve Hoccoğlu, 2017: 173). Dış gerçek yani dış dünya hastanın yakın çevresidir. Tedavide ilerleme kaydedilmesi için hastanın dış dünyasının hastalıkla mücadele etmesi gerekmektedir. Ancak bu şekilde yabancılaşma engellenebilir. Hastanın yabancılaşmasına karşın yakın çevresi onu daha sıkı kucaklamalı, hastalık öncesi yakınlık korunmalıdır. Hastaya üstesinden gelebileceği sorumlulukların verilmesi durumunda; çaresiz olduğunu düşünme, yetersiz hissetme ve işe yaramadığı şeklindeki duyguları azalır ve bireyin toplumsallaşmasına katkı sağlanır (Çoban, 2009: 259-264). Aileler ile görüşmeler; hasta yanında yapılmalı, sorun çözmeye, hastalık hakkında bilgilendirmeye ve tedavi planına odaklanılmalıdır. İlaçların hareketleri yavaşlatma etkisi bulunmaktadır. Hasta işlerini yapsa bile yavaş hareket edecektir. Hastayı zorlamak yerine desteklemek gerekir. Aile, hastaya moral vermeli, hastayı cesaretlendirici şekilde davranmalıdır. Hastalık sorumlulukları ortadan kaldırmadığı gibi kişinin hastalığının olması onun zorla bir şeyleri yapması gerektiği anlamını da taşımaz. Hastaya sorumluluk vereyim derken dikte etmek hastanın tepki göstermesine sebep olur. Hasta, hasta olduğu için kendisinden istenilen her şeyi yapmak durumunda değildir. Aile üyeleri hastayla iletişim kurarken kullandıkları ifadelerle dikkat etmelidir.

Hasta sosyal çevresinden zaman zaman küçümseyici şakalara maruz kalabilir. İnsanlar birbirlerine yapmayacakları şakaları hasta bireye yapabilirler. Kişiyi değersizleştiren bu davranışı yaparken, hastalığa bağlı olarak kişinin değerinin düşmediği, insani haklarının elinden alınmadığı göz ardı edilmektedir. Ailede, belli bir konumda bulunan bireyler, hastalık sonrasında “hasta” kimliğine dahil edilmeden eskiden var olan konumlarıyla karşılanmalıdır. Hastalık öncesindeki kimliğin, hastalık sonrasında da korunması; özgüvende artış yaşanmasını ve hastalık seyrinin iyi yönde hareket etmesini sağlar (Çoban, 2009: 261).

Aile üyeleri hastalıkla baş etmeye çalışırken; hasta bireyin bakımını sağlamak amacıyla mevcut sosyal hayatlarından koparak, iş yaşamlarından, kariyerlerinden vazgeçip kendi geleceklerini feda edebilir, hastaya karşı aşırı koruyucu davranışlar sergileyebilirler. Bu işlevsel olmayan tutumlar karşısında hasta birey bağımlı hale gelebilir, sosyal işlevselliğini önemli derecede kaybedebilir, yeti yitiminin de hızlanmasına zemin

hazırlanabilir. Ailenin hâlihazırdaki yükü de artabilir. Bu durumda ailenin eğitilmesi gerekli hale gelir (Köroğlu ve Hocaoglu, 2017: 173). Tedavi sürecinde hastaya verilen destek, hastanın işlevsel kayıplarından olumsuz yönde etkilenmesini azaltır. Aile bireyleri ve yakın sosyal çevresi, hastanın ve kendi beklentilerinin düşürülmesi yönünde bilgilendirilmelidir. Ailenin yanında arkadaş desteği de çok önemlidir. Aile tedavilerinde, hastanın sosyal çevresiyle olan iletişimi geliştirilir, bakım verenin yükü, ailenin stresi azaltılabilir, aileye sorunlarla başa çıkmaları konusunda destek verilebilir, hastalık ve hastaya yaklaşım konusunda eğitim verilebilir, aile üyelerinin daha geniş sosyal ağlarla ilişki kurması da teşvik edilir. Ailenin gerçekçi olmayan beklentileri azaltılıp, daha gerçekçi hedefler belirlenir. Beklentilerin gerçekçi düzeye indirgenmesi hastanın kayıplarını azaltırken, ailenin de yükünün azalmasını sağlar.

Hastalığın seyrinde aile üyelerinden bakım verenlerin aldığı sosyal destek bireyin yükünü azaltmakta, sürece uyumunu arttırmakta ve stresini azaltmaktadır (Arslantaş ve diğerleri, 2009: 7). Hastaların ve ailelerinin grup oluşturması, dernek çalışmalarına katılması, toplumsal ağ kurmaları iyilik hallerine arttırıcı etki sağlayabilir (Yıldız ve diğerleri, 2003: 285).

Psikososyal Beceri Eğitimi

Şizofreni hastalığının tedavisinde sadece bilişsel bozuklukların ele alınması tedavinin eksik kalmasına sebep olur. Hastaların yaşam kalitesinin yükseltilmesi için hastalıkla baş etme yöntemlerini öğrenip, bunları da birer beceri haline getirip günlük pratiğe geçirebilmeleri gerekir. Becerilerin artırılması, iyileştirilmesi, yenilerinin kazanılması işlevselliği arttıracaktır. Beceri kazandırma eğitimi, baş etme stratejilerinin temel eksenidir (Işık, 2006: 484). Tedavi sürecinde ilaç tedavisi ruhsal toplumsal tedavi programlarıyla desteklenmelidir. Tedavinin başarılı olabilmesi için ilaç tedavisinin ruhsal ve toplumsal girişimlerle bütünleştirilmesi gerekmektedir. İlaç tedavisi ile birlikte Psikososyal Beceri Eğitimi (PBE) bireylerin hastalıkla baş etme becerilerini geliştiren, hastalığın alevlenme ve yinelenmelerini engelleyen yahut azaltan, sosyal işlevselliği, hastalığa dair içgörüyü, tedavi uyumunu ve bireyin yaşam kalitesini arttıran bir eğitim programıdır. Tam bir tedavi, ancak bu şekilde sağlanabilir (Deveci ve diğerleri, 2008: 267). Programın amacı; hastalığın belirtilerini, seyrini ve tedavisini anlatarak, aile üyelerinin hasta bireye karşı yaklaşımını değiştirmek, hasta birey ile aile üyeleri

arasındaki iletişim ve etkileşimin düzeyini arttırmaktır (Çetinkaya Duman ve diğerleri, 2007: 95).

Şizofreni hastalığına sahip bireylerin çoğunda hastalığın bir döneminde içgörü bozulur. İçgörü; ruhsal hastalığın farkına varma, hastalık belirtilerinin, tedavi olmama durumunda sosyal sonuçlarının farkındalığını içeren bir kavram anlamına gelmektedir. PBE programları ile şizofreni hastalarının hastalığa dair içgörüsü artmakta, yaşam kaliteleri yükselmekte, toplumsallaşmalarına destek olunmaktadır. Şizofreni hastalarında içgörünün düşük olması, tedavi uyumsuzluğuna ve psikopatolojide artışa neden olmaktadır (Deveci ve diğerleri, 2008: 271). Majör bir ruhsal hastalık olan şizofreni, iş, okul, ebeveynlik, özbakım, bağımsız yaşama, sosyal ilişkiler ve boş zaman aktiviteleri gibi alanlarda işlev bozukluklarına sebep olur.

Psikososyal tedavilerle birlikte şizofreni hastalığına sahip bireylerde ve ailelerinde sosyal işlevsellik, aile ilişkileri, sosyal uyum ve yaşam kalitesi bakımından gelişme sağlandığı bilinmektedir (Arslantaş ve diğerleri, 2009: 4). Psikososyal tedavi programları ile hastaların sosyal destek mekanizmalarının arttığı, hastanede yatış sürelerinin kısaldığı ve aileleriyle yaşadıkları çatışmaların azaldığı bilinmektedir.

Sosyal Beceri Çalışmaları

Sosyal beceri çalışmaları kapsamında iletişim becerileri eğitimi; konuşma ve dinleme, duygularını ifade edebilme; sorun çözme becerileri eğitimi; sorun belirleme, alternatif çözümler üretip bu alternatifler arasından yararlı olanlarını seçip sorunu çözümleyebilme; yaşam becerileri eğitimi; özbakım, beslenme planı, paranın idaresi, boş zaman etkinliği, iş yaşamında beceri arttırma, toplumsal kaynakları kullanabilme; kendi kendine öğrenme eğitimi; kendi davranışlarını planlama ve denetleme; olası yinelemeleri gösteren uyarıcı belirtileri ya da tedaviye rağmen devam eden belirtileri tanıma eğitimi; belirtileri fark edip sosyal çevreden ve tedavi ekibinden destek alma; ilaç tedavisi uyumu eğitimi; ilaç yan etkileri, birlikte alınmaması gereken maddeler (alkol vb); temel sosyal beceri eğitimi; gülümseme, uygun ses tonu ile konuşma, konuşma süresi gibi durumlarla ilgili olumlu ve olumsuz deneyimleri ele alır (Işık, 2006: 486).

Sosyal beceri eğitiminde; günlük yaşam aktiviteleri (ilaçlarını düzenli alabilme, para yönetimi, temizlik ve kendine bakım), mesleği (iş) sürdürebilme, boş zaman değerlendirebilme, yakın ilişkiler kurma, sosyal problemleri çözebilme gibi sosyal

işlevselliği sürdürmek amaçlanmaktadır. Bu eğitimde kendine bakım, temel iletişim becerileri, sağlık ve hijyen, beslenme planı yapabilme, paranın idare edilmesi, boş zaman etkinliklerini arttırma, iş yaşamında beceri arttırma, toplumsal kaynakları ve sosyal ağı kullanabilme gibi alanlar hedeflenmiştir (Candansayar, 2005: 271-273). Şizofreni hastalığının tedavisinde de bireyin işlevselliğinin arttırılması hedeflenmektedir. Bireyin sosyal işlevselliğindeki artışla birlikte ailenin yükü de azalır (Pazvantoğlu, 2014: 54).

Bireyin toplumsal yaşama uyumu ilk olarak gündelik olağan işleri yapmakla başlar. Çoğu insan sabah belli bir saatte uyanır, el-yüz temizliğini yapar, kahvaltısını eder, üzerini değiştirir ve işe gitmek amacıyla evden ayrılır. Tüm bunlar kendiliğinden olan gündelik işlerdir ve yapılabilmesi durumu beynin sağlıklı olması ile ilintilidir. Şizofreni hastalığında beynin planlama ve programlama bölümleri bozulduğu için bireyin gündelik yaşamını devam ettirmesine yönelik uygulamalar, aynı zamanda beyninin gelişmesi konusunda da destekleyicidir (Çoban, 2009: 265). Psikososyal tedavilerde hastaların kişilerarası ilişkilerinde kolaylık sağlayacak ve hastalıkla – yaşamsal zorluklarla baş etmelerini içeren teknikler kullanılarak hastaların doğal yetenekleri haline getirilmeye çalışılır. Bununla, hastaların içgörü geliştirmeleri ve sosyal yaşamın içinde daha bağımsız, etkin ve doyumlu bir hayat sürmeleri amaçlanmaktadır. Hastanın çalışma hayatı içerisinde aktif bir şekilde yer alması da hastanın tedaviye uyumunu arttırabilir. Şizofreni hastalığının bazı belirtileri çalışmayı engelleyebilir. Mesleki rehabilitasyonla hastaya önce iş becerileri öğretilip daha sonra tam bir işte çalışması teşvik edilebilir. Eve ve topluma katkıda bulunuyor olmak benlik saygısını arttırır, topluma uyum sağlanmasını kolaylaştırır.

Hastalarla göz kontağında olma, iletişimi başlatma ve devam ettirme, el – kol – mimik – ses tonunu ayarlama, selamlaşma – vedalaşma şeklindeki iletişim becerilerinin arttırılmasına yönelik uygulamalar yapılabilir. Doğru zamanlarda cesaretlendirici ve motivasyonel dönütlerde bulunulabilir. Sorun çözme becerileri ile iletişimi arttırmaya yönelik girişimler; verilen ödevler – gerçek ortam çalışmaları ile kuvvetlendirilmelidir. Bilişsel yetilerin artması uzun vadede gerçekleşeceğinden bu konuda acele edilmemeli, sabırlı olunmalıdır. Hedefe küçük ilerlemeler ile yavaş yavaş varılacaktır. Uzun vadede hastanın işlevselliği artacaktır. Sürekli ve tekrarlı bu eğitimlerde hasta yakını ile işbirliği yapılmalıdır. Şizofreni hastalarının hastalık ve tedavisi konusunda bilgilendirilmeleri, hastalığın yinelemesi halinde ortaya çıkacak olan belirtilerle baş etme becerilerini

geliştirir. Sosyal beceri alanında eğitilmeleri ise hastaların yaşam kalitelerinin artırılmasında önem taşır.

Sosyal beceri eğitiminin sosyal ortamlarda kullanılan başa çıkma becerilerini güçlendirdiği, hastanın benlik algısını olumlu yönde desteklediği, eşlik eden kaygı ve stresi azalttığı; hastanede kalma süresini ve hastalığın yinelenme oranını düşürmede de etkili olduğu bilinmektedir.

1.2.Şizofreni ve Damgalama

1.2.1.Damgalama

Damga; delik, delmek, yara, iz anlamına gelmektedir. Günümüzdeki kullanımı ise “kara leke” anlamını taşımaktadır (Bilge ve Çam, 2010: 71). Damgalama, bir bireye toplumun normal saydığı ölçütlerin dışına çıktığı iddiasıyla düşünce, duygu ve davranış bağlamında kötü muamele etmek anlamına gelir. Damgalanan kişiye, adını kötüye çıkaracak bir özellik yüklenmekte, kusurlu, önemsiz ve değersiz muamelesi yapılmaktadır. Etiketlenmiş bireyler, değersiz bir sosyal kimliğe büründürülür (Çoban, 2009: 113). Damgalama ile farklı olduğu düşünülen bireye karşı geliştirilen önyargılı davranış kastedilmektedir (Arkan, Bademli ve Çetinkaya Duman, 2011: 216). Damgalamada bir kişi veya bir grup toplumdaki ayrı tutulmakta, ötekileştirilmektedir. Damga, olumsuz bir anlam taşır (Beyazyüz ve diğerleri, 2015: 3). Damgalama, ayrımcılık ve dışlama, önemli toplumsal sorunlardan biridir ve toplumun her kesiminde yaygın olarak gözlenmektedir (Sevindik ve diğerleri, 2014: 199).

Damgalama kuramının öncüsü olan Goffman damgalamayı, “etiketlenen kişiye daha az kıymet verme hali, bu damgaya sahip olan kişilerin de neredeyse bir birey olarak görülmemesi durumu” şeklinde tanımlamıştır. Damgalamada olumsuz düşünceler ile önyargılar bulunmaktadır. Damgalama sosyal ilişkilerde ayrımcılık şeklinde kendini göstermekte; bireyler bazı haklarında mahrum bırakılmaktadır (Bilge ve Çam, 2010: 71). Goffman damgalanan bireyi ise; kusurlu, değersiz ve önemsiz biri haline gelen kişi şeklinde tanımlamıştır (Karagöl, Çalışkan ve Beyazyüz, 2013: 98).

Damgalamanın kökeni ilkel çağlara kadar uzanmaktadır. Psikiyatrik bir rahatsızlığın bulunması, psikiyatri kliniğinde tedavi görme ve ilaç kullanma, damgalamayı oluşturan sebepler arasında gösterilebilir (Coşkun ve Güven Caymaz, 2012: 122). Damgalama ile

birlikte bireyin temel hak ve özgürlükleri ihlal edilir (Avcil, Bulut ve Hızlı Sayar, 2016: 178). Birey toplumdan ayrıştırılır. Gözden düşürülerek, kötülenir (Doğanavşargil Baysal, 2013: 239). Sosyal dışlanma ile kişinin, özellikle dezavantajlı grupların temel ihtiyaç ve haklarından yoksun kalma / bırakılma, topluma dahil olmaktan engellenme, toplumla kaynaşamama durumu anlatılmaktadır. Toplumsal engellenme sürecini yansıtan dışlanma, kapsamlı ve çok boyutlu bir kavramı ifade eder (Genç ve Çat, 2013: 369). Damga karmaşık bir sosyal olgudur (Bostancı, 2004: 208).

Damga kavramının birbiriyle ilişkili bileşenleri vardır. Damganın kaynağı olmak ve bireyleri damgalamak için bir özellik olmalıdır. Farklı ten rengi, farklı ırk, farklı inanış, farklı hastalık gibi. Farklı özelliklerle birlikte bu damgalama durumuyla bağlantılı kalıplaşmış yargılar (stereotipiler) bulunmalıdır. Stereotipiler, toplumsal bir grubun çoğunluğu tarafından kabul edilen, yerleşmiş, doğru oldukları düşünülen bilgiler olup genellikle yanlış bilgilenme ile birlikte temelleşirler. Bir bakıma “doğru olduğu varsayılan yanlışlar” şeklinde düşünülebilir. Ruhsal hastalığa sahip bireyler hakkındaki stereotipik düşüncelerin içeriğinde, bu kişilerin şiddet davranışına meyilli, saldırgan ve tehlikeli olduğu, bağımsız olarak yaşayamayacakları gibi özellikler sayılabilir. Diğer bir damga bileşeni önyargılar da davranışsal olarak ayrımcılığa yol açar. Önyargılar, insanların tedavi başvurularından geri çekinmelerine de sebep olabilmektedir (Karagöl, Çalışkan ve Beyazyüz, 2013: 98-99). Önyargının oluşturduğu damgalama sonucunda ayrımcılık ortaya çıkar. Ayrımcılık da bireylerin bazı haklardan yoksun kalmasına neden olur (Üçok, 2003: 3). Önyargılarda işverenler, bireysel korku, yanlış ve eksik bilgilerle, ruhsal hastalığa sahip bir çalışanı bünyelerinde bulundurmamak istememekte, bundan dolayı da bu kişileri işe almamaktadırlar.

Genellikle güçsüz olan kesimin maruz kaldığı damgalama adım adım meydana gelir. Önce kalıplaşmış düşünceler oluşur. Sonra bu kalıp düşünceler önyargılara, daha sonra da olumsuz duygulara dönüşür. En sonunda da dışlama olayı gerçekleşir. Bireyin kendini damgalaması da aynı şekilde gerçekleşir. “Başkalarının damgalamasını içselleştirme” olarak düşünülebilen kendini damgalamada birey toplumdan soyutlanır. Damgalama genellikle ruhsal hastalıklara ait bir tanı sonrasında o tanıya sahip olan bireylere yönelik olumsuz düşüncenin meydana getirdiği dışlanma durumudur. Bu isimlendirme (etiketleme), bazen bireyin ciddi boyutlarda etkilenmesine sebep olabilir (Yıldız ve diğerleri, 2012: 2). Damgalanmada bireyin sosyal destek sistemlerinden yoksun kalarak

toplumdan izole olması söz konusudur (Çakan ve diğerleri, 2016: 141). Engelliler, özellikle de ruhsal engelliler hastalığının doğası gereği, toplumsallaşma sürecinde ciddi zorlanmalar yaşamaktadırlar. Bu bireyler, sosyal dışlanmaya maruz kalan dezavantajlı gruplar arasındadırlar. Dezavantajlı gruplara karşı sergilenen toplumsal tutum ve davranışlar toplumsal ayrımcılığa sebep olabilir. Bu durum da sosyal dışlanmayı körükler (Genç ve Çat, 2013: 370-371). Hastaların yaşadıkları sağlık sorunlarının yanı sıra karşılaştıkları damgalanma ve ayrımcılık, rahatsızlığın verdiği sıkıntılardan çok daha fazlasına sebep olabilmektedir. Ruhsal bozukluk tanısı almış olan hastalar, tüm hastaların içinde damgalanmanın olumsuz sonuçlarına en çok maruz kalan ve bundan zarar gören bireyler olarak nitelendirilebilir. Ruhsal bozukluk tanısı, hakaret ve küçümseme aracı olarak kullanılmasının yanında sosyal çevrede ne kadar dikkat çekerse toplumsal damgalanma da o kadar fazla hissedilmektedir (Karagöl, Çalışkan ve Beyazyüz, 2013: 97). Damgalanmanın sonucu olduğu düşünülen olumsuz tutum, aslında damgalamaya hizmet eden tutumdur.

Damgalamada, damgalanan bireye daha az değer verilirken; aynı zamanda aşağılayıcı, hor görücü bir tavır veya davranış da sergilenmektedir. Damgalanan birey, utanç verici bir kimliğe büründürülmektedir (Avcil, Bulut ve Hızlı Sayar, 2016: 177). Ailenin kendini damgalaması durumu ise; suçlanma, utanma gibi duygularla ortaya çıkmakta; gizlenme eğilimi ile devam etmektedir. Kaygılara bağlı olarak ortaya çıkan duygusal sıkıntılar, değersizlik duygusunun yaşanmasına sebep olabilmektedir. Toplum ve bazı toplumsal kurumlar da bireylerin damgalanmasına sebep olabilmektedir (Yıldız ve diğerleri, 2012: 2-3). Damga; sağlık, barınma, istihdam, sosyal ilişkiler gibi alanlarda toplumsal dışlanmaya sebep olmaktadır.

Damgalama türleri; toplum tarafından damgalanma ve kendi kendini damgalama, şeklinde sıralanabilir. Toplum tarafından damgalama; belli bir kişi veya gruba karşı, sahip olunan bir özellik sebebiyle mevcut olasılıklara dayanan reaksiyon anlamına gelir. Örnek olarak; bir toplumda ruhsal hastalığa sahip kişiler saldırgan olarak nitelendiriliyorsa, bu bireylerden uzak durma davranışının sergilenmesi, verilebilir (Karagöl, Çalışkan ve Beyazyüz, 2013: 98). Damgalanan kişi, diğer insanların onu nasıl tanımlayacağı, ona nasıl bir kimlik yükleyeceği ve kendisinin toplumda nasıl karşılanacağı konularında güvensiz hissedebilir (Goffman, 2014: 42). Toplumsal olarak yadırganan, garip, acayip olarak değerlendirilen davranışlar damgalanmayı kolaylaştırmaktadır.

Toplumdaki damgalamanın içselleştirilmesi ile birlikte, bireyler ciddi şekilde örselenir, kişi değersizlik, utanç gibi olumsuz duygularla kendini toplumdan soyutlar. Sosyal girişkenlik azalır, yaşam kalitesi düşer. Tek başına hayatını idame ettirme, bir meslek sahibi olma ve işte çalışma gibi planları gerçekleştirme isteği azalır (Avcil, Bulut ve Hızlı Sayar, 2016: 182-183). Ruhsal hastalığa sahip bireylerin toplum tarafından ayrımcılığa maruz kalması, toplum kaynaklı damgalamayla ilişkilendirilebilir. Bu ayrımcılıkla birlikte sosyal mesafe kavramı ortaya çıkmıştır (Doğanavşargil Baysal, 2013: 240). Sosyal dışlanmada dezavantajlı gruplar toplumla bütünleşmede zorlanırken; toplum da, önyargılara bağlı olarak bu grupları içine almakta tereddüt eder. Sosyal bütünleşmenin sağlanamaması halinde dışlanma ortaya çıkar (Genç, Taylan ve Barış, 2015: 84). Sosyal dışlanmada, bireyin veya belirli bir grubun toplumla olan bağlarının zedelenmesi veya kopması durumu söz konusudur (Genç ve Dalkılıç, 2013: 467).

Damgalanan birey tarafından farkında olunan damgalamada, farklı olduğu duygusuyla birlikte toplumdan uzaklaşma baş gösterir. Farkındalık, damgalanma hissinin ağır yaşanmasına sebep olur (Üstündağ ve Kesebir, 2013: 2). Kendi kendini damgalama veya içselleştirilmiş damgalama, etiketlenmiş bir gruba ait üyelerin, etiketleyici şekildeki davranışları ve reaksiyonları kendilerine yansıtma durumudur. Toplum tarafından damgalamaya paralel şekilde gelişen kendini damgalama; kendini etiketlemeyle baş gösterir, devamında da etiketlenmiş kişilerin tutum ve davranışlarını şekillendirir. Ruhsal hastalıklara sahip olan insanlar, kendilerine karşı geliştirilen kalıplaşmış yargıların bilincindedirler. Bu bireylerin bu yargıları kendilerine uygulaması durumunda, benlik saygılarında ve yeterlilik hissinde azalma ile kendini suçlu, değersiz olarak değerlendirme ve sosyal geri çekilme baş gösterir (Karagöl, Çalışkan ve Beyazyüz, 2013: 99). Birey azalan başarılarının damgalı olmasından kaynaklandığını düşünebilir. Sosyal bir ortama girmesi halinde maruz kalacağı yaklaşımları önceden tahmin eden damgalı kişi, pasif halde kalarak kendini korumaya çalışabilir (Goffman, 2014: 44-46).

İçselleştirilmiş damgalanma, bireyin toplumdaki önyargıları kabullenerek, değersizlik hissi ve utanç gibi olumsuz duygularla toplumdan geri çekilmesi durumudur. Buna göre; damgalanma, kişinin damgalandığını hissetmesi durumuyken, içselleştirilmiş damgalanma kişinin kendisini damgalaması durumudur (Doğanavşargil Baysal, 2013: 242). Bireyin bir ruhsal hastalık tanısı alması ile kendi kendini damgalama süreci başlar.

Bu bireylerin önyargıları kabul edip, benimsemesi durumunda ise benlik saygısında ve kendi kendine yeterlilikte azalma baş gösterir (Avcil, Bulut ve Hızlı Sayar, 2016: 182).

1.2.2.Şizofreni Hastalarına Yönelik Damgalama

Ruhsal bozukluğu olan bireyler, tarihsel süreç içerisinde farklı tutum ve davranışlara maruz kalmışlardır. Bazı toplumlar bu bireyleri kabul ederken, bazıları ise insanlık dışı yaklaşımlar sergileyip toplum dışına iterek, ötekileştirmişlerdir (Arslantaş ve diğerleri, 2010: 12). Ruhsal hastaların toplumdan farklı olan hareketleri, toplumun bu hastalara yönelik yeni bir tutum oluşturmaya neden olmaktadır. Davranış ve yaklaşımları etkileyen tutumlarla birlikte sosyal mesafe kavramı ortaya çıkmıştır (Arkan, Bademli ve Çetinkaya Duman, 2011: 216-227). Damgalamada birey kusurlu olarak değerlendirilmektedir. Etiketlenen birey veya topluluğun farklı olduğu vurgulanmakta, bu kişilere birçok olumsuz özellik atfedilmektedir (Çam ve Çuhadar, 2011: 136). Ruhsal hastalığı olanların daha fazla ayrımcılığa maruz kalmasının sebebi; hastalık belirtilerinin anlaşılmasız ve korkutucu olarak görülmesindendir (Avcil, Bulut ve Hızlı Sayar, 2016: 178). Ruhsal hastalık tanısı ile başlayan damgalamada, ruhsal olarak hasta kişi, “tehlikeli” ve “ne yapacağı belli olmaz” stereotipi ile birlikte devam eder. Etiketleme toplumda var olan stereotipleri uyarır. Stereotipler, önyargılarla desteklenir. Etiketlemede hastaların, toplumdan farklı kişiler olduğu düşünülmektedir (Doğanavşargil Baysal, 2013: 241). Damgalamayı ortaya çıkaran en önemli faktör, ruhsal hastalığı olan bireye karşı hissedilen korkudur. Bu hastalar; dengesi bozuk, etrafındakilere saldıran, onları rahatsız eden ve iletişim problemi bulunan insanlar şeklinde değerlendirilmektedir (Bilge ve Çam, 2010: 74).

Alışılmışın dışında olan davranışlar, insanlarda kaygı uyandırır. Kişi veya toplum korkutucu bir durum karşısında, bu durumdan uzaklaşmak için onu kendisinden ayırıştırarak yabancılaştırır. Sürecin devamında da dışlanmanın başlangıcı oluşur (Çam ve Çuhadar, 2011: 136). Toplum, hasta olduğu bilinen bireylerle bire-bir temas kurmasını gerektiren hallerde daha mesafeli yaklaşmaktadır. Ne yazık ki ruhsal hastalık etiketi, bireyin davranışlarından bağımsız olarak değerlendirilmemektedir (Doğanavşargil Baysal, 2013: 240). Damgalanan kişinin dezavantajlı durumu, hayatını kısıtlanmış bir dünyada geçirmek zorunda kalması durumunu da beraberinde getirir (Goffman, 2014: 50). Psikiyatrik rahatsızlıklar olumsuz ön yargılardan en fazla nasibini alan hastalık grubudur. Psikiyatrik hastalıklar içinde de şizofreni hastalığı, gidişat özellikleri ve

toplumdaki yanlış kalıp yargılar sebebiyle ismi en ürkütücü olan ruhsal hastalıktır (Üçok, 2003: 3). Şizofreni hastalığı, psikiyatrik rahatsızlıklar içerisinde belki de damgalanmanın en çok yaşandığı hastalıktır.

Damgalanma ile ruhsal hastalığa sahip bireylerin hayatlarında pek çok olumsuzluk baş göstermektedir. Hastalığın adının şizofreni olması damgalamayı beraberinde getirir. Tanının isminin öğrenilmesinden sonra hem hasta birey hem de hasta yakınları tarafından hastalık felaket şeklinde algılanır. Umutsuzluk, hayal kırıklığı, korku gibi duyguların yanında gelecek kaygıları ortaya çıkar. Damgalanma hasta ve hasta yakınlarının hastalığı kabullenmesini geciktirir. Sağlık kuruluşuna başvuru gecikir, kontrol muayeneleri aksar ve hastalık belirtilerinde artış yaşanır (Beyazyüz ve diğerleri, 2015: 3). Ruhsal hastalar arasında damgalanmadan en çok etkilenen şizofreni hastaları, olumsuz tutum ve damgalama sebebiyle tedaviden kaçınmaktadır (Çam ve Bilge, 2013: 97). Damgalanma karşısında duygusal zedelenme yaşayan hasta ve yakınlarının aile ilişkileri de bu durumdan olumsuz etkilenir. Bireyler toplumsal ilişkilerde, arkadaş edinme ve sürdürmede zorlanırlar. Çalışmak için yeterli motivasyon ve güce sahip olan hastalar bile engellerle karşılaşılır.

Şizofrenide damgalanma ciddi boyutlardadır. Hastalık süregelen, tekrarlayan ve yeti yitimine giden özellikleri ile damgalanmaktadır. Atak durumunda hastaların göstermiş olduğu davranışlar sosyal çevrelerinde olumsuz etki bırakmaktadır. Toplumsal önyargı hastanın dışlanmasına sebep olmaktadır. Bazı aileler hastalarının tanısını gizlemeye çalışmaktadırlar. Çalışmakta zorlanan, zaman içerisinde üretici konumundan tüketici konuma geçen, bazen de etrafındakilere zarar veren yapıyla şizofreni hastalarının, toplumda “deli” diye gösterildiğini algılamaları durumu da bireylerin özsayıgıları ile kendilerine olan güvenlerini yitirmelerine sebep olmaktadır.

Bireyler, ruhsal hastalığından dolayı ayrımcılığa ve sosyal soyutlamaya maruz kalırlar. Damgalama, bu bireylerle sınırlı kalmamakta, hasta bireyle birlikte ilişkili her şeyi ve herkesi olumsuz yönde etkilemektedir. Ülkemizde en çok bilinen, ruh sağlığı üzerine hizmet veren hastanenin bulunduğu Bakırköy ilçesi, genelde toplumumuzda “Bakırköylük olmak”, adı altında damgalanmakta, Bakırköy ilçesi de tımarhanesi ile tanınmaktadır (Bostancı, 2004: 200-201). Şizofreni hastalığına sahip olan bireyin “deli” diye adlandırılması, psikiyatristlerin “deli doktoru” olarak nitelendirilmesi, hatta

psikiyatristlerin de “kaçık” olduklarının düşünülmesi toplumdaki diğer önyargılara örnek olarak gösterilebilir (Üçok, 2003: 4).

Toplumlarda ruhsal hastalıklara yönelik tutum ve davranışlar genellikle olumsuz olduğu için, hastalar da hastalıklarını gizleme çabası içerisinde olurlar. Damgalama, sadece ruhsal hastalığa sahip olan bireyleri etkilemez. Bu kişilerle birlikte ailelerini, arkadaşlarını ve dâhil oldukları toplulukları da olumsuz yönde etkiler. Damgalanma ile birlikte bu bireyler izole, yalnız ve yanlış anlaşılmış olarak yaşarlar. Damgalama ile hasta ve hasta yakınlarının tedavi süreci zarar görür ve buna bağlı olarak da yaşam kalitelerinde bozulma meydana gelir (Avcil, Bulut ve Hızlı Sayar, 2016: 176-181). Damgalama, bireylerin ve aile üyelerinin psikiyatri kliniklerine başvurmalarını geciktirmekte ve engellemektedir. Hayatın tüm alanlarını etkileyen damgalama, önemli bir toplum sorunudur (Karagöl, Çalışkan ve Beyazyüz, 2013: 97). Toplumun kendisinden farklı olanı dışlamasıyla birlikte hasta bireyler, kötü niyetli insanlar tarafından hedef haline gelebilir, şiddet kurbanı olabilir, suistimale maruz kalabilir (Çam ve diğerleri, 2014: 130). Tıp dışı geleneksel yöntemlerle şifa aramalarının sebebi, damgaya karşı duydukları endişe ve korkudur (Taşkın, 2007: 123).

Aileler bazen damgalanma kaygısının oluşturduğu olumsuz duyguları hastalarına yansıtabilirler. Bu durum hasta bireyin damgalanma algısını artırır. Aile bireylerinden algılanan damgalanma hasta birey için, toplumdan algılanan damgalanmadan daha yıkıcı etkiye neden olabilir (Yıldız ve diğerleri, 2012: 2). Damgalama sonrasında bireyin, hastalık öncesinde var olan tüm rolleri, kimlik özellikleri, iyi yönleri yok sayılır. Lekeli bir kimliğe büründürülen hasta ve hasta yakınları, tedavi görmektense evde kalıp toplumdan soyutlanmayı yeğlerler. Bu yüzden damgalama ile mücadele tedavi kadar önemlidir. Damga ile mücadele, hem hastanın hem de ailesinin yaşam kalitesinin artmasını sağlar (Bilge ve Çam, 2010: 72).

Toplumda şizofreni hastalığına sahip bireyler sadece sağlık sorunları olan insanlar olarak görülmekte, özde sahip oldukları yetenekleri yetersiz, eksik değerlendirilmekte ve buna bağlı olarak da damgalama, dışlama, etiketlemeyle karşı karşıya kalmaktadırlar. İş ve sosyal hayata katılım gibi konularda acıma, dışlama, ayrımcılık ve önyargı içeren davranışlar yaşamaktadırlar (Can Öz ve Ünsal Barlas, 2017: 31). Hasta ve hasta yakınlarının sosyal yaşamlarını olumsuz etkileyen, damgalanan bireylere kendilerini değersiz hissettiren ve özgüvenlerini yitirmelerine sebep olan damgalama, ruhsal

hastalıkların tedavisinde önemli bir sorundur. (Kuş Saillard, 2010: 15). Toplumun hastalık konusunda yetersiz bilgi sahibi olması damgalamaya yol açar. Damga ruhsal bozuklukların tümünü kapsamaktadır. Bu yüzden ruhsal bozukluklar, ön yargılardan en fazla etkilenen hastalıkların arasında bulunmaktadır. Toplumda damgalama ve kalıp yargılarla birlikte hastalığın anlaşılması güçleşmektedir.

Ruhsal hastalık etiketi ile sosyal yalıtım ortaya çıkmakta ve damgalama süreci başlamaktadır. Ruhsal hastalık etiketinden daha çok “şizofreni” tanımı, toplumda çok daha fazla damgalamaya, tutum ve önyargıların daha keskin olmasına sebep olmaktadır (Taşkın, 2007: 127). Damgalama ile toplumdan yalıtılan bireylerde zaman içinde yeti yitimi oluşur. Toplumsal damgalamanın içselleştirilmesiyle birlikte de sosyal geri çekilme gözlenir. Yeti yitimi ve sosyal geri çekilme ise beraberinde ekonomik kayıpları getirmektedir (Sevindik ve diğerleri, 2014: 199).

Şizofreni hastalığına sahip bireylerin kullandıkları ilaçların yan etkilerine bağlı olarak dış görünüşlerinde bazı dikkat çeken yüz ifadeleri ile yürüyüşleri, hareketleri damgalanmalarını kolaylaştırıcı etki yapmaktadır (Üçok, 2003: 5). Damgalanmaya maruz kalan birey, bir baş etme yöntemi olarak sağlıklı bireylerden kaçınmayı, onlarla iletişim kurmamayı geliştirebilir (Yıldız ve diğerleri, 2012: 2). Ruhsal hastalara yönelik sergilenen olumlu tutumlar hastaları rahatlatır, toplumla bütünleştirirken tedaviye katılımlarını ve uyumlarını da kolaylaştırır. Ancak olumsuz tutumlar bireylerin evlenip çocuk sahibi olma, çalışma hayatına dahil olma, işe alınma, ev kiralama, toplumla bir arada olma, komşuluk yapma olanaklarını, yani kısaca sosyalleşmelerini kısıtlamaktadır. Olumsuz tutum ile birlikte hasta ile toplum arasındaki uçurum artar, hasta sosyal ilişkilerden kaçınır, hastalıkla etkin bir şekilde baş edemez hale gelir ve tedavi uyumsuzluğu ile birlikte iyileşme oranı azalır (Arkan, Bademli ve Çetinkaya Duman, 2011: 216). Damgalama bireylerin kendilik değerinde ve özgüveninde azalmaya, sosyal ilişkilerde, tedavi süreçlerinde ciddi sorunlar ile kayıpların yaşanmasına sebep olur (Coşkun ve Güven Caymaz, 2012: 122). Hastalıkla birlikte bireyler eski konumlarını devam ettirmekte zorlanmaktadır. Toplum da bu kişilerden uzak durma eğilimi gütmektedir. Bununla birlikte hastaları da kendilerinden ayırtırmak istemektedir. Böylelikle hastalar ayrımcılık ve dışlanmayla karşı karşıya kalmaktadır. Sosyal bağları zayıflayan hastalar da, toplum tarafından daha fazla damgalanmaya maruz kalmaktadır.

Ruhsal hastalığı olan insanlar, hastalıklarını gizleyerek damgalanma ve ayrımcılığın olumsuz etkilerinden kaçınmaya çalışmakta, tedavi sonucunda etiketlenenleri korkusuyla sağlık kuruluşuna başvurmayı ertelemektedirler (Karagöl, Çalışkan ve Beyazyüz, 2013: 100). Ancak birey sosyal hayatın içerisinde ne kadar yer alırsa, toplumun içinde de o kadar var olabilir ve toplum tarafından damgalama da o derece azalabilir (Taşkın, 2007: 128). Hastalığı kabullenmek, gizlememek, hastalıkla yaşamayı, mücadele etmeyi öğrenmek ve sağlıklı bir birey haline gelip topluma karışmak damgalamayla mücadele konusunda atılacak ciddi adımlardır. Toplumsal damgalanmadan önce, içselleştirilmiş damgalanmayla baş edilmelidir. Şayet hastalar çalışma hayatına dahil olabilirlerse, toplumda gizlenmeden “ben şizofreni hastasıyım” diyebilirlerse damgalanma da önemini kaybeder.

Ülkemizde bazı psikiyatri hastaneleri hakkında damgalayıcı kalıp yargılara sık rastlanmaktadır. Bu hastanelere yapılan başvurular ve toplumdaki önyargılar bireyleri etki altına alabilir. Damgalanma kaygısı olan bireyler bu hastaneleri tercih etmeyebilir ve başvuran bireylerde de içselleştirilmiş damgalanma düzeyi daha yüksek olabilir (Coşkun ve Güven Caymaz, 2012: 122). İçselleştirilmiş damgalanma ile önyargılar bireylerin kabul ettiği “gerçekler” halini alır ve bireyde utanma duygusunun oluşmasına sebep olur (Bilge ve Çam, 2010: 73). İçselleştirilmiş damgalanma süreci, bireyin kendi içinde, psikiyatrik tedavi görmeye başlaması ile ortaya çıkar. İçselleştirilmiş damgalanma ile birlikte aşağılık duygusu, yetersizlik hissi, olumsuz düşüncelerde artma ve benlik saygısında azalma meydana gelir. Damgalama ne kadar şiddetliyse bu düşünceler de o ölçüde şiddetlidir (Beyazyüz ve diğerleri, 2015: 3).

Toplumda hastanede yatarak tedavi gören psikiyatrik hastaların daha tehlikeli olduğuna yönelik önyargılar mevcuttur. Hastanede yatarak tedavi görme sayısı ve hastalık süresi arttıkça içselleştirilmiş damgalanma düzeyinin artabileceği, ruhsal hastalık kronikleştikçe de bireylerin damgalanmaya daha fazla maruz kalabileceği ve damgalanmayı daha fazla içselleştirebilecekleri düşünülmektedir (Coşkun ve Güven Caymaz, 2012: 127). Damgalamanın içselleştirilmesi sonucunda birey, toplumun bir üyesi olmadığını düşünür. Bu da depresyona, benlik saygısında azalmaya, toplumsal uyumda zorlanmaya, işsizliğin ortaya çıkmasına, gelir ve statü kaybına, tedavi reddine yol açar (Çam ve Çuhadar, 2011: 137).

Kişinin kendi benliğini onaylamasından doğan beğeni durumu benlik saygısı olarak adlandırılmaktadır. Bireyin kendini değerli bulmasıdır. Damgalama ile birlikte birey, aşağılık ve utanç duyguları yaşar, kendisini değersiz ve işe yaramaz biri olarak değerlendirir ve buna bağlı olarak da benlik saygısı azalır. Damgalanma ile benlik saygısı arasında negatif bir ilişki söz konusudur. Damgalanma arttıkça bireydeki benlik saygısı azalır. Benlik saygısındaki azalma da, yaşam kalitesinde azalmaya, sosyal işlevselliği ve sosyal ilişkileri sürdürmede güçlük yaşanmasına sebep olabilir (Tel ve Ertekin Pınar, 2012: 62-65). Damgalamaya maruz kalan bireyler dezavantajlı konuma gelmektedir. Ruhsal hastalığa sahip bireylerin yakın sosyal çevresi de damgalanma algısını arttırabilmekte ve kendileri de damgalanma algısı yaşayabilmektedirler. Ayrıca kendileri de ruhsal hastalıklara karşı önyargılı olabilmektedirler (Doğanavşargil Baysal, 2013: 244-245). Hastalar yaşadıkları toplumun bir parçasıdır. Herhangi bir hastalığa sahip olmadan önce yaşadıkları toplumun o hastalıkla ilgili önyargılarına ve tutumlarına kendi benliklerinde de sahiptirler. Ruhsal bir hastalığa sahip olmakla birlikte kendileriyle ilgili olumsuz düşüncelerin ortaya çıkması, hastalık öncesi sahip oldukları bakış açıları ve önyargılarıyla ilişkilendirilebilir.

Ruhsal hastalığı olan kişide, hastalık öncesinde damgalamaya meyil ne denli fazla ise, hastalık sonrasında aynı birey kendini o ölçüde damgalanmış hisseder. Toplumdan önce kendi kendini damgalar. İçselleştirilmiş damgalama ya da öz damgalama, toplumun benimsediği damgalayıcı düşüncelerin, ruhsal hastalığa sahip olan birey tarafından kabullenilmesi anlamına gelir (Çam ve Çuhadar, 2011: 137). İçselleştirilmiş damgalama, bireylerin mevcut duygu, düşünce ve korkuları ile başkaları için tehlikeli olduklarını, hayatlarını tek başlarına idame ettiremeyeceklerini düşünmesi anlamına gelir (Tel ve Ertekin Pınar, 2012: 62).

Şizofreni hastalığının bilişsel işlevlerde bozukluğa sebep olması, bireyin eğitimini tamamlama sürecinde aksaklıklara sebep olmaktadır. Bu da bireyin hayatını devam ettirmesi için iş bulmasını zorlaştırmaktadır. Eğitimini tamamlamakta ve iş bulmakta zorlanan bireyin toplum tarafından damgalanması kolaylaşmaktadır (Üçok, 2003: 5). Bazı hastaların hastalık öncesi sahip oldukları statülerini kaybetmelerinin, işsiz kalmalarının ve tekrar iş bulmakta zorlanmalarının sebebi de damgalanmadır. Damgalama sebebiyle hastalarda, hastalıklarını gizleme eğilimi gözlenebilir. İlaç kullandığının görülmesi endişesiyle tedavide aksamalar yaşanabilir (Beyazyüz ve

diğerleri, 2015: 3). Bireyler kalıplaşmış önyargılara bağlı olarak ayrımcılığa maruz kalacaklarını düşünürler. Bu düşünce beraberinde çalışmayı ve bağımsız yaşamayı reddetmeye gider. Rahatsızlığın kendisi değil, bireylerin kendilerinden kaynaklı ortaya çıkan ayırıcı davranışları iş ve gelir kaybına yol açar, yaşam kalitesini düşürür. Sosyal çevrede daralmayla devam eder (Çam ve Çuhadar, 2011: 137-138). Damgalanan birey, ne kadar damgalanmayan, toplum tarafından kabul gören kişilerle birlikteyse kendini de bir o kadar damgalayıcı olmayan sıfatlarla nitelendirir. Damgalanan birey, ne kendi grubunu içselleştirebilir ne de ondan kopabilir (Goffman, 2014: 154).

Ruhsal hastalıkların taşıdığı “damga” bu hastalıklarda bilgilendirmenin önemini vurgulamaktadır. Hastaya, hastalığı ve tedavisi konusunda bilgi verilmesi hastada değer verildiği duygusunu oluşturur. Hastalığın tedavisi aile üyeleri ile toplumun yaklaşımlarına ve önyargılarına da bağlıdır. Hastalar damgalanma korkusu sebebiyle evde gizli tutulmakta; muayene veya tedavi amacıyla hastaneye götürülmemektedirler. Ailenin ve toplumun eğitiminde, ruhsal sağlık ve eğitim hizmeti veren kurumların, medyanın, sivil toplum kuruluşlarının, bilhassa da devletin sosyal politikalarının etkin bir şekilde yer alması gerekmektedir.

Toplumun ruhsal hastalıklara yönelik tutumu, ruhsal hastalığı olan bireylerin toplumla kaynaşmasını ve eski işlevselliğini kazanmasını engellemektedir. Ne yazık ki toplumun her kesiminde ruhsal hastalık geçiren bireylere karşı olumsuz kalıp yargılar ve yaklaşımlarla karşılaşmaktadır (Arslantaş ve diğerleri, 2010: 12). Ruhsal hastalığa sahip birey ve yakınları damgalama ile birlikte toplumdan izole olmakta, tedavi arayışına girmekten çekinmekte, tedavi görmek yerine evde tecrit edilmeyi tercih etmektedirler. Etiketlenecekleri korkusuyla tedavi reddi olan hastalıklarda tedaviye katılım oldukça düşüktür.

Hastalığının farkında olan birey, daha işlevsel haldedir. Fakat bu farkındalık durumu, bireyin damgalayıcı davranışları algılamasına ve kabulüne eşlik ettiği zaman bireyde daha fazla sosyal işlev yitimi, daha az umut ve daha düşük benlik saygısının oluşmasına sebep olur (Doğanavşargil Baysal, 2013: 247). İşlevsellikte azalmaya sebep olan şizofreni hastalığına bireydeki içselleştirilmiş damgalanmanın da eklenmesiyle birlikte yıkım daha fazla gözlenmektedir (Sevindik ve diğerleri, 2014: 205). İlaç tedavisini destekleyen ruhsal – toplumsal tedavi, özsaygının güçlendirilmesini sağlarken, kendini damgalamanın etkisini de azaltabilir. Kendini damgalamayı azaltmada hasta ve ailelerinin

özgüvenlerinin artırılması, hastaların yetilerinin geliştirilmesi, toplumsallaşmada önemli adımlardır. Hasta ve aileleri için damgalama karşıtı çalışmaların içerisinde yer almak da destekleyici girişimler arasında gösterilebilir (Yıldız ve diğerleri, 2012: 6).

Medyada şizofreni hastalığına yönelik damgalama ile sık karşılaşılmaktadır. Medyada tekrarlanan yanlış yorumlarla seyircide “ruh hastaları saldırgandır” düşüncesi oluşmaktadır. Hastalığa dair damga, sadece hasta ve hasta yakınlarını değil, tüm toplumu olumsuz yönde etkilemektedir. Kamuoyunda hastalıkla ilgili yetersiz bilgi sahibi olunmasına ve yanlış inanışların oluşmasına neden olmaktadır. Ailelerin üzerindeki damga, daha büyük ve ağırdır. Bir yandan hastalıktan kendilerini sorumlu tutmakta, diğer yandan yüz kızartıcı bir suç işlemiş gibi suçluluk duymaktadırlar (Bilge ve Çam, 2010: 73-74). Medyanın halkın tutumunu etkileme gücü vardır. Basında yer alan, ruhsal hastalığa sahip bireyler hakkında olumsuz izlenim uyandıran haberler, toplumda önyargının, olumsuz tutum ve damgalamanın artmasına neden olur. Damgalama ile birlikte toplum, bu hastalarla sosyal ilişki kurmaktan kaçınmaktadır. Önyargıların kırılması, damgalamanın azaltılması, toplum tarafından kabulün sağlanması için bu hastalığa dair bilgilendirmenin alanda yetkin kişiler tarafından yapılması, bu hastalığa sahip bireylerin toplumdaki diğer insanlardan daha korkutucu, daha fazla tehlike arz eden insanlar olmadıkları konusunda doğru bilgilerle birlikte medyada yer almaları sağlanmalıdır (Taşkın, 2007: 129-130). Bir birey şiddet içeren bir tepkide bulunmaya kışkırtıldığında mevcut durum kabul edilebilir. Fakat şizofreni hastasının aynı durumda verdiği tepki aynı şekilde değerlendirilmez ve hastalığa bağlı olarak ortaya çıktığı düşünülür. Şizofreni hastalığına sahip bireylerin suç teşkil edecek olan davranışları, genel popülasyona göre yüksek olmakla birlikte bu oran çok küçüktür. Bu hastaların saldırgan ve tehlikeli olduğu şeklindeki önyargı doğru değildir (Üçok, 2003: 6). Toplumun ruhsal hastalıklara yönelik tutumları; hastalığın tedavisinde, taburculuk sonrası tedaviye uyum göstermede ve toplumla bütünleşmede önem arz etmektedir (Gürlek Yüksel ve Taşkın, 2005: 114).

Toplumda ruhsal hastalıklara yönelik damgalanmanın azaltılmasında ruh sağlığı çalışanlarına önemli görevler düşmektedir. Ruh sağlığı çalışanları ruhsal hastalık kavramı ve ruhsal hastalıkların tedaviyle iyileşebilecekleri konusunda toplumu bilgilendirmeli, damgalama ile mücadelede toplumsal farkındalık çalışmaları oluşturmaları oluşturmalarıdır (Arslantaş ve diğerleri, 2010: 16). Yerel ya da ulusal düzeyde damga karşıtı programlar

düzenlenmelidir. Ruhsal hastalıklara yönelik damganın azaltılması için uzun soluklu ve işbirliği içinde ilerleyen çalışmalara ihtiyaç vardır (Karagöl, Çalışkan ve Beyazyüz, 2013: 100-101).

Dışlanmayla mücadele edebilmek için; istihdam politikalarında değişikliğe gidilmeli, iş yerlerindeki engelli personel çalıştırma zorunluluğu engel grubuna göre ayrılmalı ve her engel grubundan zorunlu tutulacak halde yeniden düzenlenmeli, bireylerin sağlıklı insanlarla aynı ortamları paylaşmaları için farkındalık oluşturulmalı, kendilerini toplumu oluşturan bir parça olarak görmeleri sağlanmalıdır (Genç ve Çat, 2013: 389). Toplum lideri konumunda yer alan eğitimciler, basın mensupları, din adamları, muhtarlar, sağlık personelleri ve polislerin damgalama ile mücadele alanında eğitilmesi, önyargıların kırılabilmesi açısından önem taşımaktadır. Toplum eğitilirken, hastalar da tedavi sürecinde damgayla baş etme konusunda desteklenmelidir (Bilge ve Çam, 2010: 76). Hastalık hakkında verilen doğru bilgi sayesinde toplum eğitilebilir, sosyal mesafe, hastalığa dair korku, mevcut yanlış inanç, tutum ve davranışlar azaltılabilir, toplumda hastaya karşı daha kabullenici bir tutum geliştirilebilir. (Avcil, Bulut ve Hızlı Sayar, 2016: 196-197). Toplumun tüm katmanlarının bu tür hastalık ve hastalara karşı hassasiyet göstermesi gerekir. Bu hastalara sahip çıkmak, onları dışlamamak ve psikolojik baskı altında bırakmamak toplumsal bir görevdir. Hastalığın tıbbi tedavisinin yanında kendine güveni arttırma, toplumda sahiplenme ve moral değerleri harekete geçirme gibi tedavi yöntemlerine de başvurmak gerekir (Genç, 2010: 288).

Damgalama ile mücadelede sağlık çalışanları ve toplum eğitimine yönelik girişimlerle birlikte aile ve hasta eğitim programlarına da yer verilmelidir. Hastalar ve aileler psikiyatrik hastalık ile başa çıkabilir hale geldikçe, hastaların işlevsellik düzeyleri, özgüvenleri ve sosyalleşme olanakları arttıkça, hastane yatışları azaldıkça içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri de azalacaktır. Bu sebeple psikiyatrik rehabilitasyon hizmetlerine ve bu hizmetleri yürüten TRSM'lere önem verilmelidir.

1.3.Şizofreni ve Yaşam Kalitesi

1.3.1.Yaşam Kalitesi

Dünya Sağlık Örgütü, sağlığı "sadece hastalığın bulunmayışı değil, bedensel, zihinsel ve sosyal tam iyilik hali" olarak tanımlamıştır. Bu tanıma göre sağlıklı olmak için, sağlık sorununun olmamasıyla birlikte tam iyilik halinin olması gerekmektedir. "Tam iyilik

hali" ihtiyaçların tam olarak karşılanması anlamına gelmektedir. Bu durumda çok az insan sağlıklı sayılabilir (Top, zden ve Efe Sevim, 2003: 18). Yaşam kalitesi kavramı; iyi olma hali, yaşam doyumunu, bağımsız yaşayabilme, sosyal ilişkilerde bulunabilme ve üretkenlik anlamlarını içinde barındırmaktadır (Soygür, 2000: 205). Dünya Sağlık rgt, yaşam kalitesini; "hedefleri, beklentileri, standartları, ilgileri ile bağlantılı olarak, kişilerin yaşadıkları kültür ve değer yargılarının bütünü içinde durumlarını nasıl algıladıkları" şeklinde tanımlamaktadır. Yaşam kalitesi; yaşam şartları içerisinde elde edilebilecek kişisel doyumun derecesini etkileyen, hastalıklara ve günlük yaşamın fiziksel, ruhsal ve toplumsal etkilerine verilen kişisel tepkileri gösteren bir kavram, şeklinde de tanımlanabilir. 1981'de Campbell, yaşam kalitesiyle ilgili; toplumsallık, eğitim, aile yaşantısı, komşuluk, arkadaşlık, evlilik, milliyet, barınma durumu, sağlık, kendilik duygusu, yaşam standardı ve iş durumunun olmasından bahsetmiştir. Yaşam kalitesi, yaşamın kompleks yönlerini ifade eder. Genelde subjektif iyilik durumunu içerirken, sağlık durumu ve yaşam durumu gibi objektif değerlendirmeleri de kapsar. Genel geçer tek bir yaşam kalitesi tanımlaması yoktur. Yaşam kalitesi kavramı, bir yandan kişinin beden sağlığı, ruhsal durumu, sosyal ilişkileri, bağımsızlık düzeyi ve kişisel inançlarından; diğer yandan ise sosyal çevresiyle olan ilişkilerinden etkilenmektedir (Top, zden ve Efe Sevim, 2003: 19-22).

Yaşam kalitesi, bireyin temel ihtiyaçlarının, toplumsal beklentilerinin karşılanması ve yaşadığı toplumun sunduğu olanaklardan faydalanması anlamını taşır. Hastanın günlük aktiviteleri, sosyal ilişkileri, içinde yaşadığı toplumda kendini iyi hissetme duygusu doyum veren bir hayatın gerekliliklerini oluşturur (Kavak ve Ekinici, 2014: 590). Yaşam kalitesi; fiziksel sağlığı, işlevselliğin yeterliliğini, psikolojik durumu, iyilik halini, sosyal ilişkiler ile ekonomik durumu içermektedir.

Bireyin kendisini aile yeleri içerisinde rahatlıkla ifade edebilmesi, ailenin hasta bireyden beklentisinin düşük olması, aile ortamında olumlu duyguların hakim olması, çatışma ortamının bulunmaması yaşam kalitesi ile ilişkilidir (Tüzer ve diğerleri, 2003: 199). Hastalığa bağlı olarak ortaya çıkan yeti kaybı ile birlikte hastalar eski sağlıklı günlerine zlem duyarlar. Özsaygı ve doyum ihtiyaını karşılayabilmek için başka kaynaklara ihtiyaçları vardır. Tedavi sürecinde hastaya değer verilmeli, önemsendiği hissettirilmelidir. Bireyin işlev görme düzeyinin artması, özsaygının da artmasını sağlar. Gösterdiği çaba ve girişimlerinin desteklenmesi de hastanın kendine olan güvenini

arttırır. Buna bağılı olarak hastanın hastalığı ile mücadele gücü de artar. Bireyin hastalık öncesindeki hayatıyla uyuşmayan, gerçeklerle bağdaşmayan bir işlevselliğe geçtiğı bu hastalığa bağılı olarak meydana gelen düşünce içeriğindeki fakirleşme şeklindeki kayıp bulguları, hem bireylerin işlevselliklerini hem de sosyal çevrelerinin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir.

Yaşam kalitesini olumsuz etkileyen bir diğerk faktör; tedavinin aksamasına sebep olan, hastayı gerekli destekten yoksun bırakan bir aile yapısının olması veya herhangi bir aile varlığının, hastane sonrası destek mekanizmalarının olmaması durumudur. Bu yoksunluklar bireyin sosyal adaptasyonunu geciktirir, sosyal rollerini yerine getirmekte ve sosyal etkileşime geçmekte zorlanmalarla kendini gösterir (Kavak ve Ekinci, 2014: 590). Hastalıkla birlikte sağlıklı iletişim kurabilme, çalışabilme, sosyal hayatın içerisinde olabilme gibi bazı becerilerini yitiren ve işlevselliğı bozulan hastaların beceri eğitimine gereksinimi olduğı kadar birlikte yaşadığı aile üyelerine de ihtiyacı bulunmaktadır.

Yaşam kalitesi, bir iş – meslek sahibi olmak, hobilerle uğraşmak, sosyal bir hayata sahip olmaktan daha çok, kişisel doyuma (tatmin olmaya) bağılıdır. Kişinin hayat görüşü ve değer yargıları önemlidir. İyilik hali kişiden kişiye değişir ve hatta aynı kişi için bile her an değişebilmektedir. Bu bir kişide işinden aldığı doyum iken, başka bir kişide sosyal çevresiyle olan ilişkileri olabilir. Yaşam standardı, yaşam kalitesi hedeflerine ulaşmak için bir araçtır (Top, Özden ve Efe Sevim, 2003: 19).

Ruhsal hastalıklarda damgalanma ile birlikte tedavi sürecinde ve hastanın rehabilite edilmesinde uyumsuzluk yaşanmakta, bireyin yaşam kalitesinde belirgin bir düşüş gözlenmektedir. İyi bir yaşam kalitesinin ilk şartı etkili bir ilaç tedavisine eşlik eden psikososyal yaklaşımlardır. Etkili bir ilaç tedavisinin ilk şartı ise tedaviye uyum sağlanmasıdır (Üstündağ ve Kesebir, 2013: 2). Ancak şizofreni hastalığının tedavisinde sadece ilaç tedavisiyle devam etmek doğru bir tutum değildir. Tıbbi tedavinin yanında hastanın kaybettiğı işlevselliğini tekrar kazanabilmesi, yaşam kalitesini arttırabilmesi için ruhsal ve toplumsal tedaviye de ihtiyacı vardır. Bütüncül yaklaşımla birlikte hastaların hastaneye daha az yatmaları sağlanabilir, hem birey hem aile üyeleri ve yakın sosyal çevresi hem de toplum adına büyük kazanımlar elde edilebilir.

1.3.2.Şizofreni Hastalarında Yaşam Kalitesi

Şizofreni gelişimsel bir beyin hastalığıdır. Hayat boyu devam ederek genellikle kişinin yaşam kalitesinde ve işlevlerinde önemli problemlere yol açar (Deveci ve diğerleri, 2008: 267). İlaç tedavisi gün geçtikçe yüz güldürücü sonuçlar vermekteyse de tam bir iyileşmeden söz etmek oldukça zordur. İlaçlar belirtileri azaltsa da hastaların kaybettikleri sosyal işlevselliklerini tekrar kazandıramamakta ve ait oldukları sosyal çevreden ayrılmalarını engelleyememektedir. Hastalık belirtileri bireyin yaşam kalitesini düşürmektedir.

Yaşam kalitesi değerlendirilirken; hayatın risk altında olduğu bir durumdan tamamen iyi olmaya kadar giden geniş bir alan düşünülmelidir. Bireyin ruhsal açıdan iyi olma durumu, hayattan zevk almayı, tatmin olmayı ne şekilde algıladığı, işlevsellik düzeyi; kişiler arası işlevselliği; sosyal ilişkiler geliştirme ve devam ettirme ile rol işlevselliği; kendi yaşamındaki normal rolünü yerine getirip getiremediği değerlendirilmelidir. Psikiyatrik hastalıkların tıbbi olmayan yönleri değerlendirilirken, yaşam kalitesi içinde yer alan yeti yitimi, sakatlık, sosyal işlevsellik, sosyal destek gibi kavramlar göz önünde bulundurulur (Top, Özden ve Efe Sevim, 2003: 22). Hobi edinme ve bu hobilerle uğraşma, sosyal hayatın içerisinde yer alma, yakın çevre desteği alma, egzersiz yapma gibi çeşitli aktivitelerin içerisinde bulunan kişilerin hastalık belirtilerinde azalma sağlanabilir.

Şizofreni hastalığı yeti yitimine sebep olan, sosyal işlevselliği ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen, hasta yakınlarının ve toplumun da etkilenmesine sebep olan ruhsal bir hastalıktır. Modern bakış açısı iyileşmeyi; sadece belirtilerin azalması olarak değil; tek başına yaşama kabiliyeti kazanma, sosyal açıdan işlevsel olma, istihdam, eğitim, sosyal ilişkilerin devamlılığı gibi konularda da düzelme olması şeklinde vurgulamaktadır (Can Öz ve Ünsal Barlas, 2017: 28).

Ruhsal hastalığı olan bireyler ve aileleri hem hastalıkla hem de toplumsal damgalamayla mücadele etmek zorundadırlar. Toplumdan dışlanma, hasta ve yakın sosyal çevresinin yaşam kalitesini bozmakta, hastaların tedaviye uyumunu geciktirmekte hatta engellemektedir (Bademli ve Çetinkaya Duman, 2013: 463). Ruhsal hastalığı olan bireyler, damgalanma ile birlikte sosyal izolasyona maruz kalmakta, kötü yaşam koşullarına, düşük yaşam kalitesine mahkum edilmektedirler (Çam ve diğerleri, 2014: 130). Hastalık sürecinde yeti yitimine ve toplumun dışlamasına bağlı olarak hasta

çalışamaz hale gelir, gelir kaybı sorunu ile karşılaşır ve tedavi giderlerini de karşılayamayacak duruma düşebilir.

Bakım verme yükü, depresyon, anksiyete, tükenmişlik, fiziksel sağlıkta azalma, sosyal izolasyon ve ekonomik güçlükler sebeptir; sağlık, sosyo-ekonomik durum, psikolojik durum gibi yaşam kalitesinin bileşenlerini de etkiler, damgalanma algıları ile birlikte işlevsel yönden de kötüleşmelerle devam eder (Atagün ve diğerleri, 2011: 517-519). Toplumun şizofreni hastalığına olan kalıp yargıları ailelerin yükünün artmasına sebep olmaktadır. Aileye verilen sosyal destek ailenin yükünü azaltırken; hastanın da sosyal işlevselliğinin artmasını sağlar (Gülseren, 2002: 145-148). Son yıllarda ruhsal hastalıkların tedavisinin yataklı kurumlar dışında toplum temelli olmaya başlaması ile ailelerin hastaların bakımında daha aktif rol üstlenmeleri durumu ortaya çıkmıştır (Atagün ve diğerleri, 2011: 518).

Şizofreni hastalarındaki bilişsel bozukluklar hastaların günlük işlevselliğini olumsuz yönde etkilemektedir. Bilişsel yetilerdeki bozukluklar, baş etme becerilerinin gelişimini ve sürekliliğini engellemekte; dolayısıyla da sosyal işlevsellikteki bozulmalara yol açmaktadır. Bilişsel bozuklukların düzeltilmesi durumunda sosyal becerilerin daha iyi kavranacağı, sosyal yeterliliğin artacağı düşünülmektedir. Ruhsal hastalığın kabul edilmesi, bireyde sorumluluklarını artık yerine getiremeyeceği düşüncesini oluşturuyorsa, o bireyin karşılaşacağı olumsuzluklarla baş etmekte zorlanması muhtemeldir. Fakat, ruhsal hastalığına rağmen iyi ve tatmin edici bir hayat yaşayabileceğine inanan birey, hastalığın gidişatında olumlu etkiye sahip olarak, belirtilerle daha iyi mücadele edebilir, sosyal işlevselliği artabilir ve yaşam kalitesi daha iyi hale gelebilir.

Şizofreni hastalarına uygulanan psikiyatrik rehabilitasyon ile yeti yitimlerinin azaltılarak işlevselliklerinin artırılması, öznel iyilik durumlarının devamının sağlanması dolayısıyla yaşam kalitelerinin artırılması planlanmaktadır. Hastaların, hasta kimlikleri dışında da bir kimliklerinin olduğu unutulmamalı, bağımsız bir birey olarak yaşamalarına imkan sağlanmalıdır. Hastaların tüketici konumundan üretici konuma gelmesini sağlamak hedeflenmelidir (Yıldız ve diğerleri, 2003: 282-286). Yaşam kalitesinin artması işlevsel açıdan iyileşmenin de artmasını sağlar (Kavak ve Ekinci, 2014: 597).

Sosyal destek sistemlerinin varlığı yaşam kalitesini doğrudan etkilemektedir. Ruhsal hastalığa sahip bireylerin eski işlevselliğini kazanarak toplumla yeniden bütünleşmesi, toplum içinde yeniden var olması, toplumun ruhsal hastalıklara ilişkin tutumlarının değişmesiyle mümkün kılınabilir (Doğanavşargil Baysal, 2013: 248). Aileler hastalığın başlangıç döneminde daha fazla desteğe ihtiyaç duyabilirler. Hastanın yaşadığı sorunlarla, hastaya yaklaşımla, hastalık belirtileriyle baş etmekte zorlanan aile üyeleri bir araya gelerek destek grupları oluşturabilirler. Böylece hastalıkla yeni tanışan aile üyeleri önerileri kabul ederken, deneyimli aile üyeleri için de yeni bir sosyal yaşam alanı kurulur. Kurulan işbirliği ile hasta ve ailesinin yaşam kalitesi artabilir, hastalığın seyrinde olumlu gidişat yaşanabilir, hasta yakınlarının da destek mekanizmaları güçlenebilir (Gülseren, 2002: 148). Yaşam kalitesi, şizofreni hastalarının rehabilitasyon programlarının değerlendirilmesinde önemli bir araçtır. Şizofreni hastalığının tedavisinin ana amacı belirtileri azaltmak ve yinelemeleri önlemekten ziyade hastanın tam bir iyilik halinin sağlanması ve yaşam kalitesinin artırılmasıdır.

1.4.Şizofreni Hastalarında Damgalamaya ve Yaşam Kalitesini Arttırmaya Yönelik Çalışmalar

Damgalama ile mücadelede toplumsal farkındalığın artırılması önem taşımaktadır. Toplumsal inanç, tutum ve önyargılar ancak eğitim yoluyla şekillendirilebilir. Video temelli, kısa belgesel film yapısındaki filmlerin daha etkili olduğu düşünülmekle birlikte, eğitim sonrası ruhsal hastalıkların sanıldığı kadar korkutucu olmadığı düşüncesi etkin olabilir. Bu hastalığa sahip bireyler de toplum tarafından daha fazla benimsenebilir (Çam ve diğerleri, 2014: 130-134). Damgalama ve ayrımcılıkla mücadelede halkın ruhsal hastalıklar konusunda bilgilendirilmesi; hastaların tehlikeli olmadığı, mevcut davranışlarının hastalıktan kaynaklandığı, tedavi ile eski işlevselliklerine dönebildiklerinin anlatılması önem arz etmektedir (Oban ve Küçük, 2011: 141).

Hastalığa bağlı olarak meslek edinemeyen, mevcut işini kaybeden, malulen emekli olmak durumunda kalan şizofreni hastalarının iş sahibi olabilmeleri; maddi kazancın yanı sıra ruh sağlığının ve iyilik halinin ilerletilmesinde bir dengeleme ve normalleşme etkisi görmek, bireylerde “işe yarama hissi” uyandırmakta, “çalışan” kimliği kazandırmaktadır. Çalışma yaşamı, kişinin yaşam kalitesini artırabilecek olan parayı, toplumsallaşma ve arkadaşlık kurma fırsatlarını, öz saygıyı ve özgüveni doğrudan etkilemektedir (Can Öz ve Ünsal Barlas, 2017: 28).

Damga ile mücadelede medya ile işbirliği kurulabilir, halkın ruhsal hastalığa sahip bireylerle temas etmesi sağlanabilir, farkındalık kazandırmak amacıyla broşür dağıtılabilir, seminerler düzenlenebilir, film gösterimleri yapılabilir. Böylelikle birey ile toplum arasındaki sosyal mesafe de azaltılabilir (Oban ve Küçük, 2011: 142-147). Medya damgalamada etkili olabilmektedir. Farkındalığa yönelik çalışmalarda hastalarla doğrudan kurulan temaslar; önyargıların kırılmasına, tutumların değişmesine olanak sağlayabilir.

Şizofreni hastalığına sahip bireylerin hayatını toplum içerisinde devam ettirirken tedavilerinin sağlanması gerektiği inancının yaygınlaşması ile birlikte, hastaların üretimdeki, aile içindeki, sosyal ilişkilerdeki ve toplumdaki konumlarında sosyal adaptasyonun sağlanması gerektiği düşüncesi benimsenmeye başlanmıştır. Hastanın günlük aktiviteleri, iyi hissetme hali ve sosyal ilişkileri yaşam kalitesinin doyum verici olduğu anlamına gelir (Soygür, 2000: 205). Sağlıklı yaşam döngüsü hasta ile birlikte oluşturulmalıdır. Hastalık belirtilerinin tekrarından korunmak, sosyal işlevselliği arttırmak için gün yapılandırma ve gerçekçi hedefler belirleme öncelikler listesine alınmalıdır (Çam ve Çuhadar, 2011: 139).

Şizofreni hastalığına sahip bireylerin aileleri de mevcut gidişatla başa çıkmada önemli zorluklar yaşamaktadırlar. Hastalığın baş göstermesiyle birlikte hasta ve aileleri yakın sosyal çevrelerinden ve zaman içerisinde de toplumdan uzaklaşmakta ve ailelerin de hastayla birlikte işlevleri bozulmaktadır (Köroğlu ve Hocoğlu, 2017: 171). Ailelerin yalnızlığa itilmelerini önlemek için sosyal çevreleriyle hastalığı paylaşmaları, olası kriz durumunda çevreleriyle işbirliği içerisinde olmaları, damga ile bir mücadele yöntemi olarak gösterilebilir.

Ruhsal hastalığa sahip olan birey, anne ya da baba olduğunda alevlenme dönemlerinde çocuklar ciddi sorunlarla karşılaşabilmekte, bir akrabanın desteğine ihtiyaç duyabilmektedirler. Hastalık ve hastaya yaklaşım konusunda bilgi verilirken çocukların ve aile üyeleri dışındaki akrabaların da eğitim programına dahil edilmesi önem taşımaktadır (Gülseren, 2002: 150). Donanımlı ve özenli bir şekilde hazırlanmış eğitim programları sayesinde psikiyatrik tedavi gören hastalara yönelik geliştirilen yanlış tutumlar ve kaygılar azaltılabilir, yine bu sayede bireylerin topluma kazandırılabilceği düşüncesi aşılanabilir (Oban ve Küçük, 2011: 147).

Kentleşme ile birlikte sosyal ağların yapısı da değişmiş, geniş ailelerin yerini çekirdek aileler almaya başlamış, sosyal destek sistemleri zayıflamıştır (Baskak, Atbaşoğlu ve Can Saka, 2009: 4). Günümüzde geniş ailelerin yerini çekirdek ailelerin almasıyla birlikte hastaların bakım yükü de daha az paylaşılr hale gelmiştir. Hastaların rehabilitasyonuna yönelik kurulan gündüz hastanelerinin (TRSM) yaygınlaşması, tedavide işbirliği içerisinde olunması, bütüncül yaklaşımın benimsenmesi gerekmektedir. Hasta yakınlarının oluşturduğu sivil toplum kuruluşlarının da artması, damgayla ve hastalıkla başa çıkmada önemlidir (Gülseren, 2002: 150).

Birey çevresiyle bütündür. Şizofreni hastalığına sahip birey de rehabilite edilirken; sosyal çevresi, sosyo-kültürel ortamı içinde bir bütün olarak değerlendirilmeli, toplumdan koparılmamaya dikkat edilmelidir (Bilge ve Çam, 2010: 76). Kişinin, aile ve arkadaşlarından oluşan sosyal çevresi ve bu çevreyle olan iletişim ve etkileşimi, sosyal ilişki yoğunluğunu anlatır. Sağlıklı bir sosyal hayat ve yaşam kalitesi için sosyal çevre ile kurulan sosyal ilişkiler önem taşır (Genç, Taylan ve Barış, 2015: 86). Şizofreni hastalığında tedavinin amacı işlevselliği arttırmaktır. İşlevselliğin azalmasına sebep olan etmenleri azaltmak hedef alınmalıdır. TRSM'ler de aynı amaçla yola çıkmış olan kurumlardır.

Sosyal hizmet bir insan hakları mesleğidir. Temel kabulü, her insanın değerli olduğu; temel ilkesi ise insan onur ve haysiyetinin korunmasının sağlanmasıdır. Toplumda eşitlikçi bir sosyal yapının oluşması amacını güder. Bireyi çevresiyle bir bütün olarak değerlendirirken, dezavantajlı grupların etiketlenmemesi, kendi bireysel kararlarını verebilmesi, onurlarını korumasını sağlamaya çalışır (Tufan, Özgür Sayar ve Koçyıldırım, 2009: 76). Ruhsal hastalığı olan bireylerin de özgür bir şekilde kendi hayatlarını kontrol etme, yönetme, statü sahibi olma, toplumda kabul görme hakları vardır. Günümüzde sosyal hizmet uzmanlarının verdikleri çevre eğitimi ile bireyin sosyal çevresine adaptasyon çalışmaları, şizofreni hastalarının dışlanmalarının önüne geçilmesini sağlamakta, o mahallenin hastası olarak kabul görmelerine yardımcı olmaktadır.

Şizofreni hastaları ve ailelerinin hastalığın tedavisi ve seyri sırasında karşılaştıkları sorunlarla baş etmede desteklenmeye, işbirliğine ihtiyaçları vardır. Yaygınlaşan Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri'nde, ihtiyaç duydukları bu destek verilmektedir. Bu merkezler sayesinde hastaların yataklı servislerde yatmadan, günlük hayatları devam ederken

tedavileri sürdürölmektedir. Böylece birey sosyal hayattan uzaklaşmamakta, hatta kaybolan ya da azalan işlevsellikleri bu merkezlerdeki hizmetlerle arttırılmaktadır.

1.4.1.Toplum Ruh Sağlığı Merkezi (TRSM)

Önceki dönemlerde şizofreni hastaları, hastanelerde kapalı tutuluyordu. Tedavi bir bakıma tecrit yoluyla sağlanıyordu. Dolayısıyla hastalar toplum tarafından, sosyal hayattan dışlanmıştı. Ancak 1950’li yıllardan sonra kullanılan ilaçlarda da gelişme yaşanmasıyla birlikte hastalar, hastanelerden taburcu edilmeye başlandı. Tedavinin toplum içerisinde, hastanın yaşam alanında devam etmesi gerektiğı düşüncesi önem kazandı (Taşkın, 2007: 117).

Yirminci yüzyılın 2. yarısından sonra Batı Avrupa’da psikiyatrik hastaların toplum içerisinde tedavi edilmesi gerektiğı görüşü ortaya çıkmıştır. Hastaların psikiyatri kliniklerinde yatarak tedavi görmeleri, krize müdahale ya da hastanın kendisine ya da çevresine zarar verme durumu olduğunda sağlanmaktadır. Bu görüş sonrasında toplum temelli psikiyatri hizmetlerinde önemli ilerlemeler sağlanmıştır. Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri kurulmuş; psikiyatrist, psikolog, sosyal hizmet uzmanı, psikiyatri hemşiresi ve uğraşı terapistlerinin yer aldığı toplum ruh sağlığı ekipleri oluşturulmuştur (Ulaş, 2008: 2). Şizofreni hastalarının akıl hastanelerinden çıkıp toplum içinde yaşamlarını sürdürmelerinde ailelerinin ve sosyal çevreden gelecek olan desteğın önemi büyüktür. TRSM’ler, ruhsal hastaların topluma yeniden uyumunu sağlamayı, toplumdaki statü ve rollerini tekrar kazanmalarına yardımcı olmayı, damgalama / ayrımcılıkla mücadele ederek bireylerin yaşam kalitelerini arttırmayı amaç edinmektedir (Kavak ve Ekinci, 2014: 590).

İnsanlar sosyal çevreleriyle deşarj olur, üzüntü ve sevinçlerini paylaşır. Sosyal çevreyle etkileşim halinde olmak, insanlar tarafından kabullenilmek herkesin ihtiyaç duyduğu bir gereksinimdir ve bireyin hayata tutunmasına, psiko-sosyal ihtiyaçlarını gidermesine katkı sağlar (Can Öz ve Ünsal Barlas, 2017: 31). Sosyal çevre desteğinden yoksun olan kişiler boyun eğici, kabullenici ve kaçınma davranışı sergilerken; sosyal destek mekanizmalarının var olduğu kişiler daha çok problem odaklı baş etme davranışı gösterebilmektedirler (Bademli ve Çetinkaya Duman, 2013: 469). Bu yüzden ilaç tedavisi tek başına yeterli değildir. Tam bir iyilik halinin sağlanması için sosyal tedavilere de gereksinim vardır. TRSM’lerin kuruluş amaçlarından birisi de budur.

Son yıllarda şizofreni hastalığının tedavisinde antipsikotik ilaçlarla birlikte psikososyal tedavilere de yer verilmektedir. Tedavi planında aileler de yer almaktadır. Bütüncül tedavide aile üyelerinin hastalık, tedavisi, başa çıkma yöntemleri ve yaklaşımı konusunda bilgilendirilmesi ve eğitilmesi gerekmektedir (Köroğlu ve Hoccoğlu, 2017: 171). Ailelere, hastalık belirtileri ve stresle başetme, hasta birey ile iletişim kurma, hasta için boş zaman aktivitelerini planlama, sorun çözme ve hastaların yasal hakları ile ilgili rehberlik edilmektedir (Çetinkaya Duman ve Bademli, 2013: 79). Türkiye’de psikiyatri hastalarının tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin iyileştirilmesi amacıyla 1960’lı yıllarda psikiyatri hizmetlerinin iyileştirilmesine yönelik ilk girişimler başlamıştır (Ulaş, 2008: 10).

Ağır bir ruhsal bozukluk olan şizofreni hastaları eskiden sadece hastanede yatarken tedavi görmekte, taburcu olduktan sonra düzenli tedavi almamakta, tedavisiz kaldıkları için yaşam kaliteleri düşmekte, yeti yitimi oluşmakta ve toplumdan dışlanarak damgalanmaktaydılar. Ülkemizde ilk olarak 2006 yılında Elazığ ve Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanelerinde “Gündüz Hastanesi” adıyla kurulan; 2008 yılında da Bolu İzzet Baysal Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi’ne bağlı olarak açılan ilk Toplum Ruh Sağlığı Merkezi (TRSM), toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin başlangıçları olarak nitelendirilebilir. Toplum içinde tedavi ve rehabilitasyonu sağlayarak, şizofreni gibi ağır ruhsal bozukluğu olan hastalara yaşam alanından kopmadan hizmet vermek amaçlanmaktadır. TRSM’lerin hedefi; belli bir coğrafi alanda yaşayan, ağır ruhsal hastalığı olan bireyleri merkezde kayıt altına almak, gezici ekiplerle düzenli takip, tedavi ve rehabilitasyonlarını sağlayarak topluma yeniden kazandırmaktır. TRSM’lerden takip edilen hastaların yaşam kalitelerinin arttığı, yeti yitimlerinin azaldığı bilinmektedir (Ertekin ve diğerleri, 2015: 219). Gündüz hastaneleri hastane yerleşkesinde veya hastane dışında olabilir. Gündüz hastaneleri tarafından takip ve tedavisi yürütülen hastalara uğraşı terapisi, sportif aktivite, sosyal sorunlara yönelik danışmanlık, hastalık belirtileriyle baş etme becerisi, müzik terapisi, dans terapisi, ev idaresi ve aşçılık gibi günlük yaşam eğitimlerine yönelik hizmetler de verilmektedir. Şizofreni hastalarının toplum ruh sağlığı merkezlerine yönlendirilmesi, hastanın yalnızlıktan ve eylemsizlikten kurtarılması için önemli bir adım olarak gösterilebilir.

1.4.2.Esenyurt TRSM Modeli

TRSM'lerle birlikte hastaları hastaneye yatırmadan, toplumdan koparmadan, sosyal yaşamın içinde kalmalarını sağlayarak damgayla mücadele etmek, hastaların toplum içinde tedavilerinin devam etmesini sağlamak amaç edinilmiş ve hastane temelli modelden toplum temelli modele geçilmiştir. Esenyurt Toplum Ruh Sağlığı Merkezi de bu amaçla, 19 Eylül 2014 tarihinde Esenyurt Necmi Kadioğlu Devlet Hastanesi'ne bağlı olarak açılmıştır. Merkezde Aralık 2017 tarihi itibarıyla kayıtlı 87 kadın, 179 erkek olmak üzere toplam 266 şizofreni tanılı hasta bulunmaktadır. Merkezden tedavi gören her hastaya; hasta, ailesi ve tedavi ekibi ile birlikte bakım planı hazırlanmaktadır. Bireysel terapilerin yanı sıra psikoeğitim grupları, grup terapileri, aile grubu eğitimleri, iş-uğraş terapileri, öğle toplantıları, ev ziyaretleri yapılmaktadır. Ayrıca belirli aralıklarla hasta ve hasta yakınlarına çeşitli eğitimler verilmektedir.

Merkezin Amacı ve İşleyişi

Merkezin amacı; İstanbul ili Esenyurt, Beylikdüzü, Büyükçekmece, Çatalca ve Silivri ilçelerinde ikamet eden, hastaneden yeni taburcu olmuş ya da hastaneye yatırılma durumu söz konusu olan, ağır ruhsal hastalıklar sebebiyle (şizofreni, atipik psikoz, şizoaffektif bozukluk, bipolar bozukluk tanılı) tedavi ve psikososyal desteğe ihtiyaç duyan, bu hastalıklar nedeniyle işlevselliği ciddi biçimde azalmış bireylere, toplum temelli ruh sağlığı modeli çerçevesinde bireysel işlevi iyileştirmeye dönük etkin tedaviler sunulması, psikososyal destek hizmetlerinin verilmesi, takip ve tedavilerinin gerektiğinde evde sağlık hizmetleri uygulamasına entegre bir şekilde yaşadıkları ortamda verilebilmesi için hizmetin etkin ve ulaşılabilir bir şekilde sunulmasını sağlamaktır.

Ağır ruh sağlığı problemleri olan kişilere; hastanede yatarak tedavi görmelerini engellemek, yeti kaybını asgari düzeye indirmek ve işlevsel açıdan iyileşme sağlamak gayesiyle biyo-psiko-sosyal müdahalelerde bulunulması; hasta yakınları için aileyi temel alan destek programlarının geliştirilmesi ve psiko-eğitim verilmesi, sosyal işlevselliğin yerleştirilmesi ve bireyin sosyal hayatın içerisinde yer aldığı sürenin arttırılması gerektiği bilincinin kazandırılması sağlanmaktadır. Ayrıca sağlık kuruluşlarıyla işbirliği içerisinde hareket ederek, bireylere ve aile üyelerine sunulan desteğin azamiye çıkarılması amacıyla da toplum hizmeti veren kurum ve kuruluşlarla (belediye, kaymakamlık, Aile ve Sosyal Politikalar İl / İlçe Müdürlüğü, İŞKUR, vakıflar, sivil toplum kuruluşları...) koordinasyon

halinde olarak, toplumda bu hastalıklara yönelik var olan damgalama bileşenlerinin azaltılmasına katkı sağlamaktır.

Bakım Planı Hazırlanması

Hastanın ilk başvurusunda ayrıntılı olarak hastalık öyküsü alınır, ailesi ile görüşme yapılır, takip edildiği süreç içinde bakım ve rehabilitasyon planı çıkarılır. Hastalar ile yapılan bireysel görüşmelerin sıklığı hastanın ihtiyacına göre belirlenir. Hastalar; hastalık, tedavisi, hastaneye başvuru ve yatış sıklığı, kişisel bakımı ve ev hijyeni (çöp ev, yıkanmama vb), aile ortamı ve akrabalar ile ilişkiler, sosyal aktiviteleri (evden hiç çıkmama, arkadaş ilişkileri vb), çalışma, işlevsellik (iş yapabilme durumu (evde, işyerinde)), sosyal güvence, hakları ve geliri açısından değerlendirilir.

Aile ilişkilerinde sorun yaşayan hasta, aile ile birlikte merkeze davet edilir, psikiyatri uzmanı ve danışmanı ile hastalık konusunda bilgi verilir, aile eğitimlerine katılmaları önerilir. Aile ile birlikte hastanın terapilere devam etmesi sağlanır. Vasisi olan, evde bakım ücreti alan kişilerin hastalarına olan sorumlulukları anlatılır, iyi bakım alamayan hastaların farklı 1. derece yakınları ile iletişim kurulmaya çalışılır. Yakını olmayan ya da iyi bakım alamayan kişilerin bir bakım evine yerleştirilmesi gündeme gelebilir.

Evden çıkmayan, sosyal aktivitelere katılmayan, psikozun negatif belirtileri ön planda hastaların merkeze gelerek sosyalleşmeleri, bireysel terapi almaları, iş – uğraş terapilerine katılmaları planlanır. Sosyal haklar ve güvence konusunda sorun yaşayan hastalar merkeze başvurduklarında sosyal hizmet uzmanı tarafından bilgilendirilmekte, verilen rehberlikle birlikte başvurmaları gereken kurumlara yönlendirilmektedirler.

Bireysel Terapi

Bireysel terapilerde; hastalık ve tedavi süreci hakkında bilgilendirme, hastalıkla doğru ve etkili bir şekilde baş edebilme, ilaç uyumu ve alımının tedavideki rolü, kullanılan ilaçların etkileri ve yan etkileri üzerine çalışma, günlük hayat ve ilişki problemlerinin işlenmesi şeklinde destek verilir.

Psikoeğitim Grupları

Ortalama 9-10 kişi ile oluşturulan grupların amacı; şizofreni hastalığı, hastalığın seyri, ilaç tedavisinin gerekliliği, tedavinin süresi, hastalık belirtileriyle baş etme yolları, erken belirtilerin neler olduğu yanında; tedavi uyumunu artırarak muhtemel yinelemeleri

minimumuna indirmek, bireyin stres bileşenlerine karşı hazırlıklı olmasını sağlamak, sosyal hakları ile ilgili rehberlik etmek, bireyin belirlenmiş bir alanda hastalığa dair düşüncelerini, kaygılarını, korkularını anlatması için motive olmasını sağlamak şeklinde tanımlanabilir.

Grup Terapileri

Bu gruplar psikoeğitim grup eğitimini tamamlayan hastalardan oluşur. Grup terapilerinin amaçları; hastaların ortak sıkıntılarını paylaşması, hastalıkları ile daha kolay baş etmeleri, iletişim kurma, yorum yapabilme, duygu ve düşüncelerini etkili bir şekilde ifade edebilme yeteneklerinin artırılması, sosyal ilişkilerinin geliştirilmesi olarak nitelendirilebilir. Sosyal beceri kazandırmada rol oynama gibi bazı yöntemler kullanılabilmektedir. Hasta, TRSM’lerde kendisi gibi başka hastalarla tanışır, düzenlenen grup toplantılarında diğer hastalarla bir araya gelerek yeni bir sosyal ortam kazanır.

Aile Grubu Eğitimi

Bu grupların amacı, aile üyelerinin hastalık hakkındaki kaygılarını azaltmak, kendilerine güvenlerini ve hastalık hakkındaki bilgilerini artırarak aile içindeki destek mekanizmalarının artmasının sağlanması şeklinde ifade edilebilir. Diğer amaçlar ise; hasta yakınları grup ortamında diğer hasta yakınlarıyla tanışarak, kendi yaşadıklarını pek çok ailenin yaşadığını görerek, gizlilik, utanç ve suçluluk duygularının paylaşılmasını sağlamak, hastalık ve onunla baş etme hakkında bilgi sahibi olmak, yanlış inançlar ve bilgiler, şizofreni damgası hakkında konuşmak, aile ile işbirliği yaparak hasta üzerinde olumsuz rol oynayabilecek öfke, eleştiri gibi duyguların en aza inmesini sağlamak, hastanın ilaç alımı ve ruhsal durumunun gözlemi, ilacın düzenlenmesi ve ilaç kullanımının önemini anlatmak, erken belirtiler, alevlenme ve kriz belirtileriyle başa çıkma yöntemlerini öğretmek ve en önemlisi şizofreni hastalığında aile desteğinin önemi üzerine konuşmak olarak sıralanabilir.

İş – Uğraş Terapileri

İş – uğraş terapileri hastaların rehabilitasyonuna katkı sağlamakta, hastaları cesaretlendirmektedir. Bu terapiler hastaların yeti yitimlerini azaltmaya, sosyal işlevselliklerini ise arttırmaya yardımcı olmaktadır. Ekim 2015’te İSMEK ile düzenlenen protokol çerçevesinde merkezde el sanatları ve spor usta öğreticisi tam zamanlı olarak

Çalışmaya başlamış, daha sonra haftada 2'şer gün ev aksesuarları, bilgisayar ve bağlama usta öğreticisi ekibe katılmıştır. Ayrıca Esenyurt Belediyesi Kültür Merkezi'nden haftada 1 defa Türk Halk Müziği ğretmeni desteği alınmaktadır.

ğle Toplantıları

Haftanın 2 günü merkezde bulunan hastalarla birlikte düzenlenen toplantılardır. Merkezin işleyişi, duyurular, etkinlikler hakkında bilgi verilir, merkeze yeni kayıt olan hastalar tanıtılır. Toplantılarda hastaların da görüş ve önerilerine yer verilir. Bu toplantılarda hastaların söz söyleme hakkının olduğu, onların düşüncelerine kıymet verildiği hissettirilmektedir.

Ev Ziyaretleri

Esenyurt Necmi Kadioğlu Devlet Hastanesi'ne ait resmi araç ile haftada 2 yarım gün ev ziyaretleri düzenlemekte, hasta ve hasta yakınları yaşam alanlarında değerlendirilmektedir. TRSM sorumlu hekimi ve hastaların danışmanları (sosyal hizmet uzmanı, psikolog, hemşire) tarafından yapılan ev ziyaretleri sonrasında hasta ve hasta yakınları ile işbirliği kurmak daha olanaklı hale gelmekte; tedavi uyumu da bu sayede artmaktadır.

BÖLÜM 2: YÖNTEM ve TEKNİK

2.1.Araştırma Modeli

Şizofreni tanılı hastaların içselleştirilmiş damgalanma düzeylerinin yaşam kalitelerine olan etkisinin incelendiği bu çalışma, betimleyici ve açıklayıcı nicel bir araştırmadır. Çalışma kapsamında araştırmanın konu ve amacına uygun olarak oluşturulan araştırma soru ve hipotezleri, çözümlenmesi için belirlenen ölçekler aracılığıyla soruşturulmuştur. Soruşturma sonrası elde edilen veriler istatistik teknikleriyle analiz edilip yorumlanmıştır.

Çalışmamız iki ayrı kısımdan oluşmaktadır. İlk kısımda ulaşılabilen tüm Türkçe kaynaklar taranmış ve çalışmanın teorik gövdesi oluşturulmuştur. Teorik gövdesi oluşturulduktan sonra bununla bağlantılı olarak uygulama çalışması yapılmıştır. Bunun için Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (İRHDÖ), Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği – Kısa Formu ve Sosyo-demografik Bilgi Formu aracılığıyla uygulama sonuçları elde edilmiştir.

Ölçeklerin uygulama aşaması yüz yüze görüşmelerle, araştırmacının kendisi tarafından hazırlanmıştır.

2.2.Araştırma Soruları ve Hipotezleri

Şizofreni tanısı almış olan hastalarda damgalanma ve yaşam kalitesinin ortaya konulmasının amaçlandığı bu çalışmada şizofreni tanısı almış bireylerin ne oranda damgalandığı ve bu damgalanmanın yaşam kalitelerinde ne gibi sonuçlar doğurduğu sorularına cevap aranmaktadır. Kısaca araştırma soruları aşağıdaki gibidir:

Araştırma Sorusu 1: Şizofreni tanısı almış bireylerdeki damgalanma durumu ne orandadır? İçselleştirilmiş damgalanmanın alt boyutlarından olan yabancılaşma, kalıp yargıların onaylanması, algılanan ayrımcılık, sosyal geri çekilme, damgalanmaya karşı direnç düzeyleri ne durumdadır?

Araştırma Sorusu 2: Şizofreni tanısına sahip kişilerde hissedilen damgalanmanın a-genel olarak yaşam kalitesine, yaşam kalitesinin alt boyutlarından olan b-genel sağlık durumu, c-fiziksel sağlık durumu, d-psikolojik durum, d-sosyal ilişkiler ve f-çevre memnuniyeti üzerindeki etkileri ne düzeydedir?

Bu araştırma sorularından hareketle de hipotezler geliştirilmiştir. Geliştirilen hipotezler aşağıdadır:

Hipotez 1: Şizofreni hastalarında içselleştirilmiş damgalanma arttıkça yaşam kalitesi düşmektedir.

Hipotez 2: Şizofreni hastalarında içselleştirilmiş damgalanma arttıkça sağlık memnuniyeti düşmektedir.

Hipotez 3: Şizofreni hastalarında içselleştirilmiş damgalanma arttıkça psikolojik sağlıkta iyileşme olanağı azalmaktadır.

Hipotez 4: Şizofreni hastalarında içselleştirilmiş damgalanma arttıkça sosyal ilişkiler azalmaktadır.

Hipotez 5: Şizofreni hastalarında içselleştirilmiş damgalanma arttıkça çevre algısı olumsuz yönde etkilenmektedir.

2.3.Evren ve Örneklem

Esenyurt Necmi Kadioğlu Devlet Hastanesi'ne bağlı Esenyurt Toplum Ruh Sağlığı Merkezi (TRSM) tarafından takip edilen kronik şizofreni hastaları bu araştırmanın evrenini oluşturmaktadır.

Araştırmanın örneklemini ise; iletişim kurulabilen, ölçek uygulanmasını kabul eden ve düzenli olarak merkeze gelen 30'u kadın 75'i erkek olmak üzere toplam 105 şizofreni tanısı almış olan hastadan oluşmaktadır. Çalışmaya katılan hastaların tamamı 18 yaşından büyüktür. Örneklem grubu zihinsel geriliği olmayan, yöneltilen soruları algılamakta ve yanıtlamakta zorlanmayan hastalardan oluşmaktadır. Görüşmeyi sürdürmeyi engelleyecek bir durumla karşılaşılmamıştır.

2.4.Verİ Toplama Araçları

Veri; bir sonuca varabilmek için gerekli olan ilk bilgi olarak biçimlendirilmekte ve tanımlanmaktadır. Araştırma, teorik ve uygulamalı olmak üzere iki tür veriden oluşmuştur. Teorik kısmını oluşturan bölüm kavramsal ve kuramsal çerçeveyi teşkil ederek mevcut kaynaklardan oluşmuştur. Bu kaynaklar; şizofreni, damga ve yaşam kalitesiyle ilgili Türkçe yazılmış kitap ve makalelerden oluşmuştur. Uygulamalı kısmı oluşturan verilerin toplanmasında ölçek yöntemi kullanılmıştır. Veri toplama aracı olarak Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği, Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği – Kısa Form ve sosyo-demografik bilgi formu kullanılmıştır.

2.4.1.Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (İRHDÖ)

Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (İRHDÖ); Ritsher ve diğerleri (2003) tarafından geliştirilmiş olan İRHDÖ 29 maddeden oluşan ve içsel damgalanmayı değerlendiren bir öz – bildirim ölçeğidir. 4'lü Likert tipi ölçektir. Ersoy ve diğerleri (2007) tarafından geçerlik ve güvenirliği yapılmıştır.

2.4.2.Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği – Kısa Formu

Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği – Kısa Formu 27 maddeli, 5'li Likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin Türkiye'de geçerlilik ve güvenirlik çalışması Fidaner ve diğerleri (1999) tarafından yapılmıştır.

2.4.3.Sosyo – demografik Bilgi Formu

Sosyo – demografik bilgi formu araştırma verilerini toplamak amacıyla geliştirilmiştir. Bu formda, çalışma kapsamına alınan hastaların sosyo – demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, eğitim ve medeni durum) ve hastalık ile ilişkili özellikleri ile ilgili sorular yer almaktadır.

2.5.Veri Toplama ve İşleme Süreci

Ölçeklerde toplam 56, bilgi formunda ise 17 soru olmak üzere toplam 73 soru bulunmaktadır. Ölçeklerin uygulanması ortalama 30 dakikalık bir süreyi kapsamakta olup çalışma iletişim kurulabilen, yönlendirilen soruları algılamakta ve yanıtlamakta zorlanmayan, ölçek uygulanmasını kabul eden, merkeze düzenli olarak gelen şizofreni tanısı almış 18 yaş üstü hastalara uygulanmıştır. Verilerin toplanmasında hastaların dosyalarından da yararlanılmış; hastaların dosyalarında yer alan demografik bilgileri kişisel bilgilerinden arındırılarak kullanılmıştır.

2.6.Veri Analizi

Esenyurt Toplum Ruh Sağlığı Merkezi tarafından tedavisi devam eden şizofreni tanılı hastalara uygulanan ölçek sonucunda toplanan veriler bilgisayar ortamında analiz edilmiştir. Araştırmada veriler kaynak taraması şeklinde toplanıp, yapılan ölçekler eklenmiş ve ortaya çıkan bulgular Anova, t-testi ve regresyon analizi eşliğinde analiz edilip yorumlanmıştır.

2.7.Sınırlılıklar

Bu araştırma, Esenyurt TRSM tarafından takip edilen şizofreni tanısı almış olan hastalarla sınırlıdır.

Dışlama ölçütü olarak psikotik alevlenme döneminde olma, mental retardasyon ve madde kullanımının olması kabul edilmiştir.



BÖLÜM 3: ARAŞTIRMANIN BULGULARI

Bu çalışmada kronik şizofreni tanılı hastaların damgalanma ve yaşam kalitesinin incelenmesi, maruz kalınan damga ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi ortaya çıkararak, damga ile mücadele yöntemleri ile yaşam kalitesini arttırmaya yönelik stratejiler geliştirmek amaçlanmıştır. Aşağıda şizofreni hastalarının demografik özellikleri, algılanan ve içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri (alt boyutlarıyla), algılanan yaşam kaliteleri (alt boyutlarıyla birlikte) yer almaktadır. Ayrıca şizofreni tanısı konulmuş bireylerin durumuna ilişkin kurulan hipotezlerin testine ait analizler yer almaktadır.

3.1.Sosyo-demografik Özellikler

Tablo 1
Hastaların Cinsiyete Göre Dağılımı

	Sayı	Yüzde
Kadın	30	28,6
Erkek	75	71,4
Toplam	105	100,0

2017 Aralık itibariyle Esenyurt TRSM tarafından takip edilen, 87'si kadın, 179'u erkek toplam 266 şizofreni hastasından iletişim kurabilen, kendini ifade etmekte zorlanmayan, araştırmaya katılmayı kabul eden 30'u kadın, 75'i erkek olmak üzere toplam 105 şizofreni hastasına ulaşılmıştır. Görüşülen 105 kişinin %28,6'sını kadın hasta, %71,4'ünü ise erkek hasta oluşturmaktadır.

Tablo 2
Hastaların Yaşı Göre Dağılımı

	Sayı	Yüzde
18-34 yaş	38	36,2
35-49 yaş	52	49,5
50 yaş üzeri	15	14,3
Toplam	105	100,0
Ortalama	39,57	

Araştırmanın örneklemini oluşturan hastalardan 18-34 yaş aralığında olanlar araştırmanın %36,2'sini, 35-49 yaş aralığında olanlar %49,5'ini, 50 yaş ve üzerinde olanlar %14,3'ünü oluşturmaktadır. Katılımcıların en çok yer aldığı yaş grubu 35-49 yaş aralığındaki gruptur (%49,5). 50 yaş üzerindeki kişilerin oranı diğer yaş gruplarına göre nispeten düşüktür (%14,3).

Çalışmaya katılan hastaların ortalama yaşı 39,5 olarak gözlenmekte olup, hastaların %71'ini erkek hastalar oluşturmaktadır. TRSM kayıtları genel olarak incelendiğinde; merkeze gelen hastaların da çoğunluğunun erkek olduğu gözlenmiştir. Bu bulgu, kadınların evde daha fazla bir uğraşı alanına sahip olduğunu veya sosyal çevre ile daha az ilişki kurduğunu düşündürmektedir. Akpınar'ın (2008: 35) verilerinde hastaların %60'ı; Tatlıdil'in (2008: 29) verilerinde hastaların %63,6'sı; Şimşek'in (2006: 29) verilerinde hastaların %64'ü ve Nebioğlu'nun (2007: 34) verilerinde de hastaların %76,8'i erkek hastalardan oluşmaktadır.

Tablo 3
Hastaların Eğitim Durumu

	Sayı	Yüzde
Hiç Eğitim Almadım	7	6,7
İlkokul Mezunu	39	37,1
İlköğretim/Ortaokul Mezunu	19	18,1
Lise/Ortaöğretim Mezunu	37	35,2
Önlisans Mezunu	1	1,0
Lisans Mezunu	2	1,9
Toplam	105	100,0

Tablo 3'te araştırmanın örneklemini oluşturan hastalardan %6,7'sinin hiç eğitim almadığı, %37,1'inin ilkokul mezunu olduğu, %18,1'inin ilköğretim mezunu olduğu, %35,2'sinin ortaöğretim mezunu olduğu, %1'inin önlisans, %1,9'unun ise lisans mezunu olduğu görülmektedir. Çalışmada hastaların çoğunlukla ilkokul veya ortaöğretim mezunu olduğu gözlenmektedir. Örneklemi oluşturan 105 hastadan sadece 3'ünün yükseköğretim mezunu olması dikkat çekmektedir.

Tan Kartal'ın (2013: 53) verilerinde ilkokul (%34,6) ve ortaöğretim (%32,6) mezunu olan hastaların çoğunluğu oluşturduğu gözlenmiştir. Kaya'nın (2013: 31) verilerinde hastaların çoğunluğu ortaöğretim mezunudur. (%46,9). Şimşek'in (2006: 29) verilerinde hastaların %52'sinin, yine Tatlıdil'in (2008: 29) verilerinde de hastaların %54,5'inin ortaöğretim mezunu olduğu gözlenmektedir. Ülkemizde 15 yaş üstü eğitim durumunun TUIK 2012 verileri incelendiğinde; %27'sinin ilkokul mezunu olduğu, %25'inin ortaöğretim mezunu, %11'inin ise yüksekokul ve fakülte mezunu olduğu görülmüştür (TUIK, 2012). Çalışmada ilkokul ve ortaöğretim mezunu olma durumu ülkemiz ortalamasının üzerinde, yükseköğretim mezunu olma durumu ise ülkemiz ortalamasının altında seyretmektedir. Şizofreni hastalığı zekâyı etkilemeyen bir rahatsızlıktır; fakat

zaman içerisinde bilişsel yetilerde azalmaya sebep olmaktadır. Çalışmadaki bulgular bu doğrultuda anlamlı bulunmuştur.

Tablo 4
Hastaların Medeni Durumu

	Sayı	Yüzde
Bekâr	58	55,2
Evli	32	30,5
Dul/Boşanmış	15	14,3
Toplam	105	100,0

Araştırmaya katılan hastaların %55,2'sinin bekâr, %30,5'inin evli, %14,3'ünün ise dul ya da boşanmış olduğu belirlenmiştir. Çalışmada şizofreni hastalarında hiç evlenmemiş olma durumunun sık olduğu izlenmektedir. Evlilik sorumluluk gerektiren bir kurumdur. Şizofreni hastalarının yüklendiği her bir sorumluluk da beraberinde yeni bir stres faktörünü meydana getirmektedir. Ayrıca hastalık zaman içinde sosyal ilişkilerin de bozulması durumunu gündeme getirmektedir. Hastalığa bağlı ortaya çıkan sosyal izolasyon, sosyal ilişki kurma ve bu ilişkiyi devam ettirmekte zorlanmalar olabilir. Şimşek'in (2006: 29) verilerinde hastaların çoğunluğunu (%58); Tan Kartal'ın (2013: 54) verilerinde hastalardan %66,3'ünü; Akpınar'ın (2008: 35) verilerinde örnekleme dâhil olan hastalardan %66,7'sini; Kaya'nın (2013: 31) verilerinde hastaların %68,46'sını ve Güneş'in (2010: 35) verilerinde ise hastaların %70,3'ünü bekâr olanlar oluşturmaktadır. Yine Nebioğlu'nun (2007: 34) verilerinde hastaların %36,6'sı ile Tatlıdil'in (2008: 30) verilerinde hastaların %20,5'i evli hastalardan oluşmaktadır. Çalışma verileri literatürle uyumludur.

Tablo 5
Hastaların Çalışabilirlik Durumu

	Sayı	Yüzde
Çalışıyor	10	9,5
Çalışmıyor	95	90,5
Toplam	105	100,0

Tablo 5’te örnekleme oluşturan hastaların %9,5’inin çalıştığı görülmektedir. Buna karşın hastaların %90,5’inin çalışma hayatının dışında kalması dikkat çekmektedir. Muslu’nun (2010: 36) verilerinde hastaların %9,6’sının; Şimşek’in (2006: 30) verilerinde hastaların %12’sinin; Kaya’nın (2013: 31) verilerinde hastaların %16,20’sinin; Nebioğlu’nun (2007: 34) verilerinde hastaların %17,1’inin; Akpınar’ın (2008: 35) verilerinde ise hastaların %33,4’ünün çalışma hayatı içerisinde yer aldığı görülmektedir. Yine Güneş’in (2010: 35) verilerinde hastaların %67,8’inin; Öztürk’ün (2010: 33) verilerinde de hastaların %78,2’sinin çalışmadığı izlenmiştir. Bu durum, hastalığın mesleki işlevselliğin azalmasına sebep olabileceği izlenimini vermekle birlikte; ruhsal engelli kategorisinde yer alan şizofreni hastalarının toplum tarafından damgalanması, işe alımlarda ruhsal engellilere oranla diğer engelli (fiziksel – zihinsel) gruplara inisiyatif tanınması ile de ilişkilendirilebilir. Şizofreni hastalığında damga ile mücadele edebilmek, hastaların tek başlarına hayatlarını idame ettirebilmelerini, toplumda daha görünür halde olarak toplumla bütünleşmelerini sağlamak için daha fazla çalışma hayatının içinde yer almaları gerekmektedir.

Tablo 6
Hastaların Sosyo-ekonomik Durumu

	Sayı	Yüzde
Evde Bakım Ücreti	9	8,6
2022 Yardımı/3 Aylık	14	13,3
Dul-Yetim Aylığı	9	8,6
Malulen Emekli	14	13,3
Geliri Yok	48	45,7
Maaşı Var	11	10,5
Toplam	105	100,0

Örneklemi oluşturan hastaların %8,6'sı Evde Bakım Ücretinden, %13,3'ü 2022 Sayılı Kanun kapsamındaki Engelli Aylığından, %8,6'sı Dul-Yetim Aylığından yararlanmaktadır. %13,3'ünün malulen emekli olduğu görülmektedir. Hastaların %45,7'sinin ise herhangi bir gelirinin olmaması dikkat çekmektedir.

Hastaların %90,5'inin çalışma hayatının dışında kalması ve %45,7'sinin de herhangi bir gelirinin olmaması, hastaların hayatlarını nasıl idame ettirdikleri sorusunu düşündürmektedir. Çalışmadaki hastaların %30,5'inin devletin sosyal politikaları kapsamında desteklendiği (Evde Bakım Ücreti ve 2022 Sayılı Kanun kapsamındaki Engelli Aylığı ile Dul-Yetim Aylığı), %13,3'ünün ise malulen emekli olduğu ortaya çıkmıştır. Muslu'nun (2010: 36) verilerinde hastaların %46,6'sının herhangi bir gelire sahip olmadığı izlenmiştir. Tan Kartal'ın (2013: 54) verileri incelendiğinde de %62,3 ile büyük çoğunluğunun çalışmadığı gözlenmiştir. Yine Umut'un (2010: 48) verilerinde hastaların %6,7'sinin; Sarıkaya Varlık'ın (2014: 40) verilerinde ise hastaların sadece %3,84'ünün çalıştığı görülmüştür. Ayrıca Gökalp'in (2017: 51) çalışmasında şizofreni hastalarından %42'sinin aylık gelirinin asgari ücretin altında, %18'inin asgari ücret tutarında olduğu; yine Kalı'nın (2018: 31) verilerinde de hastaların %87,5'inin aylık

gelirlerinin 1000 TL'nin altında olduğu izlenmiştir. Örneklemi oluşturan hastaların büyük bir çoğunluğunun çalışmaması ve göz ardı edilemeyecek oranda hastanın da herhangi bir gelire sahip olmaması, ruhsal engelliler grubu ile ilgili düzenlenecek sosyal politikalara ve geliştirilecek sosyal hizmetlere ihtiyaç olduğunun bir göstergesidir. Hastaların %90,5'inin çalışma hayatının içerisinde yer almaması, toplumun ruhsal hastalıklara yaklaşımında damgalamanın etkisinin olması ile ilişkilendirilebilir.

Bilge ve Çam'ın (2010: 74) yaptığı çalışmada da şizofreni hastalığına sahip olan bireylerin, hastalığın bilişsel işlevlerde yol açtığı bozukluk nedeniyle eğitim programlarına devam etmekte zorlandığı, kendilerinden beklenen eğitimi tamamlamak ve iş bulmakta zorlandıkları bulunmuştur. Araştırma bulguları, bu bulgularla paralellik göstermektedir. Bu bulgu ile hastaların yaşam kalitelerinin düşük olması beklenilebilir.

Tablo 7
Hastaların Sosyal Güvence Durumu

	Sayı	Yüzde
SGK	65	61,9
Bağ-Kur	4	3,8
Yeşilkart	28	26,7
GSS	7	6,7
Sosyal Güvence Yok	1	1,0
Toplam	105	100,0

Örneklemi oluşturan hastaların %61,9'unun sosyal güvencesinin SGK olduğu, %26,7'sinin ise sosyal güvencesinin halen yeşilkart olduğu görülmektedir.

Çalışmada 105 hastadan 7'sinin GSS kapsamında olduğu, 1'inin ise sosyal güvencesinin olmadığı gözlenmiştir. Hastaların büyük bir çoğunluğunun tedavi hizmetlerine ulaşma ve tedaviyi devam ettirme sürecinde sigorta ile ilgili sorun yaşamadığı anlaşılmaktadır. Muslu'nun (2010: 37) verilerinde hastaların %1,4'ünün sosyal güvencesinin olmadığı

izlenmiştir. Öztürk'ün (2010: 33) verilerinde hastaların %90,1'inin; Tan Kartal'ın (2013: 54) verilerinde örnekleme oluşturan hastaların %99'unun sosyal güvencesinin bulunduğu; yine Şimşek'in (2006: 30) verilerinde de hastaların tamamının sosyal güvencesinin olduğu görülmektedir. Bu bulgular çalışma sonuçlarıyla uyumlu göstergeler olup, olumlu olarak değerlendirilmiştir.

Tablo 8
Hastaların Barınma Durumu

	Sayı	Yüzde
Ev Sahibi	79	75,2
Kiracı	26	24,8
Toplam	105	100,0

Tablo 8'e göre; araştırmaya katılan hastaların %75,2'sinin ev sahibi olduğu, %24,8'inin ise kiracı olduğu görülmektedir.

Bu bulgu hastaların çoğunluğunun olası yalnız kalma ve hayatını idame ettirme durumunda bir teminat olarak hastanın güçlü yönleri içerisinde değerlendirilebilir. Şimşek'in (2006: 30) verilerinde de hastaların %74'ü ev sahibidir. Bu bulgu da çalışma sonuçlarıyla uyumlu olup, olumlu yönde değerlendirilmiştir.

3.2.Klinik Özellikler

Tablo 9

Aile Psikiyatrik Hastalık Öyküsü Durumu

	Sayı	Yüzde
Var	58	55,2
Yok	47	44,8
Toplam	105	100,0

Tablo 9’da örnekleme oluşturan hastaların %55,2’sinde aile psikiyatrik hastalık öyküsünün olduğu tanımlanmıştır. Buna karşılık %44,8’inin ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsünün bulunmadığı görülmektedir. Delibaş’ın (2011: 28) verilerinde hastaların %20,6’sında; Sarıkaya Varlık’ın (2014: 39) verilerinde hastaların %28,1’inde; Şimşek’in (2006: 33) verilerinde hastaların %32’sinde; Kalı’nın (2018: 33) verilerinde hastaların %32,5’inde; Yortan’ın (2017: 24) verilerinde hastaların %43,4’ünde; Özütek’in (2005: 50) verilerinde hastaların %52,5’inde; Nebioğlu’nun (2007: 35) verilerinde ise hastaların %61’inde aile psikiyatrik hastalık öyküsünün bulunduğu belirtilmiştir.

Çalışmada literatürle uyumlu olarak şizofreni hastalığında genetik faktörlerin etkili olduğu ortaya konulmakla birlikte çevresel faktörlerin de göz ardı edilemeyecek boyutta etkili olduğu görülmektedir.

Tablo 10
Hastaların Sigara Kullanım Durumu

	Sayı	Yüzde
Kullanıyor	73	69,5
Kullanmıyor	32	30,5
Toplam	105	100,0

Araştırmaya katılan hastaların %69,5'inin sigara kullanım öyküsünün bulunduğu, %30,5'inin ise sigara kullanmadığı görülmektedir. Nebioğlu'nun (2007: 35) verilerinde hastaların %65,9'unda; Söğütlü'nün (2014: 39) verilerinde hastaların %69,5'inde; Sarıkaya Varlık'ın (2014: 42) verilerinde hastaların %79,7'sinde; Kaya'nın (2013: 31) verilerinde ise hastaların %91,43'ünde sigara kullanımının olduğu görülmektedir. Şizofreni hastalarındaki sigara içme oranı oldukça yüksek gözlenmiştir. Sigara kullanımının şizofreni hastalarında bu derece yüksek gözlenmesinin sebebi; sigaranın hastalık belirtileri ile ilaç yan etkilerini azaltıcı ve rahatlatıcı etkisinin olmasından kaynaklandığı düşünülebilir. Şimşek'in (2006: 33) verilerinde ise hastaların %38'inin sigara kullandığı ifade edilmektedir. Bu bulgu, çalışma bulgularıyla ters düşmektedir.

Tablo 11
Hastaların Alkol Kullanım Durumu

	Sayı	Yüzde
Kullanıyor	22	21,0
Kullanmıyor	83	79,0
Toplam	105	100,0

Araştırmaya katılan hastaların %21'inin alkol kullanım öyküsü bulunurken, %79'unun alkol kullanımının olmadığı görülmektedir. 105 hastanın 83'ünün alkol kullanmaması durumu; ilaçların alkol ile etkileşime girmesi, buna bağlı olarak da hastaların alkolden

uzak durması, dolayısıyla da hastaların tedaviye uyum göstermesi ve hastalıkla baş etmeye çalışması ile ilişkilendirilebilir. Sarıkaya Varlık'ın (2014: 42) verilerinde de hastaların %18,8'inin alkol kullanım öyküsünün olduğu görülmektedir. Yine Kalı'nın (2018: 33) verilerinde hastaların %3,8'inin; Aydın'ın (2016: 44) verilerinde ise hastaların %8,53'ünün alkol kullanımının olduğu gözlenmiştir. Çalışma bulguları uyumludur.

Tablo 12
Hastaların Uyuşturucu, Uçucu Madde Kullanım Durumu

	Sayı	Yüzde
Kullanıyor	7	6,7
Kullanmıyor	98	93,3
Toplam	105	100,0

Tablo 12'ye göre; araştırmaya katılan hastaların %93,3'ünün uyuşturucu madde kullanım öyküsünün bulunmadığı görülmektedir. TRSM'lerde genellikle son 1 yıldır uyuşturucu madde kullanımı olmayan hastaların takip ve tedavisi yapılmaktadır. Bu sebeple 105 hastadan 7'sinin uyuşturucu madde kullanım öyküsünün ortaya çıkması olağan karşılanmıştır.

Araştırmaya katılan hastaların %69,5'inin sigara kullanım öyküsünün bulunduğu; buna karşılık %79'unun alkol; %93,3'ünün ise uyuşturucu madde kullanım öyküsünün bulunmadığı görülmektedir. Sarıkaya Varlık'ın (2014: 42) verilerinde hastaların %17,2'sinde; Umut'un (2010: 48) verilerinde hastaların %13,5'inde; Aydın'ın (2016: 44) verilerinde de hastaların %3,6'sında madde kullanım öyküsünün olduğu izlenmiştir. Kaya'nın (2013: 31) verilerinde de hastaların %53,85'inin sigara, alkol ve uyuşturucu madde kullanımının olduğu; kullananların %91,43'ünün de sadece sigara kullandığı gözlenmiştir. Özütek'in (2005: 50) verilerinde hastaların %6,7'sinin alkol-madde kullanımının olduğu görülmüştür. Çalışma bulguları paralellik göstermektedir. Sigara kullanımının diğer maddelere göre daha fazla bulunması; sigaranın rahatlatıcı etkisi, tedavide sağlanan iş birliği, hastalığa dair iç görünümün kazanılmış olması ile ilişkilendirilebilir.

Tablo 13
Hastalık Başlangıç Yaşı

	Sayı	Yüzde
18 yaş altı	21	20,0
18-29 yaş aralığı	63	60,0
30 yaş ve üzeri	21	20,0
Toplam	105	100,0
Ortalama	23,39	

Araştırma bulgularında hastalığın başlama yaşı %60 oranında 18-29 yaş arasında ortaya çıkmıştır. Hastalığın başlangıç yaşı ortalama 23 yaş olarak görülmektedir. Şimşek'in (2006: 34) verilerinde de hastalık başlangıç yaşı 23 olarak belirlenmiştir. Yine Sarıkaya Varlık'ın (2014: 43) verilerinde de hastalık başlangıç yaşı 24 olarak görülmektedir. Literatürde de hastalığın daha çok ergenlik döneminde bir stres faktörü ile birlikte ortaya çıktığı bilinmektedir. Çalışmadaki bu bulgu literatür ile uyumluluk göstermektedir.

Tablo 14
Hastaların Psikiyatri Hastanesine Yatış Sayısı

	Sayı	Yüzde
Yatış yok	15	14,3
1 kez	20	19,0
2 kez ve üzeri	70	66,7
Toplam	105	100,0
Ortalama	3,79	

Örnekleme oluşturan 105 hastanın 90'ının (%85,7) yatarak tedavi gördüğü, %66,7'sinin ise tedavide çoklu yatış öyküsünün bulunduğu gözlenmiştir. Nebioğlu'nun (2007: 35) verilerinde hastaların %70,7'sinin; Öztürk'ün (2010: 36) verilerinde hastaların %74,3'ünün; Kaya'nın (2013: 31) verilerinde de hastaların %89,23'ünün çoklu yatışının olduğu belirtilmektedir. Umut'un da (2010: 48) verilerinde hastaların %51,9'unun 5 ve 5'ten fazla hastane yatışının olduğu görülmüştür. Erken yaşta başlayan şizofreni hastalığında, hastalığın tekrar etme oranı oldukça yüksektir. Sosyal destek mekanizmalarının yetersizliği, aile bireyleri tarafından hastalığın anlaşılabilmesi ve buna bağlı olarak da tedavi uyumsuzluğunun ortaya çıkması da yatarak tedavi görmeye yol açmaktadır. Yılmaz'ın (2012: 31) çalışmasında şizofreni hastalarının %54'ünün tedaviye uyumsuz olduğu bulunmuştur. Hasta ve hasta yakınlarının damgalanma korkusuyla hastane başvurularının geç olması da tedavide beklenen sonuca ulaşma şansını azaltmaktadır. Sarıkaya Varlık'ın (2014: 44) verilerinde de hastaların TRSM takibi öncesi yatış sayıları oldukça yüksek gözlenmiştir. Aynı çalışmada TRSM'ye başvuru sıklığı ile hastane yatışlarının ters ilişkili olduğu; TRSM'ye sık başvuran hastaların hastane yatış oranlarının ileri derecede anlamlı olarak daha az olduğu ortaya çıkmıştır.

Tablo 15

Hastaların İntihar Girişimi Öyküsü

	Sayı	Yüzde
Evet, Var	33	31,4
Hayır, Yok	72	68,6
Toplam	105	100,0

Çalışmada hastaların %68,6'sının intihar girişim öyküsünün bulunmadığı gözlenmiştir. Öztürk'ün (2010: 36) verilerinde hastaların %21,8'inin; Şimşek'in (2006: 33) verilerinde hastaların %30'unun; Nebioğlu'nun (2007: 36) verilerinde hastaların %31,7'sinin; Öztürk'ün (2012: 24) verilerinde hastaların %38'inin ve Sarıkaya Varlık'ın (2014: 40) verilerinde ise hastaların %45,3'ünün intihar girişiminde bulunduğu görülmüştür. Bununla birlikte Kalı'nın (2018: 33) verilerinde hastaların %63,8'inin intihar girişim öyküsünün olmadığı gözlenmiştir. Bu bulgular bize, örnekleme oluşturan hastaların

çoğunluğunun hastalık belirtileri ile baş edebildiğini, hastalığa bağlı olarak ortaya çıkan işitsel varsanılara karşı koyabildiğini düşündürmektedir. Bununla birlikte Güneş'in (2010: 35) verilerinde hastaların %59,3'ünün intihar girişiminin bulunduğu gözlenmiştir. Çalışma verileri bu noktada birbirinden ayrılmaktadır. Hastalığın her bireyde aynı etkiyi meydana getirmediği ve aynı oranda bilişsel kaybın yaşanmadığı bilinmektedir. İntihar girişiminin; hastalığın ilerleyen süreçlerde bilişsel işlevin iyi olduğu durumlarda, farkındalık, beraberinde gelen depresyon ve içselleştirilmiş damgalanma ile ortaya çıkması söz konusu olabilir. Toplum tarafından damgalanma ile sosyal destek sistemlerinden yoksunluk bu durumu körükleyebilir.

Tablo 16
Hastaların Fiziksel Şiddet Uygulama Öyküsü

	Sayı	Yüzde
Evet, Oldu	59	56,2
Hayır, Yok	46	43,8
Toplam	105	100,0

Tablo 16'ya göre, örnekleme oluşturan hastalardan %56,2'sinin fiziksel şiddet uygulama öyküsünün olduğu görülmektedir. Kalı'nın (2018: 37) verilerinde hastaların %46,3'ünün zarar verme öyküsünün olduğu gözlenmiştir. Tedavi uyumsuzluğunun olması, içgörünün bulunmaması ya da hastalığın alevlenme döneminde olması halinde fiziksel şiddete yönelik girişimlerin artabileceği düşünülmektedir. Bununla birlikte damgalanarak ötekileştirilen, zaman içinde mevcut statüsünü yitiren, sosyal yaşamdan uzaklaşarak yalnızlaşan hasta, olası tehlikelere karşı kendini korumaya yönelik şiddet davranışı da sergileyebilir.

Tablo 17
Hastaların Adli Vaka Olma Durumu

	Sayı	Yüzde
Var	31	29,5
Yok	74	70,5
Toplam	105	100,0

Tablo 17'ye göre, hastaların %70,5'inin adli vaka öyküsünün olmadığı görülmektedir. Tablo 16 ile birlikte değerlendirildiğinde hastaların çoğunluğunun fiziksel şiddet uygulama öyküsünün olmasına rağmen; hastaların %29,5'inin adli vaka öyküsünün bulunması dikkat çekmiştir. Bu bulgu bize; başkalarına zarar verme şeklindeki uygulamaların tedavi uyumsuzluğuna bağlı olarak geliştiği, aile bireylerine yönelik uygulandığı sonucunu vermekle birlikte hastalıktan ayrı olarak da değerlendirilebileceği düşüncesini oluşturmaktadır. Toplumda sanıldığıının aksine şizofreni hastalarının saldırgan olmadığını, toplumsal önyargılar ve damgalamayla birlikte hastaların bu davranışlarında genelleme yapıldığını düşündürmektedir. Yine Kalı'nın (2018: 33) verilerinde hastaların %73,8'inin; Sarıkaya Varlık'ın (2014: 40) verilerinde de hastaların %78,1'inin adli vaka öyküsünün bulunmadığı gözlenmiştir. Çalışma bulguları paralellik göstermektedir.

3.3.Damgalamaya Yönelik Bulgular

Tablo 18

Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (İRHDÖ) ve Alt Boyutlarının Güvenirlik Durumu

	Sayı	Cronbach's Alpha	Ortalama Puan	Toplam Puan
İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği	29	,831	2,492	72,2571
Yabancılaşma	6	,760	2,465	14,7905
Kalıpyargıların Onaylanması	7	,712	2,386	16,7048
Algılanan Ayrımcılık	5	,762	2,537	12,6857
Sosyal Geri Çekilme	6	,753	2,475	14,8476
Damgalanmaya Karşı Direnç	5	,489	2,646	13,2286

Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (İRHDÖ) güvenirliği (cronbach's alfa) %83,1'dir. 29 maddeden oluşan ölçeğin her maddesi en düşük 1 en yüksek 4 puan değer almaktadır.

Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeğinin alt boyutu olan 6 maddeli yabancılaşma alt ölçeğinin güvenirliği %76, 7 maddeli kalıpyargıların onaylanması alt ölçeğinin güvenirliği %71,2, 5 maddeli algılanan ayrımcılık alt ölçeğinin güvenirliği %76,2, 6 maddeli sosyal geri çekilme alt ölçeğinin güvenirliği %75,3 ve 5 maddeli damgalanmaya karşı direnç alt ölçeğinin güvenirliği %48,9'dur.

Sevindik ve diğerlerinin yaptığı çalışmada (2014: 206), şizofreni hastalarında içselleştirilmiş damgalanma alt ölçeklerinden yabancılaşma, kalıp yargıların onaylanması, algılanan ayrımcılık ve sosyal geri çekilme puanları arttıkça işlevselliğin dolayısıyla da yaşam kalitesinin tüm alanlarında zorlanmanın arttığı belirtilmektedir.

Yortan'ın (2017: 53-54) verilerinde de yabancılaşma, kalıp yargıların onaylanması, algılanan ayrımcılık ve sosyal geri çekilme puanlarının yüksek gözleendiği; İRHDÖ'nün tek ters kodlanan alt boyutu olan damgalanmaya karşı direnç puanlarının ise düşük olduğu izlenmiştir.

Yılmaz'ın (2012: 30) tezinde hastaların içselleştirilmiş damgalanma düzeyinin yüksek olduğu belirtilmektedir. Dikeç'in (2014: 39) tezinde de içselleştirilmiş damgalanma düzeyinin yüksek olduğu gözlenmiştir. Karaağaç Özçelik'in (2015: 38) tezinde ise hastaların orta düzeyinin üzerinde içselleştirilmiş damgalanma algıladıkları saptanmıştır.

3.4.Yaşam Kalitesine Yönelik Bulgular

Tablo 19
Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Alt Boyutlarının Güvenirlik Durumu

	Sayı	Cronbach's Alpha	Ortalama Puan	Toplam Puan
Yaşam Kalitesi Ölçeği	27	,895	3,088	-
Genel Sağlık Durumu	2	,706	3,086	6,1714
Fiziksel Sağlık Durumu	7	,714	2,935	20,5429
Psikolojik Durum	6	,758	3,249	19,4952
Sosyal İlişkiler	3	,712	2,752	8,2571
Çevre	8	,732	3,335	26,6762

Ölçeğin güvenirliliği (cronbach's alfa cinsinden) %89,5'tir. 27 maddeden oluşan ölçeğin her maddesi en düşük 1 en yüksek 5 puan değer almaktadır.

Yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutlarından olan genel sağlık durumu güvenilirliği %70,6, fiziksel sağlık durumu güvenilirliği %71,4, psikolojik durum güvenilirliği %75,8, sosyal ilişkiler durum güvenilirliği %71,2 ve çevre güvenilirliği %73,2'dir.

Dere Yılmaz'ın (2015: 62) çalışmasında şizofreni hastalarının yaşam kaliteleri bedensel, ruhsal, sosyal ve çevresel alanların tümünde düşük saptanmıştır. Karaağaç Özçelik'in (2015: 39) tezinde ise hastaların yaşam kalitesi algıları genel olarak orta düzeyde bulunmuştur. Kaya Kılıç'ın (2017: 88) verilerinde ise TRSM'ye giden hastaların yaşam kalitesinin gitmeyenlere göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

3.5.Hipotez Testleri: Damgalama ve Yaşam Kalitesi Karşılaştırması Regresyon Analizi Bulguları

Tablo 20
Yaşam Kalitesi Üzerinde Algılanan Ayrımcılığın Etkisi

Model	B	Std. Hata	Std. Beta	t	p
1 Sabit	4,336	,214		20,226	,000
Algılanan ayrımcılık	-,098	,016	-,507	-5,976	,000

Yaşam kalitesi üzerindeki algılanan ayrımcılığın etkisini ortaya koymak üzere kullanılan regresyon analizi bulguları, kurulan regresyon modelinin anlamlı olduğunu göstermektedir ($p<,05$). Buna göre; “yaşam kalitesi üzerinde algılanan ayrımcılığın etkisi vardır” hipotezi kabul edilmektedir. Formüle göre her bir yaşam kalitesi puanını algılanan ayrımcılık 0,098 puan azalttığı (-,098) görülmektedir. Ne kadar ayrımcılık algılanıyorsa yaşam kalitesini o denli azaltmaktadır. Böylece, bu araştırmanın özelinde algılanan ayrımcılık, bireylerin yaşam kalitesi üzerinde *negatif düzeyde* bir etkisinin olduğu kanıtlanmıştır. Gökalp'in (2017: 84) tezinde de algılanan ayrımcılık puanlarının yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Çalışmada, içselleştirilmiş damgalanma arttıkça yaşam kalitesinin azaldığı ortaya çıkmıştır. Şizofreni tanısına sahip bireylerin, toplumda da var olan önyargılara orta düzeyde sahip olduğu ve bu yönde kendilerini damgaladıkları söylenebilir. Literatür çalışmaları da damgalanmanın yaşam kalitesi üzerine olumsuz etki yaptığı yönündedir (Sevindik ve diğerleri, 2014: 205). Doğanavşargil'in (2009: 43) tezinde içselleştirilmiş

damgalanmanın yaşam kalitesini anlamlı düzeyde etkilediği sonucuna ulaşılmıştır. Karaağaç Özçelik'in (2015: 40) tezinde hastaların içselleştirilmiş damgalanma algı düzeyi arttıkça yaşam kalitesi alanlarının önemli düzeyde azaldığı belirlenmiştir. Üstündağ ve Kesebir'in (2013: 6) çalışmasında da aynı ters bağıntının olduğu gözlenmektedir. Gökalp'in (2017: 82) tezinde de hastaların içgörü düzeyleri azaldıkça içselleştirilmiş damgalanma düzeylerinin arttığı gözlenmiştir. Çalışma bulguları, bu bulgularla paraleldir.

Tablo 21
Algılanan Ayrımcılığın Genel Sağlık Üzerindeki Etkisi

Model	B	Std. Hata	Std. Beta	t	p
1 Sabit	93,389	9,540		9,789	,000
Genel sağlık	-3,251	,733	-,401	-4,438	,000

Genel sağlık durumu üzerindeki algılanan ayrımcılığın etkisini ortaya koymak üzere kullanılan regresyon analizi bulguları, kurulan regresyon modelinin anlamlı olduğunu göstermektedir ($p < ,05$). Buna göre; “genel sağlık durumu üzerinde algılanan ayrımcılığın etkisi vardır” hipotezi kabul edilmektedir. Formüle göre her bir sağlık durumu puanını algılanan ayrımcılık 0,401 puan azalttığı (-,401) görülmektedir. Ne kadar ayrımcılık algılanıyorsa genel sağlık durumunu o denli azaltmaktadır. Böylece, bu araştırmanın özelinde algılanan ayrımcılık, bireylerin genel sağlık durumu üzerinde *negatif düzeyde* bir etkisinin olduğu kanıtlanmıştır.

Tablo 22
Algılanan Ayrımcılığın Fiziksel Sağlık Durumu Üzerindeki Etkisi

Model	B	Std. Hata	Std. Beta	t	p
1 Sabit	79,331	6,388		12,419	,000
Fiziksel sağlık	-2,441	,491	-,440	-4,977	,000

Fiziksel sağlık durumu üzerindeki algılanan ayrımcılığın etkisini ortaya koymak üzere kullanılan regresyon analizi bulguları, kurulan regresyon modelinin anlamlı olduğunu

göstermektedir ($p<,05$). Buna göre; “fiziksel sağlık durumu üzerinde algılanan ayrımcılığın etkisi vardır” hipotezi kabul edilmektedir. Formüle göre her bir fiziksel sağlık durumu puanını algılanan ayrımcılık 0,440 puan azalttığı (-,440) görülmektedir. Ne kadar ayrımcılık algılanıyorsa fiziksel sağlık durumunu o denli azaltmaktadır. Böylece, bu araştırmanın özelinde algılanan ayrımcılık, bireylerin fiziksel sağlık durumu üzerinde *negatif düzeyde* bir etkisinin olduğu kanıtlanmıştır.

Tablo 23

Algılanan Ayrımcılığın Psikolojik Durum Üzerindeki Etkisi

Model	B	Std. Hata	Std. Beta	t	p
1 Sabit	72,855	6,430		11,330	,000
Psikolojik durum	-2,267	,494	-,412	-4,591	,000

Çalışmada psikolojik durum üzerindeki algılanan ayrımcılığın etkisini ortaya koymak üzere kullanılan regresyon analizi bulguları, kurulan regresyon modelinin anlamlı olduğunu göstermektedir ($p<,05$). Buna göre; “psikolojik durum üzerinde algılanan ayrımcılığın etkisi vardır” hipotezi kabul edilmektedir. Formüle göre her bir psikolojik sağlık durumu puanını algılanan ayrımcılık 0,412 puan azalttığı (-,412) görülmektedir. Ne kadar ayrımcılık algılanıyorsa psikolojik sağlık durumu o denli azalmaktadır. Böylece, bu araştırmanın özelinde algılanan ayrımcılık, bireylerin psikolojik sağlık durumu üzerinde *negatif düzeyde* bir etkisinin olduğu kanıtlanmıştır. Bununla birlikte Topkaya’nın (2011: 104) tezinde de hastaların sosyal damgalanma algısının yüksek olması durumunda psikolojik destek alma isteklerinin azaldığı belirlenmiştir. Damgalanma korkusuyla psikolojik destek almaktan kaçınan bireylerin psikolojik sağlık durumlarının azalması beklenilebilir. Bu doğrultuda bulguların birbiriyle bağlantılı olduğu düşünülebilir.

Tablo 24**Algılanan Ayrımcılığın Sosyal İlişkiler Üzerindeki Etkisi**

Model		B	Std. Hata	Std. Beta	t	p
1	Sabit	92,964	11,080		8,390	,000
	Sosyal ilişkiler	-3,875	,851	-,409	-4,554	,000

Sosyal ilişkiler üzerinde algılanan ayrımcılığın etkisini ortaya koymak üzere kullanılan regresyon analizi bulguları, kurulan regresyon modelinin anlamlı olduğunu göstermektedir ($p<,05$). Buna göre; “sosyal ilişkiler üzerinde algılanan ayrımcılığın etkisi vardır” hipotezi kabul edilmektedir. Formüle göre her bir sosyal ilişkiler durumu puanını algılanan ayrımcılık 0,409 puan azalttığı (-,409) görülmektedir. Ne kadar ayrımcılık algılanıyorsa sosyal ilişkiler durumu o denli azalmaktadır. Böylece, bu araştırmanın özelinde algılanan ayrımcılık, bireylerin sosyal ilişkiler durumu üzerinde *negatif düzeyde* bir etkisinin olduğu kanıtlanmıştır. Gökalp’in (2017: 84) tezinde de sosyal geri çekilme puanlarının yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Tablo 25**Algılanan Ayrımcılığın Çevre Üzerindeki Etkisi**

Model		B	Std. Hata	Std. Beta	t	p
1	Sabit	88,454	5,831		15,169	,000
	Çevre	-2,372	,448	-,463	-5,297	,000

Çevre üzerindeki algılanan ayrımcılığın etkisini ortaya koymak üzere kullanılan regresyon analizi bulguları, kurulan regresyon modelinin anlamlı olduğunu göstermektedir ($p<,05$). Buna göre; “çevre üzerinde algılanan ayrımcılığın etkisi vardır” hipotezi kabul edilmektedir. Formüle göre her bir çevre puanını algılanan ayrımcılık 0,463 puan azalttığı (-,463) görülmektedir. Ne kadar ayrımcılık algılanıyorsa çevre durumu o denli azalmaktadır. Böylece, bu araştırmanın özelinde algılanan ayrımcılık, bireylerin çevre durumu üzerinde *negatif düzeyde* bir etkisinin olduğu kanıtlanmıştır.

Tablo 26
Medeni Durum İle Ayrımcılık İlişkisine Dair Anova Sonuçları

Medeni Durum	Sayı	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata	F	P
Bekar	58	12,4310	2,81046	,36903	,499	,609
Evli	32	13,0625	3,08939	,54613		
Dul/Boşanmış	15	12,8667	3,31375	,85561		
Toplam	105	12,6857	2,95581	,28846		

Çalışmada hastaların medeni durumu, algılanan ayrımcılık bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturmamaktadır ($p>,05$). Literatürdeki çalışmalarda bu bulguda değişken sonuçlar mevcuttur. Kök'ün (2014: 40) verilerinde medeni durum olarak “dul/boşanmış” grubunda olan hastalarda içselleştirilmiş damgalanmanın, evli olanlardan anlamlı ölçüde daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Buna karşın Tel ve Ertekin Pınar'ın (2012: 63) çalışmasında, medeni durum ile içselleştirilmiş damgalanma arasında bir ilişkinin tespit edilmediği görülmektedir.

3.6.Damgalanma İle Sosyo-Demografik Değişkenler İlişkisine Dair T-Testi ve Anova Sonuçları

Tablo 27
Cinsiyet İle Damgalanma İlişkisine Dair T-Testi

Cinsiyet	Sayı	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata	t	P
Kadın	30	74,8000	11,75732	2,14658	1,641	,104
Erkek	75	71,2400	9,28358	1,07198		

Hastaların cinsiyeti, damgalanma bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturmamaktadır ($p>,05$). Kök'ün (2014: 40) ve Gökalp'in (2017: 59) verilerinde de hastaların cinsiyeti, damgalanma bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturmamaktadır ($p>0,05$).

Tel ve Ertekin Pınar'ın (2012: 65) çalışmasında ise cinsiyete göre erkek hastaların içselleştirilmiş damgalama ve alt gruplarından kalıp yargıların onaylanması, algılanan

ayrımcılık, sosyal geri çekilme ve damgalanmaya karşı direnç puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu sonuç, çalışma bulguları ile uyumluluk göstermemektedir.

Tablo 28
Yaş İle Damgalanma İlişkisine Dair Anova Bulguları

Yaş Grupları	Sayı	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata	F	P
18-34 yaş	38	71,3947	10,12233	1,64206	,400	,672
35-49 yaş	52	73,1538	9,84863	1,36576		
50 yaş üzeri	15	71,3333	11,45592	2,95791		
Toplam	105	72,2571	10,12331	,98793		

Hastaların yaş durumu, damgalanma bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturmamaktadır ($p>,05$). Kök'ün (2014: 47) ve Yortan'ın (2017: 53) verilerinde hastaların yaşlarına göre içselleştirilmiş damgalanma puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Yine Beyazyüz'ün (2015: 6) çalışmasında yaş ile İRHDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. Çalışma bulguları aynı doğrultudadır.

Tablo 29
Eğitim İle Damgalanma İlişkisine Dair Anova Bulguları

Eğitim Durumu	Sayı	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata	F	P
Okuryazar değil	7	70,7143	4,71573	1,78238	1,555	,180
İlkokul mezunu	39	74,5641	10,11459	1,61963		
İlköğretim mezunu	19	70,2105	8,40356	1,92791		
Ortaöğretim mezunu	37	71,9459	11,28161	1,85469		
Önlisans mezunu	1	74,0000	-	-		
Lisans mezunu	2	57,0000	2,82843	2,00000		
Toplam	105	72,2571	10,12331	,98793		

Hastaların eğitim düzeyi, damgalanma bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturmamaktadır ($p>,05$). Buna karşın Tel ve Ertekin Pınar'ın (2012: 64) yaptığı çalışmada eğitim durumuna göre hastaların içselleştirilmiş damgalanma ve damgalamanın alt grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ($p<0.05$) saptanmıştır. Çalışma bulguları bu noktada birbirinden ayrılmaktadır.

Kök'ün (2014: 48) çalışmasında okuryazar ve ilköğretim düzeyinde eğitimi olan hastaların daha çok içselleştirilmiş damgalanma yaşadıkları saptanmıştır. Coşkun ve Güven Caymaz'a (2012: 127) göre ise, eğitim düzeyi arttıkça toplumun kalıp yargılarının daha az onaylandığı, kendini toplumdan geri çekme yerine sosyalleşme eğiliminin ortaya çıkabileceği ve içselleştirilmiş damgalanma düzeyinin daha az olabileceği düşünülebilir. Bununla birlikte eğitim seviyesinin artması, benlik saygısını olumlu etkileyebildiğinden, içselleştirilmiş damgalanma düzeyini azaltmada destekleyici role de sahip olabilir. Literatürde de damgalama ile mücadelede eğitimin önemine vurgu yapılmakta olup, bu sonuç literatür ile uyumlu olarak değerlendirilebilir.

Tablo 30
Mesleki Durum İle Damgalanma İlişkisine Dair T-Testi Bulguları

Mesleki Durum	Sayı	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata	t	P
Çalışıyor	10	68,6000	6,07728	1,92180	1,204	,143
Çalışmıyor	95	72,6421	10,40552	1,06758		

Çalışmada hastaların mesleki durumu, damgalanma bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturmamaktadır ($p>,05$). Kök'ün (2014: 40) verilerinde de hastaların çalışma durumuna göre damgalanma bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışma sonunda örnekleme oluşturan hastaların; çoğunlukla ilkokul veya ortaöğretim mezunu olduğu, hiç evlenmemiş olma durumunun sık olduğu izlenmiştir. Hastalık, zeka durumunu etkileyen bir hastalık olmamakla birlikte bireyin bilişsel işlevlerinde yıkımla ilerleyen bir hastalık olma özelliği taşımaktadır. Eğitim hayatındaki zorlanmalar beklenen bir bulgudur. Hastaların çoğunluğunda gözlenen hiç evlenmemiş olma durumu ise; evlilik kurumunun sorumluluk gerektiren bir kurum olması ve buna bağlı olarak da stres faktörlerini beraberinde getirmesi ile ilişkilendirilebilir. Bununla birlikte hastaların kendi kendini damgalaması, toplumda hastalığın isminin de bir damga faktörü olarak yer alması da hiç evlenmemiş olma durumunun yüksek gözlenmesi sonucunu ortaya çıkarmış olabilir. Hastalığa bağlı bozulan sosyal ilişkiler; ilişki kurma ve devam ettirmeyi güçleştirebilir.

Araştırma sonucunda hastaların büyük çoğunluğunun çalışma hayatının dışında kalması ve %45,7'sinin ise herhangi bir gelirin olmaması dikkat çekmiştir. Hastaların çoğunluğunun çalışmaması, hastalığın mesleki işlevselliğin azalmasına sebep olabileceğini düşündürmekle birlikte; toplum tarafından damgalama ile de ilişkilendirilebilir. Toplum ne yazık ki bu hastaları tehlikeli olarak görmekte, işe alımlarda diğer engel grubunda yer alan hastaları tercih etmektedir. Hastaların gelirin olmaması durumu devletin ruhsal engellilere yönelik sosyal politikalarını geliştirmesi ile çözümlenebilir. 4857 Sayılı İş Kanunu'nun 30. Maddesi gereğince Engelli Personel Çalıştırma Zorunluluğu kapsamında yapılan işe alımlarda ruhsal engellilere yönelik yüzdelik dilim ayrılmalıdır. Bu durum işe alımlarda işverenlerin diğer engel gruplarını tercih etmesi durumunu ortadan kaldırabilir. (Özel sektörde 50 ve daha üzeri işçi çalıştıran işverenler mevcut çalışanlarının %3'ü kadar engelli personel çalıştırmakla yükümlüdürler. Bu oran kamu işyerleri için mevcut çalışan sayısının %4'ü kadardır). Şizofreni hastalarının işlevselliklerindeki kayıp sebebiyle de çalışmakta zorlanmaları, buna bağlı olarak sosyal güvencelerinin olmaması, sosyo-ekonomik sorunlara yol açmakta, tedavi ulaşımını da güçleştirmektedir. Sağlık reformu ile birlikte istihdam konusunda da destek gerekmektedir.

Şizofreni hastaları, hastalık sonrasında genellikle iş işlevselliklerini kaybederler ve çalışma hayatının dışında kalırlar. Üretici olmak, ev ekonomisine katkıda bulunmak bireyin benlik saygısını arttıran faktörlerdendir. Mesleki rehabilitasyon ile bireyin

çalışmaya engel oluşturan hastalık belirtileriyle baş etmesine destek verilebilir. Bireye önce iş becerileri öğretilir, daha sonra bir işte çalışması için teşvik edilir ve cesaretlendirilir. Hastalığın kısıtlılıklarıyla birlikte yaşayabilir hale gelmesi için rehabilitasyona ihtiyaç vardır. Bütüncül tedavinin asıl amacı hastanın işlevsel hale gelerek sosyal yaşama dahil olmasını sağlamaktır.

Hastaların yüksek çoğunluğunun sosyal güvencesinin olduğu görülmektedir. Bu bulgu olumlu olarak değerlendirilmiştir. Tedavinin devamlılığı açısından bu durum önemlidir. Yine hastaların büyük çoğunluğu ev sahibidir. Kira bedeli ödememektedir. Hastaların mevcut sosyo-ekonomik durumlarına ışık tutan bu bulgu, hastaların yalnız kalıp hayatlarını tek başlarına idame ettirme durumuyla karşılaştıklarında bir güvence kaynağı olması açısından önem taşımaktadır.

Örnekleme oluşturan hastaların %55,2'sinde aile psikiyatrik hastalık öyküsünün olduğu buna karşılık %44,8'inin ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsünün bulunmadığı görülmüştür. Bu bulgu, hastalıktaki kalıtsal faktörlerin önemli olduğu kadar çevresel faktörlerin de önem arz ettiğine işaret etmekte olup literatürle uyumlu şekilde karşımıza çıkmıştır.

Hastaların büyük çoğunluğunda sigara kullanım öyküsü bulunurken; alkol ve uyuşturucu madde kullanım öyküsünün olmadığı görülmüştür. Sigara kullanım öyküsünün hastaların çoğunluğunda saptanması, sigaranın ilaç yan etkilerini azaltıcı ve rahatlatıcı etkisinin olması durumu ile açıklanabilir. Alkol ve uyuşturucu madde kullanımına daha az rastlanması ise tedavide kullanılan ilaçlarla etkileşim oluşturabileceğinin düşünülmesiyle açıklanabilir. Bu durum hastaların içgörüyü sahip olduğunu ve hastalıkla mücadele ettiklerini gösteren bir bulgudur.

Bulgularda literatürle uyumlu olarak hastalık başlangıç yaşının erken yaşlarda ortaya çıktığı belirlenmiştir. Hastalık başlangıç yaşı, hastalığa bağlı yıkım açısından önem taşımaktadır. Hastalık bireyde ne kadar erken baş gösterirse yıkım da o denli fazla, hastalığın seyri ve tedavisi de bir o kadar zor olmaktadır. Çalışmada hastaların çoğunluğunun yatarak tedavi gördüğü belirlenmiştir. Bu bulgu, hastalığın tekrar etme durumunu ortaya koymaktadır. Hastalığın her tekrarı, damgalanma endişesiyle hastane başvurusunda geç kalınması, dolayısıyla doğru zamanda müdahale yapılamaması beraberinde hastaneye yatışı getirmekte, gelen her yatış da hastadaki kaybı arttırmakta ve

tedavinin seyrinin daha ağır geçmesine, istenilen sonucun elde edilememesine yol açmaktadır. Toplum temelli ruh sağlığı hizmetleriyle hastaların yaşadığı bölgede yer alan TRSM'lerin sayısının artmasıyla birlikte hasta ve hasta yakınlarının tedaviye ulaşımı kolaylaşmakta; düzenli takip ve doğru zamandaki müdahale ile hastalık seyrinde yaşanan gelişmelerle de toplumsal damgalanma ile mücadele edilmektedir.

Çalışmada hastaların başkasına şiddet verme öyküsünün olduğu; buna karşılık kendisine zarar verme öykü oranının ve adli vaka durumunun daha az olduğu seyretilmiştir. Hastalık belirtilerinde dayanılması zor halüsinasyonlar vardır (komut veren sesler gibi) ve şizofreni tanımlı hasta bireylerde şiddet eğilimi topluma nazaran görece yüksek olabilir. Bulgularda başkasına şiddet uygulama durumunun, adli vaka olma durumundan daha fazla tespit edilmiş olması; hastaların her insanda olduğu kadar şiddet eğilimine sahip olduğunu göstermektedir. Hastaların gösterdiği her şiddet, hastalıkları ile ilişkilendirilmemelidir.

Çalışmada içselleştirilmiş damgalanma arttıkça yaşam kalitesinin, genel sağlık, fiziksel sağlık, psikolojik sağlık, sosyal ilişkiler ve çevre durumunun azaldığının bulunması hipotezimizi doğrulamaktadır. Hastaların medeni durumu, cinsiyeti, yaş durumu, eğitim düzeyi ve mesleki durumu, algılanan ayrımcılık bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturmamıştır. Çalışmanın aksine literatürde medeni durum, cinsiyet ve eğitim düzeyi ile algılanan ayrımcılık bakımından farklı sonuçlara ulaşıldığı gözlenmiştir.

Sadece tıbbi tedavi alan bireylerde bir sene içerisinde hastalığın tekrar etme ve bireyin hastaneye tekrar yatma oranı %40 iken; tıbbi tedaviyle birlikte birey ve aile üyelerini kapsayan destekleyici psikoterapi ile eğitimin verilmesi halinde bu oranın %20'ye düştüğü bilinmektedir. Şizofreni hastalığında ilaç tedavisi zorunludur. Ancak hastalığın tedavisinde ilaç tedavisinin yanında psikososyal tedavi programlarını da içeren bütüncül yaklaşımın benimsenmesi ve bu doğrultuda bir tedavi planının oluşturulması gereklidir. Hastalıkta, iş, okul, ebeveynlik, kendine bakım, bağımsız yaşama, sosyal ilişkiler ve boş zaman aktiviteleri gibi alanlarda işlevsel bozukluklar görülmekte ve ilaç tedavisi hastalığın tüm belirtilerini ortadan kaldırmada ve yinelemeleri önlemede başarısız kalmaktadır. Tedavide hasta ve hasta yakınlarıyla işbirliği kurulurken, biyo-psiko-sosyal bir yaklaşımın benimsenmesi, ilaç tedavisine ek olarak sosyal tedavilerin uygulanmasının daha da yaygınlaştırılması tedavide daha yüz güldürücü sonuçlar alınmasına önemli ölçüde katkı sağlayacaktır. Uyumlu, sosyal desteğe sahip, içgörüsü olan hastaların

tedaviye daha iyi yanıt verdiği bilinmektedir. Düzenli antipsikotik ilaç kullanımı, psikososyal girişimler, rehabilitasyon hizmetleri, aile ve toplumun desteği şizofreni hastalığına sahip bireylerin uzun dönem iyilik halinin olmasını sağlamakta, toplumda aktif rol üstlenmelerini ve yaşamlarına üretken bir şekilde devam edebilmelerini belirleyebilmektedir.

Hastalar zaman zaman çöküntü, bunaltı, hayattan zevk almama ve umutsuzluk yaşayabilirler, bazen bu durum süreğen hale gelebilir. O zaman davranışların düzenlenmesi uygun olur. Ruhsal hastalığı olan bireylere gereğinden fazla ilgi gösteren, koruyucu yaklaşım sergileyen aile  yeleri de bu iyi niyetli yaklaşımları sonucunda hasta bireyde utanç ve yetersizlik duygusu uyandırabilirler. Azalan benlik saygısı kişide, herkesin yaptığı işleri yapamayacağı düşüncesinin oluşmasına zemin hazırlar. Bireylerin düşündükleri şekilde yaşamalarını engellemek için her bireye özel yaşam planları hazırlanmalıdır. Hastaların yargılanmadan kabul edildiği, eğlenebildiği, yaşamını renklendirebildiği bir çevrede yaşamaları için ailelerin örgütlenmesi, yerel kaynakların devreye sokulması çözüm arayışları içerisinde gösterilebilir. Hastalar için gezi ve sosyal etkinlik içerikli programların hazırlanması, aile üyelerinin de dinlenmesine olanak tanıyan girişimler arasında düşünülebilir. Hastalar sosyal aktivitelere yönlendirilmeli, desteklenmeli ve cesaretlendirilmelidir.

şizofreni belirtileri başladıktan sonra tedavi görene kadar geçen süre ne kadar uzarsa hastalığın gidişatının o denli kötü seyrettiği bilinmektedir. şizofreni hastalarının tedavi reddi ya da düzensizliği olması durumunda ise bilişsel kayıplar daha fazla olmaktadır. Hastalarda değişen en belirgin özellik yaşam şekilleridir. Hastalığın erken dönemde tanınıp ele alınması işlevselliğe yönelik yıkımı azaltacak, önemli tedavi edici ve koruyucu ruh sağlığı hizmetini başlatacaktır. şizofreni hastalığına sahip olan bireylerin yaşam amaçlarına ulaşmaları, psikososyal destek programlarıyla sağlanabilir. Rehabilitasyon ile kişiler arası ilişkiler, sosyal çevrelerine uyum biçimleri daha iyi anlaşılabilir ve olumlu adımlar atmalarına yardımcı olunabilir. İnsanın tüm beşeri etkinliklerini kuşatan bir rahatsızlık olan şizofreninin tedavisinde psikososyal desteğin vazgeçilmez nitelikte olması gerekmektedir. Bu doğrultuda bireyin güçlü yönlerini temel alan terapi biçimleri uygulanabilir. Toplumsal refah bireylerin mutluluğundan geçer. Amasızlık yaşamda en önemli mutsuzluk kaynaklarındandır. Amacı olmayan hastaların gerçekçi hedefler saptamasına yardımcı olunmalıdır. Hedefe ulaşmak için ise acele etmemesi, sabırlı olması

öğretilmelidir. Hedefler üzerine yapılacak çalışmalarda kısa vadeli olanlara yoğunlaşılmalıdır. Mevcut varlıkların uygun şekilde kullanımıyla birlikte yaşam, anlamlı hale getirilebilir, bireylerin hayattan haz alması sağlanabilir. Bireyin var olan yeteneklerine odaklanılabilir. Hastalara programlı bir yaşamın sunulması, zevk verici faaliyetlere, spora yönlendirilmesi, teşvik edilmesi sağlanabilir. Bireylerin savunma mekanizmaları ve sosyal becerileri değiştirebilir. Bu sayede birey, toplumla yaşama hazırlanabilir. Başarıya ulaşma hem hastaya hem de ailesine güven verecektir. Ailelerin de desteğiyle hastaların benlik saygısını arttırmayı, hayatlarına anlam kazandırmayı içeren bilişsel ve davranışsal yaklaşımlar önem arz eden uygulamalardır.

Kentleşme ile birlikte geniş ailenin yerini çekirdek aile almıştır. Bu da şizofreni hastalarının ihtiyaç duyduğu sosyal desteğin azalmasına yol açmaktadır. Kültürümüz gereği ülkemizde sosyal ilişkiler daha yoğun olarak yaşanır (Komşuluk, akraba ziyaretleri, bayramlaşmalar). Bu sebeple de sosyal ilişkilerdeki bozulma sosyal çevrede daha çok hissedilir. Hastalığın tedavisinde aile ve sosyal desteğin önemli bir role sahip olduğu bilinmektedir. Şizofreni hastalığı bireyi, bakım veren aileyi ve toplumu etkileyen bir hastalıktır. Hastaların son yıllardaki tedavisi; hastanelerden birincil bakım veren aile üyelerine doğru yön değiştirmekte, toplum merkezli bakımın sağlanması hedeflenmektedir. Hastanın toplumda damgalanmadan, sosyal yaşamından kopmadan tedavisinin toplum içerisinde devam edebilmesi için; psikiyatrist, psikolog, sosyal hizmet uzmanı, psikiyatri hemşiresi ve uğraşı terapistlerinin yer aldığı toplum ruh sağlığı ekiplerinin sayısının artırılması, depo hastanelerin yerinin Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinin (TRSM) alması gerekmektedir. Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri sayesinde hastaların toplumda daha görünür hale gelmeleri, düzenlenen aile eğitimleri ile aile üyelerinin daha fazla hastalıkla baş edebilmeleri ve hastaya daha fazla destek olabilmeleri ile yataklı kuruluşlara (Psikiyatri hastaneleri ile bakımevleri) olan gereksinim de azalacak, hastanın tedavisinin kendi yaşam alanında devam etmesi sağlanacaktır. Hastaların yaşam kalitesinin artırılması, ailelerin tedavi sürecine katılımının sağlanması, karşılaştıkları zorluklarla baş edebilme yeteneğinin kazandırılması, bakım verme rollerine destek olmak için yeni tedavi ve destek programlarının geliştirilmesi, toplumsal önyargının kırılması, hastaların ihmalinin ortadan kaldırılması ve ailelerin tükenmişliğine çözüm ancak bu şekilde bulunabilir. Bu sayede bir yandan hasta bireyin bağımsız ve işlevsel bir halde ötekileştirilmeden, insani şartlarda hayatını idame ettirmesi sağlanırken;

diğer yandan geliştirilen sosyal politikalar doğrultusunda devletin de yükü azalmış olacaktır.

Şizofreni hastalığında aile desteği çok önemlidir. Desteksiz kalan bir şizofreni hastasında, hastalığın yineme ya da süregelenleşme riski, kendine ya da çevresine zarar verme olasılığı artış gösterebilir. Tedavi düzensizliğine bağlı olarak yargılanması bozulmuş, direnme özelliği azalmış, kolay kandırılabilir hastaların fiziksel, cinsel ya da başka amaçlarla kötüye kullanılması da mümkün olabilir. Bu noktada sosyal hizmetlere, Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri'ne ve sivil toplum kuruluşlarına önemli görevler düşmektedir. Hastaların tıbbi tedavilerinin yanı sıra sosyal hizmetlerle, toplum ruh sağlığı merkezleri, sivil toplum kuruluşları, bakımevleri ve derneklerle işbirliği içerisinde olunmalıdır. Bireyin iyilik halini arttıracak olan girişimlerin tamamı, tedavinin bir parçası olarak değerlendirilmelidir. Hastaların bir birey olduğu unutulmamalı, hastalıkları kimliklerine yansıtılmamalı, hayatlarını tek başlarına idame ettirmek durumunda kalmaları halinde çevrelerinden kopmadan, damgalanmadan, yargılanmadan yaşama hakları olduğunun bilincine varılmalıdır. Hastaların gelişim ve değişimine hizmet edilmeli, hastaların haklarını koruyabilmek ve damgalamayla mücadele edebilmek amacıyla toplumda ve politik sistem içinde de yer alınmalıdır.

Damgalamayla mücadele etme ve yaşam kalitesini artırma, yalnızca hastanın katılımı ve çabasıyla mümkün değildir. Sağlık profesyonelleri de bu alanda etkin rol üstlenmelidir. Damgalamayı meydana getiren olumsuz yüklemeler toplumun her kesiminde bulunmakta; bu sebeple de damgalamayla mücadelede toplumun hastalık konusunda bilgilendirilmesi büyük önem taşımaktadır. Din adamları, muhtarlar, sağlık görevlileri ve polisler gibi toplum liderleri konumundaki meslek mensupları, damgalama ile nasıl mücadele edilmesi gerektiği konusunda eğitilmedir. Medyada görülen kötü örnekler de şizofreni hastaları için olan damgalamayı körüklemektedir. Özellikle şiddet suçları işleyen bireylerin bir ruhsal hastalığa sahip olduğu, bu yüzden saldırgan davranışlar sergilediği vurgulanırken, yine dikkat çekmek için ekranlarda damgalayıcı görüntülere yer verilmektedir. Ruhsal hastalığa sahip bireylerle temasa geçilmeli, hasta merkezli yaklaşım hedef alınmalı, bu bireylerin damgalama ile birlikte yaşadığı sorunlara medyada daha sık yer verilmeli, toplumda daha görünür olmaları teşvik edilmelidir. Şizofreni hastalığına sahip bireylerin ve ailelerinin damgalanmaya değil, anlaşılmaya, destek ve kabul görmeye ihtiyaçları vardır.

TRSM hizmetleri ile ilgili toplumsal farkındalığın oluşturulması, hizmetlere katılımın artırılması ile gelecekte, şizofreni hastalarının TRSM’ler tarafından tedavi ve rehabilitasyonun sağlanması, bu sayede de, hem yataklı psikiyatri hastanelerine hem de ağır şizofreni hastalarının yaşadıkları bakımevlerine ihtiyacın azalması mümkün kılınabilir. Bu doğrultuda bir yandan hasta birey, hayat rutini bozulmadan, aileden ve toplumdan kopmadan tedavisini devam ettirir; diğer yandan da hastane yatışı gerekmeden, günlük işleri ve çalışma hayatını devam ettirirken tehlikeli biri olmadığı düşüncesinin hakim kılındığı, toplumdaki damga unsurunun kırıldığı, örselenmeden, ötekileştirilmeden yaşadığı bir hayata sahip olabilir.

Daha geniş örnekleme ulaşılan, daha fazla sosyal hizmet alanındaki izlem çalışmalarıyla çalışmamızın desteklenmesi, ruhsal engelli grubundaki hastaların istihdamına yönelik sosyal politikaların geliştirilmesi, bireye “biricik” olması sebebiyle kıymet veren ve diğer profesyonellerle işbirliği kurarak damgalamayla mücadele eden sosyal hizmet uzmanlarının görev yaptığı Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri’nin sayısının artırılması gerekmektedir. Gelecekte yataklı psikiyatri hastanelerinin sayısının azaltılarak bu merkezlerin aralıksız hizmet verir hale getirilmesi ile hastanın yaşam alanından kopmadan takip ve tedavisinin devam etmesi; damgalanma ile daha etkin bir şekilde mücadele edilebilmesini ve hasta-hasta yakınlarının yaşam kalitesinde önemli derecede artış sağlanabilmesini olanaklı kılabilir.

KAYNAKÇA

- AKPINAR, Ş. (2008). Şizofrenik Hastalara Uygulanan Sorun Çözme Becerilerini Geliştirme Programının Yaşam Kalitesi ve Sosyal İşlevsellik Düzeylerine Etkisi, *Yüksek Lisans Tezi*. Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı.
- ARKAN, B., K. BADEMLİ ve Z. ÇETİNKAYA DUMAN. (2011). Sağlık Çalışanlarının Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumları: Son 10 Yılda Türkiye'de Yapılan Çalışmalar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 3.2, 214-231.
- ARKAR, H. (1991). Akıl Hastasının Sosyal Reddedilimi. *Düşünen Adam Dergisi*. 4.3, 6-9.
- ARSLANTAŞ, H., L. SEVİNÇOK, B. UYGUR, V. BALCI ve F. ADANA. (2009). Şizofreni Hastalarının Bakım Vericilerine Yapılan Psikoeğitimin Hastalardaki Klinik Gidişe ve Bakım Vericilerin Duygu Dışavurumu Düzeylerine Olan Etkisi. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*. 10.2, 3-10.
- ARSLANTAŞ, H., B. K. GÜLTEKİN, A. SÖYLEMEZ ve F. DEREBOY. (2010). Bir Üniversite Hastanesi Psikiyatri Polikliniğine İlk Kez Başvuran Hastaların Damgalamayla İlgili İnanç, Tutum ve Davranışları. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*. 11.1, 11-17.
- ARSLANTAŞ, H. ve F. ADANA. (2011). Şizofreninin Bakım Verenlere Yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 3.2, 251-277.
- ATAGÜN, M. İ., Ö. D. BALABAN, Z. ATAGÜN, M. ELAGÖZ ve A. YILMAZ ÖZPOLAT. (2011). Kronik Hastalıklarda Bakım Veren Yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 3.3, 513-552.
- AVCİL, C., H. BULUT ve G. HIZLI SAYAR. (2016). Psikiyatrik Hastalıklar ve Damgalama. *Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*. 2.2, 175-202.

- AYDIN, E. (2016). Vaka Yönetiminin Şizofreni Hastalarının Klinik Belirtileri, Sosyal İşlevselliği ve Yaşam Kalitesi Üzerindeki Etkileri, *Tıpta Uzmanlık Tezi*. İstanbul: Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği.
- BADEMLİ, K. ve Z. ÇETİNKAYA DUMAN. (2013). Şizofreni Hastalarının Bakım Verenleri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 5.4, 461-478.
- BASKAK, B., C. ATBAŞOĞLU ve M. CAN SAKA. (2009). Şizofreni Etiyolojisinde Psiko-Sosyal Etmenlerin Rolü: Antipsikiyatriden Gen Çevre Etkileşimine. *Nöropsikiyatri Arşivi*. 46, 1-9.
- BEYAZYÜZ, M., E. BEYAZYÜZ, Y. ALBAYRAK, S. BAYKAL ve E. GÖKA. (2015). Bir Eğitim Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniğine Başvuran Hastalarda İçselleştirilmiş Damgalanma Düzeylerinin Bazı Tanı Grupları, Sosyodemografik Özellikler ve Benlik Saygısı ile İlişkisi. *Yeni Symposium*. 53.2, 2-13.
- BİLGE, A. ve O. ÇAM. (2010). Ruhsal Hastalığa Yönelik Damgalama ile Mücadele. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 9.1, 71-78.
- BOSTANCI, N. (2004). Şizofreni Hastalarına Yönelik Stigma ve Bunun Azaltılmasına İlişkin Girişimler. *İstanbul Üniversitesi F.N.H.Y.O. Dergisi*. 13.53, 199-209.
- CAN ÖZ, Y. ve G. ÜNSAL BARLAS. (2017). Şizofreni Hastalığı Olan Bireylerin İşe Yerleştirme İle İlgili Görüşleri ve Beklentileri: Niteliksel Bir Çalışma. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 3.3, 28-32.
- CANDANSAYAR, S. (2005). *Neden, Nasıl Şizofreni*. Ankara: PEDAY Yayınları.
- COŞKUN, S. ve N. GÜVEN CAYMAZ. (2012). Bir Kamu ve Özel Psikiyatri Hastanesine Başvuran Hastaların İçselleştirilmiş Damgalanma Düzeyi Yönünden Karşılaştırılması. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 3.3, 121-128.

- ÇAKAN, E., Ş. VİSAL BUTURAK, G. ÖZÇİÇEK, O. M. KOÇAK, H. ÖZDEMİR REZAKİ, A. G. YILMAZ ÖZPOLAT ve Ö. OĞUZTÜRK. (2016). Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Psikiyatrik Yardım Alma Nedeniyle Kendini Damgalama Hissinin Sosyal Zeka ve Kültürel Zeka ile İlişkisi. *Journal of Mood Disorders*. 6.3, 140-145.
- ÇAM, O. ve D. ÇUHADAR. (2011). Ruhsal Hastalığa Sahip Bireylerde Damgalama Süreci ve İçselleştirilmiş Damgalama. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2.3, 136-140.
- ÇAM, O. ve A. BİLGE. (2013). Türkiye’de Ruhsal Hastalığa / Hastaya Yönelik İnanç, Tutum ve Damgalama Süreci: SistematiK Derleme. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 4.2, 91-101.
- ÇAM, M. O., A. BİLGE, E. ENGİN, Z. BAYKAL AKMEŞE, E. ÖZTÜRK TURGUT ve N. ÇAKIR. (2014). Muhtarlara Verilen Ruhsal Hastalığa Yönelik Damgalama ile Mücadele Eğitiminin Etkililiğinin Araştırılması. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 5.3, 129-136.
- ÇETİNKAYA DUMAN, Z., N. AŞTI, A. ÜÇÖK ve M. K. KUŞCU. (2007). Şizofreni Hastalarına ve Ailelerine ‘Bağımsız ve Sosyal Yaşam Becerileri Topluma Yeniden Katılım Programı’ Uygulaması, İzlenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 8, 91-101.
- ÇETİNKAYA DUMAN, Z. ve K. BADEMLİ. (2013). Kronik Psikiyatri Hastalarının Aileleri: SistematiK Bir İnceleme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 5.1, 78-94.
- ÇOBAN, A. (2009). *Şizofreni*. 2. Baskı. İstanbul: TİMAŞ Yayınları.
- DELİBAŞ, D. H. (2011). Şizofreni Hastalarında İç Görünün Bireysel ve Sosyal Performans İle İlişkisi, *Uzmanlık Tezi*. İzmir: Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği.
- DERE YILMAZ, F. (2015). Mizaç ve Karakterin Şizofreni Hastalarında Sosyal İşlevsellik, Yaşam Kalitesi ve Klinik Belirtiler Üzerine Etkisi, *Tıpta Uzmanlık Tezi*. İstanbul: Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği.

- DEVECİ, A., A. ESEN DANACI, F. YURTSEVER, F. DENİZ ve E. GÜRLEK YÜKSEL. (2008). Şizofrenide Psikososyal Beceri Eğitiminin Belirti Örüntüsü, İçgörü, Yaşam Kalitesi ve İntihar Olasılığı Üzerine Etkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 19.3, 266-273.
- DİKEÇ, G. (2014). Kronik Şizofreni Hastalarında Tedaviye Uyum Programının Etkinliği, *Doktora Tezi*. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- DOĞANAVŞARGİL, G. Ö. (2009). Şizofreni ve Depresyonda İçselleştirilmiş Damgalanma ve Yaşam Kalitesi, *Yüksek Lisans Tezi*. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- DOĞANAVŞARGİL BAYSAL, G. Ö. (2013). Damgalanma ve Ruh Sağlığı. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*. 22.2, 239-251.
- ERSOY, M.A. ve A. VARAN. (2007). Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği Türkçe Formu'nun Güvenilirlik ve Geçerlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 18.2, 163-171.
- ERTEKİN, H., M. ER, H. YARDIM ÖZAYHAN, S. YAYLA, E. AKYOL ve B. ŞAHİN. (2015). Bakımevinde Kalan Şizofreni Hastalarında Yaşam Kalitesi ve Depresyon. *Düşünen Adam Dergisi*. 28.3, 213-221.
- FİDANER, H., H. ELBİ, C. FİDANER, S. YALÇIN ESER, E. ESER ve E. GÖKER. (1999). Yaşam Kalitesinin Ölçülmesi. *WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF*. 3P *Dergisi*. 7.2, 5-13.
- GENÇ, Y. (2010). The Perception of Patients about Tuberculosis Disease in Terms of the Society and Psycho-Social Status. *Middle-East Journal of Scientific Research (MEJSR)*. 5.4, 283-290.
- GENÇ, Y. ve G. ÇAT. (2013). Engellilerin İstihdamı ve Sosyal İçerme İlişkisi. *Akademik İncelemeler Dergisi*. 8.1, 363-393.
- GENÇ, Y., H. H. TAYLAN ve İ. BARIŞ. (2015). Roman Çocuklarının Eğitim Süreci ve Akademik Başarılarında Sosyal Dışlanma Algısının Rolü. *International Journal of Social Science*. 33, 79-97.

- GENÇ, Y. ve P. DALKILIÇ. (2013). Yaşlıların Sosyal Dışlanma Sendromu ve Toplumsal Beklentileri. *International Journal of Social Science*. 6.4, 461-482.
- GOFFMAN, E. (2014). *Damga*. Ankara: Heretik Yayıncılık.
- GÖKALP, G. (2017). Şizofreni ve Bipolar Bozukluğu Olan Hastalarda İçgörü, İçselleştirilmiş Damgalanmanın İlaç Uyumu Üzerine Etkisi, *Yüksek Lisans Tezi*. Ankara: Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- GÖKALP, P., M. E. CEYLAN ve D. TAMAR TEZCAN. (1993). *Aileler İçin Şizofreni El Kitabı*. No:1. İstanbul: BARİLEM Yayınları.
- GÜLSEREN, L. (2002). Şizofreni ve Aile: Güçlükler, Yükler, Duygular, Gereksinimler. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 13.2, 143-151.
- GÜNEŞ, D. (2010). Şizofreni Hastalarının Yaşam Kalitesinin ve Sosyal İşlevselliğinin Objektif ve Subjektif Değerlendirmesi, *Psikiyatri Uzmanlık Tezi*. İstanbul: Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi 6. Psikiyatri Birimi.
- GÜRLEK YÜKSEL, E. ve E. O. TAŞKIN. (2005). Türkiye’de Hekimler ve Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutum ve Bilgileri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 6, 113-121.
- IŞIK, E. (2006). *Güncel Şizofreni*. 1. Baskı. Ankara: G.M. Matbaacılık ve Ticaret A.Ş.
- KALI, A. H. (2018). Pozitif ve Negatif Belirtilerle Seyreden Şizofreni Hastalarında Tedavi Uyumu ve Yaşam Kalitesi, *Yüksek Lisans Tezi*. Gaziantep: Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- KARAAĞAÇ ÖZÇELİK, E. (2015). Şizofreni Hastalarında Aile Ortamı İçselleştirilmiş Damgalanma ve Yaşam Kalitesi, *Yüksek Lisans Tezi*. Erzincan: Erzincan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- KARAGÖL, A., D. ÇALIŞKAN ve M. BEYAZYÜZ. (2013). Halk Sağlığı Açısından Ruhsal Bozukluklarda Üç Boyutuyla Damgalama. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*. 22.3, 96-101.

- KAYA, Y. (2013). Şizofreni Hastalarının Sosyal İşlevsellikleri ve Hastalara Bakım Veren Yakınlarının Bakım Yüğü, *Yüksek Lisans Tezi*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- KAVAK, F. ve M. EKİNCİ. (2014). Kendi Evlerinde Yaşayan ve Korumalı Evlerde Yaşayan Şizofreni Hastalarının Yaşam Niteliklerinin ve İşlevsel İyileşme Düzeylerinin Karşılaştırılması. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 3.1, 588-598.
- KAYA KILIÇ, A. (2017). Bakım Merkezinde ve Ailesi Yanında Yaşayan Ağır Ruhsal Hastalığı Olan Bireylerin Sosyal Destek Algısı İle Yaşam Kalitesinin İncelenmesi, *Doktora Tezi*. Konya: Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sosyal Hizmet Anabilim Dalı.
- KÖK, H. (2014). Psikiyatri Polikliniğinde Takip Edilen Hastalarda İçselleştirilmiş Damgalanma, Benlik Saygısı ve Algılanan Sosyal Destek. *Yüksek Lisans Tezi*. Ankara: Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- KÖROĞLU, A. ve Ç. HOCAOĞLU. (2017). Şizofreninin Aile Üzerine Olan Etkisi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 7.3, 170-175.
- KÖŞGER, F., H. ŞAHİN, A. EŞSİZOĞLU ve G. AKSARAY. (2014). Eksiklik Sendromu Olan ve Olmayan Şizofreni Tanılı Hastalarda İçgörü ve Sosyal İşlevsellik Düzeyleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 25, 1-6.
- KUŞ SAILLARD, E. (2010). Ruhsal Hastalara Yönelik Damgalamaya İlişkin Psikiyatrist Görüşleri ve Öneriler. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 21.1, 14-24.
- MUSLU, S. (2010). Şizofrenide Sosyal Desteğin ve Aile Tutumunun Hastanın Tedaviye Uyumu Üzerindeki Etkisinin Araştırılması, *Yüksek Lisans Tez*. Ankara: Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- NEBİOĞLU, M. (2007). Şizofreni Hastalarında Anksiyete Bozukluğu Komorbiditesi ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi, *Tıpta Uzmanlık Tezi*. Şanlıurfa: Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Psikiyatri Anabilim Dalı.

- OBAN, G. ve L. KÜÇÜK. (2011). Damgalama Erken Yaşlarda Başlar... Gençlerde Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalamayla Mücadelede Eğitimin Rolü. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2.3, 141-148.
- ÖZÜTEK, Z. S. (2005). Şizofrenide Aile ve Hasta Arasındaki Etkileşimin Hastalık Belirtileri ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi, *Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı.
- ÖZTÜRK, H. M. (2012). Şizofreni Hastalarında İntihar Girişiminin Pozitif ve Negatif Semptomlar, Depresyon, Umutsuzluk, İçgörü ve Bilişsel İşlevlerle İlişkisi, *Uzmanlık Tezi*. Ankara: Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı.
- ÖZTÜRK, M. O. ve A. ULUŞAHİN. (2008). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları 1*. 11. Baskı. Ankara: Tuna Matbaacılık.
- ÖZTÜRK, S. (2010). Şizofreni Hastalarında Yaşam Kalitesinin; Pozitif Belirtiler, Negatif Belirtiler, Depresyon ve İçgörü İle İlişkisi, *Tıpta Uzmanlık Tezi*. Zonguldak: Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı.
- PAZVANTOĞLU, O., G. SARISOY, Ö. BÖKE, A. ALPTEKİN AKER, D. DENİZ ÖZTURAN ve E. ÜNVERDİ. (2014). Şizofrenide Bakım Veren Yükünün Boyutları: Hastaların İşlevselliğinin Rolü. *Düşünen Adam Dergisi*. 27.1, 53-60.
- SARIKAYA VARLIK, D. (2014). Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde Takip Edilen Şizofreni Hastalarında Hastane Yatışlarını Belirleyen Faktörler, *Tıpta Uzmanlık Tezi*. İstanbul: Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği.
- SEVİNDİK, C. S., Ö. A. ÖZER, U. KOLAT ve R. ÖNEM. (2014). Major Depresif Bozukluğu veya Psikotik Bozukluğu Bulunan Hastalarda İçselleştirilmiş Damgalanma ve İşlevsellik Üzerine Etkisi. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*. 48.3, 198-207.
- SOYGÜR, H., M. AYBAŞ, G. HINÇAL ve Ç. AYDEMİR. (2000). Şizofreni Hastaları İçin Yaşam Niteliği Ölçeği: Güvenirlik ve Yapısal Geçerlik Çalışması. *Düşünen Adam Dergisi*. 13.4, 204-210.

- SÖĞÜTLÜ, L. (2014). Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde Şizofreni Hastalarına Psikososyal Beceri Eğitimi Uygulanması ve Sonuçları, *Tıpta Uzmanlık Tezi*. İstanbul: Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği.
- ŞİMŞEK, D. (2006). Şizofreni Hastalarında Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi, *Tıpta Uzmanlık Tezi*. Isparta: Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı.
- TAN KARTAL, N. (2013). Şizofreni Hastalarında İçgörünün Yaşam Niteliği, Depresyon ve Belirti Örüntüsü ile İlişkisi, *Tıpta Uzmanlık Tezi*. İstanbul: Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği.
- TAŞKIN, E. O. (2007). *Stigma Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumlar ve Damgalama*. İzmir: Meta Basım Matbaacılık.
- TATLIDİL, E. (2008). Şizofreni Tanılı Hastalarda Semptomatolojinin Sosyal İşlevsellik Üzerine Etkisi, *Tıpta Uzmanlık Tezi*. Ankara: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı.
- TEL, H. ve Ş. ERTEKİN PINAR. (2012). Ayaktan İzlenen Psikiyatri Hastalarında İçselleştirilmiş Damgalama ve Benlik Saygısı. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 3.2, 61-66.
- TOP, M. Ş., S. Y. ÖZDEN ve M. EFE SEVİM. (2003). Psikiyatride Yaşam Kalitesi. *Düşünen Adam Dergisi*. 16.1, 18-23.
- TOPKAYA, N. (2011). Psikolojik Yardım Alma Niyetinin Sosyal Damgalanma, Tedavi Korkusu, Beklenen Yarar, Beklenen Risk ve Tutum Faktörleriyle Modellenmesi, *Doktora Tezi*. İzmir: Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Bilim Dalı.
- TUFAN, B., Ö. ÖZGÜR SAYAR ve G. KOÇYILDIRIM. (22-23 Ekim 2009). Sosyal Bir Hak Olarak Sosyal Hizmet. *Akdeniz Üniversitesi 1. Sosyal Haklar Uluslararası Sempozyumu Bildirisi*. Antalya: AKD, 76-86.

- TUİK. (2012). *Türkiye Nüfusu Eğitim Durumu İstatistikleri*.
<https://ismailsaritas.wordpress.com/2013/02/04/turkiye-egitim-durumu-istatistikleri/> (01 Temmuz 2018).
- TÜZER, V., S. ZİNCİR, A. D. BAŞTERZİ, Ç. AYDEMİR, C. KISA ve E. GÖKA. (2003). Şizofreni Hastalarında Aile Ortamı ve Duygu Dışavurumunun Değerlendirilmesi. *Klinik Psikiyatri*. 6, 198-203.
- ULAŞ, H. (2008). Batı Avrupa Ülkelerinde ve Türkiye’de Psikiyatrik Hizmetler. *Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni*. 11.2, 2-12.
- UMUT, G. (2010). Şizofreni Hastalarında İçgörü ile Depresyon ve Suicid İlişkisi, *Psikiyatri Uzmanlık Tezi*. İstanbul: Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi 7. Psikiyatri Birimi.
- ÜÇOK, A. (2003). Şizofreni Hastası Neden Damgalanır?. *Klinik Psikiyatri*. 1, 3-8.
- ÜNAL, S., G. ÇAKIL ve Z. ELYAS. (2006). Taburculuk Sonrası Tedaviye Gelmeyen Psikotik Hastaların Özellikleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 7, 69-75.
- ÜSTÜNDAĞ, M. F. ve S. KESEBİR. (2013). İki Uçlu Bozuklukta İçselleştirilmiş Damgalanma: Klinik Özellikler, Yaşam Kalitesi ve Tedaviye Uyum ile İlişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 24, 1-9.
- YILDIZ, M., Ü. TURAL, S. KURDOĞLU ve M. E. ÖNDER. (2003). Şizofreni Rehabilitasyonunda Aile ve Gönüllülerle Yürütülen Bir Kulüp-Ev Denemesi. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 14.4, 281-287.
- YILDIZ, M., E. ÖZTEN, S. IŞIK, İ. ÖZYILDIRIM, D. KARAYÜN, C. CERİT ve A. ÜÇOK. (2012). Şizofreni Hastaları, Hasta Yakınları ve Majör Depresif Bozukluk Hastalarında Kendini Damgalama. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 13, 1-7.
- YILMAZ, E. (2012). Şizofreni Hastalarında İçselleştirilmiş Damgalanmanın Tedaviye Uyuma Etkisi, *Yüksek Lisans Tezi*. Erzurum: Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

YORTAN, N. (2017). Ruh Sağlığı Birimine Başvuran Bireylerin İçselleştirilmiş Damgalama Düzeyleri İle Sağlık Kontrol Odağı İnançları Arasındaki İlişki, *Yüksek Lisans Tezi*. Aydın: Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı.



EKLER

Ek 1:

İRHDÖ

Bu testte sık sık geçen "ruhsal hastalık" terimi, en geniş anlamda kullanılmıştır. Her bir cümleyi dikkatle okuduktan sonra eğer

- | | | | |
|-----------------------------------|------------|-------|-----------------------------|
| "Kesinlikle aynı fikirde değilim" | diyorsanız | (1) | rakamını ; |
| "Aynı fikirde değilim" | diyorsanız | (2) | rakamını ; |
| "Aynı fikirdeyim" | diyorsanız | (3) | rakamını ; |
| "Kesinlikle aynı fikirdeyim" | diyorsanız | (4) | rakamını daire içine alarak |

Okuduğunuz cümleye ne ölçüde katıldığınızı ya da katılmadığınızı belirtiniz. Her cümle için rakamlardan sadece bir tanesini işaretleyiniz.

	Kesinlikle aynı fikirde değilim	Aynı fikirde değilim	Aynı fikirdeyim	Kesinlikle aynı fikirdeyim
1. Ruhsal bir hastalığım olduğu için kendimi bu dünyada bir yabancı gibi hissediyorum.	1	2	3	4
2. Ruhsal hastalığı olan kişiler saldırgan olmaya eğilimlidirler.	1	2	3	4
3. Ruhsal bir hastalığım olduğu için insanlar bana farklı davranıyorlar.	1	2	3	4
4. Reddedilmemek için, ruhsal hastalığı olmayan kişilere yaklaşımdan kaçınıyorum.	1	2	3	4
5. Ruhsal bir hastalığım olduğundan dolayı utanıyorum.	1	2	3	4
6. Ruhsal hastalığı olan kişiler evlenmemelidir.	1	2	3	4
7. Ruhsal hastalığı olan kişiler topluma önemli katkılarda bulunurlar.	1	2	3	4
8. Kendimi ruhsal hastalığı olmayan kişilerden daha aşağı hissediyorum.	1	2	3	4
9. Ruhsal hastalığım benim "garip" görünmeme ya da davranmamı neden olabileceğinden dolayı eskisi kadar sosyal değilim.	1	2	3	4
10. Ruhsal hastalığı olan kişiler iyi ve doyum verici bir hayat yaşayamazlar.	1	2	3	4
11. İnsanları ruhsal hastalığımla sıkmak istemediğimden dolayı, kendi hakkımda fazla konuşmam.	1	2	3	4
12. Halk arasındaki ruhsal hastalıklarla ilgili olumsuz düşünceler, benim "normal" yaşamın dışında kalmama neden oluyor.	1	2	3	4
13. Ruhsal hastalığı olmayan kişilerle birlikteyken, kendimi sanki o ortama ait değilmiş ve yetersizmişim gibi hissediyorum.	1	2	3	4
14. Ruhsal hastalığı açıkça anlaşılan biriyle toplum içinde birlikte görülmek beni rahatsız etmez.	1	2	3	4

	Kesinlikle aynı fikirde değilim	Aynı fikirde değilim	Aynı fikirdeyim	Kesinlikle aynı fikirdeyim
15. Sırf ruhsal hastalığımdan dolayı insanlar bana sık sık ne yapmam gerektiğini söyleyip, sanki çocukmuşum gibi davranırlar.	1	2	3	4
16. Ruhsal hastalığım olduğu için kendimden memnun değilim.	1	2	3	4
17. Ruhsal hastalığının olması hayatımı berbat etti.	1	2	3	4
18. İnsanlar görünüşümden ruhsal bir hastalığının olduğunu anlayabilirler.	1	2	3	4
19. Ruhsal hastalığımdan dolayı benimle ilgili çoğu kararı başkalarının vermesine ihtiyaç duyarım.	1	2	3	4
20. Ailemi ve arkadaşlarımı utandırmamak için sosyal ortamlardan uzak dururum.	1	2	3	4
21. Ruhsal hastalığı olmayanların beni anlamaları mümkün değildir.	1	2	3	4
22. Sırf ruhsal hastalığım olduğu için insanlar beni göz ardı eder ya da pek ciddiye almazlar.	1	2	3	4
23. Ruhsal hastalığım olduğu için topluma hiçbir katkı olamaz.	1	2	3	4
24. Ruhsal bir hastalıkla yaşamak beni mücadeleci bir insan yaptı.	1	2	3	4
25. Ruhsal bir hastalığım olduğu için kimse bana yaklaşmak istemez.	1	2	3	4
26. Genel olarak, hayatı istediğim şekilde yaşayabiliyorum.	1	2	3	4
27. Ruhsal hastalığıma rağmen, iyi ve dolu dolu yaşadığım bir hayatım var.	1	2	3	4
28. İnsanlar ruhsal bir hastalığım olduğu için hayatta fazla başarılı olamayacağımı düşünüyorlar.	1	2	3	4
29. Akıl hastalarıyla ilgili olumsuz yaygın inanışlar benim durumum dikkate alındığında hiç de yanlış sayılmaz.	1	2	3	4

Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği (RHİDÖ): Ritsher ve ark. (2003) tarafından geliştirilmiş olan RHİDÖ 29 maddeden oluşan ve içsel damgalanmayı değerlendiren bir öz-bildirim ölçeğidir. Ölçeğin: 1. Yabancılaşma (6 madde), 2. Kalıp Yargıların Onaylanması (7 madde), 3. Algılanan Ayrımcılık (5 madde), 4. Sosyal Geri Çekilme (6 madde) ve 5. Damgalanmaya Karşı Direnç (5 madde) olmak üzere beş alt ölçeği bulunmaktadır. RHİDÖ’nde yer alan maddeler “kesinlikle aynı fikirde değilim” (1 puan), “aynı fikirde değilim” (2 puan), “aynı fikirdeyim” (3 puan), “kesinlikle aynı fikirdeyim” (4 puan) şeklinde dörtlü bir Likert tipi ölçek üzerinde yanıtlanmaktadır. “Damgalanmaya karşı direnç” alt ölçeğinin maddeleri ters olarak puanlanmaktadır. Beş alt ölçeğe ait puanların toplanmasıyla elde edilen toplam RHİDÖ puanı 29 ile 116 puan arasında değişmektedir. RHİDÖ’nde yüksek puanlar, kişinin içselleştirilmiş damgalanmasının olumsuz yönde daha şiddetli olduğu anlamına gelmektedir. Tüm ölçek için elde edilen iç tutarlık katsayısı ise .93 olarak bulunurken, ölçeğin iki-yarım güvenirliği .89 olarak belirmiştir.

RHİDÖ	Maddeler
I. Yabancılaşma (6 madde)	1, 5, 8, 16, 17, 21
II. Kalıp Yargıların Onaylanması (7 madde)	2, 6, 10, 18, 19, 23, 29
III. Algılanan Ayrımcılık (5 madde)	3, 15, 22, 25, 28
IV. Sosyal Geri Çekilme (6 madde)	4, 9, 11, 12, 13, 20
V. Damgalanmaya Karşı Direnç (5 madde)	7, 14, 24, 26, 27

Ritsher JB, Otilingam PG, Grajales M (2003) Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Res*, 121: 31-49.

Ersoy MA, Varan A. Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği Türkçe Formu’nun Güvenirlik ve Geçerlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2007; 18(2):163-171.

WHOQOL-BREF

(Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalite Ölçeği-Kısa Formu)

Hastanın Adı Soyadı: _____

Tarih: ____/____/____

Başlamadan önce kendinizle ilgili genel bir kaç soruyu cevaplamanızı istiyoruz. Lütfen doğru yanıtlara işaret koyun ya da verilen boş yerleri doldurunuz.

Cinsiyetiniz nedir?	☐ Erkek	☐ Kadın	Doğum tarihiniz nedir?
Gördüğünüz en yüksek eğitim derecesi nedir?	Medeni durumunuz nedir?		
☐ Hiç Eğitim Almadım	☐ İlkokul-Ortaokul	☐ Hiç Evlenmemiş	☐ Evli Gibi Yaşıyor
☐ Lise Veya Eşdeğeri	☐ Üniversite	☐ Boşanmış	☐ Ayrılmış
Şu anda bir hastalığınız var mı?	☐ Evet	☐ Hayır	Eğer şu anda sağlığınıza ilgili yolunda gitmeyen bir durum varsa; Sizde bu nedir? _____ (hastalık/sorun)

Bu anket sizin yaşamınızın kalitesi, sağlığınıza ve yaşamınızın öteki yönleri hakkında neler düşündüğünüzü sorgulamaktadır. Lütfen bütün soruları son 2 haftayı göz önünde bulundurarak ve size en uygun olanı seçerek cevaplayınız.

1 G1	Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?	☐ Çok kötü	☐ Biraz kötü	☐ Ne iyi, ne kötü	☐ Oldukça iyi	☐ Çok iyi
2 G4	Sağlığınıza ne kadar hoşnutsunuz?	☐ Hiç hoşnut değil	☐ Çok az hoşnut	☐ Ne hoşnut, ne de değil	☐ Epeyce hoşnut	☐ Çok hoşnut
3 F1.4	Ağrıların yapmanız gerekenleri ne kadar engellediğini düşünüyorsunuz?	☐ Hiç	☐ Çok az	☐ Orta derecede	☐ Çokça	☐ Aşırı derecede
4 F11.3	Günlük uğraşlarınızı yürütmek için herhangi bir tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz?	☐ Hiç	☐ Çok az	☐ Orta derecede	☐ Çokça	☐ Aşırı derecede
5 F4.1	Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?	☐ Hiç	☐ Çok az	☐ Orta derecede	☐ Çokça	☐ Aşırı derecede
6 F24.2	Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz?	☐ Hiç	☐ Çok az	☐ Orta derecede	☐ Çokça	☐ Aşırı derecede
7 F5.3	Dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız?	☐ Hiç	☐ Çok az	☐ Orta derecede	☐ Çokça	☐ Son derecede
8 F16.1	Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?	☐ Hiç	☐ Çok az	☐ Orta derecede	☐ Çokça	☐ Son derecede
9 F22.1	Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?	☐ Hiç	☐ Çok az	☐ Orta derecede	☐ Çokça	☐ Son derecede
10 F2.1	Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?	☐ Hiç	☐ Çok az	☐ Orta derecede	☐ Çokça	☐ Tamamen
11 F7.1	Bedensel görünüşünüzü kabullenir misiniz?	☐ Hiç	☐ Çok az	☐ Orta derecede	☐ Çokça	☐ Tamamen
12 F18.1	İhtiyaçlarınızı karşılamaya yeterli paranız var mı?	☐ Hiç	☐ Çok az	☐ Orta derecede	☐ Çokça	☐ Tamamen
13 F20.1	Günlük yaşamınızda size gerekli bilgi ve haberlere ne ölçüde ulaşabiliyorsunuz?	☐ Hiç	☐ Çok az	☐ Orta derecede	☐ Çokça	☐ Tamamen
14 F21.1	Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız olur?	☐ Hiç	☐ Çok az	☐ Orta derecede	☐ Çokça	☐ Tamamen

www.ftronline.com

WHOQOL-BREF Sayfa-2

15	Bedensel hareketlilik (etrafta dolaşabilme, bir yerlere gidebilme) beceriniz nasıldır?	Çok kötü ☐ 1	Biraz kötü ☐ 2	Ne iyi, ne kötü ☐ 3	Oldukça iyi ☐ 4	Çok iyi ☐ 5
F9.1						
		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
16	Uykunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
F13.3						
17	Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
F10.3						
18	İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
F12.4						
19	Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
F6.3						
20	Aile dışı kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
F13.3						
21	Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
F15.3						
22	Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
F14.4						
23	Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
F17.3						
24	Sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
F19.3						
25	Ulaşım olanaklarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
F23.3						
26	Ne sıklıkta hüznü, ümitsizlik, bunaltı, çökkünlük gibi duygulara kapılırsınız?	Hiçbir zaman ☐ 5	Nadiren ☐ 4	Ara sıra ☐ 3	Çoğunlukla ☐ 2	Her zaman ☐ 1
F8.1						
27	Yaşamınızda size yakın kişilerle (eş, iş arkadaşı, akraba) ilişkilerinizde baskı ve kontrolle ilgili zorluklarınız ne ölçüdedir?	Hiç ☐ 1	Çok az ☐ 2	Orta derecede ☐ 3	Çokça ☐ 4	Aşırı derecede ☐ 5
U						

Bu formun doldurulmasında size yardım eden oldu mu? ☐ Evet ☐ Hayır Bu formun doldurulması ne kadar sürdü?

THE WHOQOL Group Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment (1998) Psychological Medicine, 1998, 28, 551-558

Skorlama Yönergesi		
Alt Parametre	Oluşturan sorular	
Genel sağlık durumu	1 ve 2. Soruların toplamı	
Fiziksel sağlık	3, 4, 10, 15, 16, 17, 18. Soruların toplamı	Bu şekilde elde edilen skorlar "ham" skordur. Yüzdelik sisteme değiştirmek için gerekli olan formül;
Psikolojik	5, 6, 7, 11, 19, 26. Soruların toplamı	
Sosyal ilişkiler	20, 21, 22. Soruların toplamı	
Çevre	8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, 25. Soruların toplamı	

$$\frac{(\text{Hastanın ham skoru}) - (\text{o alt parametreye ait olabilecek en düşük skor})}{\text{o alt parametrenin skor aralığı}} \times 100$$

Örnek: Fiziksel sağlık alt parametresini ele alalım; toplam 7 madde var. Hastanın skor toplamı 30 olsun

$$[(30-7) / (35-7)] \times 100 = (23/28) \times 100 = \%82,14$$



www.ftronline.com

Tasarım ve düzenleme: Dr. Ender Salbaş 2016

Ek 3 :

Sosyo-demografik Bilgi Formu

1) Cinsiyet

1. Kadın 2. Erkek

2) Yaş.....

3) Eğitim Durumu

1. Hiç eğitim almadım
2. İlkokul mezunuyum
3. İlköğretim / ortaokul mezunuyum
4. Lise / ortaöğretim mezunuyum
5. Önlisans mezunuyum
6. Lisans mezunuyum

4) Medeni Durum

1. Bekar 2. Evli 3. Dul (Boşanmış / Vefat)

5) Mesleki Durum

1. Çalışıyor 2. Çalışmıyor

6) Sosyo – Ekonomik Durum

1. Evde Bakım Ücreti
2. 2022 Yardımı / 3 Aylık
3. Dul – Yetim Aylığı
4. Malulen Emekli
5. Geliri Yok
6. Maaşı Var

7) Sosyal Güvence Durumu

1. SGK
2. Bağ-Kur
3. Yeşilkart
4. GSS
5. Sosyal Güvence Yok

8) Barınma Durumu

1. Ev Sahibi
2. Kiracı

9) Ailenizde psikiyatrik tedavi gören var mı?

1. Var
2. Yok

10) Sigara kullanım durumu

1. Kullanıyor
2. Kullanmıyor

11) Alkol kullanım durumu

1. Kullanıyor
2. Kullanmıyor

12) Uyuşturucu, uçucu madde kullanım durumu

1. Kullanıyor
2. Kullanmıyor

13) Hastalığın başlangıç yaşı.....

14) Psikiyatri hastanesine yatış sayısı.....

15) İntihar girişimi var mı?

1. Evet, var
2. Hayır, yok

16) Başkasına fiziksel şiddetiniz oldu mu?

1. Evet, oldu
2. Hayır, olmadı

17) Adli vaka durumu

1. Var
2. Yok

Ek 4:

ESENYURT NECMİ KADIOĞLU DEVLET HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ'NE

Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet Bölümü Tezli Yüksek Lisans öğrencisiyim. "Şizofreni Hastalarında Damgalanma ve Yaşam Kalitesinin Araştırılması" konulu yüksek lisans tezi kapsamında hastanenize bağlı Esenyurt TRSM tarafından takip edilen şizofreni tanısı almış hastalarda kimlik bilgilerinden arındırılmış olarak sosyo - demografik özellikler ile ekte belirtmiş olduğum ölçekleri kullanabilmek amacıyla gerekli iznin verilmesi hususunda;

Gereğini arz ederim.

15.11.2017

Zeynep KOÇAK

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
İstanbul İli Çekirgece Bölgesi
Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Esenyurt Necmi Kadioğlu Devlet Hastanesi
Op. Dr. Ayhan TILMAK
Başhekim

Tel : 0507 510 66 78

Öğrenci No : 1360Y59007

Ek : Ölçek (2 Adet)

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
İstanbul İli Çekirgece Bölgesi
Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Esenyurt Necmi Kadioğlu Devlet Hastanesi
Sözlü Ekim : 22/11/2017
Tarih : 9384
Etiler No :
Tarih :
Tarih :
Tarih :

ÖZGEÇMİŞ

Zeynep KOÇAK, 1987 yılında Bolu’da doğdu. İlk ve ortaöğretimini Bolu’da tamamladı. 2010 yılında Sakarya Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü’nden mezun oldu. 2011 yılında atandığı Sağlık Bakanlığındaki görevine halen devam etmektedir.

